

ARTIGO ORIGINAL

DOI: <http://dx.doi.org/10.18310/2446-4813.2017v3n4p367-388>

VOZES DE ADOLESCENTES GRÁVIDAS: CONTRIBUIÇÃO À EDUCAÇÃO MÉDICA, SEGUNDO O EXTRATO NARRATIVO DE UMA COORTE DE PUÉRPERAS¹

VOICES OF PREGNANT ADOLESCENTS: A CONTRIBUTION TO MEDICAL EDUCATION, ACCORDING TO THE NARRATIVE STATEMENT OF A COHORT OF PUERPERAE

MAURÍCIO MORAES

Professor adjunto, especialista em Medicina Preventiva e Social, mestre em Educação, doutor em Saúde e Comportamento/Saúde da Mulher, Criança e Adolescente.

E-mail: mumana74@gmail.com

RICARDO BURG CECCIM

Professor titular, especialista em Saúde Coletiva, mestre em Educação, doutor em Psicologia Clínica e Pós-Doutor em Antropologia Médica.

E-mail: burgceccim@gmail.com

RESUMO

Trata-se de artigo resultante de uma pesquisa com adolescentes grávidas, uma amostra de 136 meninas, dentre 540 de uma coorte acompanhada ao sul do Brasil. Busca contribuir à educação médica, colocando os termos da “atenção” e da “educação para a atenção”, sob os desígnios da “integralidade e humanização”. O objetivo foi trazer as “vozes” das adolescentes grávidas, sem representação, mas expressão. Sem uma “figura” à realidade, mas o acesso à “real” realidade (viva, não representada). A metodologia foi qualitativa, com base em questionário e temas geradores. Foram coletados dados de perfil da população (organizados em uma tabela de “perfil quantitativo”) e manifestações verbais (mantidas intactas em um quadro de “expressão original”). Uma distinção

importante do convencional é que o artigo se orienta pelo “encontro terapêutico”, não pela prevenção da gravidez, tampouco por políticas para a saúde de adolescentes e nem pela orientação à gestão da clínica/redes de atenção. Reconhece nas produções em conjunto de docentes e estudantes em medicina, enfermagem ou psicologia a mesma abordagem: a gravidez na adolescência como indesejável (desde um ponto de vista da saúde pública e desde um ponto de vista que a trata como obviamente indesejada pela adolescente, com sugestões de educação e prevenção, acompanhada da queixa de falta de políticas e da necessidade de compartilhar conhecimento adequado). Em discrepância dessa linha de pensamento, o artigo explora abordagens ampliadas. Na conclusão, desafia à troca de sentidos e à partilha de significados no

¹ Fontes de financiamento: O financiamento foi feito por meio de bolsas de pesquisa brasileiras (Ministério da Saúde / UFRGS - FAURGS). Os financiadores não tiveram mais papel no desenho do estudo, na coleta, análise e interpretação de dados, na redação do relatório e na decisão de submeter o trabalho para publicação, uma vez que a investigação científica se insere em projetos maiores de pesquisa e ensino dos professores supervisores. Autor bolsista Produtividade CNPq. Ética em pesquisa: Protocolo 2007.95 – Comitê de Ética em Pesquisa, UCPel. A Revista Saúde em Redes foi escolhida para a publicação do manuscrito como forma de seguimento ao artigo publicado no último número de 2016. O presente manuscrito compõe o segundo artigo do mesmo tema, restando um terceiro e último documento a ser enviado para 2018.

encontro terapêutico para que diga respeito às “singulares meninas grávidas”. Meninas na consulta médica são reais, não números, já estão grávidas, não há o que prevenir, e já estão na cena do cuidado, requerem atenção com ligação e afinidade. Desafia – na atenção e na educação para a atenção – tanto habilidades e capacidades, quanto condições de composição cognitiva para atender/tratar/cuidar com alteridade, envolvimento e “intensa amizade”. O artigo revela um componente de “informação populacional” (a amostra) e outro de “sentidos para o encontro” (a noção de voz). A cena da atenção é singular e é real, a educação para a atenção precisa dessa inclusão (subjetiva e objetiva). O artigo polariza “gestão da clínica ou epidemiologia”, que somente passam como “informação”, e as “vozes” daquelas a quem se vai tratar/atender/cuidar e que devem passar ao corpo do terapeuta/cuidador como acolhimento/guarida.

PALAVRAS-CHAVE: Gravidez na adolescência; Saúde da mulher; Saúde do adolescente; Educação médica.

ABSTRACT

This is an article resulting from a survey with pregnant adolescents, a sample of 136 girls, out of 540 of a cohort followed in southern Brazil. It seeks to contribute to the medical education by placing the terms "care" and "education for caring" under the purposes of "integrality and humanization". The goal was to bring the "voices" of pregnant adolescents, not with representation, but expression. Without an "image" to reality, but access to "real" reality (living, not represented). The methodology was qualitative, based on questionnaire and generating themes. Were collected population profile data (organized in tables of "quantitative profile") and verbal manifestations (kept intact in an "original expression" frame). An important distinction from the conventional is that the article is guided by the "therapeutic encounter", not pregnancy prevention, neither adolescent health policies, or even orientation to clinic management / care networks. It

recognizes in the joint productions of teachers and students in medicine, nursing or psychology the same approach: pregnancy in adolescence as undesirable (from a public health perspective and from a point of view that treats the pregnancy as obviously undesired by the adolescent, with suggestions of education and prevention, followed by the complaint of lack of policies and the need to share adequate knowledge). In disagreement with this line of thought, the article explores broadened approaches. In conclusion, it brings a challenge to the exchange of meanings and the sharing of meanings in the therapeutic encounter so that "it concerns the singular pregnant girls". Girls at the doctor's office are real, not numbers, they are already pregnant, there is nothing to prevent, and they are already in the care stage, they require attention with connection and affinity. It challenges - in care and education for caring - both skills and abilities, as well as conditions of cognitive composition to attend/treat/care for otherness with involvement and "intense friendship". The article reveals a component of "population information" (the sample) and another of "meanings for the encounter" (the notion of voice). The care stage is unique and real, education for attention needs this inclusion (subjective and objective). The article polarizes "clinic management or epidemiology", which only passes as "information", and the "voices" of those to be treated/cared for and that should pass to our body as refuge/shelter.

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

INTRODUÇÃO

A faixa que divisa a infância da idade adulta é muito discutida na sociedade. No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente¹ define a adolescência, do ponto de vista legal, como

grupo social entre os 12 e os 18 anos de idade. Já a Organização Mundial da Saúde – OMS circunscreve a adolescência à segunda década da vida (dos 10 aos 19 anos de idade), enquanto a juventude se inseriria nesse grupo e o estenderia à idade dos 24 anos (15 aos 24 anos de idade).^{2,3} Para a OMS, a “juventude” é uma categoria sociológica, representando não só um momento de preparação para o papel de adulto na sociedade, também uma etapa da vida relacionada ao processo de conquista da independência econômica e profissional. A juventude incluiria adolescentes-jovens (15 aos 19 anos) e adultos-jovens (20 aos 24 anos). Para a Política Nacional da Juventude – PNJ, esta parcela da sociedade está compreendida entre as idades de 15 e 29 anos. A PNJ divide esse grupo social em 3 subgrupos por faixa etária: adolescentes-jovens (15 aos 17 anos), jovens-jovens (18 aos 24 anos) e adultos-jovens (25 aos 29 anos).^{4,5} O primeiro grupo está incluído na atual política da criança e do adolescente; os outros dois nas políticas para a juventude. As atuais diretrizes nacionais de assistência à saúde reúnem adolescência e juventude, abrangendo o grupo dos 10 aos 24 anos, mas, nas estatísticas sanitárias, a adolescência corresponde ao grupo de idade dos 10 aos 19 anos.^{4,5} Este texto se refere a este grupo, em particular as meninas. Dentre estas, aquelas com a experiência da gravidez. Entretanto, em

lugar de apresentar estatísticas, agrupamentos quantitativos e descritores epidemiológicos, o artigo se ocupa de dar voz às meninas, tenta fazer-lhes ouvir por sua própria voz.

A gestão da clínica ou da política de saúde prevê assistência em saúde sexual e reprodutiva na adolescência; a prevenção da gravidez indesejada ou o atendimento ao pré-natal e parto humanizados; o acesso à informação, educação e serviços em anticoncepção e planejamento familiar ou paternidade responsável; e o cuidado ao puerpério e em puericultura para mães adolescentes. De outro lado, a epidemiologia ou a saúde pública elencam as vulnerabilidades e o perfil saúde-doença ou saúde-qualidade-de-vida do grupo: determinantes sociais e modos de vida, condicionantes do processo saúde-adoecimento, características multifatoriais e multidisciplinares dos fenômenos de saúde, ação intersetorial e participação ativa dos indivíduos e da comunidade local³⁻⁴. Já no momento da consulta ou do atendimento “real” estão ali o terapeuta/cuidador e a adolescente grávida, sob a necessidade de construção do acolhimento, integralidade e acompanhamento. Gestão da clínica ou epidemiologia passam à informação, mas não são as vozes daquelas a quem se vai tratar/atender/cuidar. A cena da atenção é singular e é real.

Acreditamos que as vozes adolescentes podem se constituir em um valioso instrumental de trabalho no ensino da atenção, já que oferecem conteúdos e mostram seus modos de verbalização. Por meio da familiaridade com as vozes, se pode construir sensibilidade às vocalizações e detectar pistas à compreensão de sentidos e interpretação das tarefas cuidadoras/terapêuticas “realmente” necessárias. O acesso às vozes pode enriquecer as atividades pedagógicas de ensinar e aprender a tratar/curar/cuidar em atividades de estudo e dinâmicas de sala de aula. Para a “atenção” e para o “ensino da atenção”, os dados e indicadores de políticas públicas, de sistemas programáticos e de diretrizes clínicas funcionam como uma “figura” da realidade, não são “a” realidade (sua ação singular em cena). Para transpor essa “figura” à realidade é necessário traduzir “informação populacional” em “sentidos para o encontro terapêutico”. Esse conhecimento e essa relação envolvem tentar entender unidades singulares de vivência (a experiência de cada adolescente). O recorte de pesquisa pleiteado por este artigo está em ajudar no trabalho de resgatar a voz das adolescentes, levando estudantes e docentes a pensar em suas próprias escutas da realidade com crítica e inventividade.

SABERES PRÉVIOS E AS APROXIMAÇÕES AO TEMA

Deve-se ressaltar a designação de *vulnerabilidade* encontrada junto ao grupo social da adolescência no tocante à Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e de Jovens³, pois “fatores externos constituem uma poderosa influência sobre o modo como adolescentes e, também, os jovens pensam e se comportam”. Ganham projeção de destaque “os valores e o comportamento dos amigos”, uma vez que transcorreria nesta etapa da vida o “distanciamento dos pais em direção a uma maior independência”. Tal Política lembra o papel de elementos como os veículos de comunicação de massa, a indústria do entretenimento, as instituições comunitárias e religiosas e os sistemas legal e político na constituição da subjetividade adolescente e juvenil e sobre seus comportamentos sociais. Dentre as necessidades de grande importância para o desenvolvimento desse segmento estariam, conforme a Política, “o acesso à educação formal, aos serviços de saúde, às atividades recreativas, ao desenvolvimento vocacional e às oportunidades de trabalho”. A vulnerabilidade se acentua quando a pobreza ou o preconceito privam o adolescente e o jovem de tais acessos, quando há exposição aos riscos associados à violência e quando, sem informação, experimentam tudo o que se apresenta como novo. A vulnerabilidade vem,

portanto, relacionada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e etnicorraciais, além dos aspectos biológicos e psicológicos.³

Embora candentes aos adolescentes, essas questões não estão presentes na formação profissional e na construção de estratégias singulares às ações de acolhimento, integralidade e acompanhamento na atenção em saúde da adolescente grávida. O “imaginário” profissional na formação, como a seguir veremos, se inscreve sob as palavras “indesejável” (não deveriam engravidar) e “indesejada” (não queriam engravidar). As questões que envolvem gravidez e maternidade, entretanto, se tornaram relevantes não apenas ao universo médico, sanitário, biológico ou psicológico. Gravidez e maternidade estão presentes no universo de estudos das ciências sociais e humanas, contemplando dimensões da antropologia médica e estudos de gênero e feminismo, além de questões sociais e afetivas. Deste modo, gravidez e maternidade precisam 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.^{4,6} A identificação dos principais fatores de risco e patologias relacionadas à gestação na adolescência e a proposição de intervenções se

apresentam como desafios para os profissionais de saúde.⁶⁻⁸

Vários estudos têm demonstrado a alta prevalência de risco de suicídio, ideação suicida e depressão na gestação ou no período pós-parto.^{9,10} O impacto negativo decorrente destes eventos na gestação é extremamente relevante, demandando aos serviços de saúde intervenções direcionadas tanto para prevenção quanto ao manejo desta temática, especialmente na Atenção Básica, que concentra grande parte do cuidado pré-natal, particularmente em adolescentes. Estudos de base populacional enfatizam relativizar o argumento da desinformação e valorizar o papel fundamental que a vivência da sexualidade exerce na construção social do jovem. Captar regras socioculturais que permeiam o fenômeno deveriam subsidiar a construção de uma clínica do encontro, não a culpabilização, antes um intensivo acolhimento.^{6,8,11}

Tomando por base o cenário da assistência, existe um número significativo de programas visando orientar os jovens na experiência da gestação, mas ainda com pequena repercussão na população adolescente. Estas orientações normalmente estão focadas na “denúncia” da gestação na adolescência como irresponsabilidade, descuido e resultante em

falta de perspectiva futura. Segundo Scott,¹¹ ao contrário, a convivência, observação e conversas mais prolongadas com as mães adolescentes, revelam que ter o filho não foi nem tão impensado, nem tão fora dos padrões, quanto as acusações sugerem. O valor simbólico do filho é enorme, e muitas vezes a ideia de tê-lo é um teste de organização da própria família, com significado importante no rito de passagem entre a saída da infância e a entrada em uma vida adulta plena.

Dias e Teixeira⁷ realizaram uma revisão da literatura com 129 artigos publicados entre 2000 e 2009 no Brasil sobre gravidez na adolescência distribuindo-a em três eixos temáticos: (a) riscos e problemas associados à gestação na adolescência (para a mãe, para o bebê e para a sociedade; (b) fatores que colocam em interface a atividade sexual do jovem e a falta de medidas contraceptivas adequadas; e (c) fatores socioculturais que estão associados ao desejo de ser mãe na adolescência. Os autores mostraram como a gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, vindo a se tornar um problema social e de saúde pública. Citam que, de fato, a literatura biomédica utiliza expressões como “gravidez precoce”, “indesejada”, “não-planejada” e “de risco” para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas “negativas”

associadas ao fenômeno, estabelecendo-se uma ideia de adolescência “na qual a gestação não está incluída como experiência normativa”, mas, ao contrário, vista como um “desvio de percurso”, um “evento não desejado” pelas adolescentes e cujas consequências frustram o que seria considerado uma “boa” adolescência. Dias e Teixeira desafiam: “até que ponto adolescência e gravidez são experiências que conflitam entre si”? Lembram que esse conflito com certeza “depende do modo como se entende a própria adolescência – tanto em termos teóricos quanto em termos do que se espera socialmente de um adolescente”. Se, de um lado, os maiores riscos se apresentam em face de forte correlação com os fatores classe social e raça/etnia, de outro, a gravidez nesse período pode “representar a busca por reconhecimento e concretização de um projeto de vida viável, especialmente entre as adolescentes de nível socioeconômico menos favorecido”. Para Dias e Teixeira, “alguns estudos demonstram que a gestação na adolescência pode ser desejada e considerada uma experiência gratificante, apesar dos inúmeros problemas comumente descritos na literatura.

Oliveira, Gama e Silva,⁸ no Rio de Janeiro, encontraram que a gravidez na adolescência estava relacionada com o óbito pós-neonatal (como um efeito direto), com o neonatal e o

fetal, mas nesses últimos o risco era maior conforme a presença de morbidade materna, enquanto o pré-natal bem conduzido era fator protetor. O que elevava o risco de morbidade e mortalidade materna, fetal, neonatal e pós-neonatal não era a faixa etária, como no apanhado morbidade e mortalidade relacionadas com a gestação na adolescência, mas a história etnicorracial, a história de violência física, a pobreza, a ausência de acolhimento em serviços de saúde da atenção básica, a não integralidade na terapêutica/cuidado/atendimento, a baixa qualidade da atenção pré-natal e a ausência de acompanhamento ou longitudinalidade na atenção de saúde às adolescentes, gestantes adolescentes e puérperas adolescentes (fatores que repercutiram em baixo peso ao nascer, prematuridade, maior número de gestações e morbidade materna sem adequada cobertura assistencial). Os autores enfatizaram a relevância das políticas sociais e de saúde voltadas para os adolescentes e a melhoria da atenção pré-natal.

Dois artigos nos trouxeram particular desafio para o tema da educação médica e da escuta às vozes adolescentes: de Manfré, Queiroz e Matthes,¹² escrito por duas estudantes de medicina e seu professor de tocoginecologia, e de Daddorian,¹³ escrito por uma psicanalista, pesquisadora presente nas áreas de

neuropsiquiatria, psiquiatria e psicologia. O primeiro se refere à educação médica (ou educação dos profissionais de saúde) e o outro às vozes adolescentes entre meninas grávidas. Para Manfré, Queiroz e Matthes¹² com o levantamento na literatura médica, psicológica e de enfermagem, com pelo menos 60 títulos entre 2000 e 2009 foi possível concluir que a atuação dos profissionais de saúde, pais e educadores mostra-se fundamental na construção do conhecimento sobre a sexualidade dos adolescentes e que a aplicação desse conhecimento é uma forma de prevenir a gravidez na adolescência, evitando que o futuro da adolescente e do seu filho seja comprometido. O artigo defende que a gravidez na adolescência vem adquirindo proporções significativas, mostra que de 20 a 25% do total de gestantes no Brasil são adolescentes (uma adolescente entre cada cinco mulheres grávidas) e que a gravidez na adolescência envolve consequências indesejáveis na vida da adolescente, de seu filho e no meio social em que vive. Daddorian¹³ empreendeu uma pesquisa qualitativa de escuta das vozes de adolescentes grávidas. Um aspecto bastante relevante de suas análises é o de salientar que os enfoques tradicionais tratam a gravidez na adolescência como indesejável e indesejada, além de fruto de desinformação, uma ótica dos profissionais de saúde que não valoriza a voz

das adolescentes sobre a sua gravidez, ou seja, o reverso do texto dos estudantes e professor do curso médico. Para Dadoorian esse enfoque (aqui vamos chamar, então, de enfoque médico, de enfermagem e psicológico) “explicaria o fracasso de vários projetos de educação sexual, visto que os desejos e fantasias dessas adolescentes quanto à sua gravidez não são priorizados”. Concluiu que não se evidencia “falta de informação”, relatando que fornecer conhecimento sobre as questões referentes à fisiologia sexual e às práticas contraceptivas é uma política insuficiente e pouco eficaz. Evidencia, entretanto, “falta de formação” (envolvimento, encontro, alteridade). Para a pesquisadora, os canais que levam informação devem se abrir e se permeabilizar à complexidade do universo psicossocial das adolescentes, particularizando a significação da gravidez nesse segmento social. Mostra que o aborto costuma ser rejeitado pelas adolescentes e que elas afirmam ter decidido ter o filho. Diferentemente do aspecto religioso, essa atitude vem pelo sentimento de afeição com o bebê por nascer. As gestantes adolescentes relatavam que pretendiam cuidar do filho e trabalhar para poder educá-lo. A pesquisadora postula “a importância do significado individual da gravidez, que corre paralelo ao desejo universal de ter ou não ter um filho”, conclui que há “necessidade de

reformulação das políticas públicas para com essa população” e sugere o conceito de “gravidez social”, determinado “por fatores culturais e psicológicos que particularizam o desejo e o significado da maternidade em adolescentes de classes populares”.

Um artigo escrito por duas estudantes de enfermagem, sua professora em enfermagem e obstetrícia e duas enfermeiras apresentam a gravidez segundo os riscos às adolescentes, que estariam “passando por uma fase muito conturbada, em que ocorre uma sobreposição de crises, a da adolescência e a da gravidez.”¹⁴ Designam a gravidez na adolescência como “problema social e de saúde pública”. Sua pesquisa buscou conhecer “as consequências enfrentadas pelas adolescentes e avaliar o conhecimento das mesmas”. Os dados foram coletados no sertão da Paraíba, junto à rede básica de saúde, contando com um questionário que permitia informações quantitativas e qualitativas. A leitura de interpretação dos resultados refere meninas solteiras, em primeira gestação, gravidez não planejada e abandono dos estudos. Diante desses fatos reivindicam atenção às estratégias preventivas e educativas: “métodos de ensino, fornecimento de informações e encorajamento apropriados para este grupo, sem focalizar apenas da gestação, pois seria perder de vista o contexto dentro do qual a gravidez se produz”.

No corpo do trabalho, mais de 30% das adolescentes consideram ter amadurecido, que o casal passou a ser mais unido e adquiriu mais responsabilidade ou que não houve nenhuma alteração de vida porque ambos queriam a gravidez e que as alterações no relacionamento familiar e social foram pela aceitação da maternidade. Quase 60% das adolescentes informou que na rede básica estavam disponíveis ações educativas e preventivas, por meio de palestras e distribuição de preservativos.

Outro estudo realizado por estudante e docente foi o de uma estudante de enfermagem em Brasília e a professora de psicologia. Leite e Bohry¹⁵ usaram da pesquisa de campo com informações colhidas em entrevista. Afirmaram que a adolescência é uma fase de transição, de muitas transformações no corpo da mulher e de estruturação psicológica. Nesta fase, a gravidez constitui “um momento crítico, de incertezas e inseguranças que podem trazer consequências para a mulher e para o bebê”. O estudo buscou conhecer “os conflitos” que se relacionavam com a gravidez na adolescência, partindo dos pressupostos da importância do apoio familiar para as jovens; que ocorre impacto emocional nas adolescentes e nos familiares uma vez que se trata da “descoberta da gravidez não planejada”; e que é importante a participação das adolescentes em programas sociais. As

entrevistas ocorreram com 42 puérperas adolescentes e 23 mulheres da família. Dentre os “conflitos” encontrados, destacaram “o medo da reação dos pais diante da gravidez” como aquele mais prevalente. Entretanto, no pós-parto imediato mais de metade das avós diz que o sentimento com a notícia foi de felicidade, relatando a alegria com o primeiro neto e que o efeito após a notícia foi de acolherem as filhas com mais carinho. Neste momento também a informação foi de que os companheiros revelaram interesse e desejo pela paternidade (60% das adolescentes grávidas têm os pais do bebê como companheiros).

Sem a intenção de uma revisão sistemática da literatura, podemos apontar dentre os muitos estudos sobre adolescência e gravidez que recolhemos, uma tendência à subsumir a experiência adolescente à necessidade de prevenir a gravidez e subsidiar as redes de pertencimento juvenil ao melhor conhecimento sobre anticoncepção,^{16,17} entretanto também identificamos a submissão das adolescentes ao constrangimento e às pressões de familiares, professores, colegas e pais de colegas.¹⁸ A interpretação de resultados nos estudos aponta a não atenção à prevenção e a gravidez designada como precoce,^{16,17,19} embora indiquem uma análise da bem-vinda e/ou necessária reorganização da família, da escola,

do mundo social e dos afetos homem-mulher, uma vez que acontecem.^{18,20} A grande maioria dos estudos assinala a idade entre os 16 anos completos e os 18 anos incompletos na composição do grupo de adolescentes que experimentam a gravidez e o parto. Ante as linguagens gravidez precoce, gestação indesejada, falta de prevenção e dificuldades vivenciadas,^{16,17,19} compõem as linguagens gravidez inesperada, gestação não planejada, motivação à concepção e experiências gratificantes.^{18,20} É real a presença da sexualidade e do prazer erógeno, assim como a segurança em caso de gravidez está associada ao apoio da família, do companheiro, dos amigos e da escola.^{18,20} À primeira situação não cabe prevenção e à segunda cabe o exercício do cuidado humano como condição da existência social solidária nas comunidades humanas, então trata-se de orientar e acolher ou acolher e orientar adolescentes na construção de seu cuidado à saúde, desenvolvimento de sua autonomia e, simultaneamente, autoconfiança e confiança nos serviços de saúde que lhes digam e prestem respeito.

Um estudo de tipo censo realizado no Rio Grande do Sul, na cidade de Rio Grande, abrangendo 445 adolescentes com idade entre 10 e 19 anos que se tornaram mães²¹ e outro de tipo coorte realizado no Maranhão, na cidade de São Luiz, abrangendo 257 adolescentes

grávidas com idade igual ou menor de 16 anos,²² mostram que há um estigma da maternidade compreendida como precoce, mas que, após a maternidade, reconfigura-se a liberdade de ser com ganhos de ressignificação do modo de vida, inclusive com a aquisição de autoconfiança e redução da exposição à violência intrafamiliar,²¹ o bebê é aceito e os efeitos da gravidez na adolescência são progressivamente positivos.²² A indicação é de que na atenção à adolescência se incluam orientações aos responsáveis, “visando esclarecimentos e condutas adequadas ao bem-estar dos envolvidos no contexto de uma gravidez adolescente”, seja para “possibilitar a reestruturação familiar e a definição dos papéis dos membros envolvidos” seja contribuindo à “melhoria dos relacionamentos interpessoais e auxiliando na relação da mãe adolescente com o filho.”²²

Para finalizar esse bloco de texto, escolhemos 5 estudos de diferentes áreas – medicina, enfermagem e psicologia – que exemplificam a diferença quanto às noções de “representação” e “expressão”, “figuras da realidade” e “realidade em primeira pessoa”, “gestão da clínica” e “encontro terapêutico”. Nosso texto se propõe ao segundo enunciado em cada um desses três polos discursivos apresentado, enquanto é exemplar na literatura (uma conformidade) o primeiro enunciado.

Fechamos esse bloco partindo do estudo realizado por 4 estudantes de medicina e seu professor de tocoginecologia, publicado em *Adolescência e Saúde* e seguimos com um texto da área de enfermagem e outro da área de psicologia. Por fim, dois textos amplos, um com conotação biomédica, outro com conotação psicossocial.

O professor de tocoginecologia e os estudantes de medicina²³ analisaram o perfil epidemiológico (“saúde pública”) da grávida adolescente no município de Jundiaí/SP e sua evolução em trinta anos. Encontramos na descrição “maioria das grávidas” o perfil da grávida adolescente: estudantes e solteiras, com idade de 16 anos. Serem solteiras e estudantes é quase descritor de mulheres adolescentes. A idade dos 16 anos corresponde precisamente à idade média do grupo *teen* (13 aos 19 anos de idade). Realizam menos casamentos formais e mais informais, o que não difere do comportamento dos adultos, tem melhor índice de escolaridade, o que corresponde ao desenvolvimento nacional e à expansão da oferta de escolas. Relatam que “hoje as meninas têm a menarca e o início da atividade sexual mais precoces, engravidam mais cedo e demoram mais para engravidar a partir do início da vida sexual”. A maioria das adolescentes grávidas na região do estudo são brancas e não fumantes ou hoje fumam menos

e, geralmente, tem um parceiro mais velho, empregado. As adolescentes não planejaram a gestação, informação que tem sido apresentada como regra em todos os estudos, reiteradamente ao longo dos anos.

Na enfermagem, verificamos outro estudo de perfil (“saúde pública”) das adolescentes grávidas no setor da saúde do município de Divinópolis/MG.²⁴ Estudo com abordagem quantitativa com questões sociodemográficas, gestacionais e de informação/utilização de métodos contraceptivos. As adolescentes do estudo tinham predominância de faixa etária de 18 e 19 anos, novamente solteiras. O estudo refere que a maioria das adolescentes não tinha companheiro, ainda que 48% o tivessem (dado não destacado no relato), embora seja dito que “percentual relevante das adolescentes estudadas teve pelo menos uma gravidez anterior (o relato foi de 28%). A maioria refere a utilização e conhecimento prévio de métodos contraceptivos. As recomendações apontam para “a necessidade de intervenções educativas problematizadoras, de cunho dialógico a respeito de sexualidade, afetividade e contracepção”. As recomendações são assim qualificadas, segundo escrevem, para que “de fato” sejam capazes de proporcionar “mudança de comportamento” tanto no sentido de “provocar redução da gravidez” quanto “evitar a sua reincidência”.

Na psicologia, encontramos um estudo que teve por objetivo investigar as características populacionais (“saúde pública”) associadas à gravidez durante a adolescência em uma população de 452 adolescentes brasileiros de baixa renda, metade com e metade sem a experiência de gravidez.²⁵ Neste estudo, a média de idade foi de 16,86 anos, como na maioria dos artigos aqui citados. Este estudo, reunindo meninos e meninas, envolveu 64% de adolescentes do sexo feminino. O estudo quantitativo, com análise multivariada, revelou que a gravidez durante a adolescência estava associada com o morar com um companheiro, com a utilização da pílula, com a menor idade para iniciação sexual, com o consumo de bebida alcoólica e com menor divisão das tarefas domésticas na família. As autoras afirmam que “a gravidez durante a adolescência tende a surgir perante um conjunto de variáveis que expressam a vulnerabilidade do contexto desenvolvimental do(a) adolescente”, concluindo que “essa poderá ser uma importante informação para intervenções dirigidas para esta população”, bem como favorecer ao trabalho de “prevenção de gravidez durante a adolescência”.

Os estudos não foram “pinçados”, fizeram parte da localização de publicações apenas da década atual sobre gestação na adolescência (quase todos citados nas referências). Nos dois estudos

amplos, um sobre “Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados”²⁶ e outro sobre “Gestações na adolescência: multiplicidade de experiências em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS”²⁷ buscamos quais seriam as recomendações amplas. No primeiro, a identificação de fatores associados à ocorrência de gravidez não planejada na cidade de Rio Grande, Rio Grande do Sul, aplicando-se questionário padronizado a todas as parturientes residentes em tal município, investigou “características demográficas e reprodutivas maternas, nível socioeconômico da família e assistência recebida na gestação e parto”. O universo foi de 2.557 gestantes, 65% não planejaram a gravidez. As variáveis significativamente associadas à gravidez não planejada foram a cor da pele parda/preta, a idade inferior a 20 anos (adolescentes), não possuir um companheiro, a baixa renda familiar, a aglomeração familiar, o tabagismo e a história de mais de um parto. Os autores revelam que “o abortamento prévio mostrou-se protetor para a gravidez não planejada” e concluem que “a elevada ocorrência de gravidez não planejada, sobretudo entre aquelas com maiores riscos de complicações durante a gestação e o parto”, revelam a importância de que se estabeleçam programas de atenção integral à saúde com adequada compreensão e

suficiente envolvimento com esta população. No segundo estudo, foi observado que “programas voltados para a saúde do adolescente devem considerar especialmente percepções, vivências e valores dessa população”. Concluiu que a informação que chega às adolescentes “não está sendo clara o bastante”, uma vez que citam crenças populares ou preconceitos morais quanto ao uso dos métodos contraceptivos. Os dados indicaram como necessário o desenvolvimento dos profissionais de saúde, na medida em que a interação destes com as adolescentes pode se apresentar difícil e, portanto, inefetiva. Um fator destacado como importante foi o do incentivo à escola, aos estudos e ao futuro profissional, verificando-se a sua disponibilidade e viabilidade para os jovens das classes populares. As autoras argumentam que a gestação, durante a adolescência, possa decorrer, nos dias atuais, de um contexto de escassez de oportunidades, significando, a maternidade, a obtenção de reconhecimento social.

OBJETIVOS

No presente artigo, apresentamos um objetivo específico de uma pesquisa maior, este especialmente voltado à atenção e à educação para a atenção (considerada a situação de encontro terapêutico). O objetivo, então, foi dar

voz às adolescentes grávidas, em primeira pessoa. Expressão de vozes, não a sua categorização em figuras representativas. Trazer ao texto vozes que pudessem ser “ouvidas/sentidas” na leitura. Um esforço pela diferença ante os textos presentes na literatura nacional em medicina, enfermagem e psicologia que, com mais ou com menos números apenas se repetem, renovam a prescrição de reduzir e evitar a gravidez na adolescência, se reportam às ocorrências “em maioria” como “identidades” de grupo, reclamam a falta de políticas e sugerem prevenção e educação. Resumindo, o objetivo é o de apresentar “singulares adolescentes grávidas” como desafio e contribuição à educação médica.

PROPOSTA METODOLÓGICA

Estudo com abordagem metodológica qualitativa, sendo presente a escuta de narrativas em oportunidades abertas dentre questões de um questionário que buscava conhecer o universo adolescente e a avaliação – pelas adolescentes grávidas – da atenção médica e da formação em medicina (segundo o contato com o egresso da educação médica). As categorizações analíticas serviram à descrição da população e à descrição da experiência/vivência com a gravidez (vida pessoal e acesso em ações e serviços de saúde)

e foram publicadas anteriormente em Saúde & Redes.²⁸ Foi utilizado como instrumental um questionário semiestruturado baseado em perguntas que englobavam o universo pesquisado. A análise sistemática e cuidadosa dos dados obtidos forneceu pistas sobre como a situação era percebida. Utilizou-se o grupo de gestantes cadastradas numa coorte referencial, sendo a amostra definida pelo número necessário de gestantes para a saturação dos dados. A intenção da amostragem na pesquisa qualitativa foi a de garantir a presença da diversidade no grupo estudado, incluindo sujeitos que normalmente são excluídos da metodologia quantitativa, pois não se tratou de buscar um número representativo, antes um grupo com potencial para problematizar processos que comumente não são notados. A definição do número de participantes ocorreu no desenvolvimento da pesquisa.

De um total de 540 gestantes acompanhadas numa coorte de adolescentes grávidas (coorte previamente apresentada e caracterizada nos estudos de Pinheiro¹⁰), foram selecionadas

aleatoriamente 136 puérperas entre 24 e 30 meses após o parto, as quais responderam perguntas de roteiros semiestruturados. Não houve delimitação prévia do número de puérperas, tendo sido utilizado o critério de tempo definido em três meses para realização das entrevistas e também, em uma análise inicial, a técnica de saturação de dados. O número final de 136 jovens relaciona-se ao momento em que houve a saturação das respostas. Os entrevistadores foram treinados previamente no sentido de não interferirem durante a entrevista, permitindo que as entrevistadas emitissem suas respostas sem nenhum tipo de filtro. As entrevistas foram gravadas e posteriormente transcritas tanto para a análise quanto para o compartilhamento com leitores sobre a qualidade subjetiva de seus informes (a presente publicação). Os requisitos éticos em pesquisa foram obedecidos durante todas as suas etapas. As adolescentes receberam informações sobre a pesquisa e assinaram “Termo de Consentimento Livre e Esclarecido”, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa.

Temas Geradores

TEMÁTICA
1. PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO
2. REAÇÕES DE FAMILIARES E AMIGOS QUANDO ENGRAVIDOU
3. MUDANÇA NO RELACIONAMENTO FAMILIAR COM A GESTAÇÃO
4. PLANOS DE VIDA ANTERIORES A GESTAÇÃO
5. APOIOS OU CRÍTICAS POR TER ENGRAVIDADO
6. O QUE MUDOU NA VIDA COM A GESTAÇÃO

7. PERCEPÇÃO SOBRE O PRÉ-NATAL
8. COMO TEM FEITO PARA CUIDAR O FILHO
9. QUEM PARTICIPA DO CUIDADO DO FILHO
10. ACOMPANHAMENTO DO FILHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE
11. COMO AVALIA A QUALIDADE DO CUIDADO RECEBIDO PELO FILHO
12. DIFICULDADES NA CRIAÇÃO DOS FILHOS
13. MUDANÇA NO RELACIONAMENTO COM O PAI DA CRIANÇA
14. DEFINIÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO NO PRÉ-NATAL/PARTO
15. MELHOR IDADE PARA ENGRAVIDAR
16. EXPECTATIVA DE NOVAS GESTAÇÕES
17. MELHOR INTERVALO PARA GESTAÇÕES
18. PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DE TER ENGRAVIDADO
19. PALAVRAS QUE A DEFINEM ANTES DA GESTAÇÃO
20. PALAVRAS QUE A DEFINEM APÓS A GESTAÇÃO

Quadro 1. Fonte: pesquisa original.

O PERFIL DE NOSSA POPULAÇÃO

O presente artigo corresponde à coleta de dados qualitativos, em especial a margem à verbalização narrativa oferecida a um grupo composto por 136 puérperas captadas de uma coorte com 540 gestantes adolescentes cadastradas junto à rede básica de saúde em um município ao sul do Brasil, a cidade de Pelotas, Estado do Rio Grande do Sul. O perfil

do grupo foi organizado em “características da população”, “variáveis pré-parto” e “variáveis pós-parto”. As “vozes” fizeram parte apenas do componente aberto, aportando uma riqueza relevante à compreensão da construção “da atenção” e “do ensino para a atenção”, desde um ponto de vista da integralidade e da humanização.²⁹

Caracterização da amostra (N = 136)

População	N	%
Idade na entrevista (puerpério)		
○ 16 a 18 anos de idade	36	26,5
○ 19 a 21 anos de idade	100	73,5
Escolaridade na entrevista (puerpério)		
○ Sem escolaridade/ fundamental incompleto	23	16,9
○ Fundamental completo/ médio incompleto	59	43,4
○ Médio completo/ superior incompleto	54	39,7
Percepção da cor da pele (quesito raça/etnia)		
○ Branca	81	59,6
○ Preta	35	25,7
○ Mulata	18	13,3

○ Amarela	01	0,7
○ Indígena	01	0,7
Ocupação		
○ Vínculo formal/ carteira assinada	05	3,7
○ Trabalha informalmente/ bicos	14	10,3
○ Afazeres do lar	64	47,1
○ Estudante	34	25,0
○ Desempregada	19	14,0
Renda somada dos moradores da casa		
○ R\$ 100 a R\$ 500	40	29,4
○ R\$ 501 a R\$ 900	67	49,3
○ R\$ 901 a R\$ 1.300	16	11,8
○ Acima de R\$ 1.300	13	9,6
Número de consultas de pré-natal		
○ Menos de 06 consultas	121	89,0
○ 06 consultas ou mais	15	11,0

Quadro 2. Fonte: pesquisa original.

Variáveis Pré-Parto (N = 136)

População	N	%
Apoio durante à gestação		
○ Mãe	45	33,1
○ Companheiro	17	12,5
○ Sogra	05	3,7
○ Toda a Família	69	50,7
Atendimento prestado no Pré-Natal		
○ Ótimo	09	6,6
○ Muito bom	31	22,8
○ Bom	76	55,9
○ Regular	16	11,8
○ Ruim	04	2,9
Definição pessoal antes da gestação		
○ Irresponsável	31	22,8
○ Bonita	01	0,7
○ Sonhadora	01	0,7
○ Imatura	18	13,2
○ Feliz	18	13,2
○ Calma	10	7,4
○ Livre	13	9,6
○ Não sabe definir	44	32,4
Qual a melhor idade para engravidar		
○ ≥ 18	25	18,3
○ ≥ 20	48	35,3
○ ≥ 25	36	26,5
○ ≥ 30	10	7,4
○ Sem definição	17	12,5
O que mudou com a gestação		
○ Abandono dos estudos	18	13,2
○ Abandono do trabalho	18	13,2
○ Amadurecimento pessoal	19	14,0

○ Mais responsabilidade	28	20,6
○ Não mudou nada	53	39,0
Planejamento da gestação		
○ Sim	54	39,7
○ Não	82	60,3
Planos de vida antes de engravidar		
○ Estudar	53	39,0
○ Trabalhar	54	39,7
○ Casar	15	11,0
○ Viajar	2	1,5
○ Sem planos futuros	12	8,8
O que mudou no relacionamento com o pai da criança		
○ Melhorou o relacionamento	22	16,2
○ Piorou o relacionamento	26	19,1
○ Nos casamos	5	3,7
○ O companheiro foi embora	20	14,7
○ Nada mudou	63	46,3

Quadro 3. Fonte: pesquisa original.

Variáveis Pós-Parto (N = 136)		N	%
População			
Qualificação do atendimento prestado no parto			
○ Adequado		115	84,6
○ Inadequado		21	15,4
Acompanhamento do filho em serviços de saúde após o parto			
○ Sim, na UBS do bairro		123	90,4
○ Não		13	9,6
Apoio após o parto			
○ Mãe		39	28,7
○ Companheiro		18	13,2
○ Sogra		04	3,0
○ Pai		09	6,6
○ Família		66	48,5
Definições pessoais após o parto			
○ Mais feliz		50	36,8
○ Mais madura		20	14,7
○ Mais ansiosa		08	5,9
○ Mais responsável		41	30,1
○ Mais carinhosa		17	12,5

Quem participa do cuidado do filho		
○ Companheiro	54	39,7
○ Mãe	54	43,0
○ Somente eu	17	12,5
○ Sogros	07	5,1
Dificuldades percebidas no cuidado do filho		
○ Sem dificuldades	70	51,5
○ Dificuldades em conseguir creche/escola	10	1,5
○ Falta de dinheiro	25	36,0
○ Problemas de saúde do filho	10	8,1
○ Criar sozinha	10	2,9
Planos para nova gestação		
○ Sim	37	27,2
○ Não	99	72,8

Quadro 4. Fonte: pesquisa original.

INDESEJÁVEL, INDESEJADA E FRAGILIZADA?

VOZES DAS ADOLESCENTES GRÁVIDAS

Nossa proposta foi ceder voz às adolescentes, trazê-las ao texto acadêmico em discurso direto, sem categorizar, sem representar. A voz de brasileiras entre 16 e 21 anos de idade, que engravidaram com idade entre os 14 e os 18 anos, todas de classes populares, usuárias da rede básica do sistema público de saúde. Ouvir a elas, não o que nós dizemos por elas ou sobre elas depois de categorizar e quantificar, depois de transformar em figura “representativa”, a realidade “verdadeira”. Na consulta real, no

atendimento real, no tratamento/cuidado real temos uma adolescente real, com contexto, vivências, anseios, dificuldades e aflições únicas, singulares. Temos “ouvido” para elas? Quando e por que a gravidez na adolescência deve ser indesejável? Quando e para quem a gravidez efetivamente é indesejada? Uma vez grávidas – e justamente pela gravidez – as adolescentes estarão vulneráveis, frágeis e sem apoio? Escolhemos as vozes do grupo “sem escolaridade/ensino fundamental incompleto” ao tema gerador “apoio ou críticas por ter engravidado”:

Vozes Adolescentes

Apoio foi minha mãe. A minha filha completou dois anos e eu tava morando com a minha mãe ainda. Agora eu me casei com o pai da minha filha, mesmo porque quando eu engravidei nós não tava junto. Aí eu morei até os dois anos dela com a minha filha e com a minha mãe. Minha mãe e meu padrasto me deram todo apoio.

A minha mãe me apoiou. E, na verdade, ninguém me criticou porque a minha família é muito unida e todo mundo me ajudou. Ninguém falou nada contra. Sempre me ajudaram.

Crítica não teve. Quem me apoiou mais foi a minha mãe.

Eu recebi apoio do pai do Renan, do meu pai, da minha mãe. O único que me criticou foi o meu irmão.

Crítica nenhuma, apoio todo mundo me ajudou, normal.

Minha mãe falou que eu ia ver só o que era ser mãe, cuidar de um filho, mas me apoiou. O pai da Leiliane... os meus amigos... só apoiaram.

Amigos, minha mãe, a avó, todos me apoiaram e me ajudaram.

Minha mãe e meu pai me deram apoio.

Apoio de todo mundo e crítica não me importou no momento.

Todo mundo me deram apoio, todo mundo ficaram faceiro. Crítica não, não tive nenhuma porque eu já queria e todo mundo já sabia que eu queria, então ficaram contente quando souberam que eu tava grávida porque eu custei a ficar.

Ah, meu pai, a mulher do meu primo, a Noêmia. Ah, meus familiares todos me apoiaram.

Quem me apoiou mais foi meu pai e minha madrasta e quem me criticou mais foi minha mãe.

Apoio do meu pai e da minha mãe. Ah, do pai. Antes ele falava muito que não era dele, mas agora ele sabe que é dele porque ele viu que a guria nasceu com tudo, até sinal, tudo dele. Tudo do pai.

Criticar ninguém criticou. Todo mundo sempre me apoiou: minha mãe, meu marido, meus irmãos. Todo mundo sempre vendo tudo pra me ajudar.

Todo mundo me apoiou, minha mãe, meu pai... Meu pai não! A minha tia, a minha sogra, meu marido, todo mundo me apoiou, só o único que não queria era meu pai, ele falou que eu era muito nova pra ser mãe.

O apoio bastante foi o pai do meu filho, bastante, foi mais dele. Logo depois o da minha mãe, quando ela aceitou a gravidez. E críticas, a minha mãe. Meu pai até então não falava muito, mas a minha mãe bastante. Criticava, era assim que ela conversava com a gente. Não digo que a culpa não é dela, sabe, mas quando eu quis ir no ginecologista, ela não quis me levar, ela dizia que era uma vergonha pra ela me levar no ginecologista. Então ela preferia me levar em um postinho longe daqui da minha casa, do meu bairro, pra ninguém saber. Eu acho isso ruim, não digo que a culpa é dela, mas foi ruim. Quem me levou pela primeira vez no ginecologista foi o pai do meu guri. Ele que marcou e eu que fui no ginecologista. Comecei a tomar... a me cuidar em relação a isso, quem me levou e se ocupou foi ele.

Crítica? Ninguém! Mas apoio? Toda a minha família!

Ah, eu acho que me apoiaram todos assim.

Apoio foi a minha mãe. Ela falou que era para eu dar a melhor educação.

Apoio da minha mãe. Ninguém criticou.

Os amigos, os familiares. Isso! Apoio. Crítica? Não.

Ninguém. Apoio? De todo mundo, mas 'crítica'? Ninguém!

Quadro 5. Fonte: pesquisa original.

Essas vozes vêm acompanhadas de pedidos? Quais? São pra nós! Vêm acompanhadas de informação? Quais? São pra nós! Nos contam amorosamente sobre quem fala? São vozes amorosas e precisam ser ouvidas de modo amoroso. Nada de emotividades ou “carinhosidades”, amizade honesta do terapeuta/cuidador por aquela sob seus cuidados!

CONCLUSÃO

Na presente abordagem, pretendíamos diferir “atenção médica” e “saúde pública”, isto sem reportar-nos à distinção entre “clínica” e “epidemiologia” e sem constituir arranjos de “gestão da clínica” ou de “gestão em redes”, isto é, não nos interessou uma abordagem epistemológica do cuidado e da saúde coletiva, pretendíamos referir-nos ao “encontro terapêutico”, desafiá-lo. O “encontro terapêutico” se faz entre aquele que trata, cura ou cuida e aquela que está sob tratamento, cura ou cuidados. Especificamente, falamos da gravidez na adolescência, do cuidado médico (ainda que possa ser de enfermagem ou psicológico) às adolescentes grávidas (a cada adolescente grávida). As distinções que estamos propondo não são irrelevantes, uma vez que temos acesso regular às representações sociais nos estudos sociológicos e à noção de rede em linhas de cuidado nos estudos de saúde coletiva, mas não às vozes (a língua em

primeira pessoa) desse grupo.

Tanto a saúde pública, como a antropologia médica (ou do corpo e da saúde), explicam o grupo social dos/das adolescentes e sua epidemiologia, estes estudos permitem compreender a vulnerabilidades e a necessidade de políticas públicas setoriais e intersetoriais. A gestão de linhas do cuidado, adequada gestão da clínica ou o arranjo em redes na atenção à saúde (diferentes densidades tecnológicas que, integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado)³⁰ subsidiam estratégias de incentivo ao financiamento, organização de ações e serviços sanitários e sistemas de informação em saúde. Entretanto, quisemos assinalar a construção “da atenção” e “do ensino para a atenção”, trazendo a voz das adolescentes. Na “atenção” estão anamnese, diagnóstico clínico e plano terapêutico, no “ensino para a atenção” estão desenvolvimento das habilidades à entrevista clínica, construção da capacidade de escuta/acolhimento de informações pessoais e composição cognitiva de referências para a elaboração singular de intervenções. Como ascender a essas competências sem contatar “envolvimento”, “encontro”, “alteridade”? Os fatos contados pelo texto didático, pela política assistencial e pela epidemiologia (representações) devem dar lugar também, em

algum momento nobre do ensino, ao contato com a "coisa real" (expressões), às meninas sob cuidado.

Nesse texto trouxemos literatura nacional atual, o pensamento de docentes e estudantes, pesquisadores de representação e pesquisas de ampliação. Trouxemos de nossa pesquisa informação populacional (perfil) e sentidos para o encontro terapêutico (vozes). Entendemos que é preciso que ocorra entre os "interlocutores" do encontro terapêutico um conhecimento partilhado e uma relação de

alteridade que permita inferência em significados, por isso desenvolver a capacidade de ascender às vozes. Estamos longe de um texto que defenda a "não clínica médica" no espaço da consulta e assistência e longe de justificar a importância do psicólogo na atenção básica, assim como longe de explicar enfermagem como clínica do cuidado. Na atenção à gestante adolescente, temos uma menina que já está grávida, já está na cena da clínica, se inscreve, portanto, nos sentidos para o encontro terapêutico.

REFERÊNCIAS

- ¹Lei 8.069, de 13 julho de 1990. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial da União. Brasília, 16 jul. 1990.
- ²Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília: MS; 2005.
- ³Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde de Adolescente e de Jovens; 18 Jan 2007. [Internet] Brasília; 2007. [citado 08 mai 2016] Disponível em: <http://www.redesaude.org.br/home/conteúdo/biblioteca/biblioteca/politicas-e-programas/013.pdf>
- ⁴Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção em Saúde. Área Técnica de Saúde do Adolescente e do Jovem. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: MS; 2010.
- ⁵Silva RS, Silva VR. Política Nacional de Juventude: trajetória e desafios. Cad CRH. 2011; 24(63):663-678.
- ⁶Ceccim RB, Moraes M, Dartora-Santos NM. Políticas do feminino e o ensinar e cuidar em saúde da mulher. In: Ceccim RB, Stedile NLR organizadores. Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a rede assistencial. Caxias do Sul: Editora da UCS;2007. p.45-58.
- ⁷Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia. 2010; 20(45):123-131.
- ⁸Oliveira EFV, Gama SGN, Silva, CMFP. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no município do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública. 2010; 26(3): 567-578.
- ⁹Pinheiro RT, Azevedo-Silva R, Coelho FMC, Quevedo LA, Souza LD, Castelli RD et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Rev Bras Psiquiatr. 2013; 35(1):51-56.
- ¹⁰Pinheiro RT, Azevedo-Silva R, Coelho FM, Quevedo LA, Peter PJ, Mola, CL. et al. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. Rev Bras Psiquiatr. 2017; 39(1)21-27.
- ¹¹Scott RP. Quase adulta, quase velha: por que antecipar as fases do ciclo vital? Interface (Botucatu). 2001; 5(8):61-72.
- ¹²Manfré CC, Queiróz SG, Matthes ACS. Considerações atuais sobre gravidez na adolescência. Rev Bras Med Fam Comun. 2010; 5(17):48-54.
- ¹³Dadoorian D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. Psicol cienc prof. 2003; 23(1):84-91.
- ¹⁴Araújo RLD, Nóbrega AL, Nóbrega JYL, Silva G, Sousa KMO, Coelho DC, Borges HE. Gravidez na adolescência:

consequências voltadas para a mulher. *INTESA*. 2015; 9(1):15-22.

¹⁵Leite MP, Bohry S. Conflitos relacionados à gravidez na adolescência e a importância do apoio familiar. *Encontro: Rev Psicol*. 2012; 15(23):113-128.

¹⁶Nascimento MG, Xavier PF, Sá RDP. Adolescentes grávidas: a vivência no âmbito familiar e social. *Adolesc Saude*. 2011; 8(4):41-47.

¹⁷Munslinger IM, Silva SM, Bortoli CFC, Guimarães KB. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes. *Rev Bras Promoç Saúde*. 2016; 29(3):357-363.

¹⁸Spindola T, Ribeiro KS, Fonte VRF. A vivência da gravidez na adolescência: contribuições para a enfermagem obstétrica. *Adolesc Saude*. 2015; 12(1):50-56.

¹⁹Brito JS, Silva ACC, Lacerda SNB et al. Dificuldades enfrentadas na perspectiva da gestante adolescente cadastrada na estratégia saúde da família. *Rev enferm UFPE*. 2015; 9(11):9833-9838.

²⁰Santos PFBB, Santos ADB, Mota GM et al. Significados da maternidade/paternidade para adolescentes que vivenciam esse processo. *Rev Enferm Centro Oeste Min*. 2015; 5(2):1629-1642.

²¹Zanchi M, Kerber NPC, Biondi HS, Silva MR, Gonçalves CV. Maternidade na adolescência: ressignificando a vida? *J Hum Growth Dev*. 2016; 26(2):199-204.

²²Silva ELC, Carvalho LZ, Rocha LJ, Mendonça FM, Lima JR. Gravidez e dinâmica familiar na perspectiva de adolescentes. *Bol Acad Paul Psicol*. 2014; 34(86): 118-138.

²³Pedro Filho FP, Sigrist RMS, Souza LL, Mateus DC, Rassam E. Perfil epidemiológico da grávida adolescente no município de Jundiá e sua evolução em trinta anos. *Adolesc Saude*. 2011; 8(1):21-27.

²⁴Pinto JF, Oliveira VJ, Souza MC. Perfil das adolescentes grávidas no setor saúde do município de Divinópolis. *Rev Enferm Centro Oeste Min*. 2013; 3(1):518-530.

²⁵Diniz E, Koller SH. Fatores associados à gravidez em adolescentes brasileiros de baixa renda. *Paidéia (Ribeirão Preto)*. 2012; 22(53):305-314.

²⁶Prietsch SOM, Gonzalez-Chica DA, Cesar JÁ, Mendoza-Sassi RA. Gravidez não planejada no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. *Cad Saúde Pública*. 2011; 27(10):1906-1916.

²⁷Patias ND, Jager ME, Fiorin PC, Dias ACG. Gestações na adolescência: multiplicidade de experiências em uma unidade básica de saúde de Santa Maria/RS. *Rev Intern Interdisc INTERthesis*. 2012; 9(1):260-277.

²⁸Moraes M, Ceccim RC. Adolescentes grávidas: contribuição à assistência e ao ensino, segundo o relato de suas trajetórias. *Saúde em redes*. 2016; 2(4):433-444.

²⁹Ceccim RB, Capozzolo AA. Educação dos profissionais de saúde e afirmação da vida: a prática clínica como resistência e criação. In: Marins JJN et al. organizadores. *Educação médica em transformação: instrumentos para a construção de novas realidades*. São Paulo: Hucitec; 2004. p.346-390.

³⁰Ministério da Saúde (BR). Portaria nº 4.279, de 30 dezembro de 2010. Estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. *Diário Oficial da União*. Brasília, 30 dez. 2010.