

Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Faculdade de Educação
Programa de Pós-Graduação em Educação

**Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes
de medicina e cenários de desafio à educação médica na graduação**

Maurício Moraes

Porto Alegre, dezembro de 2008.

Maurício Moraes

Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e cenários de desafio à educação médica na graduação

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Educação.

Grupo Temático: Educação em Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

Porto Alegre, dezembro de 2008.

M827g Moraes, Maurício

Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e cenários de desafio na educação médica na graduação. / Maurício Moraes; orientador Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim. Porto Alegre: UFRGS, 2008.

93 f.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul
Grupo Temático: Educação em Saúde.

1. Educação médica na graduação 2. Saúde da mulher 3. Gravidez na adolescência
4. Saúde Pública

CDU 376:614

Ficha Catalográfica: Gabriela N. Quincoses De Mellos/CRB 10/1327

Banca Examinadora:

Profa. Dra. Ana Flávia Pires Lucas d'Oliveira

Profa. Dra. Simone Moschen Rickes

Prof. Dr. Sandro Schreiber de Oliveira

Resumo

Esta dissertação versa sobre o ensino de estudantes de medicina na perspectiva da aprendizagem orientada pela integralidade e pela alteridade, em face da gravidez na adolescência, cuja tendência é a da visualização da gestante e lactante em detrimento da adolescente e suas singularidades, presentes no evento maternidade. O foco do estudo é o ensino na circunstância da atenção à gestação na adolescência, buscando contextualizar as características existentes na formação médica relacionadas ao tema, bem como o imaginário de estudantes e professores, apontando tarefas ao ensino da saúde, utilizando como referenciais teóricos autores que sustentam os conceitos de alteridade e integralidade. Utilizou-se metodologia de pesquisa qualitativa, com técnica de coleta de dados pautada na metodologia de grupo-dispositivo. A pesquisa trouxe interrogações sobre as práticas do assistir e ensinar saúde, colocando em análise um evento biológico impregnado por valores sociais. Direitos dos adolescentes, questões de classe social, políticas de gênero, feminilidades e práticas de assistir para a integralidade apareceram para os estudantes como elementos importantes para a análise do evento gestação na adolescência, mas a alteridade cai substituída pela noção de *problema social*, o que implica suspeitar de uma imposição de classe social justificando, se não as condutas, uma escuta moral às feminilidades adolescentes.

Palavras-chave: gestação na adolescência, formação médica, alteridade, integralidade.

Resumen

Esta disertación versa sobre el ensino de estudiantes de medicina en la perspectiva del aprendizaje orientada por la integralidad y por la alteridad, en la situación del embarazo en la adolescencia, donde la tendencia actual del ensino es el de la visualización de la gestante y lactante em detrimento de la adolescente y sus singularidades, presentes en el evento maternidad. El foco del estudio es el ensino en la circunstancia de la atención a la gestación en la adolescencia, buscando contextualizar las características existentes en la formación médica relacionadas al tema, bien como el imaginario de estudiantes y profesores, apuntando tareas al ensino de la salud, utilizando como referenciales teóricos autores que sustentan los conceptos de alteridad y de integralidad. Se utilizó metodología de pesquisa cualitativa con técnica de coleta de datos pautada en la metodología de grupo-dispositivo. La pesquisa trajo interrogaciones sobre las prácticas del asistir y enseñar salud, poniendo en análisis un evento biológico impregnado por valores sociales. Derechos de los adolescentes, cuestiones de clase social, políticas de género, feminidades y prácticas del asistir para la integralidad y alteridad, aparecen para los estudiantes como elementos importantes para la análisis del evento embarazo en la adolescencia, pero la alteridad cae substituida por la noción de problema social, lo que inplica sospechar de una posición de clase social justificando si no las conductas, una escucha moral a las feminidades adolescentes.

Palabras-llave: gestación en la adolescencia, formación médica, alteridad, integralidad.

Dedicatória

Dedico este trabalho às três mulheres de minha vida. Minha esposa Ana e minhas filhas Gabriela e Manuela, mulheres que são o significado do meu desejo de progredir e viver.

Agradecimentos especiais

Ao meu querido orientador Ricardo, por ter me mostrado o universo de possibilidades do andar à vida e o desejo e as implicações do cuidado, e por sua amizade e carinho singulares, especialmente nos momentos mais difíceis de minha trajetória.

Aos meus pais, pelo carinho e apoio incondicionais em todos os momentos da minha existência, amo vocês.

A família Bilibio (Luis Fernando, Cris e Mateus), meu segundo lar em Porto Alegre. Obrigado pela atenção e cuidado.

Sumário

ADOLESCENTES GRÁVIDAS: POR QUE ESTA É UMA QUESTÃO AO ESTUDO EM EDUCAÇÃO.....	11
AS MULHERES, O FEMININO E UMA SINGULARIDADE CONTEMPORÂNEA: AS ADOLESCENTES	16
INTEGRALIDADE NA ATENÇÃO À SAÚDE.....	27
ALTERIDADE NA ATENÇÃO E EDUCAÇÃO EM SAÚDE	34
FORMAÇÃO EM SAÚDE E ENSINO DE SAÚDE DA MULHER.....	39
IMAGINÁRIOS SOBRE ADOLESCENTES GRÁVIDAS ENTRE ESTUDANTES DE MEDICINA	47
INTERROGAÇÃO SOBRE AS PRÁTICAS DE ATENÇÃO E ENSINO DA SAÚDE: O PODER ANALÍTICO DA EDUCAÇÃO	81
REFERÊNCIAS	88

O Médico à procura do ser humano

Antigamente a simples presença do médico irradiava vida. Antigamente os médicos eram também feiticeiros. “Mestre, diga uma única palavra, e minha filha será curada...”. A vida circulava nas relações de afeto que ligavam o médico àqueles que o cercavam. Naquele tempo os médicos sabiam dessas coisas. Hoje não sabem mais.

(...)

É. A vida lhes pregou uma peça. E hoje a imagem que eles vêem, refletida no espelho, é a de uma unidade biopsicológica móvel, portadora de conhecimentos especializados, e que vende serviços... Os médicos sofrem por saudade de uma imagem que não existe mais.

Rubem Alves – O Médico, 2002.

Adolescentes grávidas: por que esta é uma questão ao estudo em Educação

O cotidiano profissional do médico é marcado por momentos instigantes. Constantemente nos deparamos com situações pelas quais temos o *poder* de intervir de modo decisivo na vida das pessoas. Entretanto, conforme denuncia Rubem Alves, em *O médico*, essa intervenção tem ocorrido como proveniente de “unidades biopsicológicas, portadoras de conhecimentos especializados, e que vendem serviços”. Se no passado os clientes, parentes, todo mundo, surgiam como o espelho em que o médico obtinha a sua imagem, hoje é em seus pares (colegas de empresa, sócios de consultório, congressos) que essa imagem é buscada. Todos nós, lembra Rubem Alves, “estamos em busca da nossa bela imagem”. Para vermos a nossa bela imagem, entretanto, temos a necessidade de espelhos. “Espelhos são os outros, é no rosto dos outros que vemos a nossa imagem refletida”, ele explica (Alves, 2002). Em situações de atenção à saúde, o estabelecimento de contato com a alteridade é determinante para o projeto terapêutico ou educativo em saúde a ser construído.

Em minha trajetória como médico e professor de medicina, tenho feito a escolha por uma relação de alteridade com aqueles de quem cuido, com os segmentos populacionais usuários dos serviços em que me encontro ou para onde levo meus alunos, preocupando-me com que esses estudantes sejam capazes desse tipo de relação na construção de seu perfil profissional, que escolham por espelho aqueles a quem dirigem suas intervenções ou com quem compartilham afetiva e eticamente os resultados do trabalho em saúde (a equipe multiprofissional), não aqueles para quem as relatam ou apresentam a fatura ou com quem comparam competitivamente habilidades. É, talvez, nas distinções entre um agir e outro, que justamente resida o elemento-chave desta dissertação, a necessidade de “encontrar-se” com o outro, para dele compreender as necessidades a cuidar. Tal encontro é da ordem da “afecção”, contato com o outro. Se existe o que é homogêneo entre os humanos, suas regularidades biológicas, por exemplo, ainda assim, cada história clínica é uma história sócio-afetiva, não história natural. Tudo que houver de

homogêneo (somos seres da mesma espécie biológica e vivemos em contratos culturais coletivos) se inscreve em diversidades, o “tornar-se” de cada um, seu vir-a-ser, as invenções do si mesmo. Não pertencendo ao homogêneo, as singularidades não constam da “disciplina médica”, apenas existem no encontro daquele que narra ou vive (mesmo sem uma narrativa atualizada em linguagem) com aquele que escuta, vê ou sente. O contato com a alteridade, o outro reverberando em nós, é a resultante do *encontro*. A alteridade não acontecerá se não houver exposição ao outro, contato com sua singularidade. A exposição ao outro, ou o contato com o outro, envolve sensações, implica o médico assistente com aquele que é assistido. Com certeza, essa não é uma propriedade presente em um portador de conhecimento especializado que vende serviços, cujo parâmetro de boa prática/bela imagem é a execução de procedimentos e condutas, não conseguindo mover-se para além da racionalidade médico-científica que conduz, em nossa sociedade disciplinar, as práticas profissionais atuais.

Muito antes de conhecer o termo alteridade, a convivência com pacientes e, posteriormente, com estudantes, nas mais variadas ocorrências do cotidiano da saúde, geravam em mim uma sensação desconfortável de impotência e limitação. Parecia que tudo o que eu havia aprendido no “universo” da medicina não se mostrava suficiente para responder ao que o contato com o outro produzia em mim. “Também estou sofrendo...”, era a minha sensação, pois cuido das “coisas” que me são trazidas, mas não de quem as traz. Ao colocar-me no lugar de *assistente*, eu precisava de algo que não encontrava nos livros de ensinamentos médicos, os quais invariavelmente abordam uma perspectiva essencialmente técnica, aquilo que há de homogêneo e que, nesse sentido, desindividualiza e naturaliza. É surpreendente que, explícita ou veladamente, a literatura médica suponha o médico sob um imaginário idealizado de poder relativo à cura, traduzido como um poder de promover a vida e controlar a morte, sem, no entanto, indicar recursos ou estratégias relativas ao cuidar, à escuta ou à construção de projetos terapêuticos singulares. Desaparece o narrador, ficando da narrativa apenas aquilo que conduz ao perfil do homogêneo. Refiro-me à escuta, ao olhar, ao toque, atitudes que deveriam permear o momento

do encontro de um assistente com aquele que precisa de assistência, deseja ser assistido e entrega-se à prática assistencial que reconhece profissionalizada. O que há para atender/cuidar é o que se apresenta nas pessoas como repetição (o código dos diagnósticos médicos), mas também o que nelas é diferença, pulsação, margem? Nossa *atenção* é para acentuar homogeneidades ou para detectar singularidades? E se falássemos em *produzir* singularidades?

Ao buscar motivos que justificassem a ausência destes elementos na prática clínica cotidiana, pude reforçar a hipótese de que o modelo educacional contribuía para essa ausência, uma vez que não contemplava essa formação e não problematizava esta questão. Essa percepção despertou-me o desejo de entender a educação médica e dos profissionais de saúde, de buscar saberes que pudessem ser agregados ao cotidiano profissional de uma forma mais consistente, transformando este cenário de atuação. Quanto mais vibrantes as interrogações, maior o empurrão para a Educação: como se formariam gerações de trabalhadores *senti-pensantes*. “Senti-pensante” é uma expressão do poeta Eduardo Galeano. Além de profundamente bela, é profundamente apropriada ao meu tensionamento: ser um bom técnico, capaz de colocar o saber técnico sob a (re)interpretação de quem sente (contata afetivamente) o outro (Galeano, 1989).

Não se trataria, por certo, de descobrir ou de criar “novas verdades” ou, ainda, simplesmente de contrapor um determinado modo de agir, mas poderia tratar-se de ampliar as possibilidades compreensivas sobre o formar, permitindo um “fazer” implicado com as pessoas e em afirmação da vida. Quem sabe uma *tematização* do cuidado tornasse implicado esse fazer, tomando-o como um objeto de estudo da educação no campo da saúde. A temática do feminino despontou como uma escolha, especialmente na atenção médica pré-natal, na qual a biologia da reprodução toma um lugar “naturalista”, acima de narrativas ou inscrições, algo do tipo *espécie humana*: vertebrados de sangue quente, portadores de glândulas mamárias e placentários, cujos filhotes se desenvolvem dentro da mãe e cujas fêmeas produzem leite para seus filhotes, nos mantemos como espécie graças à

reprodução. Esta se faz por meio de gametas que se encontram pela cópula e geram novos seres pela gestação no útero materno, demandando lactação materna e sobrevivência mediante vínculo de amor materno (aqui já um pouco de psicanálise da biologia). Pois bem, a tematização do cuidado implicava o feminino, não apenas a mulher. Uma novidade diante do biológico naturalista: perspectivas do feminino (feminilidades), análises de gênero e políticas para as mulheres. Assistir no pré-natal as grávidas, o ciclo grávido-puerperal ou as mulheres com suas vulnerabilidades de gênero e feminilidades. A *tematização* ganhava um *corpus*. A temática não surgiu da busca teórica, mas de uma interrogação ao professor: um de meus alunos de medicina que intencionava fazer uma pesquisa sobre planejamento familiar na adolescência. Angustiava-o o número elevado de gestações entre as meninas.

No decorrer da conversa, notei que a preocupação do acadêmico era a de *conscientizar* as adolescentes sobre a inadequação de engravidar nesta fase da vida, apresentando como proposta para a resolução deste “grave problema de saúde” a realização de palestras com ênfase na utilização correta de métodos anticoncepcionais e “educação sexual”. Por que ele via a gestação e não a menina? O que ele via da menina? Quem são as meninas? O que acontece com as mulheres nessa fase da vida que não é homogêneo ou hegemônico pela *literatura médica*? Que “formação” eu proporcionaria? Eu sei quem são as mulheres que estão descritas no referencial médico-bibliográfico da gineco-obstetrícia? As adolescentes impõem-se como uma faixa etária ou como feminilidades pulsáteis de um tornar-se, singularizar-se, interrogar-se e interrogar-nos? O diálogo com o estudante denunciava as concepções que têm sido utilizadas no ensino da saúde e no ensino da prática de cuidado à mulher. Revestidos por uma “túnica de verdade”, os saberes médicos assumem o papel de interventores e direcionam as ações em saúde para a lógica da reprodução de procedimentos tecnicistas que investem sobre o corpo. Esta forma de agir não é capaz de contemplar eventos de vida e dar guarida às singularizações nela presentes. É essa a racionalidade que investimos na educação de médicos no tocante à educação em saúde da mulher? Quais imaginários trazem os estudantes sobre a gravidez na adolescência? O que formulam estudantes de

medicina que há pouco ou nem ainda saíram da adolescência? Escolho a temática da gravidez na adolescência, percebendo um cenário possível para explorar conhecimentos de contribuição à educação médica e à educação de profissionais de saúde. Pesquisa em Educação para tornar exposta a educação médica: a perspectiva da alteridade no encontro assistencial e da integralidade na prática terapêutica.

O foco da minha tematização, no horizonte, foi o ensino na circunstância da atenção à gestação na adolescência. Busquei apresentar as características existentes na formação médica relacionadas ao tema, bem como o imaginário de estudantes e professores, apontando tarefas ao ensino da saúde, utilizando como referenciais teóricos autores que sustentam os conceitos de alteridade e integralidade. A pesquisa foi realizada com uma proposta metodológica qualitativa, com técnica de coleta de dados pautada no grupo-dispositivo, isto é, estabelecendo uma conversa coletiva entre estudantes, mediada por um facilitador e motivada por uma questão disparadora: a gravidez na adolescência e a atenção médica às meninas. Como um modo de *territorialização* do assunto (de que falamos), o primeiro grupo-dispositivo foi uma sessão de vídeo-debate com o uso do documentário para o cinema de Sandra Werneck, *Meninas* (Meninas, 2006).

As mulheres, o feminino e uma singularidade contemporânea: as adolescentes

Ao me propor à temática da gestação e da adolescência, fez-se imprescindível uma visita ao que tem sido construído sobre o universo feminino e as questões da maternidade ao longo do tempo. Aristóteles (350-340 a.C), e depois Galeno (160-170 d.C), utilizando-se de uma ordem natural explicada por princípios cósmicos, afirmavam que no topo da cadeia dos seres vivos encontrava-se o homem, pois o mesmo tinha natureza quente e seca, seguido da mulher, hierarquicamente inferior por ser fria e úmida (Martins, 2004, p. 27). Nesse pensamento, evidenciava-se uma noção de perfeição embasada no calor vital, sendo a mulher imperfeita, pois não possuía calor suficiente para exteriorizar seus órgãos sexuais, que vêm invertidos. Ficava clara uma idéia de diversidade entre homens e mulheres na vida social com justificativa na natureza, seus corpos eram expressão de uma realidade estável, sendo o elemento masculino o referente ao saudável.

No século XVIII, utilizando-se da lógica da ciência moderna, vários autores tentaram definir, pela observação das diferenças sexuais, um determinado padrão de comportamento da sociedade, especialmente o comportamento feminino (Martins, 2004, p. 33). As principais produções científicas ou especializadas da época faziam referência às características fisiológicas, ao corpo e à vida sexual, reforçando a idéia de vida saudável como vida regrada e de acordo com os padrões do “higienismo” vigente. Já no final do século XVIII, sexo e raça passaram a ser categorias cada vez mais inter-relacionadas e constitutivas de embates políticos acirrados, cada vez mais sexistas e racistas.

Ainda no final do século XVIII e início do século XIX, vários autores procuraram definir a especificidade feminina a partir de critérios objetivados, provenientes da ciência biológica. Tentava-se definir o que era a mulher, destacando-se a obra do médico Pierre Roussel (*Du Système Physique et Moral de la Femme*), de 1775, que a partir da afirmativa da diversidade feminina em relação

ao homem e pela influência de Rousseau, estabeleceu a relação entre a especificidade do corpo feminino e a função social da maternidade (Martins, 2004, p. 38). O útero passou a ser a prova, para os médicos iluministas, de que a Natureza não havia criado um ser imperfeito, mas que fora confiada às mulheres a missão de gerar e dar a luz, reforçando o que os rousseaunianos defendiam para a mulher: ser mãe. Criou-se, então, uma imagem moralmente superior da mulher, desde que seu corpo cumprisse as funções sociais do casamento e da maternidade. Por outro lado, se caísse no desregramento, facilmente seria doentia. No século XIX, as opiniões e os escritos médicos possuíam um valoroso respeito, pois suas verdades estavam sustentadas pelos achados científicos e laboratoriais e pela crescente demanda feminina que lhes confiava segredos no território da clínica (Martins, 2004, p. 43). Nesta época, nascia uma nova ciência: a ciência da mulher. Ao mesmo tempo em que determinavam certo avanço nos estudos sobre as mulheres, os médicos influenciavam o pensamento sobre as mulheres e a sexualidade feminina com vigor até o século XX, com idéias fortes como a de que a mulher normal seria a “anestesiada” para o exercício de sua sexualidade, estando canalizada para a função reprodutiva. A sexualidade era livre às prostitutas, pois que delas não se esperava a reprodução.

Na atualidade, as discussões subsidiadas pelo arcabouço constituído sobre gravidez e maternidade fizeram com que as mesmas se tornassem relevantes no universo antropológico, não se encerrando nos fatos biológicos, mas contemplando dimensões culturais, sociais e afetivas. Deste modo, gravidez e maternidade podem ser estudadas integradas aos sistemas de valores mais amplos no contexto das concepções de corpo, de reprodução e das relações de gênero, em que adquirem multivariados significados (Paim, 1998, p. 31). Ainda que gravidez e maternidade possuam caráter social, são percebidas pelos indivíduos como um processo da natureza, sendo uma imposição social impulsionada pela educação e formação (Paim, 1998, p. 33).

Tomando por base os movimentos feministas, há uma construção no sentido

de demonstrar a separação existente entre mulher e mãe como sujeitos distintos que não se sobrepõem e que não são uma extensão necessária uma da outra. Muitas vezes, os discursos na educação e na saúde valorizam as capacidades “inatas” das mulheres como a de priorizar as necessidades de seus filhos em lugar de suas próprias e legitimar a capacidade de inserção da mulher no mercado de trabalho concomitantemente à maternidade. Um dos efeitos de poder dessa articulação é o reforço da responsabilidade feminina pela reprodução biológica e social, pela educação dos filhos e outras necessidades que garantam a sobrevivência da família (Meyer, 2005, p. 97-98).

Direcionando a abordagem para a adolescência, as concepções correntes definem esta faixa etária como uma “etapa problemática da vida”, trazendo a representação da “crise” como definição. Segundo Heilborn (2006, p. 39), a juventude abriga uma noção de tempo ideal, na qual a incerteza de projetos é admissível e o futuro está ainda por se definir.

Diversos estudos sócio-antropológicos têm buscado caracterizar a juventude em um amplo território de diversidade social, trazendo perspectivas diversas como a inserção no mercado de trabalho, a educação e as expressões culturais. Alguns fenômenos têm sido apontados nesses estudos, que demarcam a adolescência como um processo de passagem para a vida adulta, entre eles um “prolongamento da juventude” e o adiamento da vida conjugal. Porém, em virtude das marcadas diferenças sociais e regionais na sociedade brasileira, essas especificidades variam segundo as diferentes condições materiais e os diferenciais de gênero e raça vividos pelos grupos sociais, fazendo aparecer um perfil muito heterogêneo de trajetórias juvenis. Essa característica pode ser exemplificada por meio dos indicadores de Educação (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica - Saeb), estes revelam que, em 2003, 16,7% dos jovens com 16 anos de idade já se encontravam fora da escola. Com relação às diferenças regionais, os dados de escolaridade mostram que na área metropolitana de Porto Alegre, 61,1% dos jovens entre 20 e 24 anos encontram-se freqüentando a universidade, enquanto na área metropolitana de

Salvador esse número caía para 30,2% (Heilborn *et al.*, 2006, p. 41 – Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil, pesquisa conhecida como *Gravad*).

Considerando a juventude como responsável pela ruptura com uma determinada ordem de valores e padrões, a mesma é vista normalmente sob o prisma do “problema social” e, nesse contexto, a gravidez na adolescência carrega um fardo de discriminação por ser um dificultador ou impeditivo para o desenvolvimento daquilo que é considerado desejável para o desenvolvimento nessa faixa etária. Esse discurso ou postura encerra um total desconhecimento sobre a diversidade e os desdobramentos da gravidez na juventude e, ainda, não leva em consideração um cenário de circunstâncias sociais no qual talvez a escola não se apresente como uma alternativa atraente ou necessária para descartar a opção pela parentalidade (Heilborn *et al.*, 2006, p. 43). Vale perguntar: o que compete ao médico que recebe essa menina em atenção pré-natal?

Pinheiro (2000) cita que “em uma perspectiva sócio-cultural, a maternidade entre as adolescentes é situada em relação ao contexto social em que se inscreve”, devendo ser enfocada como manifestação de uma rede de significações doadora de sentidos e como alternativa de construção de um projeto de vida que seja “compatível com as expectativas, normas e possibilidades disponíveis”.

Para o presente estudo, *recortei* na pesquisa temática autores que sustentam um mapa de conceitos e não a filiação intelectual a uma vertente do conhecimento. Entre os autores, estão pesquisadores da área de gênero e saúde (Britzman, 2006; Giddens, 1993; Louro, 2003; Meyer, 2005 e Scott, 1995); de educação dos profissionais de saúde (Ceccim & Capozolo, 2004; Ceccim & Feuerwerker, 2004 e Marins, 2004); de maternidade e gravidez na adolescência (Madeira, 1997; Heilborn *et al.*, 2006 e Scavone, 2001); de integralidade na atenção (Pinheiro & Mattos, 2003; Luz, 2004 e Paim, 2006); de alteridade (Rolnik, 2006; Naffah Neto, 1998; Deleuze, 1992 e Guattari, 1987); de contemporaneidades e feminilidades (Bourdieu, 1995; Britzman, 1996 e Lupton, 2000), dentre outros suportes conceituais às

argumentações que foram se apresentando.

A aproximação e a sustentação que trago é a da integralidade como alteridade-dependente (Rolnik, 2006), descrevendo os componentes presentes no desenvolvimento da alteridade e salientando a *afecção* como decorrente do encontro/contato de um “corpo sensível” que escuta as histórias, memórias e desafios de outro “corpo sensível”. Tomando a proposta de desafio para a formação na perspectiva da integralidade, este estudo tentou trazer a temática da integralidade “pelo menos como o reconhecimento da produção de subjetividade” (Ceccim & Capozolo, 2004). Focalizei a atenção em saúde e a educação em saúde da mulher nas perspectivas da alteridade e da integralidade.

Após uma breve revisitação da literatura referente à gestação na adolescência, relativamente à sua contextualização psicossocial e quanto às questões de gênero, aspectos da formação, do serviço e de suas racionalidades, assim como algumas concepções das políticas públicas, pude evidenciar possíveis limitações na resolução das demandas femininas para além dos aspectos gineco-obstétricos e, assim, reconheço a alteridade e a integralidade como metas para a transformação da realidade da atenção à saúde da mulher, em particular o ensino/formação de profissionais da assistência para a prestação desse cuidado. Neste cenário, a alteridade assume o protagonismo, sendo o critério fundamental para a prática da integralidade.

Convergindo nesta direção, formulo como “tese” a “alteridade-mulher”, para além de ferramentas de trabalho na atenção que se aproximam do ato de conversar, a alteridade como dispositivo de subjetivação e espaço de criação. A mulher, a alteridade e a integralidade foram os elementos discutidos neste trabalho, contextualizando o ensino de estudantes de medicina numa aprendizagem que diz respeito às mulheres como construção subjetiva, singular, mesmo em face da maternidade, em que a tendência do ensino profissional é a da visualização da gestante e/ou lactante em detrimento da mulher na perspectiva das feminilidades.

Na atualidade, a faixa que divisa a infância da idade adulta é muito discutida na sociedade. Em pesquisas, costuma-se adotar o critério cronológico, o qual facilita os procedimentos investigativos epidemiológicos, mas não consegue dar conta das complexidades características dessa etapa da vida. Tomando por base o aspecto legal, a Lei Federal nº 8.069, de 13/07/1990, mais conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente, define-se como adolescência a faixa etária compreendida entre os 12 e os 18 anos de idade. Já a Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (dos 10 aos 19 anos de idade) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos de idade. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos de idade). O Ministério da Saúde adota o mesmo referencial utilizado pela Organização Mundial da Saúde (Brasil, 2005).

O período da adolescência carrega, em geral, uma conotação de problema social e é caracterizado por expressões como *desordem*, *crise* e *risco*. Aliás, o termo “risco” é utilizado com bastante frequência, como se pode observar nas formulações *gravidez de risco*, *elevado risco de contrair HIV*, *exposição ao risco de consumo indevido do álcool e das drogas* e *risco de morte em virtude da violência*. O risco como regra parece definir e inscrever esse período da vida, se desdobrando em expressões, ações e posturas disparatadas ou enviesadas quanto a este grupo social (Brasil, 2005). Utilizando ainda o referencial teórico do Ministério da Saúde, ressalta-se a adoção do termo *vulnerabilidade* ao período da adolescência, compreendido como a incapacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. A noção de vulnerabilidade confirma a necessidade da abordagem em políticas públicas de uma visão plural, construída na diversidade e não na universalidade do sujeito. Define-se, portanto, a necessidade de falarmos em “adolescências”, ao referirmo-nos àqueles sujeitos da faixa etária que os identifica como grupo social. São experiências de singularidade no interior da adolescência.

A Organização das Nações Unidas, por meio do Comitê de Direitos da Criança (Recomendação Geral n.º 4, de 6 de junho de 2003), afirma que garantir direitos ao adolescente (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Cabe interrogar-nos sobre nossas sensibilidades de escuta e compreensão relativas às adolescentes que buscam atendimento em serviços de saúde. Quais valores de integralidade na atenção são utilizados? No caso especial da gestação na adolescência, o que fazer com uma gestante que quer o bebê e com uma que não o quer? Não parece que os serviços de saúde, de uma maneira geral, consigam fugir do padrão biologicista. Desta forma, não acolhem as singularizações do andar à vida individual e a passagem pelas experiências de produção de si, não encetando a integralidade da atenção.

Em uma perspectiva diferenciada sobre a gravidez na adolescência, Brandão (2006), problematiza tal experiência à luz do processo de individualização juvenil, fugindo do círculo vicioso que domina o debate público do tema, relativizando o argumento da desinformação e valorizando o papel da vivência da sexualidade. O autor afirma que é particularmente na esfera da sexualidade que os jovens ensaiam formas de autonomização em relação aos pais, tornando-se o exercício da sexualidade na adolescência uma via privilegiada para aquisição gradativa de liberdade e autonomia, mesmo sob o teto parental. Estrutura-se um território próprio, íntimo, que permite ao adolescente afirmar uma identidade de gênero mediada pelo aprendizado da sexualidade com o parceiro. O autor conclui que a compreensão da dinâmica que rege a construção social de adolescentes e jovens na contemporaneidade é fundamental para a discussão de propostas educativas sobre gravidez na adolescência. Em um outro estudo (Scott, 2001), o autor relata que a convivência, observação e conversas mais prolongadas com mães muito jovens costumam revelar que ter um filho não é nem tão impensado, nem tão fora dos padrões, quanto todas as acusações sugerem. O fato de ter um filho adquire um enorme valor simbólico, sendo um futuro alcançável e uma forma de ganhar

responsabilidade, parecendo que até pode valer a pena passar por este rito que marca a saída da infância e a entrada numa vida plena de adulta.

Tomando por base os elementos apresentados sobre sexualidade e a adolescência, parece incontestável que esta temática necessariamente englobe um contexto mais amplo quando se discute o papel da educação e dos serviços de saúde voltados para os jovens. Uma das novidades desse cenário é a ênfase sobre o direito das moças vivenciarem a sexualidade, sendo indispensável reconhecer a existência e possibilitar o exercício da sexualidade feminina juvenil. Afirmar a legitimidade da sexualidade na adolescência é considerar central essa dimensão no momento de construção de autonomia dos jovens, acatando a noção de direitos como aquisição de autonomia (Heilborn *et al.*, 2006).

O Estatuto da Criança e do Adolescente traz em seu artigo 17 que *o direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais*. Salienta que os direitos sexuais e reprodutivos se constituem de certos direitos humanos fundamentais já reconhecidos em leis nacionais e internacionais, sendo seus comandos centrais a decisão livre e responsável sobre a própria vida sexual e reprodutiva; acesso à informação e acesso aos meios para o exercício dos direitos individuais livre de discriminação, coerção ou violência (Brasil, 2005).

Outro fator bastante peculiar para o debate em torno da adolescência e gestação é a transição demográfica que tem ocorrido no Brasil nos últimos anos, que tem resultado em uma mudança na distribuição de idade das parturientes. As mulheres mais novas são as mães de prole cada vez menos numerosa. Segundo Scott (2001), pesquisas recentes insistem que a “adolescente engravidar” não é mais que uma continuidade de um processo histórico bastante bem estabelecido. O fato de que as suas mães não estão engravidando mais é o fenômeno novo, assim, cria-se uma visibilidade “falsa” às jovens grávidas.

A pesquisa *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* (Gravad), apresentada por Heilborn (2006), quanto a maternidade e a juventude, realizada em três grandes capitais brasileiras, mostra alguns dados muito ilustrativos sobre as discussões em torno da sexualidade e gravidez na adolescência. Alguns dados merecem destaque como, por exemplo, as características de ficar e namorar, por cidade e sexo, em que 86% das mulheres e 88% dos homens entrevistados (idades entre 18 e 24 anos de idade) da cidade de Porto Alegre tiveram experiências de namorar e ficar, sendo que para os indivíduos que apenas namoraram as relações sexuais aconteceram, no primeiro namoro, para 37% das mulheres e 44% dos homens. A idade mediana do primeiro namoro foi a de 15,4 anos, tanto para os homens quanto para as mulheres.

Para as mulheres de Porto Alegre que iniciaram relações sexuais até os 15 anos de idade, 82% iniciou atividade sexual com o namorado que, em 44% dos casos, possuía cinco anos ou mais que as meninas, tendo conhecido este parceiro, em 41% das vezes, na vizinhança do local onde residia. Com relação aos motivos que levaram à relação sexual, para a mesma faixa etária, 41% das adolescentes apontaram “amor”, enquanto que entre os homens da mesma faixa etária esse motivo apareceu para 21%, sendo mais freqüente para os homens o motivo “tesão”, equivalente a 40% dos entrevistados. Em 50% dos casos, os(as) amigos(as) foram as pessoas que primeiro souberam sobre a relação, para ambos os sexos. Com relação aos pais, as adolescentes informaram para as suas mães sobre a primeira relação quase três vezes mais do que os rapazes informaram aos seus pais (homens).

Valendo-se da opinião de jovens de camadas populares (jovens cujas mães têm até o nível fundamental completo de escolaridade) sobre a possibilidade de controle do desejo sexual, segundo sexo e escolaridade, destaca-se que para 16,2% das mulheres com nível de escolaridade fundamental incompleto não é possível controlar o desejo sexual, enquanto este índice cai para 6,1% das mulheres com nível de escolaridade superior incompleto. Entre os homens, 27% apontam que não é possível controlar o desejo sexual por muito tempo entre os de nível de

escolaridade fundamental incompleto, caindo para 22,7% entre os homens com nível de escolaridade superior incompleto.

Com relação à idade da primeira união e experiência de gravidez nesse relacionamento, 83,6% das mulheres com idade entre 11 e 15 anos tiveram a experiência de gravidez na primeira união, sendo que para apenas 3,2% dessas adolescentes a gravidez antecedeu a união. Entre as adolescentes entre 16 e 18 anos, 73,4% tiveram a experiência de gravidez na primeira união e em 9,3% dos casos a gravidez antecedeu a união. Entre os homens de 11 a 15 anos de idade, em 51,5% existiu a experiência da gravidez, tendo sido, para 57,1% dos adolescentes, concomitante à primeira união (entre um ano antes ou depois da união).

Tomando por base os dados específicos de gravidez, a pesquisa aponta ainda que a proporção de jovens com gravidez na adolescência nas capitais brasileiras foi menor que as de 43 países em desenvolvimento na África, na Ásia e Caribe, sendo próxima àquela de países da América Latina, onde cerca de 1/3 das mulheres residentes em áreas urbanas já tinha pelo menos um filho antes dos 20 anos. Mesmo considerando que as proporções apresentadas neste estudo não incluem as que tiveram gestações terminadas em aborto, a experiência de gravidez na adolescência entre jovens brasileiras é mais freqüente (Heilborn, 2006). Considerando algumas características sócio-demográficas como escolaridade e renda, salienta-se que 72,5% das mulheres com gravidez antes dos vinte anos na cidade de Porto Alegre possuem nível de escolaridade fundamental incompleto, enquanto que somente 10,2% das mulheres com gravidez antes dos vinte anos, na mesma cidade, possuíam nível de escolaridade médio completo ou superior. Em relação à renda familiar mensal *per capita*, 67,7% das meninas que engravidaram antes dos vinte anos tinham renda considerada muito baixa (até R\$ 90,00), enquanto que 5,4% das meninas que engravidaram tinham renda considerada alta (acima de R\$ 540,00).

Dados de outros censos, como a Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, de 1996, apontavam que 14% das adolescentes já possuíam pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre 1993 e

1998, em torno de 50 mil adolescentes foram parar nos hospitais públicos devido a complicações por aborto clandestino, sendo três mil na faixa dos 10 aos 14 anos de idade (Ballone, 2004). No início dos anos 2000, foram realizados 689 mil partos de adolescentes no Brasil, o equivalente a 30% do total de partos no país. Estima-se que mais recentemente, aconteçam mais de 700 mil partos em adolescentes por ano (Ballone, 2003).

Tomando por base dados de outra pesquisa, que comparava as mães adultas com as adolescentes, os mesmos apontavam para o fato de que as mães adolescentes interagem mais com seus bebês comparativamente às mães adultas, particularmente nos aspectos “oferecer o seio” e “estimular o bebê”, sendo considerado esse último como os atos de tocar, acariciar, afagar, beijar, acalantar e esfregar o bebê (Scappaticci, 2000). Biologicamente, o corpo feminino está preparado para a gravidez desde a adolescência, período em que as transformações fisiológicas exigidas pela gestação e parto e a restauração dos padrões anteriores estão facilitados¹.

¹ Embora o corpo feminino esteja preparado para a gravidez desde a adolescência, como refere Lucas de Oliveira (2008), nunca será exclusivamente da esfera da biologia essa “preparação”, implicando vivências e sensações singulares a cada mulher. Essa questão será melhor tematizada adiante, quando indico a diferença entre risco social e risco biológico.

Integralidade na atenção à saúde

Diversos autores revelam possibilidades de transformação da realidade assistencial, do trabalho e da formação em saúde por intermédio da revisão e da elaboração de conceitos como o de “linhas do cuidado” (Ceccim e Ferla), “redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde” (Merhy e Franco) e “quadrilátero da formação para a área da saúde” (Ceccim e Feuerwerker). A leitura dessas produções e de outras, na mesma direção da construção de sentidos à integralidade, promove uma “vivificação” no campo da saúde e da educação na saúde, ampliando suas possibilidades.

Ceccim e Ferla (2006) designam a atenção à saúde na perspectiva da integralidade, como “linhas de cuidado”:

Entendemos a proposta de Linha de Cuidado atada a uma noção de organização da gestão e da atenção em saúde que toma em referência o conceito de integralidade na sua tradução em práticas cuidadoras, isto é, trata-se de inventar uma proposta que efetive uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inclusão de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida.

Uma Linha do Cuidado deve contemplar a possibilidade de trânsito entre ações e entre serviços, de um modo acessível e complementar. Atender integralmente significa dar guarida aos componentes singulares em que se inscreve uma demanda em saúde, apreendendo as singularidades e não apenas as homogeneidades daquilo que demanda assistência. Nos serviços de saúde, o que se observa atualmente é uma gestão normativa, na qual as práticas assistenciais são

determinadas por rotinas e ações programáticas que limitam a capacidade inventiva das equipes de trabalho em ofertar respostas às demandas, não configurando o trabalho com a noção de continuidade, sendo o mesmo setorizado e fragmentado, dificilmente ocorrendo a prometida intercomunicação de suas sessões (Ceccim, 2008). No caso da saúde da mulher, por exemplo, o atendimento pré-natal requer conexão com o atendimento ao parto e interlocução de ambos com a puericultura que se sucederá, evitando lacunas na perspectiva cuidadora. Não se conseguindo disponibilizar espaços para o acolhimento adequado das singularidades presentes nestes eventos de vida, elide-se a integralidade da atenção.

A proposta da Linha de Cuidado aproxima-se também da idéia das Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde. Para Franco (2006), esta rede possui a característica das *conexões multidirecionais*, em que qualquer ponto da rede pode se conectar ao outro e essas conexões são definidas pela alteridade existente entre os trabalhadores no cotidiano e os usuários, rompendo com a lógica fragmentada do seguimento normatizado. Essa característica assume importância, pois permite uma forma de trabalho centrada nas necessidades dos usuários. Outra característica das redes é a *heterogeneidade*, que pressupõe a capacidade de convivência e pactuação no complexo mundo da saúde, composto por diversas relações de poder e sistemas de produção de subjetividade; a terceira característica apresentada é a da *multiplicidade*, que pressupõe rompimento da idéia de trabalho com somente uma lógica ou uma diretriz, sendo flexível para articular múltiplos segmentos produzidos em ato pelas singularidades dos sujeitos. As duas últimas características referem-se à capacidade de *rupturas e recomposições* da rede em outro lugar e ao *princípio de cartografia*, que são os mapas produzidos através dos fluxos das ações dos sujeitos singulares que compõem a rede.

Para Ceccim (Ceccim e Feuerwerker, 2004), a imagem do quadrilátero da formação para a área da saúde (ensino, gestão setorial, práticas de atenção e controle social) pressupõe a construção e organização de uma educação que assuma o compromisso de impulsionar processos interativos que, ao atuarem na realidade,

operem mudanças, mobilizem caminhos e convoquem protagonismos (pedagogia *in acto*). No *quadrilátero*, os aspectos éticos, estéticos, tecnológicos e organizacionais operam em correspondência, agenciando atos permanentemente reavaliados e recontextualizados. O autor afirma ainda que um processo de valorização, ativação e mutação das potências locais não pode originar atos desde as capacidades instaladas, mas desde as capacidades em processo de reinvenção ou descoberta.

A importância da discussão das possibilidades de mudanças nos modelos assistenciais em saúde reside no fato de a mesma estar intimamente relacionada com dois aspectos: o primeiro é a efetiva construção de um modelo de atenção que proponha a assistência na perspectiva da integralidade e que essa perspectiva seja mediada pelos usuários com a existência de espaços que permitam o exercício da alteridade como dispositivo para a ação cuidadora. Em um segundo aspecto está a formação dos profissionais da saúde, como, por exemplo, os médicos. Ao considerarmos que a formação possui como campo de ensino os serviços de saúde, os mesmos devem servir como modelos formativos e estarem em consonância com os referenciais teóricos da integralidade. Da forma como estão delineados hoje, os serviços de saúde não são capazes de servirem como subsídio para um ensino inventivo e transformador, implicado com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, requerendo-se que, no ensino, tal condição seja problematizada e ative processos de análise de situação e proposição.

No sentido de ampliar e sustentar a perspectiva cuidadora, Ayres (2001) aponta com precisão a dimensão conceitual do cuidado. Para o autor, curar, tratar, controlar tornam-se posturas limitadas. Todas estas práticas supõem, no fundo, uma relação estática, individualizada e individualizante. Por isso, cuidar passaria por tarefas técnicas, mas não se restringiria a elas. Cuidar da saúde de alguém é mais que construir um objeto e intervir sobre ele, é forçoso saber qual é o projeto de felicidade que ali está em questão, no ato assistencial, mediato ou imediato. Restamos perguntar: que lugar podemos ocupar na construção desses projetos de felicidade que estamos ajudando a conceber?

A definição de cuidar para Ayres (2001) pode ser definida como:

*Cuidar é querer, é fazer projetos, é moldar a argila. **Querer é o atributo e o ato do ser.** Cuidar é sustentar no tempo, contra e a partir da resistência da matéria, uma forma simplesmente humana de ser. Mas é igualmente soprar o espírito, isto é, ver que essa forma não seja pura matéria suspensa no tempo (mesmidade), mas um ser que permanentemente trata de ser, um ente **que se quer** (ipseidade).*

Enfocando a discussão nos processos formativos, é necessário ensinar aos profissionais, não em lugares fixados e cenários únicos para tomar contato com eventos de saúde. Faz-se necessário ensinar no roteiro de ações e serviços por onde uma usuária dos serviços de saúde (as mulheres) percorre(m) a busca da integralidade: aprender a ouvir as diversidades, as singularidades, a produção de diferença.

Cabe ao campo da educação em saúde formular uma teoria-caixa-de-ferramentas que permita a análise crítica da educação que temos feito no setor da saúde e a construção de caminhos desafiadores, como um projeto educativo que extrapole a educação do domínio técnico-científico da profissão para os aspectos estruturantes de relações e de práticas não só nos aspectos epidemiológicos, mas também na estruturação do cuidado à saúde (Ceccim & Feuerwerker, 2004).

Conforme Ceccim (2008), a produção do cuidado e da participação na afirmação da vida traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições, aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas (falamos de sensações e não só de constatações) que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se produza consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e

desejo de vida em cada usuária.

Há dois âmbitos para a concretização de um desenho tecnoassistencial para a integralidade: o âmbito da estrutura e organização dos serviços, tais como disponibilidade, oferta e modos de articulação entre instâncias; e o âmbito dos processos de trabalho cuidadores, tais como o acolhimento, a responsabilização, o desenvolvimento da autonomia do outro e as redes de contato/interações. De um lado, a rede de ações e de serviços, de outro as práticas dos profissionais e suas inscrições pessoais em redes de conversações (Teixeira sobre o fazer profissional, ou seja, o contato “sensível e generoso” (alteridade) com a mulher sob atenção profissional de saúde.

É imprescindível aproximar-se das mulheres e tentar conhecê-las: suas condições de vida e de trabalho; as concepções que têm acerca da sua saúde, fatores que a beneficiam ou prejudicam; concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem ou não se sentem bem, assim como o que fazem para acompanhar eventos fisiológicos como gestação, partos e amamentação (Ceccim, 2008). Atender integralmente supõe corresponder aos componentes singulares em que se inscreve uma demanda em saúde, apreendendo as singularidades e não apenas as homogeneidades da pessoa que demanda cuidado (Ceccim, 2008).

O ordenamento da atenção e de uma rede de serviços em Linha do Cuidado implica, necessariamente, tanto para os gestores e os trabalhadores, quanto para as usuárias, o conhecimento dos fatores que beneficiam ou prejudicam, que condicionam e/ou determinam os estados de saúde e os recursos existentes para sua prevenção, promoção e atendimentos cuidadores, assim como para o engendramento da afirmação da vida.

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

(sistema de referência e contra-referência como um tramado do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), na qual as usuárias, mediante um acesso que lhes dê inclusão, saibam sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele - como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele -, seja capaz de influir em seu andamento (Ceccim, 2008).

No bojo da organização dos programas de humanização e atenção integral à saúde da mulher, surgiram programas de cuidado ao ciclo grávido-puerperal, como a Linha do Cuidado Mãe-Bebê: pré-natal, maternidade, puerpério e puericultura (a Linha pode começar no pré-natal ou na maternidade), mas o sistema de saúde deve assegurar o conjunto de atendimentos que sejam demandados, não conformando a demanda das mulheres por uma atenção definida como saúde ao binômio ou saúde à família. É para ampliar a absorção de problemas próprios da mulher que se deve regular uma Linha do Cuidado Mãe-Bebê ou Perinatal. O conjunto do sistema e seu controle social deve estar pronto a desenvolver serviços alternativos e substitutivos aos modelos tradicionais de modo a buscar, no cotidiano, todo dia, a integralidade da atenção.

Há necessidade de enfatizar o controle social sobre o SUS e a formação dos profissionais de saúde, com vistas à saúde da mulher. Os Conselhos de Saúde, integrantes da estrutura SUS (Lei Federal nº 8.142/90), são espaços nos quais se manifestam interesses plurais, por meio, inclusive, dos representantes diretos de certos tipos de segmento do pensamento, tais como os corporativos, religiosos, de orientação sexual, de divisão social etc. Apesar da dureza imposta a certos debates pelos representantes mais conservadores do pensamento, a diversidade de interesses almeja pactuações democráticas. As políticas destinadas às mulheres, em que interesses femininos entram em disputa na aprovação de recomendações relativas aos direitos sexuais e reprodutivos e à saúde sexual e reprodutiva são exemplo da constante e extenuante negociação de pactos. Na maioria das vezes, se aponta o conservadorismo das práticas políticas, mas também das práticas de formação, e a

necessidade de alterar as práticas da realidade a partir da educação dos profissionais de saúde. Para Ceccim (2008), o que sempre falta é um relevante contato com a alteridade representada pelas feminilidades, gênero e mulheres.

A relação integralidade-alteridade, a rigor, somente alcança distinção para fins “didáticos”. Ocorre que a atenção integral é referida em toda a formação em saúde, mas, em realidade, significa a união da clínica com a epidemiologia, não a incorporação de termos afetos às humanidades (singularidades do existir humano como nos estudos de gênero, sexualidade e subjetividade, diferentemente de sexo, reprodução e identidades).

Alteridade na atenção e educação em saúde

Mance (1994), estudando Lévinas, conceitua alteridade como um *ser-para-o-outro*, a tentativa de sair de uma condição de haver impessoal. Sair da condição neutra da existência para a condição de fazer sentido em uma relação, ser para o outro em uma relação social desinteressada. Ser-para-o-outro significa a responsabilidade ética por ele, que permite ao eu superar o rumor anônimo e insignificativo do ser. Uma reflexão sobre a tentativa de sair da condição do haver impessoal, avançando na própria constituição da condição humana - não mais um ser para a morte ou um ser para o nada, mas um ser para o outro. O outro, então, se apresenta como um universo de possibilidades no âmbito da relação, um ser não mais passível de dominação e que demanda uma abordagem diferenciada, não possessiva.

Tomando por base a condição humana de viver e experimentar sensações diversas, a produção no “encontro - com” ou a alteridade, deve ir para além de um aspecto isolado, o aspecto biológico ou corporal, por exemplo, como se fosse possível tornar divisível algo como as experiências de viver, que são únicas e absolutamente individuais, e não podem ser transmitidas, tornando o “ser para o outro” um atravessamento dos limites e estruturas do outro, compondo um novo espaço de produção. É nessa relação *mestiça* que ocorre a aproximação, cujo sentido é a responsabilização pelo outro.

A responsabilização pelo outro seria, então, um arcabouço ético entre atores de uma relação, um compromisso de um para com o desenvolvimento do outro, constituindo uma afirmação das singularidades. Para Schramm (1993), o ser “livre” ou responsável se reconhece como estruturado pela alteridade do outro e, à medida que experimenta os limites desta estruturação, procura um espaço de subjetividade em que possa se reconhecer. Isto é, se é enquanto ser ético e se é ético enquanto ser livre, ou seja, trata-se de responsabilidade com a existência ética de si e do outro na ligação eu-e-outro.

Os momentos de encontro entre um profissional de saúde e um indivíduo que precisa ser cuidado normalmente são conduzidos obedecendo a um conjunto de paradigmas que prioriza os eventos biológicos. Esses momentos são resolvidos de uma maneira essencialmente técnica. Leia-se: prescreve-se, medica, os órgãos estão doentes. Por outro lado, esse *encontro* também engloba outros fatores relevantes e que devem ser considerados nos cenários da saúde, como, por exemplo, a definição de saudável ultrapassando os limites “da ausência de doença”, incorporando os eventos de vida como sendo significativos. Este fato está intimamente relacionado com a alteridade, pois se pode afirmar que um profissional de saúde que não se exponha ao outro e que não esteja receptivo ao contato com a vida, neste caso, as transmutações individuais e coletivas do outro, efetivamente não produz um ato de cuidar como resultante da interação e responsabilização com o outro. Na situação específica da gestação na adolescência, ficam evidentes os cuidados prestados a “úteros grávidos” e não a meninas gestantes, repletas de singularidades que precisam ser acolhidas.

Ao definirmos alteridade como sendo o estado ou situação resultante do encontro, alguns elementos devem estar presentes para que a alteridade possa acontecer. Naffah Neto (1998, p. 23) escreve sobre o “terceiro ouvido” como sendo a capacidade de apreender o incorporal ou, ainda, o que permite aos afetos emergentes no encontro ultrapassarem o uso representativo da linguagem. Ao sermos afetados pelo que é outro, criamos uma nova perspectiva de interpretação, um novo sentido. Levando-se em consideração esta referência, percebe-se uma possível dimensão cuidadora não verticalizada ou unilateral, mas que interage e é mediada pelo indivíduo, por suas singularidades e não pelas estruturas orgânicas que o compõem.

Rolnik (2006, p. 31-33) também descreve o que denomina “corpo vibrátil”, ou corpo sensível aos efeitos dos encontros dos corpos e suas reações, complementando a noção de exposição às afecções. Rolnik (2006, p. 11-13) aponta o cenário da micropolítica, no qual se configuram os contornos da realidade em um

movimento de criação coletiva, os quais envolvem os processos de subjetivação. A exposição ou contato com o outro é a condição para que o outro deixe de ser objeto de projeção de imagens e possa se tornar uma presença viva, com a qual se constrói territórios de existência. O “corpo vibrátil”, portanto, é o que nos permite apreender a alteridade em sua condição de campo de forças vivas que nos afetam e se fazem presentes sob a forma de sensações. O outro passa a ser uma presença que se integra à nossa textura sensível, tornando-se assim parte de nós mesmos.

Tomando por base os cenários da prática clínica e da formação médica com seus paradigmas, percebe-se pelo menos uma repressão à capacidade de desenvolvimento do corpo vibrátil ou do universo das sensações. No caso específico da assistência ou do cuidado, esse fato fica evidente quando sustentado pelo escudo da prescrição ou da ciência, em que o profissional não se deixaria afetar. O argumento da formação é de que é mais confortável e menos perigoso somente prescrever, ainda que mantendo uma postura verticalizada ao outro. Essa característica é extremamente danosa, pois, ao receber a alcunha de verdade, se reproduz como método e é difundida como a única postura aceitável ao encontro. As vivências como professor universitário confirmam esta realidade. Por inúmeras vezes observei uma capacidade e um desejo forte nos acadêmicos iniciantes do curso de se deixarem conduzir pelo universo das sensações, expondo-se ao outro, criando um território construído em ato, mas, ao longo do curso, acabam perdendo esta propriedade, tornando-se frios ou impassíveis, recobertos pela crosta do saber e do tecnicismo, não sabendo e nem querendo fazer diferente. Esta transformação é que nos faz perguntar como demonstrar outros caminhos? Como mostrar pelo menos o exemplo de um cuidado diferente, acolhedor e horizontalizado?

A afirmação de que a alteridade é o critério para o cuidado na perspectiva da integralidade, ou de que a integralidade é “alteridade-dependente”, traz consigo a responsabilidade para a Educação de desenvolver práticas para o ensino que propiciem o despertar da alteridade. Não se trata de criar uma nova disciplina com este nome, mas, assim como os importantes referenciais teóricos da ciência, ocupar

seu devido lugar nos processos formativos.

Alguns autores descrevem propostas para a análise e a construção de mudanças. Merhy (2002) fala em “invenção” ou “afirmação” e traz a definição do trabalho vivo em ato e da utilização de tecnologias leves como alternativa para a transformação da realidade na saúde. O trabalho vivo em ato se aproxima muito do exercício da alteridade, pois se refere ao que é constituído no momento, a construção de um novo território, que depende da interação entre os envolvidos e dos saberes existentes, operando com o encontro de subjetividades e tecnologias de relações para além dos saberes tecnológicos estruturados, propiciando alto grau de liberdade na escolha do modo de fazer. As tecnologias leves são as ferramentas envolvidas no trabalho e que englobam as tecnologias de relações como produção de vínculo, autonomização e acolhimento. Por meio desta lógica de processo, pode-se visualizar uma forma de almejar a integralidade, referindo-se ao cuidado que englobe vivências e, no caso específico da gestação na adolescência, as singularidades presentes neste evento de vida.

Valendo-se do contexto da subjetividade e alteridade, Ayres (2001) defende que subjetividade, é ipseidade, é sempre relação, é *intersubjetividade*; sendo o encontro desejante com a circunstância (ou o ato de se colocar diante do outro) e engendrar as compossibilidades de ambos, movido pela situação de felicidade ou sucesso que não se traduz de modo restrito a um êxito técnico, enquanto engessado na perspectiva corpórea ou biológica, mas sim de um sucesso prático que contemple a construção de projetos, a relação entre matéria e espírito, constituindo então, no cotidiano, a ambiciosa e desejável inversão do tratar para o cuidar.

Como problematiza Rickes (2008), aqui, um problema interessante se coloca: há como que diferentes camadas da alteridade. Por um lado, refere-se àquele que é outro, diferente, em um mesmo código; por outro lado refere-se àquele que é radicalmente outro, pois com ele não compartilhamos o mesmo código e por isso, não temos como propriamente abordá-lo que não pela afecção. Uma formação interessante poderia ter como horizonte estender as fronteiras de nossa capacidade

de acolher o outro – o outro que “torna-se parte de nós mesmos”; mas, também, poderia abrir espaço para que possamos nos sensibilizar de forma acolhedora em relação àquele que jamais se tornará parte de nós mesmos.

Como disse sobre a integralidade, a alteridade lhe é inerente, entretanto, se é possível “transmitir”, via ensino, as “evidências” de uma atenção integral, quanto à alteridade somente podemos “desafiar e expor”.

Formação em saúde e ensino de saúde da mulher

Ao percorrermos o mundo da História, é notável a observação de que alguns conceitos permanecem ao longo do tempo com uma capacidade ímpar de se perpetuarem. Apesar dos esforços de inúmeros autores que enriqueceram as possibilidades e promoveram rupturas no universo da Educação e da Saúde, ainda hoje podemos contemplar idéias, muitas vezes veladas, que nos conduzem a preceitos datados há muito tempo. Em meados do século XIX, começa a se definir a especialidade cirúrgica “ginecologia” ou “ciência da mulher” que responderia ao cuidado à mulher, vista, então, pela observação, como um ser “diverso” pelo menos no que correspondesse anatomicamente às características sexuais. Ainda influenciada pela lógica do pensamento vigente no século XVIII, a ciência da mulher carregava fortemente a conduta da prescrição e dos pressupostos orientados pela moral. Somente ao final do século XIX, surge uma concepção ampliada do universo feminino, marcada pelo fato de que talvez a mulher efetivamente possuísse uma complexidade para além da função de reprodução e de que suas especificidades femininas pudessem exigir uma prática cuidadora preocupada com a mulher e não com a grávida. Aportamos, na atualidade, século XXI, como em um período marcado pela transformação, inovação e pós-modernidade, particularmente quanto aos avanços tecnológicos e a um *repensar* das humanidades.

No Brasil, Canesqui (1987) descreve detalhadamente as políticas públicas em saúde da mulher, assinalando um recorte nos períodos pré e pós-1964. Segundo a autora, entre 1930 e 1964 fica evidente a característica regulatória estatal com mecanismos à proteção materno-infantil relacionados aos processos de formação e reprodução da força de trabalho, com ênfase no cuidado individual e curativo, sendo consolidado no período posterior a 1964, com o advento da medicina previdenciária, o que reforçou o enfoque da intervenção direcionada ao biológico de mães e mulheres (demandas sociais reprodutivas).

Somente no início dos anos 1980 surgiu uma lógica diferente no contexto das políticas públicas em saúde da mulher, com a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (Paism), caracterizando uma ruptura no modelo tradicional de assistência, com o advento do conceito de integralidade à atenção (Osis, 1998). Osis ressalta que a própria constituição da equipe formuladora do Paism, apontava, por intermédio de seus integrantes, uma aproximação com o movimento de mulheres, o que indicava o direcionamento pretendido pelo programa, que em seu texto salientava que todo momento de contato da mulher com os serviços de saúde deveria ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (Pnaism) apresenta como conteúdos o enfoque de gênero, a evolução das políticas de atenção à saúde da mulher, o diagnóstico atual desta temática e perspectivas e diretrizes para uma política integral para a saúde da mulher (Brasil, 2004). Já na apresentação, o Pnaism define gênero, integralidade e promoção da saúde como princípios norteadores e aponta para a perspectiva da saúde como um direito de cidadania. A Política traz, também, alguns dados epidemiológicos relevantes, como o fato de mulheres serem a maioria da população brasileira (50,77%) e as principais usuárias dos serviços assistenciais do Sistema Único de Saúde (SUS).

Devemos supor, portanto, que na Saúde e na Educação, especialmente na “educação em saúde da mulher”, as questões apresentadas no século XIX entraram em superação e que já se pode praticar um cuidado pautado nas demandas femininas e implicado com a noção de que a mulher não é mais “o ser reprodutor”, mas a construção do feminino, experiência singular de construção de uma existência atravessada por questões de gênero junto com questões de classe, geração, etnia, orientação sexual, conjugalidade, inserção no trabalho e outras circunstâncias de vida que, no mínimo, merecem guarida e escuta na atenção à saúde, mas também processos cuidadores (acolhimento) e ativação de transmutações.

Muito se tem discutido sobre o perfil dos egressos dos cursos de medicina e

as transformações nos processos de trabalho no que se refere à qualidade e capacidade resolutiva dos serviços de saúde. O limitado conhecimento e aplicação dos preceitos do Sistema Único de Saúde, o direcionamento curricular fragmentado e essencialmente tecnicista dos cursos e a pouca integração com outros profissionais da área têm sido apontados como responsáveis na produção de um egresso limitado para responder às demandas de saúde da população. A problematização dos principais conceitos vigentes nos processos formativos, especialmente na saúde da mulher e por meio da fundamentação teórica na educação, permite caracterizar possibilidades que converjam à direção da transformação da prática e do ensino médico, os quais deveriam ser pautados pela integralidade e alteridade.

As elaborações histórico-sociais da temática da gravidez na adolescência servem de subsídio para a contextualização dos conceitos presentes na formação em saúde da mulher. Valendo-nos, por exemplo, das questões de ordem moral envolvidas, observamos a caracterização de uma “ilegitimidade” da gestação na juventude que ocorre fora da união, contribuindo para a transformação do fato em um problema social (Heilborn *et al.*, 2006, p. 30). A concepção biomédica apresenta justificativas biológicas sustentadas por dados epidemiológicos como o risco de prematuridade e mortalidade infantil, reforçando esse paradigma ao unir-se à psicologia que faz o diagnóstico de imaturidade psicológica aos jovens, o que traria graves conseqüências para as adolescentes e suas crianças (Heilborn *et al.*, 2006, p. 31).

Tomando por base os cenários da formação médica, percebe-se uma complexa teia que relaciona poder e saber e dá sentido aos modos de educar e conduzir a prática assistencial, especialmente na constituição de processos identitários que levam à distinção e muitas vezes à segregação. Meyer (2005) problematiza os conhecimentos e as práticas produzidos nas áreas de Educação e de Saúde, afirmando que os mesmos são instâncias de produção de representações. O fato de ensinar modos “corretos” para o exercício da sexualidade e as atitudes “desejáveis” termina por conferir um padrão de normalidade de acordo com uma

identidade que é representada (Sabat, 2004), coagulando/cristalizando significados, suprimindo a invenção de sentidos para realidades moventes. A simples observação de uma consulta pré-natal de uma jovem exemplifica os argumentos citados. Todos os fatores de riscos possíveis são demarcados, exames complementares das mais diversas ordens são solicitados em nome de um desenvolvimento gestacional protegido, porque de risco, enquanto que muitas vezes não se propicia escuta qualificada às significações presentes neste momento para as meninas.

Com os referenciais da psicologia social, pode-se afirmar que a produção de sentidos é um fenômeno sociolingüístico (Spink, 2004, p. 42) que, utilizando a linguagem, sustenta práticas sociais geradoras de sentido e busca entender as práticas discursivas que atravessam o cotidiano. A questão que se apresenta é o quanto um *discurso* apresentado nos processos formativos sustenta uma prática clínica, na qual se evidencia a centralização do atendimento em uma gestante ao contrário de uma adolescente e sua singularidade. Tradicionalmente, a preocupação com o corpo e com os eventos da saúde reprodutiva, na perspectiva técnica e biológica, marcadamente exclui as vivências de gênero e os processos psicossociais do contexto do cuidado.

Problematizando o contexto das políticas públicas, pode-se perceber que as mesmas são fortemente normativas e dirigidas invariavelmente para as mulheres dos segmentos sociais mais pobres. Ao centralizar a discussão no aspecto *mulher-mãe*, cabe perguntar que posições esses programas legitimam às mulheres, aos homens, aos filhos e às filhas, como interroga Meyer (2005, p. 99), denunciando a existência de uma *política à maternidade* nas políticas públicas de saúde às mulheres.

Levando-se em consideração as múltiplas demandas do universo feminino, pode-se perceber um limitado vigor nas metodologias formativas e nas práticas vigentes como dispositivos para o atendimento dessas demandas. Merhy (1998) reforça a constatação da limitação dos modos de agir em saúde quando nos lembra que “os modelos atuais de ordenamento das práticas clínicas e sanitárias já

perderam seu rumo maior - o da defesa radical da vida individual e coletiva”. No mesmo texto, o autor refere a tentativa de construção de um novo modelo que permita impactos positivos nos graus de autonomia e no andar a vida das pessoas: “o agir cumpliciado do trabalhador com a vida individual e coletiva”, em que constituiríamos “um modo competente de realizar a mudança de um modelo de atenção corporativo-centrado para um usuário-centrado”.

Dentre os fatores contribuintes para a caracterização do modo de ensinar na formação, as racionalidades médicas podem ser consideradas determinantes para a condução dos rumos dos processos formativos. A análise do arcabouço constituinte da denominada Medicina Científica permite que se apontem as mudanças ocorridas na prática médica desdobradas desde o Relatório Flexner, de 1910. Silva Jr. (2006, p. 45-46) cita estes elementos, dos quais retiramos quatro com expressiva relação com o tema da formação. O primeiro elemento, o *Mecanicismo*, dá o entendimento de que o organismo é visto como uma máquina e, se suas funções forem entendidas, o mesmo poderá ser montado e reorientado, tornando possível a intervenção médica. O *Biologicismo* determina a natureza biológica das doenças e de suas causas e conseqüências, excluindo os determinantes sociais e econômicos dos fatores predisponentes. O *Individualismo* elege o indivíduo como objeto, responsabilizando-o por sua doença e, por fim, a *Especialização*, que fragmenta o conhecimento científico em partes específicas, distanciando a noção de integralidade como pertinente ao contexto saúde-doença. Com esses elementos, reforça-se a idéia de exclusão dos processos que não sejam de origem biológica como constituintes dos adoecimentos, que dirá então da maneira de acolher processos vitais (e não doenças) como a própria gravidez na adolescência e suas respectivas singularidades, o que acarreta uma abordagem preconizada na formação com o direcionamento para questões essencialmente técnicas, sequer permitindo um olhar para o indivíduo e sim para um evento biológico, ou seja, a gestação. Note-se que de um fato natural, a gravidez na adolescência se tornou, para a medicina, uma nosologia da puberdade (morbidade entre as jovens). Incidindo sobre as meninas, surgem novas mulheres alvo da medicalização, mantendo-se o alvo da maternidade

como um constrangimento ao novo feminino.

A formação não é projeto técnico-pedagógico ou conteúdo-curricular, é a integração ensino-serviço. Acima de tudo, é a interação educação-gestão-atenção-participação, porque as inversões a serem feitas extrapolam atos técnico-científicos ou racionalizadores, atravessam concepções, imaginários, sensibilidades, desejos, subjetivações e o radical contato com a alteridade. No caso da atenção em saúde da mulher, com as feminilidades.

A formação e o exercício profissional em saúde da mulher deveriam contemplar as singularidades, o que equivaleria dizer: defender uma política das feminilidades. Para tanto, há necessidade de participar do sistema de saúde vigente no país, bancar o trabalho em equipe e construir a atenção integral à saúde. As Diretrizes Curriculares Nacionais constituem uma orientação político-pedagógica nacional, definindo que os profissionais deveriam ser capazes de aprender continuamente, deveriam aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação. Para isso, a proposta do *quadrilátero da formação* poderia contribuir a uma *pedagogia em ato* do ensinar e aprender, abandonando a *ciência da educação* que, por meio de uma *pedagogia médica*, vem defendendo o mecanicismo, o biologicismo, o individualismo e a superespecialização.

Diferentemente do racionalismo individualizante e intervencionista que marca a *pedagogia médica* e, por decorrência, uma medicalização do cuidado à saúde (o diagnóstico de cada constituição individual, apreendida por meio da aplicação racional e sistemática de categorias que expressam leis universais e uma ativa intervenção do médico sobre os fatores perturbadores ou obstaculizadores da melhor saúde), é fundamental o desenvolvimento de atitudes e espaços de encontro intersubjetivo, de exercício de uma sabedoria prática para a saúde, apoiados na tecnologia, mas sem deixar resumir-se a ela a ação em saúde. Para Ayres (2004), a intervenção técnica, mais que tratar de um objeto, se articula de verdade com o cuidar se o sentido da intervenção for

não apenas o alcance de um estado de saúde visado de antemão, nem somente a aplicação mecânica das tecnologias disponíveis para alcançar este estado, mas tornar-se o exame da relação entre finalidades e meios e tomar sentido prático para o paciente, conforme um diálogo o mais simétrico possível entre profissional e paciente.

A análise dos princípios das Diretrizes Curriculares Nacionais permite verificar que o que está colocado é uma mudança principalmente no que diz respeito ao modo de ensinar e aprender, quer dizer, a mudança diz respeito à própria pedagogia universitária e, como consequência, aos modos de organizar e avaliar a aprendizagem, pois ao se ensinar e se aprender de forma diversa, utilizando-se o referencial da alteridade e não do currículo (conteudismo) e, com o estímulo ao pensamento e à criação, optamos por acompanhar as aprendizagens. Trata-se de construir, durante o ensino, práticas de dar voz a processos de construção pessoal e profissional, mediados por professor. Espera-se que o estudante desenvolva, durante o seu processo de formação, as características desejadas pelas mulheres para o trabalhador da saúde, principalmente, pela interferência recíproca entre área do ensino e área da saúde.

A integralidade da atenção à saúde deve propiciar aos acadêmicos a construção de uma concepção de saúde pautada pelas políticas públicas, pelo reconhecimento da realidade e pelo compromisso público com a melhora das condições de saúde, segundo vivências que lhe possibilitem a compreensão do cuidado, não como procedimento técnico que ocorre dentro de um serviço de saúde, mas como uma ação integral que tem significados e sentidos voltados para o entendimento da saúde como direito de si e de viver em coletividade. O desenvolvimento das práticas cuidadoras envolve a inserção profissional em contextos reais e visa a desenvolver as habilidades e competências necessárias para o trabalho em saúde. Em consonância com as Diretrizes Curriculares Nacionais, deve-se estimular a inserção precoce e progressiva dos estudantes no sistema de

saúde, tomando-o como cenário de práticas da realidade do mundo do trabalho, valorizando os postulados éticos, a cidadania, a inclusão social e o respeito à diversidade, ou seja, acima de tudo, o desenvolvimento da alteridade. Contempla-se, nesta postura de formação, processos coletivos, desenvolvidos por ações multiprofissionais que almejem, por meio da reflexão sobre a prática, a construção e a concretização de um sistema de saúde cuidador, orientado pelas necessidades sociais em saúde e de acordo com a melhor intervenção no processo saúde-doença e de promoção da saúde. Novas e mais consistentes estratégias de desenvolvimento de competências devem incorporar, além do fazer técnico-científico, saberes da ética, das humanidades, da política de saúde e do social, como dimensões indispensáveis à construção de melhor compreensão do andar à vida e de projetos terapêuticos individuais ou singulares.

Imaginários sobre adolescentes grávidas entre estudantes de medicina

a) Cenário de pesquisa: grupo-dispositivo

Os dados qualitativos originados do contato com atores da cultura no trabalho de campo da pesquisa qualitativa caracterizam uma representação da realidade ou, ainda, o que os cientistas sociais costumam denominar de “dados subjetivos” (Minayo, 2007, p. 65). Pretendo alcançar o poder discursivo de enunciar uma prática de atenção e educação em saúde da mulher que questione a vigência das evidências epidemiológicas ou o padrão médico do paradigma flexneriano na construção da clínica em face de demandas que se apresentam como vivências do feminino ou como singularidades femininas, tendo em vista uma prática médica, pertencente à integralidade ou em alteridade.

O grupo-dispositivo utilizado como metodologia de pesquisa serviu-me ao entendimento de como estão presentes (não quais são) os conceitos e percepções acerca da gravidez na adolescência para as meninas (não o casal ou par), podendo ser considerada uma espécie de entrevista em grupo, mas acima de tudo uma conversa coletiva, mediada por facilitador e motivada por tema gerador. Não constituído essencialmente por séries de perguntas e respostas ou uma relação entrevistador e entrevistados, o grupo se produz por debate entre atores da cultura, por redes associativas de idéias, por confronto de opiniões e contradições e por *insights* individuais e coletivos. O facilitador não é simples observador ou anotador de respostas, media, tira dúvidas, pede exemplos, converge, dinamiza e estimula, para obter informação de máxima qualidade. Arma-se uma rede de conversações. Uma das principais características relevantes do grupo focal é a de permitir observar a formação de opiniões que surgem a partir de um processo interativo entre os indivíduos. A análise sistemática e cuidadosa das discussões fornece pistas sobre como uma situação é percebida. Para o uso do dispositivo foram feitas adaptações de técnica de grupo focal (Cotrim, 1996; Dall’Agnol, 1999).

A sustentação da metodologia utilizada, delineada como grupo-dispositivo, ou, ainda, como “rodas de conversa”, é descrita em profundidade na discussão de conceitos que possam ser operadores da temática do ensino e formação de médicos por autores como Fonseca (2004); Mairesse (2002); Ayres (2004) e Benevides (2005).

Uma análise do imaginário (representações culturais) presente entre os estudantes se deve a um campo de interrogações que congrega assistência e educação médica ou de profissionais de saúde: o que um estudante espera do ensino para que logre aprender sobre a assistência para que esta seja integral? A assistência sendo realizada por profissionais da saúde, em especial por médicos ou estudantes de medicina, requer um processo de ensino que abra as fronteiras do *ser* profissional (da boa técnica) para o *ser* do encontro (da elevada escuta), quando do exercício da atenção? Existem identificações com as mulheres adolescentes grávidas (proto-alteridades)? Como estão territorializadas nos imaginários as questões envolvendo feminilidades adolescentes, especialmente na ocorrência de gestação?

A metodologia encetada iniciou com a organização de dois grupos de estudantes, cada um com 20 participantes. Estes grupos foram denominados “exposição-1 e exposição-2”. As exposições 1 e 2 foram “provocadas” pela apresentação do documentário *Meninas* (Werneck, 2006), seguida de livre debate, registrado em áudio. As problematizações coletivas de questões extraídas do documentário foram objeto para uma etapa posterior.

O documentário *Meninas* (Werneck, 2006) mostra a trajetória de quatro adolescentes grávidas de baixa renda, moradoras de favelas no Rio de Janeiro, com idades entre treze e quinze anos. Por intermédio de depoimentos das adolescentes e de seus familiares, o documentário procura caracterizar as singularidades presentes nestas gestantes, mostrando suas percepções sobre sexualidade e maternidade, perspectivas pessoais de trabalho e estudo e possíveis mudanças pessoais e sociais decorrentes da gestação. Evidencia-se no documentário a clareza de informações que as adolescentes possuem sobre concepção e sobre a possibilidade de opção pela

gestação, podendo representar uma afirmação de maturidade em reação à sua infantilização ou “minorização” de direitos sociais ou do direito à singularização. Salienta-se, ainda, a riqueza de situações de vida retratadas no filme, citando como exemplo um rapaz, namorado de uma das adolescentes que, pela paternidade, decide sair do tráfico de drogas ou, ainda, outro rapaz que engravida, ao mesmo tempo, duas adolescentes mostradas no documentário e decide por buscar trabalho remunerado para contribuir ao sustento da prole, declara-se em desejo de conjugalidade por uma delas e como apoiador da outra.

A proposta do trabalho era detectar possíveis questões norteadoras para o aprofundamento em sistemática de grupo com estudantes e grupo com professores. Os grupos seguintes foram compostos com estudantes do segundo e do terceiro anos do curso de medicina da Universidade Católica de Pelotas. Os estudantes do segundo ano cursam uma disciplina denominada Necessidades em Saúde Materno-Infantil e estão inseridos em Unidades Básicas de Saúde como cenário de práticas, com ênfase no cuidado em saúde da mulher e da criança, realizando entre outras atividades, pré-natal e puericultura. Os estudantes do terceiro ano cursam uma disciplina denominada Atenção Primária à Saúde, inseridos também em Unidades Básicas de Saúde e expondo-se ao cuidado ampliado de crianças e adultos, com ênfase nas doenças agudas e crônico-degenerativas prevalentes no âmbito da atenção primária. Os dois grupos de estudantes têm em comum uma atividade teórico-prática denominada “tutoria”, na qual, em grupos de até vinte estudantes, são problematizadas as situações entendidas como necessidades sentidas na exposição à prática assistencial e de promoção da saúde. Para a realização dos grupos-dispositivos foi utilizado o espaço da tutoria, em dois momentos distintos, um com estudantes do segundo ano e outro com estudantes do terceiro ano. O tempo de duração previsto, incluindo apresentação do vídeo, foi de duas horas. É importante ressaltar que a temática despertou muito interesse nos estudantes, os quais se sentiram absolutamente à vontade para fazer comentários e problematizar as situações expostas no vídeo, o que talvez possa ser explicado pela logística habitualmente utilizada na tutoria, que contempla problematizações de diversas

ordens, inclusive com apresentação de vídeos, leitura de reportagens e representações e dramatizações com os estudantes. Outro fato que pode ter colaborado para um ambiente agradável na atividade foi a relação existente entre o pesquisador e o grupo de estudantes, os quais são seus orientandos na tutoria e na Unidade Básica de Saúde. Não houve, pelo menos nos grupos-dispositivos, uma diferenciação nos imaginários ou nas representações problematizadas, entre os alunos mais novos e alunos mais adiantados no curso (que já passaram pela exposição prática direcionada ao cuidado da mulher ou da gestante). Não foi observada influência da maior exposição acadêmica no contexto dos imaginários apresentados.

A etapa seguinte foi delineada com a realização de mais dois momentos, com os estudantes e um grupo com professores. Serão denominados por grupos-debate 1 e 2 os grupos com estudantes e por grupo-debate 3 o grupo com professores. O grupo com professores teve a finalidade de contraponto imaginário-abordagem de ensino, pois aos professores foi submetida a “leitura geral dos imaginários discentes”. Para realização desta etapa, foram combinados horários alternativos com os estudantes e professores, sem a utilização do espaço curricular de aula. Nos grupos-debate 1 e 2, compareceram 9 estudantes voluntários, sendo que 2 haviam participado anteriormente do grupo-exposição. A duração prevista inicialmente para o encontro com os estudantes foi de uma hora e trinta minutos, mas em virtude da riqueza das problematizações e do ambiente propício para a atividade, a duração total de cada momento foi de mais de três horas, ocorrendo, na primeira vez, um intervalo de 20 minutos e, na segunda vez, três horas sem intervalo. Cabe ressaltar que o número de encontros, tanto com estudantes quanto com professores, foi definido pelo volume de problematizações que surgiram e o esgotamento da temática, sendo que para o primeiro grupo-debate com estudantes foram elaboradas, como provocação à conversa, cartelas contendo frases obtidas no grupo-exposição. Já no segundo momento (grupo-debate 2), foram utilizadas duas frases definidas pelo pesquisador, que contemplassem os aspectos específicos da assistência (1) e do ensino (2) na temática proposta de gestação na adolescência. Para o grupo-debate 3,

com professores, foi combinado também um horário alternativo para a atividade, com duração em torno de uma hora e trinta minutos. Três professoras do núcleo de Ginecologia e Obstetrícia do Curso de Medicina da Universidade Católica de Pelotas aceitaram o convite para participar do encontro. A escolha de professores do núcleo de Ginecologia se deveu ao fato de os mesmos exercerem assistência e ensino no âmbito da gestação na adolescência e, ainda, por não pertencerem ao Núcleo de Saúde Coletiva do curso, núcleo do qual faço parte e no qual as mesmas questões da pesquisa passam a ocupar a discussão espontânea de professores. Houve a constatação de que somente um momento de encontro com professores foi suficiente para caracterizar o universo de representações dos mesmos, também adequado para a confrontação com o material produzido nos grupos com os estudantes.

Todos os encontros foram precedidos por uma explicação sucinta da proposta do trabalho e leitura e assinatura dos termos de consentimento livre e esclarecido. Houve a utilização de gravador em todos os momentos, com posterior transcrição das falas para análise, sendo gerado um material transcrito com volume superior à cem laudas de transcrição de todos os grupos.

Tomando por base a exposição do documentário, várias questões geradoras surgiram nos grupos-exposição. Foi encontrada densa aproximação da realidade retratada no documentário com aquela encontrada na assistência, durante as atividades curriculares do curso, situações idênticas ou muito próximas às exploradas no documentário; despontou a atribuição do “papel de mãe” à experiência do engravidar, uma vez que engravide, independentemente da etapa de vida a mulher deve assumir a maternidade; a caracterização da gestação na adolescência como um erro; a identificação de um *script* de classe social e de gênero, apontando que as meninas pobres não têm perspectiva de vida em termos de estudo, trabalho ou idealizações pessoais; a percepção de que as adolescentes pobres têm contextos e significados diferentes da gestação na adolescência, quando comparadas com adolescentes de classe social mais elevada, as quais constroem um

“planejamento estratégico” no qual o estudo, particularmente com curso superior para uma inserção qualificada no mercado de trabalho, aparece como perspectiva essencial, o que não existiria entre as meninas pobres; a noção de que, enquanto profissionais de saúde, uma das tarefas principais que se apresenta à assistência e ao ensino é a da educação para a saúde, em que o profissional teria a obrigação de prescrever os modos “corretos” de agir diante das questões da sexualidade e da concepção, sem necessidade de diferenciar as subjetividades presentes neste contexto. Mas houve o reconhecimento da existência de subjetividades e a necessidade de ampliar, no contexto do cuidado, as questões de vida das adolescentes, surpreendentemente surgiu o abortamento protegido como alternativa interessante para a resolução dessa situação indesejável, a ser praticado por médicos assistentes. Os estudantes não identificam estratégias no universo da clínica tradicional para abordagens singulares ou singularizadoras e ressaltaram que carecem de um espaço na graduação que contemple essas questões no processo de aprendizagem; ocorreu, ainda, a percepção de que os preconceitos morais do aluno influenciam na hora do contato com a adolescente na assistência, talvez inibindo a ampliação deste momento em problematizações para além da técnica científica formal, ou exercício profissional tecnologicado.

b) Grupo-debate

Debate 1 - estudantes

Utilizando como geradoras as temáticas surgidas do grupo-exposição, foram elaboradas cartelas com textos de frases dos alunos que contemplassem o conjunto das informações trazidas no debate do documentário para detalhamento e aprofundamento no grupo-debate. O delineamento dos grupos-dispositivos foi pensado no sentido de identificar imaginários entre os alunos de medicina, buscando caracterizar alguns tópicos específicos como: quem é essa menina? O que ela traz para o atendimento? Quais os efeitos da gestação na sua história de vida?

Há algum dimensionamento pelo aluno de medicina relativo à construção de histórias de vida? Qual o papel e o lugar da maternidade nesse contexto? As frases que foram utilizadas no primeiro grupo-debate com alunos são salientadas a seguir.

Esse documentário mostrou muito da realidade.

É a realidade das pessoas que a gente vê que chegam ao posto. É uma situação que faz com que as meninas se perguntem: e agora, como vou fazer? E a minha família? Como eu faço com essa criança? Como é ser gestante? Como eu trato isso? É bem complicado.

A gente está vendo o outro lado. O outro lado da moeda, o da vida, não da consulta.

Valendo-se deste “texto” disparador, os alunos apontaram para a questão da “normalidade” da gestação na adolescência em classes sociais mais baixas, em que desponta a constatação de uma menina pobre e sem perspectiva de futuro ou, ainda, com perda da perspectiva de futuro com a gestação. Ela seria irresponsável, pois não tomou as devidas providências para não engravidar e possivelmente este fato tenda a se repetir, pois esse é o exemplo também de suas mães. Paradoxalmente ao fato da irresponsabilidade, os estudantes identificam possíveis justificativas ou singularidades para a gestação. Ressaltam a questão da “ascensão social” na própria comunidade como algo que possa motivar a gestação na adolescência, fazendo com que a adolescente passe a ser mais respeitada no meio onde vive, ressaltando um fator de autonomização ou empoderamento por parte da adolescente com filho. A adolescente ressignificaria o modo como é identificada ou reconhecida socialmente. Existe o reconhecimento de que engravidar possa ser o desejo da adolescente, não como algo aceitável, mas claramente atrelado à noção de que esse realmente é o destino da menina pobre: não estudar, viver na favela e criar vários filhos. Embora sendo praticamente consenso para os estudantes de medicina o fato de que na assistência deva ser incentivada a realização do pré-natal e que em muitas situações

exista certo “convencimento” por parte do médico assistente para que as adolescentes se adaptem à realidade de serem mães, há uma percepção entre os estudantes de que, em alguns casos, o aborto se apresentaria como uma linha de fuga desse *script* de vida. Não identificam, entretanto, ferramentas para acolher ou para abordar essa perspectiva nos serviços de saúde. Indicam essa alternativa como bastante utilizada por adolescentes de classes sociais mais elevadas, com as quais se identificam, quando engravidam. Ressaltam que a temática do aborto é muito pouco discutida, tanto nos serviços de saúde como na graduação. O aborto é tema apenas da família e da imprensa ou comentário de surgimento espontâneo de pertencimento.

O nosso contexto é diferente do contexto delas, essas meninas tem uma noção completamente diferente do que significa um filho, para elas esse filho significa uma inserção, um outro meio, meio de mulher. Uma delas, uma de 15 anos, chegou a dizer que o filho era desejado quando a médica perguntou no filme. A gente acha que tem que evitar, mas eu não sei até que ponto se conseguiria isso porque para elas é natural, é natural porque elas são muito abandonadas, sabe? Deve ser legal para elas saber que aquela criança necessita delas elas se sentem muito mais mulheres sabe? Elas não estão mais abandonadas (grupo-exposição 1).

Uma possível *desestruturação* do núcleo familiar da adolescente pobre é apontada pelos estudantes como justificativa para o evento da gestação. Há uma percepção de que existiria o “abandono” das meninas no seu contexto familiar, com ênfase no fato de que, por motivos diversos, os pais dessas meninas não corresponderiam à expectativa de bons pais. Os estudantes entendem como corretas, em relação ao papel esperado de pais, uma permanente preocupação e dedicação aos filhos. O abandono no cuidado materno/paterno, motivaria a gestação, ressignificando, então, para as meninas a dimensão cuidadora materna e preenchendo a sensação de abandono com a nova responsabilidade, ser mãe,

assumir “o papel materno”. Para os estudantes, existe a tendência de que essa seqüência de eventos vitais seja cíclica, com mães de adolescentes que também engravidaram na adolescência e que por sua vez também engravidam na adolescência. Muitas meninas cuidam dos irmãos desde que nascem, e quando os mesmos dispensam seu cuidado, elas têm seu próprio bebê, pois desenvolveram a maternagem e devem desenvolver a maternidade. As equipes dos serviços de saúde aparecem para os estudantes como compostas por profissionais capazes de intervir na perspectiva cíclica por intermédio de ações educativas, particularmente no trabalho em grupos com mães adolescentes. Tais práticas educativas deveriam apontar para a transformação dessa “realidade”, com intervenções pontuais inclusive no pré-natal das mães adolescentes. Na opinião dos estudantes, portanto, há o entendimento de que, apesar do reconhecimento das singularidades existentes no binômio (binômio, não unidade) mãe-adolescente, a situação deva ser modificada, ao invés de acolhida, e esse seria o papel do assistente. Outro fator que os estudantes indicam ter ligação com a desestruturação familiar atualmente são os comportamentos e culturas referentes à sexualidade, indicando que possa existir um apelo à sexualidade muito precoce, visualizado no comportamento de meninas de 8 e 9 anos que já utilizam maquiagem, possuem celulares e navegam livremente na internet, indicando esses fatores como contribuintes para o início precoce da vida sexual. Caracterizam uma perda das vivências infantis com o desinteresse cada vez maior pelas brincadeiras características dessa fase, como brincar de bonecas, associando o fato de que filhos representariam uma afirmação da sexualidade ou, ainda, um *status* social diferenciado para meninas pobres. Os estudantes salientam que toda menina, independentemente da classe social, especialmente na adolescência, imagina ter filhos, porém a “diferença” é que este imaginário conta com planejamento nas classes sociais mais elevadas, enquanto que para as meninas pobres isso não acontece. Outro fator apontado pelos estudantes é que para as mulheres há a necessidade da gestação, como uma espécie de afirmação do feminino, a mulher só se sentirá completa em sua natureza feminina se engravidar.

A gente sabe que é a realidade delas, mas a questão da mudança,

que nem a colega falou: “que futuro?” O que eu quero dizer é que chega uma grávida lá e nossa conduta é deitá-la, medir barriga... Não pode ser levado assim! A gente nunca tem um papo com a menina sobre se ela sabe sobre a pílula do dia seguinte. Tu queres esse filho?... A gente a deita faz as perguntinhas do questionário... e só...(grupo-debate 1).

Para os estudantes, as meninas chegam para o atendimento na Unidade Básica de Saúde com muitas incertezas sobre a gestação e sobre o futuro. Há a percepção de que estas questões deveriam ser acolhidas de uma maneira diferenciada, mesmo sendo o “papel” do profissional de saúde orientar que a gestação não deva acontecer novamente ou que, talvez, possa ter sido um erro. Os estudantes entendem que pelo menos a oferta de alternativas pudessem ser discutidas, como a pílula do dia seguinte, por exemplo. Há o entendimento, pelos acadêmicos, de que os mesmos ficam constrangidos na abordagem de algumas questões, principalmente pelo fato de estarem no início do curso (segundo ano) e, ainda, pelo sentimento de obrigação em seguir determinados protocolos da consulta, como rotinas de exame físico e preenchimento de formulários, acabando por não complementar/integralizar o momento do encontro com a adolescente.

Falta contato com a população, com o colégio, pegar uma turma de meninas e perguntar: quais são suas dúvidas? O que vocês acham da sexualidade? Ensinar como se usa camisinha, como tomar pílula. E se falhar? Até na parte da AIDS, dar um sustinho, mostrar o que pode acontecer, outras doenças sexualmente transmissíveis também. (grupo-debate 1).

Tomando por base o contexto da informação, especialmente sobre os métodos contraceptivos, os estudantes dizem que talvez não exista falta de informação de um modo geral, apesar do acesso limitado à informação por parte de algumas pessoas, mas ressaltam que a qualidade da informação é que é insatisfatória e que, algumas vezes, os preconceitos existentes dificultam a divulgação correta de

informações. Uma estudante cita o fato que se surpreendeu quando o professor em uma determinada ocasião orientou que ela abrisse a embalagem de um preservativo masculino e mostrasse como se coloca o mesmo. A adolescente não sabia como colocá-lo, fato considerado inusitado pela estudante. Os estudantes ressaltam que a divulgação e a discussão de informações sobre métodos anticoncepcionais e sobre sexualidade deveriam ser mais precoces, começando com meninas de oito ou nove anos que, segundo eles, já estão experimentando questões envolvendo a sexualidade. O fato de iniciar precocemente essa discussão não estimularia o início da vida sexual, pois a mesma inicia independentemente dessa abordagem, sendo inclusive importante compartilhar a discussão com as mães das adolescentes.

Perguntado aos estudantes se o fato de engravidar na adolescência poderia ou não significar “saúde”, os mesmos foram unânimes em apontar que não. Para os estudantes, “não é saudável em nenhuma sociedade uma adolescente grávida”, fato que pode ser amenizado em classes sociais mais altas, pois segundo eles, existe uma estrutura (econômica) mais apropriada para criar a criança. O significado de “saúde”, na visão dos estudantes e na situação específica da adolescência, é ter um planejamento de vida com estudos e exercício profissional, não incluindo em nenhuma hipótese uma gestação, a qual, quando acontece, é tomada como não planejada.

Com base em uma comparação entre a adolescente grávida de classe social alta e a adolescente grávida de classe social mais baixa, os estudantes dizem que de um modo geral, as duas crianças oriundas das gestações são crianças “abandonadas”. Os estudantes explicam que no caso da adolescente de classe social mais alta é constituída uma rede de cuidado composta por pessoas cuidadoras (babás e creches), enquanto que para a adolescente de classe mais baixa a adolescente acaba cuidando, mas tem que cuidar de si mesma e, em algumas situações, a família constitui a cuidadora (a avó da criança, “madrinha”). Na comparação dos estudantes, o fato de em classes mais altas o cuidador não ser a mãe, faz com que a criança seja “abandonada” no cuidado materno, mas a

adolescente pode seguir sua vida de estudos e a definição do exercício profissional; já com as adolescentes de classe social mais baixa, que acabam invariavelmente tornando-se elas mesmas cuidadoras, assumindo o papel da maternidade, o abandono existe pela sociedade, em não oportunizar para a adolescente a fuga desse *script*, pois a constituição de uma rede substitutiva cuidadora não é capaz de permitir que a adolescente estude ou trabalhe simultaneamente à criação de seu filho. Há o reconhecimento dos estudantes de que as adolescentes de classe social baixa que vivenciaram a gestação, “amadurecem” mais cedo em virtude desse evento. Mesmo assim, os estudantes apontam para a repetição da gestação com a mesma adolescente, enquanto que nas adolescentes de classe social mais alta a gestação na adolescência dificilmente se repete com a mesma adolescente.

É... a adolescência tem dessas coisas... Os relacionamentos amorosos, paixão... Por um descuido às vezes acaba engravidando. Para mim, é um erro, mas acho que para elas (adolescentes) não. Eu acabei me expressando mal com o termo “erro”, mas eu acho que quando eu estiver num consultório atendendo essa menina eu vou dizer da importância dela ter esse bebê, da importância dela manter um bom relacionamento com a família, afinal ela vai ser mãe e o contexto é diferente.

A característica comportamental estereotipada para a adolescência, como a intensidade das experimentações, é ressaltada pelos estudantes de medicina, ao salientarem que muitas vezes o adolescente se envolve em situações intensamente, sem existir a preocupação com possíveis conseqüências. Esta característica pode contribuir para aquilo que os estudantes denominam de “conseqüências danosas” ao futuro do adolescente, como uma gravidez indesejada, sempre reforçando a idéia que existe uma trajetória delineada a cumprir, e possíveis exceções podem ser desastrosas.

Outro pensamento evidenciado nas falas dos estudantes é de que existe um diferencial quando há a situação de maternidade. Vários estudantes afirmam que o

papel da maternidade reveste a mulher de um universo de responsabilidades inerentes ao evento e que a centralização do viver passa a ser, então, nas obrigações maternas, sublimando as eventuais feminilidades das mulheres, no caso, adolescentes. Fica também evidente a noção de que determinadas atitudes são importantes ao médico em uma situação dessas: reforçar a responsabilidade de ser mãe e de cuidar da criança prioritariamente. Não há a percepção clara de que possam existir singularidades a serem acolhidas e sim há necessidade de uma prescrição positiva do modo de agir para a adolescente-mãe.

Com relação ao pré-natal, perguntar a gente pergunta, faz a história dos pacientes, pergunta se tem companheiro, se tem pai. Pergunta que tipo de relação tem se tem alguma raiva, alguma coisa, raiva do pai da criança, se o pai tem raiva dela pelo que aconteceu. Mas o importante é o valor que nós damos às informações, talvez tivéssemos que ir mais fundo. Marcamos na carteira de pré-natal que a paciente é de risco, que é mãe solteira, que tem baixa renda e tal... Mas que tipo de orientação a gente vai dar? Ela vai continuar sendo mãe solteira, vai continuar tendo baixa renda. Então o que se pode fazer melhor dentro desse contexto? Eu não sei! (Grupo-exposição 1).

Existe a percepção dos estudantes de que as orientações quanto às rotinas do pré-natal, estabelecidas pelos serviços ou determinadas pelos conteúdos disciplinares teóricos são relevantes, porém podem ocasionar uma limitação no desenvolvimento de um atendimento mais ampliado, particularmente no que se refere à integralidade da atenção. Para os estudantes, o seguimento de protocolos e formulários referenciais nas consultas faz com que os mesmos se preocupem excessivamente em completá-lo, razão que pode centralizar o atendimento nesse contexto. Outra questão apontada pelos estudantes é que determinadas perguntas que estão presentes nesses questionários induzem a respostas simplificadas, as quais poderiam ser mais abertas, permitindo o aprofundamento em determinadas

situações e, além deste fato, na maioria das vezes não se produz nada em termos de cuidado com as respostas obtidas das gestantes. Há, ainda, o comentário de que os professores também estimulam muito o aspecto técnico formal, a importância da obtenção de certos dados, como as “situações de risco”, porém, não estimulam o estudante para tentativas de resolução ou encaminhamentos para estas situações. O sentimento expressado pelos estudantes é o de impotência, pois identificam fatos importantes, mas não sabem o que fazer ou, ainda, não são indagados ou estimulados nesse sentido.

Um dos aspectos positivos salientados pelos estudantes para compensar ou resolver as limitações durante as consultas é o acompanhamento das gestantes pelos mesmos acadêmicos, ao longo do pré-natal. Muitos estudantes citam situações de estabelecimento de vínculos importantes com as gestantes, que muitas vezes culminam com o convite por parte da gestante, para que os estudantes assistam ao parto, o que não está previsto formalmente no cronograma da disciplina, mas que é permitido e estimulado quando acontece. Os acadêmicos sentem-se gratificados nestas situações, entendendo que apesar das limitações existentes, conseguem estabelecer laços de vínculo relevantes com as gestantes que acompanham.

O problema, professor, é que no Brasil o aborto é crime, eu não vou correr o risco de sofrer um processo penal nessa situação, eu vou dizer para ela que faça o que achar melhor se ela precisar de mim depois, caso acontecer alguma complicação então eu vou poder ajudar. (Grupo-exposição 1).

Essa frase, proferida por um acadêmico em um dos grupos-exposição após o documentário, gerou bastante controvérsia entre os estudantes, na discussão do grupo-debate subsequente. Para alguns estudantes, é um tema muito complicado de ser abordado, pelo aspecto legal e pelo fato de não ser um assunto muito discutido durante o curso pelos professores. Os estudantes salientam que, paradoxalmente, é um tema muito presente entre os estudantes, ressaltando que sabem de colegas que já fizeram aborto, mas entendem que essa discussão, quando em um consultório

particular, é muito mais aberta, inclusive quanto ao acesso aos locais onde o aborto é praticado. Dependendo da opinião do profissional médico, há inclusive a facilitação para a realização desse procedimento. Há a percepção entre os estudantes de que não se deve simplesmente deixar a responsabilidade desse tema para as mulheres, sem ao menos discutir com as mesmas possibilidades, acolhendo quando houver a abordagem do assunto. Paralelamente ao entendimento da necessidade de uma discussão maior ou uma abordagem diferenciada, alguns estudantes apontam que deva ser orientada a continuidade do pré-natal, pois ao longo do mesmo poderia ser tentado um “convencimento” para que a adolescente tenha o seu filho, providenciando o esclarecimento sobre os “erros” em se fazer um aborto e suas possíveis conseqüências indesejáveis. Não foi unânime essa opinião, e um argumento que apareceu foi o de que a menina que deseja realmente fazer o aborto o faz, independentemente do que seja dito durante o atendimento, sendo indispensável, então, um apoio do profissional de saúde, não indicando como fazer o aborto, mas respeitando a decisão da mulher e fornecendo suporte no que for preciso, desde que sejam atos permitidos na legislação vigente no país. Não ficaram claramente apontados pelos estudantes os motivos que fazem com que no consultório particular possam existir condutas diferenciadas. Alguns estudantes acreditam que na unidade básica de saúde, particularmente com atividade acadêmica, orientações com relação à realização ou indicação para realização de aborto poderiam ter uma visibilidade muito grande, o que de certa maneira impede que estas condutas sejam abordadas. Houve ainda o comentário de alguns estudantes, que se declararam incondicionalmente defensores da vida, de que o aborto não pode ser abordado e, sim, condenado, não visualizando hipótese para que o mesmo possa acontecer. De um modo geral, há a constatação pelos estudantes de que o aborto é uma linha de fuga para uma gravidez não desejada. Não há a clareza, entretanto, sobre a forma como deva ser abordada esta questão quando há o desejo da usuária de realizar um aborto, salientando que existe a necessidade de inclusão da temática aborto como conteúdo para discussão nas atividades curriculares ao longo do curso.

Outro aspecto muito discutido pelos estudantes foi o fato de que as opiniões pessoais de cada um deles exercem uma forte influência nos modos de agir durante as consultas. O fato de concordar ou não com a gravidez na adolescência ou em questões polêmicas como o aborto acaba atravessando e influenciando no momento de encontro com as adolescentes. Invariavelmente, os estudantes acreditam que transparecem suas opiniões, por vezes não-verbalmente, mas essa atitude pré-concebida acaba normalmente atrapalhando a postura do acadêmico, que se torna, então, árbitro de situações, perdendo, na opinião dos estudantes, a capacidade de acolhimento em determinadas situações. Uma das estratégias que os estudantes destacam para contornar essa situação seria a de uma vivência maior com as comunidades, interagindo mais com os grupos sociais dos cenários de prática acadêmica onde os estudantes estão. Na opinião dos acadêmicos, há um espaço reduzido de tempo ofertado pela disciplina para o estágio prático (uma vez por semana, durante aproximadamente dez meses) e ainda, que este espaço poderia ser ampliado com outras atividades que permitissem uma interação ampliada na comunidade, conhecendo como as pessoas vivem e se relacionam naquele cenário. Para reforçar o argumento, os estudantes citaram um *slogan* que viram em um congresso de estudantes de medicina e que consideram muito relevante no aspecto das vivências acadêmicas: “a cabeça pensa, onde o pé pisa”.

Com base na consideração de alguns estudantes de que a gravidez na adolescência é realmente um “problema”, os mesmos reconhecem que é um problema social e de saúde pública, mas apesar desta afirmação, entendem que as adolescentes possuem capacidade e direito de escolha na opção de ter ou não um filho e que, muitas vezes, a gestação é realmente desejada. Há a percepção de que o maior “problema” seja o fato de ser uma adolescente gestante e pobre.

Mas o que é uma menina de 14 anos... Eu acredito que ela tenha condições de ter uma vida melhor, não tendo um filho, oportunidades a mais, porque a adolescente que tem que criar um filho é muito mais trabalhoso e difícil tentar ascender socialmente.

Ter um filho com 14 anos é, portanto, um problema. Com 30 anos de idade normalmente se tem uma estrutura social melhor; com 14 anos se é totalmente dependente...(Grupo-debate 1).

Os estudantes destacaram ainda questões de gênero. Salientam que as características físicas inerentes às mulheres, como o fato da capacidade de gestar e amamentar, acabam por sobrecarregar a mulher com mais responsabilidades no contexto da gestação quando comparadas aos homens, e que esse “papel” é reforçado e cobrado pela sociedade como “obrigação” feminina, enquanto que o mesmo não ocorre com os homens.

Transcrevo a fala de uma estudante que vivenciou um atendimento de pré-natal na Unidade Básica de Saúde (UBS) onde realizava atividades práticas da disciplina:

O último pré-natal que eu fiz na UBS, foi de uma menina de 14 anos, aluna de um colégio próximo da UBS. A menina chegou para o atendimento já com quatro meses de idade gestacional, acompanhada por sua mãe, a qual havia ficado bastante contrariada inicialmente com relação a sua gravidez, mas que mesmo assim insistiu que ela fizesse o pré-natal. A menina estava morando com um namoradinho de 16 anos de idade. Eu perguntei para ela: - o que a tua família achou de estares grávida? Ela respondeu: - normal, a minha irmã de 16 anos tem dois filhos e a outra de 19 anos tem três filhos. Eu insisti (reforça a estudante), tu estás feliz com a gravidez? E a menina respondeu: - Eu acho que estou feliz, porque eu poderia ter engravidado do meu padrasto que era um homem que me violentava e não engravidei. Deus me deu a sorte de eu engravidar de uma pessoa que eu gosto, que me trata bem e que tem uma família que me trata bem. O que eu tenho para reclamar? Só posso estar feliz. A estudante pensou - o que eu ia dizer pra essa menina? Quando ela chegou, com todos os exames

do pré-natal, dizendo que tinha 14 anos e que estava grávida, que tinha largado o colégio e que ia ter o filho dela, eu fiquei chocada - o que essa menina tem na cabeça!”... Talvez para a menina esse filho tenha outros significados, positivos até, quem sabe pode trazer coisas boas, considerando a vida que ela tem.

Tomando por base este relato, os estudantes salientam que situações como essa são bastante comuns nas comunidades assistidas pelas UBS onde realizam suas atividades acadêmicas. No caso específico dessa menina, reforçam que mesmo “trazendo coisas boas” este filho é o retrato de um *script* de vida que se repete, aconteceu com as irmãs, acontece com essa adolescente também. Não há consenso entre os estudantes, mas a maioria não entendeu que essa gestação pudesse ter sido uma escolha para a afirmação de uma situação de vida ou, ainda, a fuga de uma situação de vida desconfortável, para a saída de um relacionamento familiar complicado, a construção de um ambiente onde a adolescente vivencie bons tratos. Não há a percepção da escolha e, sim, do “erro em ter engravidado”, sem possibilidade de outras perspectivas, ressaltando ainda que “a falta de perspectiva dessa adolescente, no contexto social” é o que ocasionou essa gestação.

Debate 2 - estudantes

No segundo grupo-debate, com o mesmo coletivo de estudantes, foram utilizadas frases com temáticas específicas, como disparadoras para a discussão; ao contrário do grupo anterior, em que as frases foram confeccionadas com trechos das próprias falas dos estudantes, oriundas do primeiro momento (grupo-exposição), após a apresentação do documentário.

A primeira temática trabalhada foi a Integralidade em Saúde. A pergunta referia-se ao significado desse termo para os estudantes.

Os estudantes definiram inicialmente a Integralidade como sendo a abordagem na assistência à saúde de todos os fatores que influenciam as questões de

saúde, englobando os aspectos biológicos, psicológicos e sociais. Houve a constatação de que existem variadas literaturas que subsidiam o termo integralidade, mas há a sensação, nos estudantes, de que as teorias existentes sobre integralidade, muitas vezes são utópicas e que dificilmente, na prática clínica vivenciada na academia, se consegue atingir um atendimento que de fato seja integral para com as usuárias. Um dos motivos apontados pelos estudantes para que a integralidade na atenção não aconteça é o fato de que a integralidade não está interiorizada nos estudantes, não existem mecanismos de sensibilização suficientes, pelo menos até o estágio atual do curso, que possam despertar no acadêmico a importância das questões envolvendo os aspectos para além dos biológicos, muito enfatizados na prática clínica cotidiana do curso. Os estudantes reforçam esse argumento ao citar que o arcabouço tradicional da clínica, fragmentado por especialidades médicas, é um dificultador na tentativa de se ter uma visão ampliada dos indivíduos, como um todo, em seus diversos aspectos de vida. Valendo-se desse argumento, os mesmos destacam que as condutas clínicas invariavelmente enfocam um aspecto somente: o aspecto biológico. Preocupa-se em tratar ou curar determinada situação patológica específica, sem existir o entendimento ou a visão ampliada dos indivíduos ou do contexto em que os mesmos estão inseridos. No caso particular da gestação, é o exemplo da preocupação em cumprir os protocolos técnicos do pré-natal sem enfatizar qualquer outra perspectiva que possa ser pertinente à dimensão cuidadora. Para os estudantes, existe a exposição teórica pelos professores da importância da visão para além da doença, porém esse discurso não é evidenciado na prática desses professores.

Eu acho que é o ensino recebido na faculdade. O professor diz: vocês não podem enxergar no paciente somente a doença. Depois quando se observa o professor na aula prática, ele enfoca somente a doença, o paciente ali, um monte de estudantes na volta e o professor fala: essa patologia é assim, tem tais sintomas... Exatamente o contrário do que ele disse anteriormente... Qual é afinal o contexto que os professores médicos estão mostrando? Não

são todos que conseguem aplicar a integralidade na prática.

Outro fator apontado como dificultador para a sensibilização dos estudantes é a diversidade de conceitos pré-formados dos estudantes, as noções de “mundo”, de educação, de sociedade e de cultura trazidas do próprio ambiente familiar e de formação prévia.

São poucos estudantes que se sensibilizam, são poucos que realmente enxergam a realidade. Em uma conversa prévia com colegas, um deles comentou que havia participado de uma discussão em tutoria e um colega teria dito: se o sujeito é pobre ele tem “que se virar”, se não tem como estudar, não pode ficar vagabundeando, pedindo esmola, abre uma “carrocinha de cachorro quente” e ganha a “grana” dele. Eu acredito que um colega que pensa assim, realmente veio de um “outro planeta” e não consegue visualizar a realidade, portanto, não se sensibiliza. Como que um estudante que pensa assim vai cuidar do “biopsicossocial”? Não tem como.

Focando a discussão no conceito de integralidade, os estudantes ressaltaram que outro fator importante, ao se enfatizar o atendimento, é considerar o contexto em que o indivíduo está inserido na sociedade, especialmente o reconhecimento da abordagem familiar, entendendo que ações de saúde que possam envolver os núcleos familiares dos indivíduos seriam importantes na tentativa de impacto das ações, como no caso específico da gestação na adolescência.

Valendo-se ainda da *imagem* do professor, os estudantes destacaram que os exemplos fornecidos pelo professor são fundamentais para a sensibilização dos estudantes, ressaltando que fóruns de discussão entre professores e acadêmicos poderiam ser ferramentas para a sensibilização, tanto do professor quanto do acadêmico. Tomando por base a “imagem negativa” de alguns professores, os acadêmicos salientaram que esses exemplos servem também para o “que não fazer

no futuro”, mas se realmente há o desejo da integralidade como perspectiva para a assistência e o ensino, então esses professores devem se modificar também.

Os estudantes acrescentaram que talvez não seja suficiente somente aumentar a sensibilização de acadêmicos e professores, mas a adoção de políticas públicas ou estratégias de saúde mais consistentes que enfoquem o trabalho em equipe, como por exemplo, a Estratégia Saúde da Família. Há a percepção, por parte dos estudantes, de que se o enfoque for somente no médico ou nos estudantes de medicina, o modelo assistencial continuará limitado, pois há a necessidade de envolvimento de outros núcleos profissionais para a ampliação da assistência e conseqüentemente do ensino.

É importante ressaltar que nas Unidades de Saúde que este coletivo de estudantes freqüenta não foi implantada a Estratégia Saúde da Família, mas há a presença de diferentes núcleos profissionais e acadêmicos de profissões como Psicologia, Fisioterapia, Enfermagem e Serviço Social. Esses profissionais (professores ou não) adotam a lógica tradicional da atenção primária à saúde e, com relação ao trabalho em equipe, esforços institucionais têm sido feitos para que as interações possam ser consolidadas, o que acontece de uma maneira ainda incipiente.

Os estudantes afirmam que em determinadas situações vivenciadas no estágio, o sentimento geral dos mesmos é de frustração, pois há a percepção de que existem limites nas potencialidades de resolução do profissional médico e também da equipe, salientando que não há um trabalho específico voltado para essa discussão com os acadêmicos, ressaltando que muitas vezes essas situações fazem com que o acadêmico tenha uma visão desmotivadora da saúde pública, o que acarreta desinteresse de muitos, até mesmo nas possibilidades de trabalho futuro na atenção primária à saúde.

Para os estudantes, a organização dos mesmos em movimentos estudantis e experiências como as *vivências* em outros cenários de aprendizagem poderiam ser

transformadoras dos pensamentos e atitudes, não só dos acadêmicos, mas também dos professores. Alguns estudantes que participaram dos grupos-dispositivos tiveram a oportunidade de integrar vivências estudantis e reforçaram que foi extremamente positivo à ampliação do universo de possibilidades, especialmente no que diz respeito à saúde coletiva. Os estudantes reconhecem que existem barreiras para que alternativas como estas possam ser concretizadas, como a própria resistência dos estudantes ou dos professores (especialmente os mais antigos, que já possuem uma forma consolidada de trabalho), mas entendem que devam trabalhar como multiplicadores, iniciando com um grupo menor de acadêmicos que, após as vivências, compartilhariam com os outros a experiência.

Outra temática que foi trabalhada com os estudantes foi o entendimento presente no grupo sobre as expressões “projeto terapêutico” e “linhas de cuidado”.

Projeto Terapêutico eu não sei o que é, mas linha de cuidado eu já ouvi falar, penso que tenha relação com a integralidade. Talvez um conjunto de profissionais que atenda todos os aspectos de uma pessoa, como por exemplo, os aspectos sociais e psicológicos, Pensando nas adolescentes, como exemplo, que já tenham vida sexual ativa, e não estão grávidas, poderia se realizar um atendimento diferenciado, ampliado, particularmente com relação à informação. É, porque na verdade, hoje, não temos nas UBS, equipes trabalhando em conjunto, só isoladamente, núcleos profissionais atendendo. O médico acha que não pode resolver determinada situação, encaminha para a assistente social, ela encaminha para o CAPS (Centros de Atenção Psicossocial), e o usuário peregrina por todos estes locais... Em uma ocasião, eu comentei com a psicóloga da UBS sobre o problema de uma menina, que aparentemente não era somente orgânico, e ela começou a atender a menina, e quando a psicóloga me encontrava na UBS, perguntava dados sobre a menina, sobre a opinião do

professor médico, porque a menina tinha incontinência urinária, então ela queria saber o que tinha sido descartado, as hipóteses orgânicas... A psicóloga me procurava, ao estudante... Ficava evidente que ela não tinha nenhum diálogo com o médico da UBS... (Grupo-debate 2).

Continuando no mesmo tema, foi perguntado aos estudantes quais estratégias poderiam ser propostas para que as equipes realmente trabalhassem em conjunto. Na opinião dos acadêmicos, não adianta somente “informar” os estudantes que outros profissionais estão trabalhando nas Unidades de Saúde, deveriam haver iniciativas que propiciassem o trabalho em conjunto, abandonando o ato de encaminhar a usuária. Para os estudantes, a criação de espaços de práticas multidisciplinares, com os atendimentos e orientações aos estudantes realizados simultaneamente com outros profissionais, poderia ser a solução.

Eu acredito na necessidade da existência de mais cadeiras multidisciplinares... Não adianta ficar na aula prática somente o médico, a aula prática deveria ser composta por outros estudantes, de outros cursos, com outros professores, permitindo a interação das pessoas... Hoje, apenas o professor de medicina atende e nos orienta. O estudante de fisioterapia opinaria, “olha eu estudei isso lá no meu curso, essa senhora está precisando de”... O estudante da medicina comenta outra coisa... Não haveria a focalização em só um aspecto...

Outro aspecto destacado pelos estudantes na discussão sobre projetos terapêuticos e linhas de cuidado é a importância do estabelecimento de vínculos diferenciados com os usuários, através dos quais os mesmos deixassem de ser “passivos” no processo do atendimento e participassem mais do momento de consulta. Os estudantes observaram que, na maioria das vezes, as opiniões dos usuários são consideradas de menor relevância, sem “valor científico”, fazendo com que exista um distanciamento entre o profissional e a usuária, tendo importância

somente a prescrição. Entre as alternativas para a qualificação do vínculo com as usuárias, destaca-se o estímulo ao estudante para conhecer a comunidade, “realizando visitas domiciliares”, reconhecendo os problemas de saúde locais, contribuindo desta forma para a efetiva aproximação entre o serviço, o ensino e as usuárias, valorizando as características de vida de um determinado grupo populacional e desmistificando idéias pré-concebidas dos próprios estudantes.

Vou relatar uma situação que aconteceu comigo na UBS, atendi uma senhora, primeira consulta na UBS, comecei a conversar com ela, contou-me que tinha vindo de outra cidade, mas que agora morava naquele bairro e soube que a UBS era um bom serviço, que os funcionários atendiam bem as pessoas. Desejava fazer exames porque estava com escabiose, mas eu percebi, conversando com ela, que a senhora desejava contar-me outras coisas, eu senti que ela queria falar, desabafar. Naquele dia, eu havia atendido dois pacientes com situações semelhantes e, embora eu tivesse realizado a mesma conduta, na hora da prescrição fiquei com um sentimento de frustração, pois pensei que poderia ter feito algo a mais pela senhora (tanto que pedi retorno para ela, e informei a ela os dias em que eu estava na UBS, para que consultasse comigo novamente, porque, no meu entendimento, havia estabelecido um bom vínculo com a paciente). O que ocorreu: a senhora estava com escabiose, mas o que mais chamou minha atenção na consulta foi a necessidade da senhora em desabafar, contou-me toda sua vida, relatou uma tentativa de suicídio (tendo tomado 80 cápsulas de remédio), contou que tinha um filho que estava preso, disse que ela é quem cuida da neta... Uma série de problemas que a levaram a tentar suicídio e que talvez, possam levá-la a tentar novamente. Quando eu fui passar o caso para o professor, ele receitou um antidepressivo, não deu importância para tudo o que eu relatei, prescreveu remédio para escabiose e pediu para que ela trouxesse

exames que tinha em casa, no retorno. Ele se preocupou muito mais com o aspecto biológico do que com o psicológico da paciente. Será que o motivo principal da consulta não era o aspecto psicológico? Acho que não foi uma consulta integral, nem um pouco integral. Ainda fui repreendido pelo professor porque eu estava conversando muito com a paciente e estava demorando demais em minha consulta, afinal percebi que a paciente viera para conversar sobre outras coisas, para além da escabiose. No final da consulta, ela disse ter gostado do atendimento, pois os estudantes davam atenção e escutavam o paciente. Minha intenção ao pedir retorno foi para, na próxima ocasião, buscar outro orientador, porque eu não me senti a vontade de contrariar a conduta do professor, mesmo não concordando com a mesma.

Ao comentarem esse relato, os estudantes explicaram como poderia ter sido um atendimento integral para esta senhora: discutir o caso com a psicóloga da UBS; realizar uma visita ao domicílio da paciente, para visualizar o ambiente onde ela reside; identificar e conversar com sua filha, para verificar a possibilidade de pactuar algumas responsabilidades e mobilizar o serviço social para providenciar algum auxílio foram as estratégias apontadas pelos estudantes. Houve a percepção de que o acadêmico poderia ter sido mais crítico com o professor, mas também houve o reconhecimento de que, dependendo do professor, o mesmo poderia não aceitar bem a crítica.

A última questão trabalhada com os estudantes neste grupo-debate solicitava que os mesmos tentassem definir quais características deveriam estar presentes em um médico para que ele exercesse um atendimento baseado na integralidade.

A característica mais destacada pelos estudantes foi a capacidade de ouvir e acolher as demandas dos usuários. Para os estudantes, invariavelmente, na prática clínica, os médicos escutam as “queixas” dos seus pacientes, mas acabam por focalizar as condutas em aspectos específicos ou fragmentados, sem conseguir

visualizar o indivíduo em sua totalidade ou, ainda, inserido em um determinado contexto de vida que pode ter influência no processo de saúde-doença. Os estudantes associam essa possível limitação no ato clínico à existência de uma “desumanização” da prática profissional. Não houve, na discussão entre os estudantes, um consenso com relação aos motivos que contribuem para essa desumanização. Os mesmos ressaltaram que parece existir uma falta de responsabilização com as usuárias. Não há, por parte do profissional, o desejo de se expor nas consultas e realizar um aprofundamento das questões que possam estar envolvidas nos processos de adoecimento. Na opinião dos estudantes, o fato de simplesmente prescrever em determinadas situações é mais fácil para o profissional; não havendo o envolvimento, não há o comprometimento.

Pra mim, um bom médico é um bom ouvinte, pra mim um bom médico começa aí. E um bom médico pra mim tem que ser humano, de verdade um ser humano. Seria um profissional que se preocupasse mais com uma realidade que não é a dele e que fosse um transformador, que tentasse promover o acesso das pessoas às condições de poder ter saúde, seja física, emocional, intelectual. Um médico tem que se preocupar com isso. Não adianta ele atender um paciente que não tenha essas condições e fingir que não vê. Quem sabe um profissional que converse com o indivíduo, descubra o que ele pensa da vida... Não sei, talvez, um profissional sensibilizado, não um profissional que pense que a solução para o desemprego é arranjar uma “carrocinha de cachorro-quente”.

Na opinião dos estudantes, a universidade ou escola médica pode contribuir para a existência de um profissional médico que exerça a integralidade, utilizando algumas estratégias que os estudantes consideram potencializadoras: o início precoce da exposição prática no curso, “mas que essa exposição possa ser permanentemente discutida em momentos teóricos-práticos, com ênfase na humanização e na sensibilização dos estudantes, para além da apropriação de

habilidades técnicas próprias da medicina”.

Muitos de nós, estudantes de medicina, vamos para a UBS e vemos os pacientes lá somente como um material de estudo. Eu acredito que isso está inadequado, enquanto eu olhar para a pessoa como eu olho para o meu livro de anatomia médica, eu não vou me permitir compreender a realidade dessa pessoa e não vou me sensibilizar; não vou ser um profissional transformador. Então, eu acho que isso é importante: a humanização do estudante e da medicina é importante pra eu enxergar a pessoa como ser humano e não só como objeto de estudo.

Valendo-se da discussão sobre o ambiente acadêmico, os estudantes relatam que assim como o médico parece não querer um “envolvimento” maior com os usuários, o professor-médico também parece desmotivado. Para os estudantes, é muito importante que o seu professor seja um motivador, empolgue-se com sua atividade, acredite no que faz e demonstre “paixão” e contagie seus acadêmicos com essa “paixão”.

Aluno 1: O que falta na faculdade são espaços que proporcionem o debate, um coletivo para trocar idéias, imagina a riqueza de um momento como esse... Acontece que os estudantes são desmotivados e não debatem nada, nem os próprios problemas que temos e enfrentamos não são debatidos.

Moderador: E essa apatia contamina o professor, acomoda...

Aluna 1: Há o estímulo pelo professor, mas se a turma não corresponder o professor cansa...

Aluna 2: Depois que fui no Congresso Brasileiro de Educação Médica eu percebi tudo isso e pensei, nossa, como sou ...

Aluna 1: Alienada?

Aluna 2: É. Ridículo...

Grupo-debate 3 - professores.

A realização do grupo-debate com professores seguiu o mesmo delineamento dos grupos com estudantes. A idéia para o grupo foi a de utilizar as falas obtidas com os estudantes como disparadoras para a conversa com professores. A escolha de três professoras do núcleo de ginecologia e obstetrícia do curso de medicina foi pelo fato de as mesmas também estarem envolvidas na assistência e no ensino relativos à adolescência, especialmente às adolescentes grávidas. Houve a opção pela não realização do trabalho de campo desta pesquisa com professores do núcleo de saúde coletiva, pela minha proximidade e afinidade de idéias existentes com tal núcleo de trabalho, do qual faço parte, o que poderia acarretar em uma focalização das idéias trabalhadas na perspectiva da saúde coletiva.

As professoras que participaram do trabalho têm contato com os alunos nos serviços de ambulatórios de especialidade da UCPel, no hospital universitário e na maternidade. Salienta-se que o coletivo de alunos que participou da pesquisa não teve contato, no atual estágio do curso, com o ambulatório de ginecologia, o que ocorrerá no quarto período do curso.

Serão apresentados os textos disparadores utilizados e a transcrição dos comentários das professoras.

Aluno 1: É... A adolescência tem dessas coisas... Os relacionamentos amorosos, paixão... Por um descuido às vezes acaba engravidando. Para mim é um erro. Mas acho que para elas (adolescentes) não. Eu acabei me expressando mal com o termo "erro", mas eu acho que quando eu estiver num consultório atendendo essa menina eu vou dizer da importância dela ter esse bebê, da importância dela manter um bom relacionamento com a

família, afinal ela vai ser mãe e o contexto é diferente.

A conversa iniciou com o direcionamento para a definição dos professores de qual era a percepção existente sobre gestação na adolescência, para os mesmos, tomando por base o excerto de transcrição. Para os professores, há o entendimento de que a gestação na adolescência possa acarretar uma série de conseqüências negativas tanto para as mães adolescentes quanto para as crianças. O aspecto destacado foi a problemática social que pode ser desencadeada com a gestação, pois, para as professoras, as adolescentes que engravidam normalmente abandonam os estudos, apresentam dificuldades posteriores para adquirir trabalho e as crianças têm um maior índice de marginalidade. Salientam que o termo “erro” utilizado na fala do acadêmico está inadequado, sendo mais apropriada a caracterização do evento gestação na adolescência como um “acidente”. Quando perguntadas sobre em qual contexto aparecem as adolescentes grávidas no ambulatório onde trabalham, as professoras ressaltaram que aparecem nos mais diversos contextos, destacando que muitas vezes a gestação pode ter uma outra motivação ou planejamento, como forma de autonomia e independência para a adolescente que deseja sair do ambiente familiar e viver com o companheiro, por exemplo. Há a percepção das professoras de que a gestação na adolescência aconteça em maior proporção com adolescentes de classes sociais mais baixas, as quais eventualmente apresentam um “planejamento” da gestação, mas afirmam que a grande maioria ocorre por descuido mesmo.

Tomando por base o termo “planejamento”, foi questionado ao grupo de professoras qual a sua impressão sobre a possibilidade de planejamento de uma gestação na adolescência, enfocada, então, como um “projeto de vida”. Para as professoras, pode até existir um projeto para as adolescentes ao engravidarem, mas na verdade, não há por parte destas, muitas vezes, o dimensionamento sobre as possíveis conseqüências da gestação.

Professora 1: Eu acho até que as adolescentes possam ter esse projeto de vida, mas é tudo mais complicado, lembro de uma

menina que atendi no plantão do hospital, fez 13 anos dia 8 de fevereiro e o bebê nasceu dia 13 de fevereiro, ou seja, gravidez durante os 12 anos e nascimento agora aos 13 anos. Perguntamos sobre o pai da criança, e o namoradinho tinha 19 anos. Os planos da menina eram voltar a estudar (havia parado porque estava com vergonha da barriga), morar junto com o namorado, que a vida dela ia ser boa, pois sua mãe iria ajudar a cuidar do neném... Esta menina tem uma fantasia nesse sentido... Acho que ela não vai conseguir estudar, vai ter muitas dificuldades, a perspectiva de mudança de vida será muito complicada.

Foi questionado às professoras se haveria a caracterização, no entendimento delas, de um possível *script* de vida considerado como “correto”, com etapas definidas, como estudar, ter um bom trabalho e depois engravidar. Para as professoras, o contexto de vida das adolescentes de classe social mais baixa, especificamente, é diferente do das adolescentes oriundas de outras classes sociais mais elevadas. Há a percepção, pelas professoras, de que a constituição de uma família e a própria gestação sejam eventos mais importantes para as adolescentes pobres, o que não ocorreria nas classes sociais mais elevadas, para as quais estudo e trabalho são prioritários. A motivação para que esse comportamento ocorra talvez seja o fato de que o exemplo familiar seja este, as adolescentes convivem com a experiência precoce da gestação de suas mães e avós, ressaltando que talvez ocorra ainda uma mudança de “*status* de vida”, quando a adolescente passa a ser vista com uma outra conotação na comunidade onde está inserida, com outras responsabilidades.

Professora 1: Estas questões aparecem no comportamento da menina, ela vai ter um filho, vai ser uma mulher casada (casada não, companheira), ela não é mais criança, não fica mais na rua, não está trabalhando, não está estudando, fica vendo TV, não deixa de ser uma mudança de status...

Valendo-se da caracterização da problemática social decorrente de uma gestação na adolescência, as professoras caracterizam o evento como “de risco”, tanto pela vulnerabilidade social que passa a acontecer, quanto pelas questões biológicas. Há a constatação, pelas professoras, de que as gestantes adolescentes começam o pré-natal tardiamente, o que aumenta o risco de possíveis complicações no parto. Por outro lado, o comportamento da adolescente durante o acompanhamento pré-natal, no que diz respeito ao seguimento das orientações fornecidas pelo médico, muitas vezes é melhor do que o comportamento de gestantes com idades superiores. Segundo as médicas, as adolescentes obedecem mais as orientações prescritas durante o pré-natal.

Moderador: existe um estudo sobre gravidez na adolescência que aponta que quando há a separação de fatores de risco social dos fatores de risco biológicos envolvidos na gestação na adolescência, não há evidência de risco biológico maior isolado para as adolescentes comparadas com as mulheres de idade superior; definindo que o que contribui para tornar uma gestação na adolescência de risco seja, sim, a condição socioeconômica inadequada.

Ocorreu concordância das professoras com a formulação do facilitador. Há a percepção de que o enfoque das ações em saúde deveria ser a modificação do contexto cultural das famílias e das adolescentes, por intermédio da educação em saúde. Na opinião das mesmas, não é relevante demarcar o risco biológico como principal determinante de possíveis complicações na gestação e, sim, as questões sociais e culturais.

Professora 2: Eu já ouvi uma paciente de 15 anos (tendo sua primeira gestação) comentar: eu casei, a gestação foi planejada, eu queria muito esse filho. Minha mãe começou cedo a ter filho também, teve seis filhos e, hoje, vive muito bem com esses seis filhos. Ela tem o exemplo da mãe, muito legal para ela, agora era a

hora dela.

Para as professoras, além das ações em educação em saúde, há a necessidade da transformação da estrutura educacional formal nos colégios, com uma preparação mais adequada para a discussão das questões de sexualidade na adolescência. As médicas destacam que, atualmente, não há a valorização do estudo como uma alternativa relevante, pelas adolescentes, pois o mesmo não apresenta características atrativas para os adolescentes de um modo geral.

Professora 2: os adolescentes não tem respeito para com os professores, eles não têm respeito por ninguém, eles agredem os professores. Os professores também não têm respeito com os alunos, os professores estão desmotivados. Dependendo da formação, a professora primária ganha menos que um salário mínimo.

Focando o debate nas questões sobre educação, as médicas comentaram que se existissem condições para um ensino adequado, o mesmo deveria ser embasado em outra lógica formativa, pelo menos na temática da sexualidade na adolescência. Salientaram que deveria existir a composição de grupos multiprofissionais, com médicos, psicólogos e assistentes sociais, que trabalhassem com o professor, preparando-o para as atividades na escola, pois ele é que realmente conhece o cotidiano do ensino, ressaltando que a metodologia tradicional de realização de “palestras” pontuais com estes profissionais em escolas, tem-se demonstrado ineficaz na transformação de um determinado contexto.

Outro aspecto destacado pelas professoras é a necessidade de uma interação maior entre a escola e a comunidade, no sentido da ampliação desta discussão, pois aparentemente os filhos têm comportamentos semelhantes aos dos pais.

Com relação à existência de um “papel materno”, que influenciasse em uma responsabilização maior da mãe adolescente, as médicas salientaram que realmente

existe a constatação de que estão caracterizadas socialmente determinadas atribuições maternas, “inerentes à mulher”, que implicariam em mudanças na vida das mesmas, que assumiriam, então, a identidade desse papel, tendo a criança lugar prioritário. As médicas salientaram, no entanto, que essa caracterização não acontece com as mães adolescentes, pois as mesmas invariavelmente delegariam estas funções cuidadoras para suas mães e seguiriam a sua vida sem muitas alterações.

Com relação às questões de sexualidade na adolescência, particularmente sobre o início das relações sexuais, as médicas destacaram uma diferença entre as adolescentes pobres e as adolescentes com melhor poder aquisitivo. Para as professoras, a adolescente pobre normalmente inicia a vida sexual sem nenhum tipo de orientação, inclusive sobre a existência dos métodos anticoncepcionais, especialmente o preservativo. Já a adolescente de classe social mais elevada, paciente de consultório particular, normalmente procura orientação antes de iniciar a vida sexual, o que facilita, na opinião das médicas, a orientação sobre a importância do uso de métodos contraceptivos. Para as mesmas, não é uma situação tranquila orientar o uso de anticoncepcionais para meninas muito jovens, pela existência de possíveis conseqüências para a saúde das meninas, mas é preferível em determinadas situações, a uma gestação não planejada. Contradição dos tempos: uma vez que é possível a contracepção “de laboratório”, não é natural a gravidez.

Tomando por base a discussão dos estudantes sobre o aborto, as médicas comentaram que, possivelmente, este ocorra em maior proporção em adolescentes de classe social mais elevada. As adolescentes que vão procurar atendimento ambulatorial normalmente já chegam com o aborto realizado, tendo sido o mesmo “invariavelmente realizado nas piores circunstâncias possíveis”. Para as médicas, deveria existir o respeito à escolha, com um cuidado mais adequado para as mulheres que optam pelo aborto como alternativa.

Professora 1: Embora eu não faça o aborto, reconheço que no consultório particular as adolescentes têm melhores condições de

fazer o aborto... Até existem clínicas especializadas... Há o envolvimento maior dos pais no consultório, o que não acontece no ambulatório, não há disponibilidade financeira, porque é caro realizar o aborto nessas clínicas.

Com relação aos aspectos formativos no curso de medicina, as professoras destacaram que poderiam ser criados espaços de discussão com os estudantes sobre determinados temas para além da discussão técnica formal. Há o entendimento, pelas médicas, de que existe um rigor no processo formativo que valoriza muito mais o saber científico, os protocolos prontos ou uma focalização nas questões biológicas, como salientado pelos estudantes. Há também o entendimento de que os estudantes deveriam ser sensibilizados para essas questões, pois freqüentemente eles estão interessados no que diz respeito ao aspecto técnico da medicina, especialmente os estudantes do final do curso, inclusive tendo posturas inadequadas, com um desprezo evidente no atendimento de mulheres pobres. Para as médicas, talvez exista algo durante o curso que “desumanize” os estudantes, mas não sabem especificar claramente o que poderia ser.

Interrogação sobre as práticas de atenção e ensino da saúde: o poder analítico da Educação

As interrogações surgidas pelos desafios da integralidade e da alteridade com relação à atenção e ao ensino da saúde de adolescentes grávidas permitiram uma reflexão sobre o papel das práticas educativas, as quais deveriam pertencer à construção de perfis subjetivos (ainda que objetivados em profissões) dos trabalhadores e à construção da educação permanente (pela auto-análise do processo de trabalho). Os conhecimentos que uma prática educativa veicula têm alcance significativo no cruzamento entre os saberes formais (previstos pelos estudiosos, por seu exercício das especialidades) e os saberes operadores das realidades (detidos pelos profissionais, por sua atuação em realidades vividas) para que viabilizem tal auto-análise e, principalmente, autogestão (Ceccim, 2005). Para Ceccim, a indicação da Educação Permanente em Saúde carrega uma definição pedagógica de influência para o processo educativo que coloca o cotidiano do trabalho – ou da formação – em saúde em análise, que se permeabiliza pelas relações concretas que operam realidades e que possibilita construir espaços coletivos para a reflexão e a avaliação de sentido dos atos produzidos no cotidiano.

Ceccim (2005) toma por base os elementos do *quadrilátero da formação* (educação, atenção, gestão e participação) para pôr em análise práticas de ensino, de condução do sistema de saúde, de assistência e de envolvimento com a população. O poder de análise da Educação (suposto do quadrilátero da formação) é o de confrontar a educação dos profissionais de saúde pelo incentivo à produção de conhecimento por argumentos de sensibilidade, bem como a construção de novas práticas - tendo em vista os desafios da integralidade e da alteridade na estipulação dos projetos terapêuticos individuais ou singulares. De toda Educação, emergem efeitos de subjetivação e a problematização dos modos de pensar-agir-perceber. De uma educação que interroga, problematiza e desestabiliza identidades e modos de pensar-agir-perceber resulta, como aprendizagem significativa, a invenção de si, dos entornos e de mundos (Ceccim, 2005).

A experimentação, a exposição à alteridade e a criação por meio do pensamento em ato constituem, de um lado, a lógica da educação permanente em saúde, permitindo o “aprender a aprender” como processo aberto, complexo e inventivo. De outro lado, essa educação – tomada como dispositivo analisador – deseja da realidade o encontro com o que nela houver de experimentação, de exposição à alteridade e de criação por meio do pensamento em ato.

O próprio trabalho de campo desta dissertação se constituiu em um desestabilizar, uma aprendizagem. Foi necessário fugir do proposto pela lógica clássica do pensamento racionalista, o qual, alicerçado em Aristóteles, buscava a ciência da homogeneização, categorizando os acontecimentos com o filtro dos regimes de verdade. Segundo Naffah Neto (1991, p. 20-21), a autoridade da ciência é autenticada pela produção de signos² que recobrem diferentes singularidades empíricas. Para Siegmann e Fonseca (2007), o grande desafio para a criação em projetos de pesquisa é a ruptura com a lógica mecânica da investigação. É justamente um desestabilizar, um movimentar-se permanente entre o inconsciente e o consciente. Valendo-se da crítica à linguagem em Nietzsche, Naffah Neto (1991, p. 24-27), relata que as experiências para as quais se encontram palavras são as mais freqüentes, ordinárias, ao passo que o inconsciente, como domínio do indizível, escapa à linguagem. O ato de pesquisar deveria ser, portanto, um processo que convocasse o pesquisador a permitir a multiplicidade e o devir, ultrapassando os limites do senso comum. Como diria Deleuze (1992, p. 109), citando Foucault, “rachar as coisas e as palavras”, permitindo a formação do novo, a “atualidade”. Os resultados desse empenho me foram a reverberação de saberes e a confrontação de *informações* com *sensações*. Tive de buscar principalmente pelas sensações diante do dito e do ouvido para extrair novidades de conhecimento. Tive de *entrar em processo*.

² Naffah Neto (1991) se refere ao “signo lingüístico” da escola francesa, que traz a noção de significante – que deverá funcionar como princípio transcendente, ordenador da produção inconsciente e capaz de dar conta de sua variedade transbordante.

Construir processos de formação deve ser construir processos que qualifiquem profissionais a desenvolverem competências e habilidades, não apenas para atuar em saúde e nos serviços, mas para atuar com e na saúde, avaliando, reestruturando e implementando novas práticas em serviços, num *continuum* em que a atuação profissional se qualifica e qualifica simultaneamente o serviço. Tal construção somente se fará se formos, como profissionais, capazes desse aprendizado vivo, atento e *plugado no outro*, em disposição de cruzamentos e em produção de sentidos “atuais”.

Uma efetiva integração ensino-serviço certamente contribuiria para alimentar necessidades teóricas em relação à formação, bem como à qualificação dos serviços. Essa retroalimentação constante entre dois atores co-participantes do processo de formação de profissionais e do processo de assistência à saúde, pode significar o preenchimento da lacuna existente entre as necessidades de saúde e a educação em saúde necessária para identificá-las e atendê-las, além de permitir perceber com maior clareza as necessidades de qualificação da gestão (do ensino e dos serviços) e as formas de inclusão dos saberes desenvolvidos pelos próprios usuários e movimentos sociais, na sua luta (às vezes invisível) pelo enfrentamento dos problemas de saúde. Uma efetiva integração ensino-serviço se alargaria às interações entre educação, gestão do setor da saúde, redes de atenção e redes de participação da população, uma real integração ensino-serviço como interação educação-gestão-atenção-participação.

São as meninas que precisam ser cuidadas e isso significa acolher as feminilidades em que se inscrevem as gestações, não as biológicas descoladas das humanidades. O atendimento humanizado ao parto e ao nascimento deve estar em linha com o pré-natal, a neonatologia, a puericultura e a ginecologia, mas sempre dirigido às feminilidades: conhecê-las, acolhê-las, atendê-las e com elas construir um projeto cuidador singular. As feminilidades adolescentes representam uma complexidade contemporânea porque a sociedade de classes se modificou, os níveis de escolaridade geral se modificaram e a longevidade se modificou nos países de

capitalismo desenvolvido ou elevado estágio de desenvolvimento. Quem, entretanto, é observador da transição na cultura e na epidemiologia geral e quem é observador das práticas de atenção integral nos serviços de saúde quando se trata de propor o acolhimento de singularidades e a produção de projetos terapêuticos singulares?

É profundamente incômodo perceber que em nome da humanização, atendemos em saúde mediante critérios epidemiológicos e valores morais (Ceccim, 2008). É extremamente gratificante ver possível a construção de efetiva integração do ensino com os serviços quando responsável por tornar reais *linhas de cuidado* mãe-bebê ou perinatais. Já não se tratará mais de um pré-natal, parto, neonatologia, puerpério e puericultura de alta qualidade em si mesmos, mas o engendramento de práticas cuidadoras expostas ao outro, à alteridade.

A pesquisa em Educação trouxe interrogações às práticas do assistir e do ensinar em saúde, foram escolhidos os temas da integralidade e da alteridade para o percurso conceitual e o grupo-dispositivo com estudantes para o percurso empírico. A temática foi a gravidez na adolescência, colocando em análise um evento biológico amplamente impregnado por valores sociais: direitos do adolescente, questões de classe social, formação subjetiva, políticas de gênero, feminilidades, formação médica, educação de profissionais de saúde, postura e prática de assistir para a integralidade e alteridade na área da saúde, lugares sociais à maternidade e práticas de ensino na saúde.

Desde um ponto de vista da saúde, diríamos que é elevada tanto a compreensão dos estudantes, quanto a orientação da formação no caso da educação médica relativamente à atenção integral de saúde às adolescentes grávidas, entretanto, as adolescentes aparecem segundo um reconhecimento de problema social atribuído à faixa etária correspondente, não como desafio à alteridade. É forte o argumento pelo respeito às individualidades, mas não a defesa de um encontro aberto (sem o filtro de valores morais) com as meninas que engravidam. De princípio, sua gravidez é indesejável, mesmo que desejada pela menina

(individualmente ou dentro do par parental). O papel primeiro da medicina, segundo estudantes e professores, é o de reforçar uma política específica à maternidade: desejar e ter o filho, amamentar e dedicar-se maternalmente até a sua independência, abrindo mão de quaisquer impedimentos. As condições sociais de vida da adolescente serão naturalizadas e classificadas como risco biológico: mãe solteira, mãe adolescente, mãe de baixa renda. As redes sociais de inscrição da mulher se tornam irrelevantes diante das “definições” naturalizadas. Os ganhos sociais advindos da gravidez na adolescência que possam advir a uma menina que encerra um ciclo de resistência e abuso doméstico ou social, que cresce em demonstração de capacidades maduras para a vida social e de interações e conquista autonomia em seu andar à vida são secundarizadas por um olhar de classe que apenas as vê mais distantes da inalcançável classe média, quando pertencentes às classes populares de mais baixa renda.

Os estudantes que participaram dos grupos-debate o fizeram de maneira voluntária e após a realização do grupo-exposição, o que diferencia seu perfil, mais sensível às questões em discussão e mais próximos de um ensino problematizador. Este fato poderia significar um viés de interpretação e, por outro lado, também gerou o contato com um material resultante da ação pedagógica de “desafiar e expor”, portanto um imaginário não apenas representativo, mas problematizado.

As professoras participantes caracterizaram a gravidez na adolescência homogeneamente como acidente. Não tendo sido “desafiadas e expostas” como os estudantes, permite-nos supor uma desqualificação do protagonismo e da posição de sujeito das meninas, apesar de sua experiência profissional no ensino e na assistência. A caracterização da gravidez na adolescência homogeneamente como acidente indica a improbabilidade de um planejamento racional da maternidade, levando a uma prática assistencial de tutela ou de infantilização, portanto, distante das perspectivas da integralidade e da alteridade. Sente-se a falta do reconhecimento de projetos de vida na adolescência que envolvam a maternidade.

Evitando homogeneizar todo o ensino e atenção médicos como exclusiva e

monoliticamente biologicista, os estudantes insinuam que nem todos os professores conseguem aplicar a integralidade na prática, portanto, toca a alguns ou à minoria demonstrá-la. Outra insinuação dos estudantes é a idéia de matriciamento obtida pelo trabalho em equipe multiprofissional.

Abordagens pouco presentes entre os estudantes foram aquelas relativas à participação masculina, no pré-natal, no planejamento e no desejo da gravidez e no exercício da paternidade. Esse dado se agrega à baixa referência às questões de gênero na perspectiva da integralidade. Além disso, questões como violência e sexualidade quase não apareceram. Essas abordagens e questões integram as formulações da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher e demandam um cuidado especial na orientação do ensino, talvez ao modo pedagógico com que a metodologia desta pesquisa se instaurou. Avalio que o grupo de exposição e os grupos de debate construíram o desafio e exposição à aprendizagem da alteridade com novos elementos à integralidade.

A pesquisa em Educação fez ver as questões de classe, de produção cultural e as relações sociais, contribuindo para a compreensão da produção de subjetividades e a formação de uma inteligência de vida que está afastada da ordem discursiva da saúde desde o Relatório Flexner. Por isso, se detecta um olhar de classe social da profissão médica superior ao ser-para-o-outro, uma prática de educação popular em saúde que “sonha” a prevenção da gravidez, a educação para a prevenção e um corpo sob a conduta assistencial ou preventiva, não o *encontro*. Os bebês das mães adolescentes são interpretados como “abandonados” segundo um padrão classista e acrítico de família, de unidade familiar e de família nuclear, valores das classes médias urbanas e escolarizadas que estreitam a capacidade de ver e ouvir, espelho da imagem profissional obtida “dos pares”, não “do outro”.

A adolescente que engravida é filha de uma mãe que a concebeu na adolescência, às vezes deseja a criança e tem nessa maternidade não o constrangimento de um único modo de ser mãe, mas um ser mãe em rede como um dia foi filha em rede (variadas cuidadoras na família e vizinhança), ou às vezes não

deseja a criança e vê-se impedida de saídas saudáveis que, entretanto, existem, e é constrangida pelos serviços de saúde a um papel que, por motivos sociais, lhe rouba a autonomia em lugar de sua promoção.

Dois dilemas éticos ficaram evidenciados e deveriam reverberar em análise da assistência e da educação em saúde da mulher: o aborto e o modelo docente. O aborto é moralmente impraticável, ainda que eticamente (disfarçadamente) defendido. Mais conveniente seria pertencer ao debate, franco e aberto, sem preconceitos morais, religiosos e de culpabilização. O modelo docente é o da prática discursiva de atenção, distante do gesto praticado na assistência: verbo sem encarnação, palavra à parte do ser-para-o-outro, apesar do imaginário médico-social de profissão do cuidar, escutar, proteger e salvar vidas. Vidas da racionalidade naturalista, não da humanista. Os valores naturais e os valores humanos precisariam, como saúde, de reconciliação.

Por fim em um contexto, segundo Schraiber (1997), de crise de confiança da Medicina Tecnológica, como responsabilizar pela atenção à saúde alunos e profissionais que não tematizaram ou não tematizam permanentemente suas práticas ante valores e opiniões de classe, gênero, raça, sexualidade e singularidade? Busquei ressaltar que a integralidade é alteridade-dependente. A articulação alteridade/integralidade é mais do que importante, é necessária. Talvez só possamos dar espaço à integralidade à medida que abriremos espaço à alteridade.

Referências

ALVES, Rubem. O Médico. Campinas, S.P: Papiros, 2002.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. O cuidado, os modos de ser do humano e as práticas de saúde. Saúde e Sociedade, São Paulo, v.13, n.3, p.16-29, set.-dez. 2004.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Sujeito, intersubjetividade e práticas de saúde. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 6, n.1, p. 63-72, 2001.

BALLONE, Geraldo José. Gravidez na adolescência. PsiquWeb psiquiatria geral GJBALLONE. Disponível em: <<http://virtualpsy.locaweb.com.br/index.php?art=55&sec=20>>. Acesso em: 08 out. 2008.

BALLONE, Geraldo José. Gravidez na Adolescência. PsiquWeb psiquiatria na web. Disponível em: <<http://www.psiqweb.med.br/site/>>. Acesso em: 10 out. 2008.

BENEVIDES, Regina; PASSOS, Eduardo. Humanização na Saúde: um novo modismo? Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, S.P, v.9, n.17, p. 389-406, mar./ago. 2005.

BOURDIEU, Pierre. A dominação masculina. Educação & Realidade, Porto Alegre, v.20, n.2, p. 133-184, jul./dez. 1995.

BRANDÃO, Elaine Reis; HEILBORN, Maria Luiza. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1421-1430, jul. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF, 2005. 60 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher. - Princípios e Diretrizes. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. Brasília, DF, 2004.

BRITZMAN, Deborah P. O que é esta coisa chamada amor - Identidade homossexual, educação e currículo. Educação & Realidade, Porto Alegre, v.21, n.1, p. 71-96, jan./jun. 1996.

CANESQUI, Ana Maria. Ciências Sociais e Saúde para o Ensino Médico. São Paulo: Ed. Hucitec, 2000.

CARLINI-COTRIM, Beatriz. Potencialidades da técnica qualitativa *grupo focal* em investigações sobre abuso de substâncias. Revista de Saúde Pública, São Paulo, v.30, n.3, p. 285-293, jun.1996.

CECCIM, Ricardo Burg (Coord.). As mulheres são ativas no exercício do controle social sobre saúde, mas a educação dos profissionais de saúde retrai ganhos reais e potenciais: uma busca de pistas para reverter fragilidades e fortalecer o direito à saúde de qualidade para todas as mulheres. EducaSaúde, Porto Alegre, 2008. Relatório de Pesquisa do Núcleo de Educação, Avaliação e Produção Pedagógica da Faculdade de Educação - UFRGS. Edital CNPq – Nº 045/2005.

CECCIM, Ricardo Burg; CAPOZOLO, Ângela Aparecida. Educação dos profissionais de saúde e a afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: MARINS, João José Neves, (Org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004. p.346-390.

CECCIM, Ricardo Burg. Diversidade e adversidade na atenção à saúde. Saúde - Revista do Nipesc, Porto Alegre, v. 3/4, p.59-78, jan./dez. 1998/1999. Revista do PPG Sociologia/IFCH/UFRGS.

CECCIM, Ricardo Burg. Educação Permanente em Saúde: desafio ambicioso e necessário. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, S.P, v.9, n.16, p.161-178, set.2004/fev.2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Exclusão da alteridade: de uma nota de imprensa a uma nota sobre a deficiência mental. In: SKLIAR, Carlos, (Org.). Educação & Exclusão: abordagens sócio-antropológicas em educação especial. Porto Alegre: Mediação, 1997. p.15-36.

CECCIM, Ricardo Burg. Linha de cuidado em obstetrícia e neonatologia: dispositivo para a integralidade da atenção em saúde da mulher e uma imagem para a educação dos profissionais de saúde. In: Congresso Brasileiro de Enfermagem Obstétrica e Neonatal – V Cobeon, 5, 2007, Bento Gonçalves/RS. **Anais eletrônicos...** Bento Gonçalves: V Cobeon, 2007. Disponível em: <<http://www.abenfors.org.br/cobeon/e-book/mesas-redondas/Mesa-redonda-VI-Integralidade-no-cuidado-mãe-bebê/Mesa-redonda-VI-1>>. Acesso em: 05 jun. 2008. Apresentação do artigo na Mesa Redonda “Integralidade no Cuidado Mãe-Bebê”, em 16/10/2007, de 14 a 17 de outubro de 2007.

CECCIM, Ricardo Burg. Onde se lê: “Recursos Humanos em Saúde”, leia-se “Coletivos Organizados de Produção em Saúde”. Desafios para a Educação. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de. Construção Social da Demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ/ABRASCO, 2005.

CECCIM, Ricardo Burg. Interface - Comunicação, Saúde, Educação, Botucatu, S.P, v.9, n.16, p.161-177, set.2004/fev.2005. Réplica. (Debates).

CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e Doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, Dagmar E. Estermann, (Org.). Saúde e sexualidade na escola. Porto Alegre: Mediação, 1998. p.37-50. (Cadernos Educação Básica, 4).

CECCIM, Ricardo Burg; FERLA, Alcindo Antônio. Linha de Cuidado: a imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de, (Org.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva - CEPESC, 2006.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER, Laura C. Macruz. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, set./out. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000500036&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 15 Maio 2007.

DALL'AGNOL, Clarice Maria; TRENCH, Maria Helena. Grupos focais como estratégia metodológica em pesquisas na enfermagem. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.20, n.1, p.5-25, jan.1999.

DELEUZE, Gilles. Conversações, 1972-1990. Tradução: Peter Pál Pelbart. São Paulo: Editora 34, 1992.

FONSECA, Tânia Maria Galli; KIRST, Patrícia Gomes. O desejo de mundo: um olhar sobre a clínica. Psicologia & Sociedade, Florianópolis, v.16, n.3, p. 29-34, set/dez.2004.

FRANCO, Túlio Batista. As redes na micropolítica do processo de trabalho em Saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araújo de, (Org.). Gestão em Redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde. Rio de Janeiro: Centro de Estudos e Pesquisas em Saúde Coletiva - CEPESC, 2006.

GALEANO, Eduardo. O Livro dos abraços (1989). Porto Alegre: L&PM, 2005.

GIDDENS, Anthony. A transformação da intimidade: sexualidade, amor & erotismo nas sociedades modernas. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1993.

GUATTARI, Félix. Revolução Molecular: Pulsões Políticas do Desejo. Tradução Sueli Belinha Rolnik. 3.ed. São Paulo: Brasiliense, 1987.

- HEILBORN, Maria Luiza et.al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/ FIOCRUZ, 2006.
- LOURO, Guacira Lopes; NECKEL, Jane Felipe; GOELLNER, Silvana Vilodre. (Org.). Corpo, gênero e sexualidade: um debate contemporâneo na educação. Petrópolis, RJ: Vozes, 2003.
- LUCAS, Ana Flávia Pires de Oliveira. Comunicação pessoal. 19 de dezembro de 2008. Defesa da Dissertação de Mestrado.
- LUPTON, Deborah. Corpos, prazeres e práticas do eu. Educação & Realidade, Porto Alegre, v.25, n.2, p.15-48, jul/dez, 2000.
- LUZ, Madel Therezinha. Natural, racional, social: razão médica e racionalidade científica moderna. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MADEIRA, Felícia Reicher (Org.). Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos, 1997. Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil.
- MAIRESSE, Denise; FONSECA, Tania Mara Galli. Speaking, listening and writing: translation webs printed in the art of cartography. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 7, n. 2, 2002.
- MANCE, Euclides André. Emmanuel Lévinas e a Alteridade. Revista Filosofia, Curitiba, v.7, n.8, p.23-30, abr 94. PUC-Pr.
- MARINS, João José Neves et.al. (Org.). Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades. São Paulo: Hucitec, 2004.
- MARTINS, Ana Paula Vosne. Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.
- MENINAS. Documentário. Direção e Produção: Sandra Werneck. Rio de Janeiro: Cineluz Produções Cinematográficas / Giros, 2006. (71 min), color. Patrocínio: Petrobrás.
- MERHY, Emerson Elias. A cartografia do trabalho vivo. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson Elias. A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde: uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência. In: REIS, Afonso Teixeira et.al. Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte: reescrevendo o público. São Paulo: Xamã, 1998.

MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. Gênero - Cadernos do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero, Niterói, R.J, v.6, n. 1, p. 81-104, 2005. Segundo Semestre.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. In: DESLANDES, Suely Ferreira; GOMES, Romeu; MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. 26.ed. Petrópolis, RJ : Vozes, 2007, p. 65.

NAFFAH NETO, Alfredo. O inconsciente como potência subversiva. São Paulo: Escuta, 1991.

NAFFAH NETO, Alfredo. Outr'em mim. São Paulo: Plexus Editora, 1998.

PAIM, Heloísa Helena Salvatti. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, Luiz Fernando Dias. (org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

PAIM, Jairnilson Silva. Desafios para a saúde coletiva no século XXI. Salvador: EDUFBA, 2006.

PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS/UERJ: Abrasco, 2003.

PINHEIRO, Verônica de Souza. Repensando a maternidade na adolescência, Estudos de Psicologia, Natal, R.N, v.5, n.1, p. 243-251, 2000.

RICKES, Simone Moschen. Comunicação pessoal, em 19 de dezembro de 2008. Defesa da Dissertação de Mestrado.

ROLNIK, Suely. Cartografia sentimental: transformações contemporâneas do desejo. Porto Alegre: Sulina; Editora da UFRGS, 2006.

SABAT, Ruth. Só as bem quietinhas vão casar. In: Meyer, Dagmar Estermann; SOARES, Rosângela de Fátima Rodrigues (Org.). Corpo, gênero e sexualidade. Porto Alegre: Mediação, 2004.

SCAPPATICCI, Anne Lise Sandoval Silveira. Interação precoce mãe-bebê: um estudo comparativo entre mães adolescentes e mães adultas. São Paulo: Universidade Federal de São Paulo, 2000. Dissertação de Mestrado. Orientador Prof. Dr. Eduardo Iacoponi. Departamento de Psiquiatria, UNIFESP.

SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, S.P, v.5, n.8, p.47-60, 2001.

SCHRAIBER, Lilia Blima. Medicina tecnológica e prática profissional contemporânea: novos desafios, outros dilemas. São Paulo: Faculdade de Medicina da USP, 1997. Tese [livre-docência].

SCHRAMM, Fermin Roland. A Dimensão Ética do Trabalho em Saúde. In: ALMEIDA, Joaquim Alberto Cardoso de (Org.). Educação: razão e paixão. Rio de Janeiro: ENSP, 199. p.51-63.

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

SCOTT, Russel Parry. Quasi adult, quasi old: why anticipate life cycle phases? Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, S.P, v.5, n.8, p.61-72, 2001.

SIEGMANN, Christiane; FONSECA, Tania Mara Galli. Caso-pensamento como estratégia na produção de conhecimento. Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, S.P, v.11, n.21, p.53-63, 2007.

SILVA JR., Alúcio Gomes da. Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da saúde coletiva. 2.ed. São Paulo: Hucitec, 2006.

SPINK, Mary Jane P. (Org.). Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. O Acolhimento num Serviço de Saúde Entendido como uma Rede de Conversações. In: PINHEIRO, Roseni; MATTOS, Ruben Araujo de (Org.). Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde. Rio de Janeiro: IMS-UERJ/ABRASCO, 2003. p.89-111.