



Centro Universitário de Brasília
Faculdade de Ciências, Educação e Saúde- FACES
Curso de Psicologia

REPRESENTAÇÕES SOBRE O PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DA GESTANTE ADOLESCENTE

Brasília
Dezembro de 2012

Gleisse Nunes Pires da Silva

REPRESENTAÇÕES SOBRE O PRÉ-NATAL NA PERSPECTIVA DA GESTANTE ADOLESCENTE

Monografia apresentada ao Centro Universitário de Brasília como requisito básico para a obtenção do grau de Psicólogo da Faculdade de Ciências da Saúde.

Professora-Orientadora: Msc. Morgana de Almeida Queiroz

Brasília
Dezembro de 2012



Centro Universitário de Brasília
FACES
Curso de Psicologia

Esta monografia foi aprovada pela comissão examinadora composta por:

Orientadora Prof^ª. Msc.Morgana de Almeida Queiroz /UniCEUB

Prof^ª. Dr^ª. Marcella Laureano Prottis /UniCEUB
Examinadora

Prof^ª. Msc.Ciomara Schneider /UniCEUB
Examinadora

Brasília
Dezembro de 2012

Dedicatória

Agradeço a Deus por concretizar mais uma etapa importante da minha vida, me fortalecendo e me dando sabedoria.

Dedico este trabalho à minha família que sempre me apoiou e incentivou, acreditando no meu potencial. Em especial a minha querida mãe, Divina, pela dedicação, amor, carinho, compreensão e paciência nas minhas ausências constantes.

Ao meu esposo, Wellington, que vivenciou toda trajetória comigo, carinhosamente me apoiando, incentivando e me vendo 'crescer' durante todos esses anos. Quase se graduou em meio tantas conversas sobre a psicologia.

A minha querida e amada filha, Ana Luiza, que durante toda gestação, me fez refletir sobre este momento sublime na vida da mulher, me levando a buscar mais conhecimento.

AGRADECIMENTOS

A todos os professores que fizeram parte da minha graduação, me formaram e contribuíram para o meu crescimento através de experiências.

Meu carinho às professoras Ciomara Scneider, Cynthia Ciarallo, Leonor Bicalho, Marcella Laureano, Morgana Queiroz, Otávio Abreu e Valéria Mori, que durante minha formação, me fizeram encantar ainda mais pela Psicologia.

Muito obrigada à Professora. Ms. Morgana de Almeida Queiroz, que esteve desde o início deste trabalho me acolhendo, incentivando, orientando e se dedicando com carinho e profissionalismo para o meu sucesso.

A todos os meus amigos e colegas de graduação que contribuíram para minha formação Profissional e pessoal.

Às minhas supervisoras de estágio, Cristina Azevedo e Silvana Dias, pelo carinho, amizade, compreensão e profissionalismo. Obrigada por me ensinarem que mesmo diante de pedras e espinhos que nos deparamos no caminho, podemos ser instrumento quando se tem: O AMOR.

Não poderia me esquecer de “Bruna, Regina e Kelly”, que em meio tantos compromissos e dificuldade e reconhecendo a importância, não hesitaram em aceitar meu convite.

“Para se relacionar plenamente com o outro, você precisa primeiro relaciona-se consigo mesmo. Se não conseguimos abraçar nossa própria solidão, simplesmente usaremos o outro como um escudo contra o isolamento. Somente quando consegue viver como a águia, sem absolutamente qualquer público, você consegue se voltar para outra pessoa com amor; somente então é capaz de se preocupar com o engrandecimento do outro ser humano”.

(Yalom. I. D. p.372).

RESUMO

Na adolescência os corpos se transformam abruptamente, porém, nem sempre todos estão preparados, emocionalmente, para a passagem da infância para a vida adulta. Este processo, para muitos, é acompanhado de sofrimento, contradições e confusão. O adolescente se sente perdido, pois não se identifica como criança e nem é considerado adulto. Esses são alguns dos motivos que fazem a gravidez na adolescência ser uma possível alternativa encontrada para se sentir pertencente a um grupo social. No entanto, ela pode trazer riscos para a díade mãe - bebê. Por se tratar de um fenômeno constante em nossa cultura, o Ministério da Saúde vem propondo recomendações que garantem os direitos à Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens em todos os níveis de atenção. Ao que se refere ao pré-natal, parto e puerpério recomenda-se em Programa *de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, acolher a mulher desde o início, como garantia de assegurar o bem-estar materno e neonatal, incluindo os aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Este estudo foi realizado a partir da abordagem metodológica qualitativa, tendo a análise de conteúdo como referencial para a análise das informações. O objetivo do trabalho é analisar as representações da gestante adolescente sobre o pré-natal. O estudo indicou lacunas no atendimento prestado de qualidade às mulheres gestantes, principalmente quando se trata de adolescentes. No entanto, nesse contexto, continua o desafio do atendimento humanizado, o qual respeite os princípios e direitos garantidos como a universalidade, a integralidade e equidade do usuário, mesmo que este seja adolescente.

Palavras chave: Adolescente, Gestante e Pré-natal, Psicologia da Saúde.

SUMÁRIO

RESUMO	VI
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO 1. (DES) CONSTRUINDO A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA	4
1.1. ADOLESCÊNCIA NA CONTEMPORANEIDADE.....	4
1.2. A GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	8
CAPÍTULO 2. POLITICAS PÚBLICAS E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA.....	14
CAPÍTULO 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
4.1. O IMPACTO DO RECEBIMENTO DA NOTÍCIA DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA	29
4.2. HUMANIZAÇÃO E PRÉ-NATAL.....	32
4.3. O LUGAR DA MULHER NO DISCURSO DO CUIDADO DO FETO/BEBÊ....	38
4.4. O PAPEL DO PSICÓLOGO	40
CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS	46
ANEXOS.....	50
ANEXO 1. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE... 51	
ANEXO 2. ROTEIRO PARA A ENTREVISTA.....	54
ANEXO 3. TRANSCRIÇÃO DAS ENTREVISTAS	ERRO! INDICADOR NÃO

DEFINIDO.

INTRODUÇÃO

A partir da discussão sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, verificou-se a necessidade de desenvolver medidas específicas voltadas aos segmentos mais vulneráveis e às violações de direito para a garantia de igualdade concebida. Assim, o Ministério da Saúde criou um sistema de proteção que destaca alguns segmentos, entre eles as crianças e os adolescentes, obrigando o Estado a implementar políticas públicas que considerem as vulnerabilidades dos sujeitos de direitos nos diferentes contextos sociais, tendo como objetivo reduzir as desigualdades, promovendo dignidade a vida deste público (Brasil, 2006).

No Brasil, a Constituição Federal (1988) destaca a prevalência dos direitos como um dos princípios norteadores das relações internacionais e nacionais. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos nascem a partir da definição de saúde reprodutiva, buscando integrar os direitos sociais: direito à educação, saúde, informação junto aos direitos fundamentais de não interferência e nem discriminação (Brasil, 2006b).

Nessa perspectiva, o Comitê de Direitos da Criança e Adolescente traçou metas e recomendações específicas para o atendimento de adolescentes, destacando os direitos à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente ao acesso aos serviços de saúde, independente da presença ou aceitação do responsável, para o enfrentamento de suas questões, sejam elas sexuais, reprodutivas e outras.

Nesse contexto, a gravidez na adolescência vem sendo alvo de discussões controvertidas, pois enquanto se evidencia uma redução da taxa de fecundidade das mulheres no Brasil, a fecundidade no grupo de adolescentes vem aumentando.

Justifica-se, portanto, a realização deste trabalho considerando que a gravidez na adolescência vai além da questão da informação, pois envolve aspectos emocionais, culturais, sociais e físicos. Isso porque a adolescente está em plena transformação, vivenciando um processo de transição de menina a mulher/mãe. Assim sendo, verifica-se a necessidade de atendimento diferenciado realizado por uma equipe interdisciplinar composta, também, pelo psicólogo, para que juntos cuidem da gestante integralmente, garantindo assim uma gestação segura e um puerpério tranquilo. Para isso, é importante que o pré-natal tenha uma proposta de intervenção tanto biomédica quanto psicológica ou socioeducativa junto às adolescentes. Nessa perspectiva, busca-se priorizar o significado e suas implicações subjetivas e culturais. Cabe, assim, aos profissionais investirem em espaço de escuta e acolhimento, no qual a adolescente possa construir e ressignificar, ao longo da gestação, os fundamentos da maternidade, além de promover seu fortalecimento para uma maior autonomia e qualificação em suas ações no decorrer do pré-natal. Acredita-se que a futura mãe possa desempenhar seu papel com mais consciência, liberdade, autonomia e segurança, reconhecendo seus direitos, fazendo-os valer e apreendendo com e sobre eles.

Portanto, este estudo vem contribuir com a melhoria do atendimento às gestantes adolescentes, durante o pré-natal, parto e puerpério, colocando o profissional da psicologia a serviço das mães adolescentes, ampliando o atendimento prestado aos serviços de saúde, para melhor obter saúde e bem-estar da mãe e no cuidado mãe-bebê. Acreditamos, ainda, que este trabalho possa gerar ações efetivas, a partir das necessidades de cada realidade, colocando em políticas públicas de prevenção e atenção voltadas para esta faixa etária da população.

Para tanto, propomos no capítulo um: **(Des) Construindo a maternidade na adolescência**, apresentar um breve histórico sobre as mudanças fisiológicas, sociais e emocionais, que ocorrem com o sujeito na transição da infância para a adolescência e as

possíveis conseqüências, quando o adolescente não está preparado emocionalmente para se colocar neste papel.

No capítulo dois, onde se apresentam as **Políticas públicas e a gravidez na adolescência**, discute-se o percurso de debates a respeito a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, e suas repercussões quanto à implantação de políticas públicas que garantem o direito a essa população em todos os níveis de atenção.

No capítulo três apresentamos a **Metodologia** onde se definem os procedimentos e instrumentos utilizados e, apresentamos os sujeitos participantes desta pesquisa.

No capítulo quatro, na **Análise e Discussão** pretende-se discutir a partir das categorias, o impacto do recebimento da notícia da gestação na adolescência; humanização e pré-natal; o lugar da mulher no discurso do cuidado do feto/bebê e o papel do psicólogo, a percepção das entrevistadas sobre a experiência do pré-natal, chamando a atenção para possíveis lacunas nas políticas de atenção à mulher, e na qualidade dos serviços ofertados para a população, principalmente adolescente.

Na conclusão, pretende-se retornar ao percurso teórico dos autores que discutem a questão da gravidez na adolescência e suas implicações na construção de uma maternidade saudável para díade, além de problematizar e questionar a prática dos profissionais da psicologia nesse contexto.

CAPÍTULO 1. (DES) CONSTRUINDO A MATERNIDADE NA ADOLESCÊNCIA

1.1. ADOLESCÊNCIA NA CONTEMPORANEIDADE.

Segundo Calligaris (2011), a adolescência é um fenômeno novo e contemporâneo. Contudo, é inevitável dissertar sobre os aspectos e características deste fenômeno sem explicar sobre a origem da sua palavra.

Nesta perspectiva, a palavra adolescência possui uma dupla origem etimológica. Uma delas vem do latim *ad*, que significa (a, para) e a outra *olescer* (crescer), ou seja, significa estar apto ou não para crescer. Já a outra, se origina da palavra *adolescere*, o qual significa adoecer. Entende-se que para discutir a adolescência é importante contemplá-la como elemento comum da idade, elementos psicológicos inerentes ao sujeito, considerando os aspectos sociais do mesmo. Assim, acredita-se que a adolescência tem distintas fases peculiares do sujeito (Outeiral, 1994, p.6).

Nessa época de vida, o corpo do adolescente passa por profundas alterações hormonais e orgânicas, comuns a qualquer indivíduo. Este estágio é o começo de uma jornada de transformação que envolve todo corpo do adolescente, o qual se modifica rapidamente. Essas mudanças, por sua vez, ocorrem igualmente a qualquer indivíduo. Ou seja, essas alterações de ordem natural, orgânica e fisiológicas não estão diretamente ligadas ao desenvolvimento psicossocial do adolescente. Essas transformações estão vinculadas com determinada fase do desenvolvimento, e por isso, ocorrem de maneira idêntica a qualquer adolescente. Porém, o teórico Outeiral defende o princípio de que existem outros elementos que são peculiares ao sujeito, são eles: os psicológicos e sociais. Estes, por sua vez, estão relacionados com a história de vida, o ambiente social do sujeito, e são esses elementos que os tornam pessoas únicas.

Nesse sentido, a adolescência é considerada um fenômeno psicológico e social (Outeiral, 1994). Esta etapa de vida também é caracterizada como um período de transição para uma nova vida: a adulta (Guimarães e Colli, 1998). Segundo as autoras, as transformações físicas são universais, ou seja, comuns a qualquer indivíduo da mesma faixa etária, mas, enfatizam que os aspectos psicossociais estão relacionados diretamente com as motivações intrínsecas do sujeito (Guimarães e Colli, 1998). Ainda nessa perspectiva, Outeiral (1994), destaca que o adolescente possui diferentes peculiaridades conforme o ambiente social, cultural e histórico que está inserido e que se desenvolve.

Nem sempre o adolescente está preparado emocionalmente para passar por este processo intenso que é a passagem da infância para a vida adulta. Neste sentido, Outeiral destaca que, ao mesmo tempo em que vive a ruptura do que era conhecido, juntamente com suas experiências infantis, que até então faziam parte do mundo interno do sujeito, o adolescente passa para um corpo desconhecido, e que muitas das vezes, nem sempre é o esperando ou idealizado por eles. Ainda salienta que tal processo ocorre querendo ou não, o corpo do adolescente vai se modificando “inexoravelmente” (Outeiral, 1994).

Durante o processo de maturação dos corpos, no período da puberdade, não existe “controle” do adolescente sobre seu próprio corpo. É sem pedir licença que os corpos se modificam rapidamente. Em muitos casos, o sujeito não está preparado para investir e nem para exercer o novo papel que é conferido. Assim, o adolescente sofre com o um novo corpo que ali brota, ao mesmo tempo, em que busca o reconhecimento e o status de adulto.

Este processo se torna ainda mais penoso, quando a sociedade impõe padrões de conduta sociais que os adolescentes devem adotar, além disso, exigem postura madura, obrigando-os a se tornarem independentes e autônomos. Tal acontecimento é percebido como um sequestro da infância, pois nesse momento, o adolescente se vê roubado e ameaçado, além

de se sentir solitário nesta jornada. Pois, mesmo com as mudanças físicas ocorrendo, o adolescente ainda não compreende seu lugar e o novo papel que terá que desempenhar.

Conforme citado por Calligaris (2011), apesar de parecerem “maduros” em seus corpos e preparados para agirem como adultos, a sociedade, ao mesmo tempo em que cobra uma postura independente, o desqualificam como atores competentes para atuarem no mundo dos adultos. E diante disso o adolescente se depara com um turbilhão de exigências e moratórias, que geram conflitos, pois ao mesmo tempo em que exigem uma postura madura, retiram-na drasticamente desse lugar na sociedade.

Aberastury (1981) segue essa perspectiva ao afirmar que esse crescimento é acompanhado por sofrimento, contradições e confusão. Tais consequências estão associadas à necessidade de fazer parte do mundo externo, do adulto. Além disso, existe também o próprio conflito em o adulto dar caminho para este novo adulto, que está se constituindo. A autora também afirma que o adolescente vive uma “invasão súbita” do seu corpo que se modifica e o obriga a novas posturas e regras. Tal postura lhe exige mudança de personalidade.

Além dos aspectos fisiológicos em que o adolescente se vê como mudanças abruptas do seu corpo, que por si só traz certo desconforto, inicialmente; ele também sofre emocionalmente por não se sentir protegido e amado, como na infância.

Nesse aspecto, Calligaris (2011) corrobora ao afirmar que o adolescente “perde” o lugar de amor na família que era garantido quando criança, sem necessariamente ganhar esse espaço e reconhecimento como adulto. Esta “maturação” é negada, por isso, não está apto, ou seja, ainda não têm a maturidade esperada. Em consequência disso, o autor descreve que o adolescente perde sua identidade como a de criança amada, onde nem é reconhecido como adulto, nem como criança.

Porém, Rappaport, Fiori e Davis, (1982) afirmam que a proteção que os pais resguardam à criança durante a infância, e que na adolescência vai se perder, é o que permite significativamente que ele (adolescente) deixe a casa paterna para assumir a posição de adulto, mas, com segurança.

Por ser uma época em que o mesmo não tem sua identidade formada, o adolescente que não obteve a proteção necessária quando criança, poderá se sentir ainda mais sozinho, frágil, inseguro e vazio nesta jornada. Por apresentar estas fragilidades e pelo distanciamento do mundo adulto, ele tenta buscar novos grupos sociais para se reconhecer (Calligaris, 2011).

Nesse sentido, Dadoorian (2000), corrobora com a ideia de que, nesse período, o adolescente ingressa a um novo mundo, distinto do mundo adulto. Neste mundo novo, onde só eles têm acesso, como numa espécie de nova sociedade, onde só eles habitam, já que são excluídos do papel que está a priori preparado.

Assim, para serem reconhecidos, os adolescentes muitas vezes seguem caminhos nem sempre compatíveis para obterem o reconhecimento tanto esperado. Calligaris (2011) cita alguns desses caminhos que eles encontram como alternativa de serem reconhecidos pela sociedade, muitas vezes transgredindo e burlando as regras impostas no mundo dos adultos. Os caminhos citados por ele são: delinquência, prostituição, uso de álcool e drogas ilícitas. E ainda podemos completar com a gravidez não planejada e desejada na adolescência.

Alguns anos atrás, a adolescência não era valorizada como grupo pela sociedade e nem tema para estudo e pesquisa. Sendo assim, Calligaris (2011) enfatiza que essa faixa etária não era interesse social e passou a ser relevante a partir dos anos 50, ou seja, na modernidade tardia.

Assim, o adolescente só começa a ser reconhecido como grupo social ou pelo menos emergir e dinamizar o interesse dos estudiosos, a partir da segunda metade do século, com o aumento da população jovem, o aparecimento do preparo de emprego, aumento significativo de consumo de entorpecentes, o aparecimento de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez precoce (Guimarães e Colli, 1998).

1.2. A GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.

A gravidez tida como precoce, não é um evento novo em nossa sociedade. Segundo os estudos de Motta e Silva (1994), citado em Bocardi (2003), este fenômeno não é recente na história da humanidade. Os contratos de casamentos eram realizados na faixa dos 13 e 14 anos. Neste costume da época, as jovens adolescentes eram recrutadas para a procriação.

Esta prematuridade, esta relacionada com o monopólio masculino da época, enquanto os homens eram escolarizados, as mulheres eram excluídas das escolas. Neste sentido, a menina era criada para procriar e cuidar dos filhos. A partir daí, a menina com 10 anos era treinada a se comportar como mini adulta (Bocardi, 2003).

Na atualidade a gravidez na adolescência tem sido um fenômeno constante nesta população jovem suscitando preocupação, principalmente pela sua repercussão na vida das adolescentes e dos seus bebês. Guimarães e Colli (1998) nos chamam a atenção sobre a incidência da gravidez entre adolescentes. Segundo os autores, este fenômeno torna-se cada vez mais prematuro, no Brasil. Assim, mesmo com a diminuição da taxa de fecundidade, têm aumentado a gravidez principalmente em faixas etárias menores de 15 anos.

São complexas e múltiplas as causas e consequências da gravidez precoce na adolescência. Uma delas está relacionada com a antecipação da menarca, a qual tem elevado o início mais cedo da vida sexual. Outro fator mencionado é o casamento também precoce, a

atividade sexual pré-matrimonial, a falta de informação sexual adequada, dificuldade na prática da contracepção, mudanças dos valores sociais, problemas psicológicos e emocionais, pobreza e baixa expectativa de vida (Guimarães e Colli, 1998).

Com relação às diversas causas da gravidez na adolescência Dadooriam (2000), enfatiza que pode estar relacionada com a carência afetiva dos seus pais, levando os adolescentes a “atuarem” ou transgredirem quando não conseguem elaborar seus conflitos internos. Assim, o adolescente passa para a atuação, ou seja, para a ação. A gravidez pode ser uma das formas de ação encontrada para “preencher este vazio emocional que as jovens sentem em suas vidas” (Dadooriam, 2000, p.54).

Como já vimos anteriormente, o adolescente está em um processo de busca da sua identidade. Portanto, se essas primeiras buscas não forem satisfatórias, os adolescentes refugiam-se em fantasias sexuais imprevisíveis. Entende-se, portanto, que a gravidez não pode ser definida como fator isolado, pois envolve o indivíduo, o familiar e o social.

Embora seja um fenômeno constante em todas as classes sociais, Elias, Lemos e Faria (2008), demonstram, em um levantamento bibliográfico, que a maior incidência acontece nas classes mais pobres da população. Ainda chamam a atenção para as classes mais abastadas sobre a necessidade de informações adequadas sobre o planejamento familiar. Este estudo nos mostra mais uma vez que não se trata de um evento separado, mas envolve outras dimensões que compõe a vida do adolescente independente de sua posição social.

A gravidez na adolescência também é interpretada como “crise normativa” do ciclo vital, por envolver a mulher em profundas mudanças psicológicas, biológicas e sociais (Maldonado, 2002 citado em Schmidt e Cols, 2005). No caso, a adolescente passa por esse momento de “crise” ou “transição” de mudanças de identidade e uma nova dimensão de

papéis. Pois além, de ser filha, também passa a ser mãe. Ainda neste sentido, Maldonado (2002) ressalta a mudança de identidade que passa a adolescente quando estas engravidam, também diferencia as primíparas das múltiparas. As primíparas são mães que estão vivenciando pela primeira vez esta experiência de ser mãe, já as múltiparas são mães que passaram por outra(s) experiência em gestações anteriores. A autora salienta que nos casos das múltiparas, esta experiência modifica sua identidade, pois, não se trata de ser mãe de um filho, como no caso das primíparas, mas ser mãe de dois ou mais filhos. Este processo desencadeia novas formas de organização dos papéis que podem gerar conflitos internos e sociais. No entanto, são múltiplas as variáveis que podem influenciar a complexa mudança da mulher com a vinda de um bebê, que por sua vez pode ser traumático ou não. Por isso, conforme a Maldonado (2002, p. 27), “a preocupação com o futuro aumenta as necessidades da grávida e intensificam sua frustração, gerando, em consequência, raiva e ressentimento, que a impedem de encontrar gratificação na gravidez”.

No entanto, a gestação nessa época da vida da menina mulher, ao mesmo tempo em que pode ser traumática, também é permeada por fortes emoções, sentimentos intensos. Para muitas das adolescentes, esse é um momento único em suas vidas (Klaus e Kennel, 1992 citado em Schmidt e Cols, 2005).

Por se tratar de adolescentes, o qual seus corpos ainda estão em transformação, à gestação pode trazer tanto riscos para mãe, quanto para seu bebê. Como explica Pereira e Bachion (2005) além de trazer mudanças emocionais, fisiológicas, este processo implica também em um potencial de risco, e por isso requer, na maioria, atenção multidisciplinar de saúde.

Ainda nesta perspectiva, Guimarães e Colli (1998), consideram que quanto menor for à idade da mãe adolescente, maior são os riscos. Estes podem ser biológicos e psicossociais.

Entre os riscos biológicos mais frequentes estão à anemia, eclampsia, hemorragia, desproporção cefalopélvica, parto difícil e prolongado e morte materna. A maior causa de morte materna está entre as adolescentes de 15 a 19 anos.

As causas das mortes não estão relacionadas, apenas, por conta da menor faixa etária, também têm sido estudadas sobre a inclusão de outras condições como a precariedade em que a adolescente vive, incluindo também a ausência do atendimento médico durante a gestação (Molina, Romero, 1995; Silber, 1985, citado em Guimarães & Colli, 1998).

Sabe-se ainda que muitas adolescentes que engravidaram sem ter desejado e planejado ser mãe, tem recorrido à prática do aborto legal, nos países que é permitido legalmente há utilização do método. Já nos países em desenvolvimento, onde é ilegal esta prática, o aborto, muitas das vezes é praticado em condições desfavoráveis e inadequadas, gerando assim grandes riscos de saúde para as mesmas até um possível óbito (Omu et al., 1998; Henrique *et al.*, 1989; Shor, 1990 citados em Guimarães & Colli, 1998).

O risco para a díade não está descartada mesmo em situações ou circunstâncias desejáveis, os riscos existem, pois a adolescente está vivenciando uma fase de transformação e de conquista de sua própria identidade, se desprendendo de sua família patriarcal. No entanto é obrigada a assumir um novo papel, que não mais o de filha, mas o de mãe sem preparo para isso (Guimarães & Colli, 1998). Esta autora adverte que algumas adolescentes quando levam à gravidez a diante, vivenciam um “tumulto psicológico”, podendo levá-la a depressão (Guimarães & Colli, 1998). Dentre os fatores de risco, ainda podemos acrescentar o suicídio, que em situações adversas em que a adolescente se sinta desprotegida, desamparada, podem vir a praticar.

A autora apresenta também a situação da pobreza como outro fator de risco psicossocial. Pois, considera que estar grávida influencia nas possibilidades de instrução e de trabalho. Portanto, tende a favorecer a manutenção é o ciclo desta condição socioeconômica (Guimarães & Colli, 1998).

Portanto, levando em consideração os fatores de riscos que podem ocorrer à adolescente, Cantone (2007), salienta que se torna quase inviável a tarefa de viver o conjunto: adolescência e suas peculiaridades, a maternidade e o bebê. Ainda mais, quando as mães adolescentes frequentam a escola e ainda precisam do trabalhar para ganhar seu sustento.

Ainda na perspectiva da evasão escolar da gestante adolescente, Ferreira e Rodrigues (2008), fazem uma observação sobre as dificuldades que a gestante adolescente passa quando se encontra em período escolar. Afirmam que além de aprenderem as disciplinas escolares, ainda se vêm obrigadas a aprender a ser mãe. Portanto, em muitos casos acabam por abandonar a escola. Além disso, as jovens muitas vezes sofrem discriminação e preconceito por parte dos atores da instituição.

Além dos aspectos socioeconômicos serem grandes marcadores de evasão escolar durante a gravidez na adolescência, Dadoorian (2000) destaca as causas psicológicas como outro fator que ocasiona a saída dessas mães das salas de aula. Segundo a autora, as adolescentes gestantes sentem-se envergonhadas das suas barrigas. Pois estar grávida é a prova concreta de que exercem atividade sexual e ainda soa como irresponsabilidade da adolescente.

Em virtude deste tipo de vulnerabilidade, o documento: *Situação da Adolescência Brasileira* (2011), destaca a relevância de ações que protegem e apoiam as “meninas-mães”,

encorajando à continuidade dos estudos, além de estimular uma vida melhor para si e para seu filho.

CAPÍTULO 2. POLITICAS PÚBLICAS E A GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

A partir da Declaração Universal dos Direitos Humanos (1948), a comunidade internacional firmou uma série de convenções em que estabelecem estatutos comuns de cooperação mútua e mecanismos de controle, que garantem a privacidade e o exercício pleno dos direitos considerados básicos à vida (Brasil, 2006b). Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006b) vem discutir os Marcos Legais Nacionais e Internacionais sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens, bem como, a garantia de direitos relacionados a essa população. O objetivo desse documento é apresentar subsídios teórico-políticos que orientam a implementação de ações voltadas a esse segmento, devendo o mesmo ser utilizado como parte da estratégia de política nacional de Atenção Integral a Saúde de Adolescentes e Jovens (Brasil, 2006a).

Neste contexto, verificou-se a necessidade em desenvolver medidas específicas voltada a segmentos mais vulneráveis às violações de direito para a garantia de igualdade concebida. Assim, o Ministério da Saúde instituiu um sistema de proteção que destaca alguns segmentos, entre eles as crianças e os adolescentes, obrigando, assim, o Estado a implementar políticas públicas que considerem as vulnerabilidades dos sujeitos de direitos nos diferentes contextos sociais, tendo como objetivo reduzir as desigualdades, promovendo dignidade a vida deste público (Brasil, 2006).

No Brasil, a Constituição Federal (1988) destaca a prevalência dos direitos, como um dos princípios norteadores das relações internacionais e nacionais. Assim, os direitos sexuais e reprodutivos nascem a partir da definição de saúde reprodutiva, buscando integrar os direitos sociais, como direito à educação, saúde, informação, com os direitos fundamentais de não interferência e nem discriminação (Brasil, 2006b).

Em 2011 o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) reforçou o direito do adolescente em viver essa etapa da vida de forma plena, e de ter oportunidades investir positivamente sua energia, sua capacidade crítica e seu desejo de transformar a realidade em que vive, assim solicitando o Estado a implantar políticas públicas, que visam atender as peculiaridades e as vulnerabilidades dos adolescentes nos diversos setores sociais. Por sua vez, tais direitos devem ser garantidos, obedecendo aos princípios do SUS e resguardados pela sociedade e pelas famílias (Brasil, 2006b).

Nesta perspectiva, o Comitê de Direitos da Criança e Adolescente traçou metas e recomendações específicas para o atendimento de adolescentes, destacando os direitos à preservação da autonomia, do sigilo e da privacidade do adolescente ao acesso aos serviços de saúde, independente da presença ou aceitação do responsável, para o enfrentamento de suas questões, sejam elas sexuais e reprodutivas, dentre outras. Dessa forma, o Estatuto da Criança e do Adolescente, vem consolidar os direitos básicos desta população, no Art. 1º, que criteriosamente dispõe de doutrina de “proteção integral à Criança e ao Adolescente”, sobre qualquer outra, que possa prejudicá-lo. Ou seja, o direito a saúde é concebido como um direito essencial e fundamental a qualquer pessoa, independente de classe social, etnia, raça; o direito é concebido numa perspectiva integradora e harmônica, que exclui qualquer outra forma que possa causar algum prejuízo à saúde.

A partir dos princípios e diretrizes adotados pela Constituição Federal do Brasil (1988), Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1990), pelo Sistema Único de Saúde (SUS,) e pela própria lei sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens, recomenda-se a lei n.º 9.263/1996 do Ministério da Saúde, no que se refere ao planejamento familiar, o atendimento integral e incondicional do adolescente (Brasil, 2007a).

Art. 3.º O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal, dentro de uma visão de atendimento global e integral à saúde. Parágrafo único. As instâncias gestoras do Sistema Único de Saúde em todos os seus níveis, na prestação das ações previstas no “caput”, obrigam-se a garantir, em toda a sua rede de serviços, no que respeita a atenção à mulher, ao homem ou ao casal, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, entre outras. I - a assistência à concepção e contracepção; II - o atendimento pré-natal; III - a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato; IV - o controle das doenças sexualmente transmissíveis; V - o controle e prevenção do câncer cérvico-uterino, do câncer de mama e do câncer de pênis (p.48-49).

Assim, o planejamento familiar, é definido como direito relacionado às escolhas individuais, devendo ser assistido pelo Estado de maneira integral e ampla.

Ainda sobre os aspectos legais no atendimento integral às adolescentes e jovens, assegura-se a estes sujeitos o direito à prestação de serviço e a garantia de escolha, tomada de decisão e acesso aos métodos contraceptivos e ao planejamento da vida reprodutiva. Porém, mesmo sendo direito adquirido em Constituição (1988), depara-se com uma discrepância no atendimento prestado para este grupo da população, como aponta o Ministério da Saúde em documento *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (Brasil, 2007 a). Este referido documento enfatiza que muitos dos municípios não têm conseguido implantar e implementar estratégias que sejam eficazes no abastecimento e distribuição de contraceptivos quanto ao enfoque educativo, até mesmo a garantia de acompanhamento das usuárias. Além disso, traz também como problemática, alguns déficit no gerenciamento de pessoal e dos trabalhadores da saúde.

Portanto, evidencia-se um resultado precário e excludente, ou até mesmo inexistente para algumas mulheres das camadas mais pobres da população, em certos municípios. Salienta-se também, quanto à atenção dada aos poucos serviços ofertados à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes.

O Ministério da Saúde (Brasil, 2006b) em *documento Marco Teórico e Referencial-Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* apresenta reflexões obtidas pelo Fórum de adolescência, contracepção é ética, realizado e organizado em 2002, pela Unidade de Adolescentes do Instituto da Criança-Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HC-FMUSP). Serviram de sustentação para esse Fórum, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA, 1990), o Código de Ética Médica, a Conferência da ONU e a publicação a confidencialidade no atendimento à saúde de adolescente: princípios éticos (Revista Pediatria São Paulo, 1999). De acordo com o referido documento, ao final do Fórum foram estabelecidas algumas diretrizes dentre elas estão:

A privacidade na consulta – atendimento individual, em espaço apropriado e privado, inclusive durante o exame físico; -A confidencialidade – acordo entre profissional e adolescente em que se assegura que as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não serão repassadas a seus pais ou responsáveis sem permissão; - O sigilo médico – sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções.

Desse modo, acredita-se que as diretrizes sirvam de subsídios que favoreçam a abordagem dos temas relacionados à saúde Sexual e Reprodutiva, respeitando os valores socioculturais, morais e religiosos que estão permeados na subjetividade de cada adolescente.

Ainda, dentro dessa proposta, estão previstos o direito ao acesso a orientação dos métodos contraceptivos e o aspecto obrigatório da consulta que deve ser realizado pelo profissional mesmo sem a solicitação a priori do mesmo. Para isso, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006b) ressalta que é direito do adolescente e responsabilidade do profissional da saúde. Nota-se que o método de emergência (pílula do dia seguinte) tem mostrado ser eficiente para redução de gravidez não planejada e do abortamento inseguro. E assim se ressalta o preservativo como o método mais recomendado por conta de sua dupla proteção (Brasil, 2006b).

Com a finalidade de reduzir a mortalidade materna, o governo brasileiro assinou um Pacto Nacional, em 2003, estabelecendo diretrizes, princípios e responsabilidades a serem assumidas pelo governo, incluindo a participação da sociedade civil organizada. Conforme documento: Marco Teórico e Referencial: *Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de Adolescentes e Jovens* (Brasil, 2006b) a redução dessa mortalidade deve ser alcançada por meio de desenvolvimento de ações estratégicas do Ministério da Saúde. Entre elas destacam-se a garantia de acolhimento nos serviços; reconhecimento do aborto como causa de mortalidade materna e garantia da qualidade e ampliação de serviços de atenção ao abortamento; expansão da atenção básica; efetivação de pactos municipais e/ou regionais; expansão da oferta de exames; implementação do planejamento familiar; vigilância ao óbito materno e neonatal, inclusive com o apoio à criação de comitês de mortalidade materna; intensificação do cuidado de recém-nascido e puérpera na primeira semana; organização, ampliação e qualificação do acesso aos serviços; desenvolvimento de ações de suporte social, inclusive de forma integrada aos programas de assistência social; qualificação, humanização e capacitação de profissionais de saúde para intervenção qualificada sobre e segundo estas prioridades (Brasil, 2006b). A partir dessa ação, reconhecem a mortalidade materna como um indicador das desigualdades

sociais e também as lacunas existentes na prestação de serviços básicos como pré-natal de qualidade às mulheres, entre elas, estão as adolescentes.

Embora tenha efetuado alguns estudos na área de gestantes de alto e de baixo risco, configura-se uma carência quanto aos estudos no diagnóstico da enfermagem, em todas suas fases no ciclo gravídico-puerperal (Pereira & Bachion, 2005).

A redução das taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal dependem da avaliação da assistência pré-natal, uma vez que, a qualidade dessa assistência tem relação estreita com os níveis de saúde de mães e conceptos (Alencar & Gomes, 2008, p. 14).

A partir daí, vem sendo implantadas políticas com enfoque na melhoria e qualidade do atendimento e assistência obstétrica, num enfoque chamado humanização do pré-natal, parto e puerpério (Pereira & Bachion, 2005). Tal política de humanização do Sistema Único de saúde (SUS) abriga diretrizes de humanização da assistência de saúde país. Buscam-se mudanças de paradigma no que se refere a assistência à gestação e ao parto (Pereira & Bachion, 2005).

Reconhecendo esses indicadores, a Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SESSP, 2010), em documento: *Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério* evidencia que é preciso potencializar os recursos humanos e materiais para o enfrentar a morbimortalidade materna e perinatal, prevendo outros fatores que influenciam na obtenção de maiores resultados, como por exemplo: os fatores relativos ao desenvolvimento humano, econômico e social de cada região.

No que se refere ao pré-natal, ao parto e puerpério é aconselhável que sigam políticas que garantam boas condições de saúde para a mulher e para o bebê, bem como possibilitar à

mulher uma experiência gratificante. No entanto, é preciso que tenham profissionais capacitados, envolvidos e conscientes da importância de sua atuação para resultados satisfatórios da sua atenção. A consulta ao pré-natal, para muitas delas, pode ser a única oportunidade para verificação da sua saúde física e emocional.

Neste mesmo documento são definidas algumas diretrizes que norteiam a atenção ao pré-natal, como por exemplo:

(a) Respeito à autonomia da mulher na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação à sua saúde, sua sexualidade e reprodução; (b) Garantia de acesso da mulher a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral do processo saúde/doença, visando à promoção da saúde, o início precoce do acompanhamento das gestantes, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer nesse período; (c) Aprimoramento permanente dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas e valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar; (d) Incentivo ao parto seguro e confortável e ao aleitamento materno (SESSP, 2010 p.12).

A partir da confirmação da gravidez, é ideal que a mulher procure o posto de saúde para dar início ao pré-natal. No documento, *Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério* (SESSP, 2010) recomenda-se que a atenção ao pré-natal seja iniciada pelo médico ou enfermeiro. Além disso, ressalta que é uma consulta que exige prática de acolhimento para a gestante e seu acompanhante. Por isso, deve haver disponibilidade para que ambos sejam acolhidos e esclarecidas às dúvidas, queixas e ansiedades, estimulando o desejo de aderir ao programa.

Porém, no documento (SESSP, 2010), há poucas recomendações para o atendimento diferenciado quando se trata de um fenômeno complexo que é a gestação na adolescência, pois além de apresentar risco de vida tanto para mãe e quanto para o bebê, ainda estão envolvidos aspectos socioculturais e emocionais nesta nova etapa de vida. No que se refere aos fatores de risco os autores Costa e Formigli (2000, citado em Elias; Lemos & Faria, s.d), destacam que a inadequação dos serviços prestados a adolescentes também contribuem para a prevalência de risco e aumento da mortalidade de adolescentes grávidas. Assim, é necessário que o profissional de saúde, seja ele o médico, enfermeiro e o psicólogo, proponha pensar o fenômeno complexo da maternidade de maneira que não reduza em uma categoria pré-fixada, rígida e/ ou quantitativa, mas devem considerar outras dimensões que a compõem o indivíduo.

A assistência ao pré-natal e puerperal de qualidade deve ser humanizada para se obter saúde materna e neonatal. Entende-se por humanização a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. No entanto, para obter uma atenção de qualidade e humanizada é necessário garantir a privacidade e autonomia compartilhando, com a mulher e com a família, as decisões sobre as condutas que serão adotadas. Além dessas condutas, deve-se oferecer um serviço de qualidade, com ações que integrem todos os níveis de atenção: prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido (Brasil, 2006b).

Uma das estratégias encontradas para facilitar a entrada das mulheres ao serviço público de saúde foi o Programa Saúde da Família (PSF). Segundo Alencar e Gomes (2008) este Programa surge como estratégia de política, que facilita o acesso da população aos serviços públicos.

Assim, acredita-se que este Programa seja um instrumento catalisador na assistência ao pré-natal humanizado, tendo como finalidade diminuir os óbitos perinatais. No entanto,

para extinguir totalmente os índices de mortalidade de mães e de neonato é necessário oferecer uma assistência de qualidade ao pré-natal onde se discuta ações como: a capacitação de profissionais que atendem as gestantes, aumento dos números de consultas, rapidez na execução dos exames laboratoriais solicitados pelos profissionais, programas específicos para gestantes adolescentes, dentre outros.

Ao que se refere às consultas no pré-natal, o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) em *Manual Técnico Pré-natal e Puérpero: Atenção Qualificada e Humanizada recomenda* que as gestantes possam ter no mínimo seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. Tal frequência maior de visitas ao final da gestação visa avaliar possíveis intercorrências e riscos comuns nesse trimestre. Ainda se recomenda que o acompanhamento no ciclo grávido-puerperal seja iniciado o mais precoce possível e só encerrado após o 42º dia de puerpério, período final da realização da consulta de puerpério e de todos os exames básicos.

No entanto, compreende-se no pré-natal a realização de seis consultas no mínimo e realização de exames laboratoriais no primeiro trimestre da gravidez. Este número de consultas está dentro de um programa do Ministério da Saúde, que tem como objetivo reduzir as taxas de morbidade e mortalidade materna e perinatal (Alencar & Gomes, 2008). Em países em desenvolvimento, como o Brasil, têm ocorrido óbitos perinatais, que podem ser passíveis de prevenção como no caso da síndrome hipertensiva, a sífilis congênita e as infecções urinárias complicadas (Alencar & Gomes, 2008).

Segundo o Protocolo para Assistência ao Pré-natal e puerpério: *Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher*, da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto (2009), o principal objetivo do acolhimento da mulher desde o início da gestação é assegurar

a garantia do bem-estar materno e neonatal, acrescentando recentemente, um sentido mais amplo, incluindo aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

Contudo, recomenda-se realização de ações e práticas educativas individuais e grupais, durante o pré-natal e no atendimento pós-parto para as gestantes ou puérperas. Estes grupos educativos para adolescentes devem ser divididos por faixa etária de 10-14 anos e 15-19 anos, abordando temas de interesses do grupo. Além disso, nestas ações os profissionais devem informar também sobre aspectos da importância a realização do pré-natal, enfatizando o cuidado com a higienização, atividades físicas, promoção de hábitos saudáveis na alimentação, desenvolvimento e modificação corporal, medos e fantasias referentes à gestação e parto, sintomas gerais da gravidez, atividade sexual, direitos da gestante, até aos cuidados iniciais do bebê, entre outros (Brasil, 2006a).

O documento, o Manual Técnico: *Pré-natal e Puerpério atenção Qualificada e Humanizada* destaca o trabalho da prestação de serviço de qualidade à gestante, desde o pré-natal ao puerpério, como responsabilidade de equipe multiprofissional. E considera o agente comunitário de saúde, o auxiliar de enfermagem, o enfermeiro e o médico como prestadores de atendimento aos serviços de saúde às gestantes (Brasil, 2006a). No entanto, não menciona o psicólogo, o nutricionista, o fisioterapeuta, dentre outras como categorias que fazem ou pelo menos deveriam fazer parte da equipe interdisciplinar de saúde, principalmente na assistência integral à saúde da gestante adolescente.

Considerando o exercício da maternidade como um período de transição na vida da mulher, devido às inúmeras mudanças no estado físico, emocional, biológico e social; essa experiência é também reconhecida segundo a Felice (2006, p.19) como período de “conflitos, angústias e dificuldades.” Segundo a autora, esse período faz parte de várias experiências, e, portanto, a maternidade só é mais uma entre tantas outras.

Felice (2006) ressalta, ainda, que ao romper essa barreira, a partir de recursos internos, a mãe consegue exercer a maternidade saudável tanto para ela, quanto para relação mãe-filho. Contudo, afirma que no período da adolescência, a mesma encontra-se em seus próprios conflitos internos, personalidade e de descoberta de si e do mundo. E quando descobre a gravidez ainda não se sente preparada para tamanha responsabilidade.

Nessa perspectiva Cantone (2007) afirma que durante um trabalho realizado por ela, no período de 1996 há 2001, na casa do Adolescente, em Pinheiros, um grupo de adolescentes de 10 a 20 anos incompletos fez parte da pesquisa; e, foi constatado que em sua maioria, a gravidez não tinha sido planejada. E quando arguidas sobre a possibilidade de retornar ao passado e repensar a gestação, muitos foram os relatos de postergar e planejar a gravidez. Diversas adolescentes expressaram ter preferência em planejar a gravidez para um futuro, não imediato, ressaltando perdas que ocorrem com a vinda da maternidade precoce. Ainda segundo a autora, a questão da gestação na adolescência, pelo seu caráter biopsicossocial é um potencial responsável pela “polêmica” que circunda este assunto, levantados sobre a multiplicidade dos enfoques e referenciais. Porém, salienta que é válido considerar o fenômeno como problema, na medida em que a adolescente, ao engravidar, passa a enfrentar tanto as transformações da adolescência quanto a da gestação (Cantone, 2007). Ainda ressalta que muitas vezes essa fase é vista como uma sobrecarga física e psicológica, pois na maioria dos casos, elas se angustiam e se assustam diante do fato indesejado (Cantone, 2007).

Pois, quando a adolescente descobre que está grávida, principalmente na adolescência, pode gerar muitos medos, ansiedade e também a dúvida quanto levar ou não adiante a gestação. Depois dessa fase, as adolescentes procuram as Unidades de Saúde para dar início ao pré-natal. Esse processo pode ser antes mesmo da descoberta da gravidez, como salienta Silva, Poças e Oliveira (2007). Segundo os autores, as adolescentes procuram o

atendimento quando suspeitam da gravidez, muitas delas vão por demanda espontânea, ou quando já estão sendo acompanhadas no serviço na Unidade de Saúde. Em algumas vezes elas vão sozinhas, outras vezes vão em companhia de um familiar, do pai do bebê e alguma amiga (Silva, Poças & Oliveira, 2007).

Assim, Cantone (2007) destaca ser importante que as adolescentes recebam os cuidados apropriados, tanto de solidariedade humana e amparo. Porém, a deficiência é explícita na grande maioria dos casos.

Apesar dos relatos de que a gravidez nesta etapa de vida é um fenômeno complicador, é necessário pensar as particularidades, intimidade e levar em consideração sua singularidade em todos os níveis, tanto psicológico, biológico, socioeconômico. Para conhecer mais este fenômeno é preciso o estudo contínuo; e posterior a ele, implementar políticas voltadas para abarcar as necessidades desta parcela da população (Cantone, 2007).

Diante desse fato, propusemos refletir, a partir das narrativas das adolescentes, suas percepções sobre a vivência do pré-natal diante da experiência da maternidade nessa fase de vida.

CAPÍTULO 3. METODOLOGIA

Este estudo foi realizado a partir da abordagem metodológica qualitativa. A pesquisa qualitativa trabalha com o mundo dos significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, e busca identificar o espaço mais profundo das relações humanas e dos fenômenos que não podem ser reduzidos a operações objetivas e matemáticas. Nesse tipo de abordagem o pesquisador imerge no mundo dos significados e das representações humanas (Minayo, 1994).

Esse procedimento de estudo se apresenta como forma de diálogo entre pesquisador e o pesquisado, envolvendo os participantes de forma ativa, já que é uma condição extremamente essencial para que ocorra o processo investigativo. O diálogo e as reflexões vão sendo “tecidas” juntos, sendo, portanto, necessário estabelecer um vínculo afetivo que permita o sujeito da pesquisa sentir bem acolhido e motivado (González Rey, 2002). Para que o sujeito sinta-se à vontade para colocar suas opiniões e anseios.

Assim, a entrevista é um importante instrumento para realização da pesquisa qualitativa. Nela o pesquisador busca obter as mais variadas informações por meio das falas dos participantes (Minayo, 1994). Estas conversas podem ser tanto coletivas quanto individuais.

Para realização deste estudo, utilizou-se a entrevista semiestruturada, modalidade em que torna possível trabalhar com entrevistas abertas onde o colaborador da pesquisa aborda e expressa livremente sobre o tema proposto. Além disso, esta modalidade permite o diálogo entre entrevistador e entrevistado (Minayo, 1994).

No trabalho também foi utilizada a análise de conteúdo como referencial para a análise das informações. Segundo Bardin (2010, p. 45) este tipo de estudo “procura conhecer aquilo que está por trás das palavras sobre as quais se debruça”, ou seja, retira a possibilidade da primeira impressão é que fica, pois permite que o pesquisador analise sistematicamente toda semântica que envolve os aspectos físicos, psicológicos e sociais do sujeito.

A partir desse argumento, acredita-se que a análise de conteúdo seja a forma mais apropriada para estudar a representação sobre o pré-natal na perspectiva da gestante adolescente, pois permite obter por meio de procedimentos sistemáticos e objetivos a descrição de conteúdos das mensagens trazidas pelas entrevistadas (Bardin, 2010).

Para coleta de dados foram convidados a participarem deste estudo, 3 (três) sujeitos, do sexo feminino, com idade entre 16 a 18 anos. Todas eram adolescentes gestantes, participantes do pré-natal em Unidades Básicas de Saúde. Em seguida, foram esclarecidas as dúvidas e o funcionamento da pesquisa e elucidada aos sujeitos, que não havia nenhuma forma de recompensa. Porém, houve compromisso de responsabilizarmos pelos cuidados e as possíveis reparações, caso houvesse alguma intercorrência durante a pesquisa, como, encaminhar as participantes da pesquisa, para acompanhamento no (CAC-UniCEUB) Centro de Atendimento Comunitário do UniCEUB. Além disso, foi esclarecido pelo pesquisador sobre a possibilidade de encerramento, caso a participante quisesse desistir, a qualquer momento, da pesquisa.

A partir da aceitação das gestantes adolescentes e de seus respectivos responsáveis, informamos sobre o Termo de Consentimento Livre e Esclarecidos (TCLE) (Anexo 1) e as dúvidas referente ao mesmo. Após o esclarecimento das dúvidas, foram colhidas as assinaturas dos responsáveis legais e das participantes, que confirmaram contribuir com a

pesquisa. Uma cópia do TCLE permaneceu com o pesquisador e outra com o sujeito da pesquisa.

As participantes foram recrutadas por conveniência, e após, foram convidadas a participarem desta pesquisa por meio de conversas informais. Seguindo-se ao primeiro contato pessoal, foram agendadas via telefone, o dia e o local da entrevista com cada participante.

As entrevistas, baseadas em um roteiro de entrevista (Anexo 2) ocorreram individualmente, tendo uma duração aproximada de uma hora, em um único encontro, nas próprias residências das pesquisadas, conforme a livre escolha delas. Nas entrevistas foram utilizados gravador, papel e caneta esferográfica. Todas as entrevistas foram transcritas (Anexo 3) e posteriormente deletadas. E a pesquisadora se comprometeu em manter o sigilo, garantindo o anonimato das participantes.

Para análise dos dados foram utilizadas as informações contidas nas entrevistas realizadas com as três gestantes adolescentes, (Kelly, Bruna e Regina) nomes fictícios, que no momento da pesquisa estavam realizando pré-natal pelo Sistema Único de Saúde (SUS). A leitura minuciosa das entrevistas permitiu levantar quatro eixos temáticos: o impacto do recebimento da notícia da gestação na adolescência; humanização e pré-natal; o lugar da mulher no discurso do cuidado do feto/ bebê e o papel do psicólogo.

CAPÍTULO 4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

4.1. O IMPACTO DO RECEBIMENTO DA NOTÍCIA DA GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Conforme Felice (2006), quando ocorre a gravidez, a mulher entra em um processo rico e complexo. Este processo psicológico sofre alterações desde o início da gravidez, perpassando o parto, puerpério e posteriormente se estendendo até por todo desenvolvimento do filho. Quando se torna mãe, algumas mudanças são possíveis de ocorrer na vida dessa nova mulher, a qual leva a se perceber como não sendo mais a mesma de antes, pois esta transformação pode modificar toda sua vida emocional e afetiva, a visão de si, o lugar de pertencimento na família e no mundo.

A maternidade se apresenta como uma experiência única, porém, particular para cada mulher. Quando se fala de gestante adolescente, essa experiência não é diferente, pelo contrário, elas vivenciam esse complexo fenômeno de acordo com sua singularidade e sua própria experiência de filha. Os relatos abaixo são percepções das entrevistadas de como se sentiram no momento do recebimento da notícia da gestação.

Ai! Eu fiquei surpresa. Minha primeira reação foi chorar. E pensei: ai meu Deus, porque foi acontecer comigo? Eu não tinha esperado, né? Mas aconteceu, e está sendo bom (...) eu mudei muito. No começo eu não queria, né? Eu ia tirar. Eu chorava demais, falava que ia acabar com a minha vida, que não sei o que (...) só que aí o povo conversou comigo, aí passou. Hoje eu só penso nesse menino. Agora eu pergunto para Deus: porque ele fez isso comigo, porque não deixou para mais pra frente, eu terminar meus estudos e ter um emprego? (Bruna, 16 anos, aos 7 meses de gestação).

Foi um trauma, nossa! Eu fiquei muito nervosa, nossa! Eu fiquei perturbadinha, só sabia chorar. (Kelly, 18 anos, aos 8 meses de gestação).

No começo achei difícil, mas depois, acostuma. Eu sou muito nova, ainda estou estudando, vai ser muito difícil. Eu pensava em tirar. Agora está bom, agora já conformei, até escolhi o nome (Regina, 17 anos, aos 7 meses de gestação).

Como visto nas entrevistas, o recebimento da notícia da gestação pode mobilizar um conflito interno que leva o surgimento de uma gama de sentimentos, angústia, medos e frustrações que podem ser comuns a qualquer mulher que está vivenciando a maternidade. Esses sentimentos apareceram nos relatos das entrevistadas de diferentes maneiras, cada uma expressa como se sentiu ou se sente diante da experiência de ser mãe adolescente. Percebe-se nas narrativas que, por serem jovens e dependentes de suas famílias, e por frequentarem a escola, a experiência foi mais impactante, talvez por dependerem financeiramente de seus familiares. No primeiro momento, foi possível analisar nas narrativas das participantes angústia e sentimentos de insatisfação, frustração advinda da notícia inesperada e indesejada de ser mãe adolescente. No entanto, estes sentimentos foram sendo sucumbidos a partir do apoio recebido dos familiares.

No entanto, Felice (2006) ressalta que estes sentimentos fazem parte de qualquer experiência humana. Portanto, a maternidade, não poderia ser diferente, já que é uma experiência única na vida da mulher. Sentimentos como estes, podem ocorrer principalmente quando a mãe é adolescente, pois além do período em que ocorrem transformações físicas e emocionais relacionados da própria fase da vida, elas estão vivenciando a gestação precoce.

O trecho abaixo exemplifica a insegurança e o medo, quando recebido a notícias da gestação, diante da possibilidade de não ser acolhida e apoiada pela família:

Pensa a reação dos meus pais. Eu não pensei nem em mim, tipo assim, vão me mandar embora, vão me mandar embora. (Kelly).

No primeiro momento, Kelly sentiu medo da reação dos seus pais, temendo não ser apoiada pela família, ao mesmo tempo, temia ser colocada para fora de casa.

Neste sentido, quando a adolescente descobre que esta gerando um filho, surge um turbilhão de emoções e sentimentos que variam significativamente. E como lidar com esse novo momento? Isso varia de acordo com a vivência e a maturidade de cada uma, por isso é um processo singular. Segundo Silva, Poças e Oliveira (2007) quando a adolescente descobre que está grávida, pode gerar muitos medos, ansiedade e também a dúvida quanto levar ou não adiante a gestação. Depois desta fase, as adolescentes relatam procurar as Unidades de Saúde para dar início ao pré-natal.

Bruna e Regina, no momento inicial, pensaram em praticar o aborto. Porém, após receber apoio da família e dos amigos, ambas abrem caminho para dar início ao processo de construção de uma relação de afeto e investimento aos seus bebês que, a partir da aceitação começam a desenvolver habilidades de proteção, carinho e afeto para com seu bebê. Abaixo segue um trecho em que ambas relatam a dúvida em continuar a gestação, quando descobriram a gravidez:

No começo eu não queria, né? Eu ia tirar. Eu chorava demais, falava que ia acabar com a minha vida, que não sei o que. Só que aí o povo conversou comigo, aí passou. Hoje eu só penso nesse menino agora (Bruna).

Minha família sempre me deu apoio. Assim ela (família) já falava, assim, que a gente cria. Acho que é por causa dela que não tirei (Regina).

Tais sentimentos não impediram às mães novatas de aprender a serem mães, ou melhor, não abdicaram de tentar ao longo da gestação, construir uma relação de amor e afeto para seus filhos. No entanto, a maternidade não é algo que é inato ao ser humano, ou seja,

não nascemos sabendo cuidar de uma criança, ou já sabendo ser mãe, mas, é algo que aprendemos ao longo de nossa vida. Portanto, para desempenhar tal função é fundamental que a mãe esteja amparada e assistida pelos familiares, além disso, que disponha de recursos internos, que consiga romper barreiras, que ao final favoreça uma maternidade saudável tanto para mãe, quanto para relação mãe-bebê (Felice, 2006).

Esses recursos vão variar de acordo com a história subjetiva, afetiva-familiar recebido quando criança; ou seja, o modo com a qual a mãe vai lidar com a maternidade varia de acordo com as próprias experiências primitivas. Por isso, conforme salienta Winnicott (2002) há mães que podem passar por dificuldades pessoais nesse período, devido seus próprios conflitos, que talvez estejam ligadas às experiências pessoais que passaram quando criança.

Portanto, saber que está grávida, muitas vezes poderá causar várias sensações desagradáveis, pois a maioria das vezes são mães que estão na fase escolar e não possuem uma profissão. A partir das narrativas de Regina e Bruna, percebe-se uma ambivalência afetiva vivida por elas. De um lado o sentimento de ódio relacionado com a surpresa da gestação indesejada, ou melhor, não planejada, e de outro lado, com o passar dos meses, com a aceitação e apoio da família se permite estar grávida, e ao longo da gestação permite-se sentir o amor.

4.2. HUMANIZAÇÃO E PRÉ-NATAL

Quando falamos em humanização, parece não soar muito bem aos nossos ouvidos não é mesmo? Como humanizar os humanos?

Segundo a cartilha *HumanizaSUS: formação e intervenção* do Brasil (2010), a Política Nacional de Humanização (PNH), criada em 2003, tem como objetivo “qualificar as

práticas de gestão e de atenção à saúde”. Esta nova prática é, sem dúvida, um grande desafio tanto para os que trabalham quanto para os que buscam o atendimento. Essa perspectiva do atendimento humanizado, ou seja, mudança de paradigma na saúde implica a novos comportamentos e atitudes dos envolvidos neste processo: gestores, servidores e população.

Portanto, humanizar significa buscar estratégias de como lidar com as relações de poder, trabalho e afeto no ambiente de trabalho.

Neste sentido, entende-se o processo de humanização da seguinte forma:

Por humanização compreendemos a valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a corresponsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva no processo de gestão (Brasil, 2010, p.3).

Esta política vem como mudança de paradigma no que se refere à assistência a gestação, parto e puerpério. É aconselhável, então, seguir-se uma política que garanta boas condições de saúde para a mulher e para o bebê, bem como a possibilite uma experiência gratificante. Tal política segue os princípios de Universalidade, Equidade e a Integralidade, já garantidos na Constituição Federal de 1988 com a Criação do Sistema Único de Saúde (SUS).

A fim de assegurar um resultado gratificante, a PNH sugere algumas diretrizes de trabalho, que venha atingir as equipes de saúde e alcançar os objetivos propostos, de assegurar, no caso das gestantes, boa experiência à mulher de ser mãe. As diretrizes são: Co-gestão, Acolhimento, Gestão Democrática, Clínica ampliada, Valorização do trabalho e do trabalhador, Defesa dos Direitos dos usuários, Fomento das grupalidades, Coletivos e Redes e Construção da memória do SUS que da certo (Brasil, 2008).

Segundo a PNH, o acolhimento é uma diretriz fundamental na construção do vínculo serviço de saúde/usuário, não pressupõe um local, hora ou profissional específico, mas trata-se de uma postura ética, capaz de acolher, escutar e dar respostas adequadas aos usuários, portanto, é dever de todos os servidores.

O acolhimento expressa uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão:

Acolher significa dar acolhida, admitir, receber, dar ouvidos, dar crédito a, aceitar, agasalhar, atender (Ferreira, 1975 citado em Brasil, 2008).

Segundo a perspectiva do acolhimento, no relato abaixo, segue algumas narrativas das entrevistadas, sobre sua percepção de como foram recebidas pelos profissionais, nas Unidades de Saúde onde realizavam o pré-natal.

Fui bem recebida, só tem umas mulheres lá que são ignorantes, as mulheres que tira sangue, as técnicas de enfermagem. Elas são muito ignorantes (...) elas devem ter raiva de trabalhar, porque, meu Deus, é com todo mundo (...) elas são ignorantes (...) elas já chegam apertam seu braço (...). Elas não falam nada, trabalham caladas. Eu não falo nada não (...) eu vou pras consultas normalmente, mas (...). (Bruna).

Na narrativa de Bruna é possível analisar a ausência de uma escuta qualificada que distancia o profissional e usuário, trazendo-lhes prejuízo para construção do vínculo, que por sua vez, é uma ferramenta essencial na assistência. Podemos averiguar por esse relato que não houve acolhimento à gestante no momento da realização de exames laboratoriais, visto que, esses são exames que fazem parte da rotina da gestante durante todo o pré-natal. No entanto, o momento deveria ser mais um espaço de trocas de saberes e experiências, quando se pensa em acolhimento que prioriza o atendimento humanizado. Pois um atendimento humanizado,

permite ao sujeito que se expresse e participe ativamente dos processos de produção de saúde. Assim, é imprescindível que o profissional, independente da área de atuação, esteja preparado para realizar o atendimento acolhedor em qualquer momento: da chegada do usuário ao serviço, até sua resolutividade.

Nesse sentido, Dimenstein (2001) enfatiza que o “agir mecânico” e a “burocratizado” não permite que o profissional e sua clientela estabeleçam bons vínculos, mas, ao contrário, criam-se barreiras que favorecem o distanciamento dos envolvidos, enfraquecendo assim, as relações humanas, as práticas de acolhimento e o compromisso ético do profissional. Sabe-se que esses aspectos são fundamentais para perpetrar uma assistência universal, integral e equânime em saúde.

Quando o trabalho ocorre meramente mecanizado, o sujeito passa despercebido pelo profissional, o qual emana uma assistência precária e ineficaz, que não garante o atendimento humanizado à população que precisa do atendimento público em saúde. Em se tratando de atendimento integral à adolescente, conforme princípios e diretrizes adotadas pela Constituição Federal do Brasil (1988), Estatuto da Criança e Adolescente (ECA, 1990), pelo Sistema Único de Saúde (SUS,) e pela própria lei sobre a Saúde Sexual e Reprodutiva dos Adolescentes e Jovens (Brasil, 2007a), o planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações voltadas à saúde da mulher, inclusive das adolescentes.

No entanto, o planejamento familiar apresenta não ser uma ação oferecida nas Unidades de Saúde, nos programas de pré-natal, ou ainda se faz muito precário no atendimento prestado à população, principalmente às adolescentes. Segundo relata Regina, mãe pela segunda vez, ela desconhece esta prática dentro do programa. Trecho de sua fala:

Não, no Posto só recebi orientação sobre aleitamento materno. Elas me perguntaram se tinha sido planejada e porque eu tinha começado o pré-natal tarde. (Regina).

Na fala de Regina percebe-se que as ações garantidas em lei, sobre a saúde reprodutiva e sexual na adolescência, como o planejamento familiar, não são práticas alcançadas dentro dos programas de atenção à saúde da mulher, demonstrando, mais uma vez, falta de profissionais éticos e conscientes de sua ação, ou que, ainda podemos mencionar que tais práticas não correspondam às necessidades da clientela adolescente? Sabe-se, que na maioria dos casos, a adolescente só busca atendimento especializado quando suspeitam da gestação, ou quando vão dar início ao pré-natal. Portanto, pode ser uma ocasião única para aproximação e construção de conhecimento no que se refere à educação em saúde.

Para este tipo de atenção, Conforme previsto em documento: *Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério*, Brasil (2010) é preciso potencializar os recursos humanos e materiais para enfrentar a morbimortalidade materna e perinatal. Para isso, sugere-se que o profissional da saúde envolvido na atenção à saúde, busque aprimoramento constante. Acredita-se que o profissional capacitado valorize a equipe multidisciplinar e que faça de sua atuação (interdisciplinar) um instrumento de mobilização social e educação em saúde, o qual convida o sujeito a se tornar corresponsável pelo processo.

Abaixo, as entrevistada argumentam a falta de preparo humano e lacunas no atendimento voltado às adolescentes gestantes.

(...) Meu nome não tava lá né? Aí teve que abrir (prontuário) denovo. Aí o homem foi me trazer aqui em casa, e aqui nesse dia, minha vó estava aqui fora. Esse homem abestalhado não soube disfarçar, entende (...) aí ele falou é do Posto seis (...). O

homem, não é por causa para ela começar o pré-natal. Eu falei: vixe esse homem é doido de dá o recado desse jeito. E aí minha mãe começou a gritar. Ai o homem começou ficar pálido. Aí eu pensei; ai meu Deus, esse homem vai passar mal aqui (...) (Kelly).

(...) Teve um primeiro exame de sangue que eu fiz, elas falaram que iriam colocar no prontuário e não colocaram, elas demoraram dois meses para elas entregarem esses exames para o médico (Bruna).

As narrativas sinalizam o despreparo humano que existe dentro das Unidades de Saúde. Não pretendemos aqui generalizar, mas problematizar este tipo de prática. Portanto, sem sombras de dúvidas, um trabalho que abarca todas as diretrizes em saúde, se configura como um dos grandes desafios para os gestores, profissionais e usuários. Assim, um atendimento que poderia ser um momento único e acolhedor à gestante adolescente, passa a ser constrangedor, segundo os critérios citados pelo Brasil (2006a) “A confidencialidade – acordo entre profissional e adolescente em que se assegura que as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista não serão repassadas a seus pais ou responsáveis sem permissão e o sigilo médico – sigilo quanto às informações confidenciais de que tiver conhecimento no desempenho de suas funções” (Brasil, 2006a, p.32-38).

Quando se trata dos recursos materiais, Bruna expõe as dificuldades que passou para realizar os exames expedidos de urgência pelo médico.

(...) Marcou para daqui 2 meses. Aí eu vou fazer particular agora, porque muito falta reagente (...). Eu estava com sangramento e estava perdendo muito liquido (...) aí ele (médico) passou os exames lá pra mim fazer. Ai eu fui marcar, só que marcou

só para o mês que vem. Se eu precisar daquele Posto eu morro em casa, porque aquele Posto e o Hospital não ajuda em nada (Bruna).

No que se refere aos exames laboratoriais o Ministério da Saúde (Brasil, 2006) em Manual Técnico Pré-natal e Puérpero: *Atenção Qualificada e Humanizada recomenda* que as gestantes realizem todos os exames básicos. No entanto, o documento não menciona quais tipos de exames que estão dentro dessa modalidade. Ainda não refere exames para o último trimestre de gestação, visto que, nesta fase pode aumentar os riscos de parto prematuro e morte materna e neonatal, principalmente quando se trata de gravidez na adolescência.

4.3. O LUGAR DA MULHER NO DISCURSO DO CUIDADO DO FETO/BEBÊ.

Para muitas mães, o pré-natal é o momento único em que elas averiguam sua a saúde física e emocional, por isso o Ministério da Saúde (2006) recomenda atenção integral à mulher durante a realização desse período. Ainda cita a necessidade da gestante ser orientada sobre o processo de mudanças que ocorre naturalmente durante a gestação, além de ser preparada em relação às fantasias e medos referentes à gestação e parto, e, orientada quanto aos cuidados iniciais para com o bebê.

Esse atendimento acolhedor, voltado para promover bem-estar materno e neonatal, parece distante da realidade das gestantes adolescentes pesquisadas, pois os serviços recebidos por elas ainda continuam longe de atenderem às suas necessidades e as recomendações do Ministério da Saúde. Essa prevalência pode colaborar com altos índices de mortalidade materna e neonatal.

Abaixo, o relato das mães Bruna, Kelly e Regina

(...) Só para o bebê. Eu acho que eles deveriam pensar nas mães também, né? Porque tem muita mãe assim que no começo vai bem na gestação, mas depois começa ficar ruim, né? (Bruna).

(...) Tem que cuidar da mãe em todos os sentidos, como eles cuidam da criança, entendeu? Porque não só a criança vai precisar de ajuda (...) não precisa ser só consulta, né? Porque é só consulta, porque só houve uma reunião (...) apesar que eu cuidei bem do meu corpo, ainda (Bruna).

(...) Eles só passam ecografia quando eles tem que passar o pedido, e o pedido de exame de sangue, e só (Bruna).

(...) Eles medem minha barriga, medem minha pressão, escutam o coraçãozinho dele e só (Kelly).

Eles pesam, mede a pressão, vê o neném, para ver se está tudo bem (...). Só os remédios que eles passam, as vitaminas (...). É só para o bebê (Regina).

As mães adolescentes, aqui entrevistadas, relatam a existência de lacunas na prestação nos serviços de qualidade oferecidos no pré-natal das mulheres. Elas compreendem a necessidade do atendimento integral voltado para a saúde da mulher, como questões que se refere a gestação, parto, pós-parto, planejamento familiar, questões relacionadas aos cuidados do bebê, principalmente, às mães primíparas, já que a maioria sinaliza sentir medo de não ser capaz de realizar esta tarefa.

(...) Nuca troquei fralda de criança, tem vários tipos de choro, eu não sei identificar se é choro de fome, cólica, sujo (...). eu não tenho a mínima ideia (...) (Kelly).

Assim, como também, as mães sentem que esse espaço serve para trabalhar com questões mais íntimas da mãe. Ou seja, que ofertem a elas serviços e profissionais comprometidos eticamente com a saúde, que reconheça as diferenças, que trabalhe para o bem social da maternidade.

4.4. O PAPEL DO PSICÓLOGO

Considerando a complexidade que é o fenômeno da maternidade na adolescência, e os possíveis riscos à saúde da mãe e do bebê durante a gestação na adolescência, compreende-se que o Psicólogo, dentro da equipe multi/interdisciplinar, tem a finalidade de promover o bem-estar emocional da mãe, auxiliando-a na resolução de seus conflitos internos e angústias relacionadas à maternidade precoce e suas implicações. Conforme Dimenstein, (1998) apesar de poucos profissionais atuantes na área, acredita-se que o psicólogo no campo da assistência em saúde, contribua com práticas efetivas para a melhoria na condição de saúde e qualidade de vida da população. Tendo em vista que o psicólogo realiza essa atividade com qualidade, ele precisa refletir para agir como sujeito crítico e eficiente em suas práxis. O psicólogo deve agir como quer que ajam com ele nessa prestação de serviços, nos ambientes de saúde pública, ou seja, que ele queira ser um profissional que rompe com as práticas tradicionais, comprometido socialmente com o bem-estar da população. Seria plausível ambicionar ambos?

Nessa perspectiva, Dimenstein (2001), vem corroborar com o novo fazer do profissional da psicologia, no que se refere ao trabalho na saúde pública. Segundo a autora, o psicólogo precisa ofertar serviços que prezem a qualidade individual e coletiva, que invistam pensar num sujeito histórico, social e subjetivo.

Abaixo, trechos das entrevistas, de Bruna, Kelly e Regina, relatam que o psicólogo poderia fazer parte da equipe nos programas do pré-natal.

Eu acho que tivesse um psicólogo, eu poderia amadurecer mais, não só eu, mas todas as adolescentes. Acho que ajudaria (...). “(...) Muita gente assim não aceita, igual eu no começo (...) aí o psicólogo vai orientar a gente, é melhor (Regina).

O mais importante é o psiquiatra, né? Porque ajuda a pessoa, tipo, que não quer aceitar (...). Ele ajudaria nas conversas, porque eles têm uma conversa que até eu fico besta (...). Eu já fui, minha mãe resolveu marcar, ela achava que eu tava ficando doida (Bruna).

(...) Para mim ele (psicólogo) ajudaria amadurecer mais, bem mais, eu sou muito imatura, eu brigo (...), às vezes fico pensando besteira, que minha vida não vai pra frente, eu fico pensando porque aconteceu isto. E o psicólogo que conversa, né, com as pessoas, ele poderia conversar, né? Porque eu mesmo só consigo me abrir com minha mãe, algumas coisas, né (Bruna).

(...) Tinha que ter um psicólogo para gente e tal (...) que é normal ter um psicólogo na gravidez (...) tem que ter um psicólogo para gente não ficar meio perturbada da cabeça (Kelly).

Portanto, mesmo reconhecendo a necessidade deste profissional nos programas de atenção integral à saúde da gestante, percebe-se nas narrativas das entrevistadas, uma visão enviesada do trabalho do psicólogo dentro desse contexto. Tal distorção advém da concepção da psicologia tradicional clínica que opera, até hoje nos serviços de saúde.

Talvez seja um momento de se questionar o papel da psicologia nos contextos de saúde, e com quais profissionais de assistência à saúde que queremos nos deparar as prestações de serviços assistenciais.

CAPÍTULO 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

As análises realizadas a partir das narrativas das três mães adolescentes indicam que os serviços prestados no período do pré-natal, precisam de investimentos tanto físico e material quanto humano, quando se pensa em promover às mães, uma experiência gratificante e um atendimento humanizado.

Após uma longa e densa leitura sobre políticas de promoção à Saúde da Mulher, políticas de humanização e as análises de entrevistas, foi possível concluir o objetivo da pesquisa em analisar as representações da gestante adolescente sobre o pré-natal. E ficou evidente a existência de uma prestação do serviço de saúde inadequada e fora do que é recomendado pelo Ministério da Saúde. Constatou-se ainda, que mesmo nos documentos de orientações do referido Ministério, observa-se lacunas quanto aos serviços específicos e de qualidades às gestantes adolescentes.

Nesse trabalho conseguiu-se atingir os objetivos propostos inicialmente, ainda no projeto, a qual foi descrever o pré-natal na sua complexidade e caracterizar a gestação na adolescência na perspectiva das políticas públicas.

Durante todo percurso, a partir das narrativas, identificou-se ambivalência vivenciada pelas adolescentes em relação ao fenômeno gestação. Esta grávida, por sua vez, demonstrou angústias, tristezas, raiva, sentimento de culpa, medo e outros sentimentos, jamais percebidos por elas, antes. Tais pensamentos foram mobilizados por conta de suas próprias experiências que vivenciaram quando bebês. Além disso, surgiram preocupações quanto à vida futura, já que não possuíam uma profissão e ainda dependiam de seus familiares para o sustento de si e da criança.

Apesar desse conflito, após o apoio recebido, percebe-se que as mães adolescentes sentiram-se mais aliviadas, conseguindo continuar com a gestação, buscando investir afetivamente nesse novo ser, que cresce dentro de si.

Além da complexidade da experiência da gestação na adolescência, foi demonstrado nos relatos das narrativas, o desapontamento que tiveram em relação aos cuidados recebidos durante o pré-natal, confirmando a escassez de um atendimento humanizado, o qual tem como objetivo acolher o usuário desde sua entrada até sua resolatividade. A pesquisa demonstra o desafio do (SUS) em oferecer, inclusive às adolescentes, um atendimento que obedeça aos princípios de universalidade, equidade e a integralidade.

Questionou-se, aqui, a incapacidade ética dos profissionais, na maioria deles, em lidar com o público, principalmente quando se trata de período gestacional em adolescência. Sobre esse aspecto, salienta-se o despreparo profissional e a falta de capacitação como um fator desfavorável para prestação de serviço de qualidade à comunidade, principalmente, quando se refere às metas para erradicar a mortalidade materna e neonatal. Além do despreparo humano, as gestantes convivem diariamente com a carência de materiais necessários para realização de exames laboratoriais e outros procedimentos. Tendo o usuário que arcar com o prejuízo tanto financeiro e emocional.

Quando se pensa em atendimento integral às gestantes adolescentes, tem-se que pensar em uma atuação que compete não apenas aos médicos e enfermeiros, mas, integre outros profissionais da saúde, que sejam conscientes e proponham atuar em favor do outro.

Verificou-se, ainda, a deficiência do atendimento ao olhar a saúde emocional da mulher, pois nesse momento, o que se prioriza, de fato, é o feto. É claro que não se desqualifica o lugar especial do atendimento ao bebê, pelo contrário, mas se provoca pensar em uma maternidade saudável emocionalmente, que beneficiará não só o bebê, mas toda a díade.

Contudo, configura-se a lógica centrada no modelo medicalizante, hospitalocêntrico, a qual omite prestar um serviço inter/multidisciplinar que atenda e respeite as necessidades dos usuários.

Neste cenário, surge a necessidade da psicologia dentro dos programas em saúde, a fim de propiciar um novo olhar à mulher, pensando em suas questões e problemáticas, para além de sua barriga.

A partir das narrativas, compreendeu-se que o psicólogo dentro das equipes de saúde, nos programas específicos como o pré-natal, parto e puerpério, promove um espaço acolhedor de escuta à mulher para que ela se posicione, reflita e compartilhe de suas expectativas, angústias, fantasia, medos, tornando este momento menos doloroso e agradável à mulher. Espaço de confiança mútua onde elas coloquem suas problemáticas e dúvidas permitindo (re) construir um novo olhar sobre essa experiência. Acredita-se que esse tipo de manejo acolhedor permite à mulher, principalmente a adolescente, viver e construir uma maternidade saudável para ambos, mãe e bebê.

Dessa forma, percebe-se o lugar que a psicologia representa na sociedade. Tal percepção advém de uma prática que até hoje reina nos setores do diagnóstico e da clínica. Mas essa prática tem sido favorável apenas as pessoas que possuem médio e

alto poder aquisitivo. Assim, percebe-se que não basta apenas ter um profissional nos serviços públicos de saúde, mas, que ele proponha trabalhar sob uma ótica social.

Esse trabalho, além de permitir conhecer a experiência da gestação na adolescência, vivenciadas por três adolescentes, mobilizou-nos a pensar o papel de uma psicologia comprometida socialmente com a população.

Recomenda-se posteriores estudos, por se tratar de um tema relevante e complexo que é a gestação na adolescência. Pois, tal estudo aponta que a gestação nessa fase de vida, mesmo quando não planejada, pode ser vivenciada com qualidade, principalmente quando a adolescente se sente apoiada.

REFERÊNCIAS

- Aberastury, A. & Knobel. M. (1981). *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*.
Cap.6. Ed. Artmed. Porto Alegre.
- Alencar, N. G & Gomes, L. C. (2008). Avaliação da Assistência pré-natal na percepção de gestantes atendidas em uma Unidade com Programa de Saúde da Família. *Revista saúde coletiva*. p.13-17.
- Bocardi, M. I. B. (2003). *Gravidez na Adolescência: O parto enquanto espaço de medo*. São Paulo: Arte e Ciência
- Calligaris, C. (2011). *A adolescência*. São Paulo: Publicafolha.
- Cantone. A. D (2007). Psicologia Hospitalar e psicossomática: Atendimento à saúde integral do adolescente. Disponível em:
<http://www.redepsi.com.br/portal/modules/soapbox/article.php?articleID=95>.
Acesso em 21 de Agosto de 2012.
- Dadoorian, D. (2000). *Um novo olhar sobre a gravidez na adolescência: pronta pra voar*. Rio de Janeiro: Racco.
- Dimenstein, M. D. B (1998). O psicólogo nas Unidades Básicas de Saúde. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v3n1/a04v03n1.pdf>. Acesso em 23 de Outubro de 2012.
- Dimenstein, M. D. B (2001). O psicólogo e o compromisso social no contexto da saúde coletiva.

http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141373722001000200008&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em 23 de Outubro de 2012.

Elias, M. A; Lemos, M. F. & Faria, S. A. (2008). *Projeto travessia: Apoio psicológico a adolescentes grávidas de Itumbiara-Go*. Disponível em <http://www.fafich.ufmg.br/atividades/afetos/teste1/58/trabalho1.pdf>. Acesso em 15 de Abril de 2012.

Ferreira, L. A. M. & Rodrigues, D. G. O. (2008). Gravidez na adolescência e direito à educação: a licença-gestante para estudante. *Revista: Direito do trabalho*. Abril-junho. Editora: Revista dos tribunais.

Guimarães, M. B. & Colli, A. S. (1998). *Gravidez na Adolescência*. Goiânia: UFG

Lessa, B; Queiroz, M. C. & Araújo, S. M. B. (2008). Função paterna e estruturação de valores na adolescência. *Revista: Universitas Ciências da Saúde* - vol.01 n.02 - pp.175-182.

Maldonado, M. T. (2002). *Psicologia da gravidez*. Editora: Saraiva

Ministério da Saúde (2006a). *Manual técnico: Pré-natal e puerpério: Atenção qualificada e Humanizada*. Brasília.

Ministério da Saúde (2006b). *Marco Teórico e Referencial: Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva de adolescentes e Jovens*. Brasília. Editora: MS.

Ministério da Saúde (2007a). *Marco Legal: Saúde, um Direito de Adolescente*. Brasília.

Ministério da Saúde (2007a). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes*. Brasília. Editora: MS.

- Ministério da Saúde (2008). *Programa de atenção Integral à Saúde da Mulher*. Secretaria Municipal de saúde. Protocolo para Assistência ao Pré-natal e Puerpério. Prefeitura de Rio Preto-SP.
- Ministério da Saúde (2008). Políticas Nacional de Humanização. Disponível em http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/163humanizacao_saude.ml. Acesso em 23 de Novembro de 2012.
- Ministério da Saúde (2010). *Cadernos de HumanizaSUS*. V.1. Formação e Intervenção. Brasília: MS.
- Monteiro, D. L. M; Cunha, A. A. & Bastos, A. C. (1998). *Gravidez na Adolescência*. Rio de Janeiro: Revinter Ltda.
- Outeiral, J. O. (1994). *Adolescer: Estudos sobre a adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Perreira, S. V. M. & Bachion, M. M. (2005). Diagnóstico de Enfermagem identificado em gestantes durante o pré-natal. Associação Brasileira de Enfermagem: *Revista Brasileira de Enfermagem* (2005 nov-dez; 58(6): p.659-664.
- Rappaport, C. R; Fiore, W. R & Davis, C. (1981-1982). *A idade escolar e a adolescência*. São Paulo: EPU.
- Schmidt, E. B. & Cols. Interação no ciclo vital: vinculação da gestante e apego materno-infantil. *Revista perspectiva*, v. 29 n° 107 set 2005. p. 19-32

Winnicott, D. W (1896-1971). *Os bebês e suas mães*. Tradução: Camargo, J. L (1999)

revisão: Patto, M. H. S. São Paulo: 2º ed. Martins Fontes.

ANEXOS

Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

“Representações sobre o pré-natal na perspectiva da gestante adolescente”

Instituição dos pesquisadores: Centro Universitário de Brasília- UniCEUB

Professor orientador/ Pesquisador responsável: Morgana de Almeida Queiroz

- Este documento que você está lendo é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Ele contém explicações sobre o estudo que você está sendo convidado a participar.
- Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo.
- Antes de assinar faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo deste estudo é analisar as representações da gestante sobre o pré-natal, durante o pré-natal.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por se enquadrar em todos os pré-requisitos necessários para a realização deste estudo, sendo essas estarem realizando o pré-natal.

Procedimentos do estudo

- Sua participação consiste em responder as perguntas feitas pela pesquisadora auxiliar.
- Todas estas perguntas serão contidas no questionário, já preparado.
- A pesquisa será realizada a partir de encontros informais. Sendo esta a única forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- As entrevistas serão gravadas e transcrita é destruídas após o estudo.

Risco e Benefícios

- Este estudo possui baixo risco que são inerentes

Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento você não precisará participar deste estudo.

- Todos os dados serão manuseados somente pelas pesquisadoras e não será permitido o acesso a outras pessoas.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Portanto, não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.
- Também você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar. Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com uma das pesquisadoras responsáveis.

Confiabilidade

- O material com suas informações contidos na entrevista por meio de gravação ficará guardado sob responsabilidade destas pesquisadoras. Estas garantem o sigilo e confiabilidade das participantes, ou seja, o nome será mantido em sigilo.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas, entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.

Eu, _____ RG _____,

após receber uma explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos autorizo minha filha em fazer parte, voluntariamente deste estudo.

Brasília, _____ de _____ de _____

Participante

Responsável legal da Participante

Pesquisador (a) responsável, celular 61-9202-8351 ou telefone institucional

Pesquisador (a) auxiliar, telefone/celular 61-9647-5528

Projeto aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília

– CEP/UniCEUB, telefone 39661511, e-mail comitê.bioetica@uniceub.br

Anexo 2. Roteiro para a entrevista

Data: ____/____/____

Duração da entrevista: _____

Escolaridade:

Idade:

Tempo de gestação:

Questões- guia

1. Como esta sendo a experiência da gestação, de ser mãe?
2. Esta sendo assistida e/ou apoiada pela família?
3. Esta sendo acompanhada no pré-natal? Se sim, há quanto tempo?
4. Quais profissionais de saúde esta sendo assistida?
5. Como foi recebida por estes?
6. Quais atenções/ serviços estão sendo oferecidos?
7. Esta satisfeita com o atendimento recebido no pré-natal?
8. O que poderia ser melhorado?
9. Qual a ideia que você tem sobre o pré-natal?
10. Você acha que poderia fazer parte deste atendimento outros profissionais da saúde?
Se sim, quais?
11. O que você acha da ideia do acompanhamento de um psicólogo durante o pré-natal?
12. Qual a importância deste profissional para a gestante adolescente neste período gestacional?
13. De que maneira o psicólogo poderia atuar junto a adolescente grávida?

