

**UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO**

**TESE DE DOUTORADO**

**Gestação na adolescência: análise qualitativa de um grupo de puerperas selecionadas de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes**

**Maurício Moraes**

**Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro**

**Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim**

**Pelotas, Junho de 2016.**

**Maurício Moraes**

**Gestação na adolescência: análise qualitativa de um grupo de puérperas selecionadas de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, da Universidade Católica de Pelotas, como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro

Co-orientador: Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim

**Pelotas, Brasil.  
2016**

## Sumário

APRESENTAÇÃO .....	1
PROJETO DE PESQUISA .....	3
1. IDENTIFICAÇÃO.....	4
1.1.Título.....	4
1.2.Doutorando .....	4
1.3.Orientador .....	4
1.4.Co-orientador .....	4
1.5.Instituição.....	4
1.6.Linha de Pesquisa .....	4
1.7.Data.....	4
2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA .....	5
2.1.Introdução .....	5
2.2.Objetivos.....	8
3. REVISÃO DA LITERATURA .....	9
3.1.Gravidez na adolescência .....	9
4. PROPOSTA METODOLÓGICA.....	14
4.1.Delineamento e instrumentos .....	14
4.2.População-alvo e logística.....	15
4.3.Processamento e análise dos dados .....	16
4.4.Aspectos Éticos.....	16
4.5.Orçamento.....	16
4.6.Cronograma .....	16
5. REFERÊNCIAS.....	17
6. ANEXOS .....	19
6.1. Anexo 1: Questionários .....	19

6.2. Anexo 2: Temáticas e Categorias Analíticas.....	21
6.3. Anexo 3: Dados por Categorias (nós).....	22
7. ARTIGOS .....	28
7.1. Artigo 1: Teenager pregnancy: analysis of a selected group of mothers in a cohort following the trajectory of pregnant teenagers as a contribution to medical care and education ..	28
7.2. Artigo 2: Gestação, Parto e Puerpério na Adolescência: Significados para o Cuidado em Saúde, Segundo uma Coorte no Sul do Brasil .....	54
7.3. Confirmações de Submissão.....	70
8. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	71

## APRESENTAÇÃO

No cenário contemporâneo, o universo da gravidez e maternidade englobam uma perspectiva ampliada sobre o tema, contemplando para além das perspectivas técnicas aspectos antropológicos como as dimensões culturais, sociais e afetivas. Neste contexto, gravidez e maternidade devem ser avaliadas integradas ao conjunto de percepções que encerrem as concepções de corpo, de reprodução e das relações de gênero, onde adquirem ressignificação.

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

Após uma breve revisitação da literatura referente à gestação na adolescência, relativamente à sua contextualização psicossocial e quanto às questões de gênero, aspectos da formação, do serviço e de suas racionalidades, assim como algumas concepções das políticas públicas, pude evidenciar possíveis limitações na resolução das demandas femininas para além dos aspectos gineco-obstétricos.

A identificação de transtornos psíquicos como a depressão, especialmente quando presente na gestação, necessita de instrumentos que orientem o profissional de saúde para a detecção precoce e que o manejo do problema, consiga abranger as singularidades vivenciadas pelas gestantes adolescentes, de uma maneira integral e na perspectiva da interdisciplinaridade.

O reconhecimento do imaginário de um grupo de adolescentes que vivenciaram o momento da gestação e o parto e posteriormente o puerpério aparecem, portanto, como

elementos definidores para a elaboração de um projeto de pesquisa com o objetivo de caracterizar este imaginário. A escolha da temática, traz a gravidez na adolescência como um cenário possível para explorar conhecimentos de contribuição à educação médica e à educação de profissionais de saúde.

Neste volume estão incluídos o projeto de pesquisa (Gestação na adolescência: análise qualitativa de um grupo de puérperas selecionadas de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes), os artigos e as considerações finais.

O projeto de pesquisa engloba a delimitação do problema, justificativas e metodologia propostas, bem como as referências utilizadas na construção do projeto.

O primeiro artigo **“Gestação na adolescência: análise de um grupo de puérperas selecionadas de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes como contribuição para a assistência e ensino médicos”**, encontra-se em apreciação para publicação na Revista Bio Med Central Women’s Health e o segundo artigo, intitulado **“Gestação e Parto na Adolescência: falas de puérperas de uma coorte do sul do Brasil e significados para o cuidado em Saúde”**, foi submetido para publicação na Revista Ciência & Saúde Coletiva.

As considerações finais contemplam o desfecho da pesquisa, resgatando os objetivos iniciais e os resultados obtidos com a pesquisa apresentados nos artigos.

## **PROJETO DE PESQUISA**

## **1. IDENTIFICAÇÃO**

### **1.1. Título**

Gestação na adolescência: análise qualitativa de um grupo de puérperas selecionadas de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes.

### **1.2. Doutorando**

Maurício Moraes.

### **1.3. Orientador**

Prof. Dr. Ricardo Tavares Pinheiro.

### **1.4. Co-orientador**

Prof. Dr. Ricardo Burg Ceccim.

### **1.5. Instituição**

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento,  
Universidade Católica de Pelotas.

### **1.6. Linha de Pesquisa**

Depressão pós-parto.

### **1.7. Data**

Novembro de 2010.

## **2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

### **2.1. Introdução**

Na atualidade, a faixa que divisa a infância da idade adulta é muito discutida na sociedade. Tomando por base o aspecto legal, a Lei Federal nº 8.069, de 13/07/1990, mais conhecida como Estatuto da Criança e do Adolescente, define-se como adolescência a faixa etária compreendida entre os 12 e os 18 anos de idade. Já a Organização Mundial da Saúde circunscreve a adolescência à segunda década da vida (dos 10 aos 19 anos de idade) e considera que a juventude se estende dos 15 aos 24 anos de idade. Esses conceitos comportam desdobramentos, identificando-se adolescentes jovens (15 a 19 anos) e adultos jovens (20 a 24 anos de idade). O Ministério da Saúde adota o mesmo referencial utilizado pela Organização Mundial da Saúde <sup>1</sup>.

Utilizando ainda o referencial teórico do Ministério da Saúde, ressalta-se a adoção do termo *vulnerabilidade* ao período da adolescência, compreendido como a incapacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos.

As discussões subsidiadas pelo arcabouço constituído sobre gravidez e maternidade fizeram com que as mesmas se tornassem relevantes no universo antropológico, não se encerrando nos fatos biológicos, mas contemplando dimensões culturais, sociais e afetivas. Deste modo, gravidez e maternidade podem ser estudadas integradas aos sistemas de valores mais amplos no contexto das concepções de corpo, de reprodução e das relações de gênero, em que adquirem multivariados significados<sup>2</sup>.

Para Brandão<sup>3</sup>, a compreensão da dinâmica que rege a construção social de adolescentes e jovens na contemporaneidade é fundamental para a discussão de propostas educativas sobre gravidez na adolescência.

A Organização das Nações Unidas, por meio do Comitê de Direitos da Criança (Recomendação Geral n.º 4, de 6 de junho de 2003), afirma que garantir direitos ao adolescente (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente da anuência de seus responsáveis, vem se revelando como elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. 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.

Vários estudos têm demonstrado a alta prevalência de risco de suicídio, ideação suicida e depressão (na gestação ou no período pós-parto)<sup>4, 5, 6</sup>. 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 em Atenção Primária, porta de entrada do sistema de saúde que concentra grande parte do cuidado pré-natal, particularmente em adolescentes.

A análise do contexto ampliado de significações e subjetividades presentes na gestação na adolescência e suas interfaces com o surgimento da depressão neste período pode contribuir na elaboração de estratégias preventivas eficazes no âmbito da saúde coletiva.

A pesquisa em execução “Intervenção psicológica para prevenção da depressão gestacional e do pós-parto em adolescentes: Ensaio randomizado”<sup>7</sup> tem como objetivo principal verificar a efetividade da intervenção de base cognitiva no 2º trimestre de

gravidez para a prevenção da depressão na gestação e no pós-parto e traz ainda como objetivos secundários, entre outros, identificar os fatores associados à depressão e ideação suicida gestacional na adolescência entre os quais variáveis sócio demográficas, uso de drogas ilícitas, tabagismo, atividade física, consumo de álcool, uso e conhecimento prévios sobre de métodos anticoncepcionais, iniciação sexual, qualidade de vida, religiosidade além de outros comportamentos relacionados à saúde. No atual estágio a pesquisa conta com mais de 500 gestantes adolescentes cadastradas, tendo sido as mesmas alocadas em diferentes grupos (com intervenção cognitiva e psicoeducação na perspectiva do foco do estudo). Estas gestantes estão em acompanhamento e recebem conforme a estruturação da pesquisa, avaliações periódicas.

O presente projeto em composição com a pesquisa citada, trazendo o referencial da pesquisa qualitativa, propôs a análise do grupo de gestantes adolescentes com ênfase na verificação dos imaginários relacionados com as temáticas da gestação na adolescência e possíveis condicionantes e desencadeantes de depressão, nas etapas discriminadas antes e pós-intervenção da pesquisa em execução.

A metodologia qualitativa, segundo Minayo<sup>8</sup>, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das crenças, valores e atitudes, respondendo a questões muito particulares do campo de pesquisa estudado. Esta metodologia, portanto, aparece com potencialidade para a proposta do projeto, complementando a análise quantitativa ora em execução.

## **2.2. Objetivos**

### Principal:

Verificar o imaginário presente no grupo de gestantes cadastradas na pesquisa em execução, nas suas etapas tanto de pré e pós-intervenção, utilizando como temáticas problematizadoras a gestação na adolescência e possíveis fatores condicionantes e determinantes para depressão.

### Secundário:

Caracterizar o universo da adolescência e gestação e seus significados para o grupo em estudo.

### **3. REVISÃO DA LITERATURA**

#### **3.1. Gravidez na adolescência**

Notadamente na literatura têm-se caracterizado a gestação na adolescência com ênfase na problemática social, fatores como a alteração nos padrões de fecundidade e redefinições na posição da mulher, especialmente relacionadas ao trabalho e também perspectivas diferenciadas com relação aos estudos e profissionalização tem norteados essa caracterização<sup>3</sup>.

Estudos de base populacional enfatizam a existência de riscos relacionados ao evento gestação como desinformação, dificuldades de acesso ao sistema de saúde (métodos contraceptivos) e ainda, a gestação nesta faixa etária remete ao conceito de “interrupção de trajetória”, com um discurso amplamente normativo. Entretanto, relativizar o argumento da desinformação e valorizar o papel fundamental que a vivência da sexualidade exerce na construção social do jovem, permite captar regras socioculturais que permeiam o fenômeno, sendo na esfera da sexualidade o ensaio para formas de autonomização da juventude<sup>3</sup>.

Tomando por base o cenário da assistência, existe um número significativo de programas visando orientar os jovens para o enfrentamento da experiência gestação, mas ainda com um pequeno alcance na população jovem. Estas orientações normalmente estão focadas no aspecto punitivo da gestação, utilizando conotações como irresponsabilidade, descuido e falta de perspectiva futura. Segundo Scott<sup>9</sup>, 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 a ideia de tê-lo muitas vezes é um teste da organização da

própria família, com o significado importante no rito de passagem entre a saída da infância e a entrada em uma vida adulta plena.

A pesquisa sobre *Gravidez na adolescência: estudo multicêntrico sobre jovens, sexualidade e reprodução no Brasil* (Gravad), apresentada por Heilborn<sup>10</sup>, quanto a maternidade e a juventude, realizada em três grandes capitais brasileiras, mostra alguns dados muito ilustrativos sobre as discussões em torno da sexualidade e gravidez na adolescência. Alguns dados merecem destaque como, por exemplo, as características de ficar e namorar, por cidade e sexo, onde 86% das mulheres e 88% dos homens entrevistados (idades entre 18 e 24 anos de idade) da cidade de Porto Alegre tiveram experiências de namorar e ficar, sendo que para os indivíduos que apenas namoraram as relações sexuais aconteceram, no primeiro namoro, para 37% das mulheres e 44% dos homens. A idade mediana do primeiro namoro foi a de 15,4 anos tanto para os homens quanto para as mulheres.

Para as mulheres de Porto Alegre que iniciaram relações sexuais até os 15 anos de idade, 82% iniciou atividade sexual com o namorado que, em 44% dos casos, possuía cinco anos ou mais que as meninas, tendo conhecido este parceiro, em 41% das vezes, na vizinhança do local onde residia. Com relação aos motivos que levaram à relação sexual, para a mesma faixa etária, 41% das adolescentes apontaram “amor”, enquanto que para os homens da mesma faixa etária este motivo apareceu para 21% dos rapazes de até 16 anos de idade, sendo mais freqüente para os homens o motivo “tesão”, equivalente a 40% dos entrevistados. Em 50% dos casos, os(as) amigos(as) foram às pessoas que primeiro souberam sobre a relação, para ambos os sexos. Com relação aos pais as adolescentes informaram quase três vezes mais para as suas mães sobre a primeira relação quando compara-se aos rapazes que informaram aos seus respectivos pais (homens).

Valendo-se da opinião de jovens de camadas populares (jovens cujas mães têm até o nível fundamental completo de escolaridade) sobre a possibilidade de controle do desejo sexual, segundo sexo e escolaridade, destaca-se que para 16,2% das mulheres com nível de escolaridade fundamental incompleto não é possível controlar o desejo sexual, enquanto este índice cai para 6,1% das mulheres com nível de escolaridade superior incompleto. Para os homens, 27% apontam que não é possível controlar o desejo sexual por muito tempo entre os de nível de escolaridade fundamental incompleto, caindo para 22,7% entre os homens com nível de escolaridade superior incompleto.

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

Tomando por base os dados específicos de gravidez, a pesquisa aponta ainda que a proporção de jovens com gravidez na adolescência nas capitais brasileiras foi menor que as que podem ser obtidas em 43 países em desenvolvimento na África, na Ásia e Caribe, sendo próxima àquela de países da América Latina, onde cerca de 1/3 das mulheres residentes em áreas urbanas já tinha pelo menos um filho antes dos 20 anos. Mesmo considerando que as proporções apresentadas nesse estudo não incluam as que tiveram gestações terminadas em aborto, ainda assim a experiência de gravidez na adolescência entre jovens brasileiras é mais frequente. Considerando algumas

características sócio demográficas como escolaridade e renda, salienta-se que 72,5% das mulheres com gravidez antes dos vinte anos na cidade de Porto Alegre possuem nível de escolaridade fundamental incompleto, enquanto que somente 10,2% das mulheres com gravidez antes dos vinte anos, na mesma cidade, possuíam nível de escolaridade médio completo ou superior. Com relação a renda familiar mensal *per capita*, 67,7% das meninas que engravidaram antes dos vinte anos tinham renda considerada muito baixa (até R\$ 90,00), enquanto que 5,4% das meninas que engravidaram tinham renda considerada alta (acima de R\$ 540,00).

Dados de outros censos, como a Pesquisa Nacional em Demografia e Saúde, de 1996, apontavam que 14% das adolescentes já possuíam pelo menos um filho e as jovens mais pobres apresentavam fecundidade dez vezes maior. Entre 1993 e 1998, em torno de 50 mil adolescentes foram parar nos hospitais públicos devido às complicações por aborto clandestino, sendo três mil na faixa dos 10 aos 14 anos de idade<sup>11</sup>. No início dos anos 2000, foram realizados 689 mil partos de adolescentes no Brasil, o equivalente a 30% do total de partos no país.

Tomando por base dados de outra pesquisa que comparava as mães adultas com as adolescentes, os mesmos apontavam para o fato de que as mães adolescentes interagem mais com seus bebês comparativamente às mães adultas, particularmente nos aspectos “oferecer o seio” e “estimular o bebê”, sendo considerado este último como os atos de tocar, acariciar, afagar, beijar, acalantar e esfregar o bebê<sup>12</sup>.

Para Pinheiro<sup>13</sup> “em uma perspectiva sociocultural, a maternidade entre as adolescentes é situada em relação ao contexto social em que se inscreve”, devendo ser enfocada como manifestação de uma rede de significações doadora de sentidos e como

alternativa de construção de um projeto de vida que seja “compatível com as expectativas, normas e possibilidades disponíveis”.

## **4. PROPOSTA METODOLÓGICA**

### **4.1. Delineamento e instrumentos**

Estudo com abordagem metodológica qualitativa, sendo proposta a análise temática na identificação dos significados e a categorização analítica dos elementos conceituais ao estudo. A categorização analítica utilizada como metodologia de pesquisa serve ao entendimento de como estão presentes (não quais são) os conceitos e percepções acerca da gravidez na adolescência, parto e puerpério para as meninas (não o casal ou par), podendo ser considerada uma espécie de entrevista, mas acima de tudo uma conversa motivada por tema gerador.

Foi utilizado como instrumental um questionário semiestruturado baseado em perguntas que englobam o universo que será pesquisado, bem como elementos que possam ser associados à temática da depressão, composto somente de questionamentos abertos, buscando redes associativas de ideias, opiniões e contradições e *insights* individuais. A análise sistemática e cuidadosa dos dados obtidos forneceu pistas sobre como a situação é percebida.

Utilizou-se o grupo de gestantes cadastradas na pesquisa referencial, sendo a amostra definida pelo número necessário de gestantes para a saturação dos dados. A intenção da amostragem na pesquisa qualitativa é garantir a presença da diversidade no grupo estudado, incluindo sujeitos que normalmente são excluídos da metodologia quantitativa tradicional, pois não se trata de um número representativo, e sim de um grupo com potencial para problematizar processos que comumente não são notados. A definição do número de participantes ocorreu no desenvolvimento da pesquisa.

## **4.2. População-alvo e Logística**

De um total de 540 gestantes acompanhadas numa coorte de adolescentes grávidas (coorte previamente apresentada e caracterizada nos estudos de Pinheiro<sup>14</sup>), foram selecionadas aleatoriamente 136 puérperas entre 24 e 30 meses após o parto, as quais responderam, também de forma aleatória aos questionários (roteiros semiestruturados) definidos em dois conjuntos de perguntas (anexo 1), sendo algumas perguntas as mesmas, com o propósito de ampliação da mesma temática.

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 gestantes, 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 para a análise.



## 5. REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF, 2005. 60 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
2. PAIM, H.H.S. Marcas no Corpo: gravidez e maternidade em grupos populares. In: DUARTE, L.F.D. (org.). Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.
3. BRANDÃO, E.R.; HEILBORN, M.L. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cadernos de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1421-1430, jul. 2006.
4. O'BOYLE A.L, MAGANN E.F, RICKS R.E JR, DOYLE M, MORRISON J.C. Depression screening in the pregnant soldier wellness program. South Med J. 2005 Apr;98(4):416-8.
5. COWELL J.M, GROSS D, MCNAUGHTON D, AILEY S, FOGG L. Depression and suicidal ideation among Mexican American school-aged children. Res Theory Nurs Pract. 2005 Spring;19(1):77-94.
6. NEWPORT D.J, LEVEY L.C, PENELL P.B, RAGAN K, STOWE Z.N. Suicidal ideation in pregnancy: assessment and clinical implications. Arch Womens Ment Health. 2007 Oct;10(5):181-7. Epub 2007 Aug 30.
7. PINHEIRO RT. “Intervenção psicológica para prevenção da depressão gestacional e do pós-parto em adolescentes: Ensaio randomizado” Projeto de Pesquisa, EDITAL MCT/CNPq/MS-SCTIE-DECIT/CT-Saúde nº 022/2007, UCPEL, UFRGS e FFCMPA.
8. MINAYO, MCS. (org). Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis. Ed. Vozes, 2007.

9. SCOTT, RP. SCOTT, P. R. Casi adulta, casi vieja: por qué anticipar las fases del ciclo vital? Interface \_Comunic, Saúde, Educ., v.5, n.8, p.61-72, 2001.
10. HEILBORN, M.L...[et al.]. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond e Fiocruz, 2006.
11. BALLONE, G.J. Gravidez na Adolescência. In: PsiquWeb, Internet, disponível em <http://www.psiqweb.med.br>, revisto em 2004.
12. SCAPPATICCI, A.S.S Interação precoce mãe-bebê: um estudo comparativo entre mães adolescentes e mães adultas. Dissertação de Mestrado, Departamento de Psiquiatria, UNIFESP, 2000.
13. PINHEIRO, V.P. Repensando a maternidade na adolescência. Estudos de Psicologia 2000, 5(1), 243-251.
14. COELHO, F.C; PINHEIRO, R.T; SILVA, R.A; QUEVEDO, L.A; SOUZA, L.D.M; CASTELLI, R.D; MATOS, M.B; PINHEIRO, K.A.T. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association (RBP Psychiatry). 2013; 35:051-056.

## 6. ANEXOS

### 6.1. Anexo 1: Questionários (roteiros semiestruturados)

Universidade Católica de Pelotas - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO DOS PAIS ADOLESCENTES E MODOS OU DIVERSIDADES DE VÍNCULO.

Questionário de número \_\_\_\_

1. Sua gestação foi planejada?
2. Quem participa do cuidado de seu (sua) filho (a)?
3. Como você avalia a qualidade do cuidado que seu (sua) filho (a) conta?
4. Quais pontos você definiria como positivos ou negativos no fato de você ter engravidado?
5. Você pensa em engravidar novamente?
6. Como foi a realização do seu pré-natal?
7. Como você definiria o atendimento prestado pelo serviço de saúde no Pré-Natal e no parto?
8. Você fez ou faz acompanhamento com seu filho (a) em algum serviço de saúde?
9. Cite três palavras que te definem antes da gestação.
10. Cite três palavras que te definem agora, após a gestação.

Universidade Católica de Pelotas - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO DOS PAIS ADOLESCENTES E MODOS OU DIVERSIDADES DE VÍNCULO.

Questionário de número \_\_\_\_

1. Sua gestação foi planejada?
2. Quando seu (sua) filho (a) nasceu, quais eram seus planos de vida (trabalho, estudo, casamento, viagem...)?
3. Algo mudou? Em caso afirmativo: Como avalia essa mudança?
4. Quais foram as reações de seus familiares e amigos quando souberam da gravidez?
5. Quem te ofereceu apoio ou críticas neste momento?
6. - De quem apoiou qual o apoio?

7. - De quem criticou qual a crítica?
8. Quais as dificuldades que você apontaria nestes dois últimos anos para a criação de seu (sua) filho (a)?
9. O relacionamento que você tinha com o pai de seu (sua) filho (a) mudou? Como?
10. O relacionamento que você tinha com os seus pais mudou? Como?
11. Como você tem feito para cuidar de seu (sua) filho (a)?
12. O que você pensa sobre o melhor intervalo para engravidar e sobre as melhores idades para engravidar?

## 6.2. Anexo 2: Temáticas e Categorias Analíticas

<b>TEMÁTICA</b>	<b>CATEGORIA ANALÍTICA</b>
<i>ACOMPANHAMENTO DO FILHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE</i>	ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>APOIOS OU CRÍTICAS POR TER ENGRAVIDADO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>DEFINIÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO NO PRÉ-NATAL/PARTO</i>	ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PALAVRAS QUE A DEFINEM ANTES DA GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>PALAVRAS QUE A DEFINEM PÓS-GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>DIFICULDADES NA CRIAÇÃO DOS FILHOS</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>COMO TEM FEITO PARA CUIDAR O FILHO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>MELHOR INTERVALO PARA GESTAÇÕES</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>MELHOR IDADE PARA ENGRAVIDAR</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>O QUE MUDOU NA VIDA COM A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>QUEM PARTICIPA DO CUIDADO DO FILHO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PERCEPÇÃO SOBRE O PRÉ-NATAL</i>	ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>NOVAS GESTAÇÕES</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PLANOS DE VIDA ANTERIORES A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DE TER ENGRAVIDADO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>COMO AVALIA A QUALIDADE DO CUIDADO RECEBIDO PELO FILHO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>REAÇÕES DE FAMILIARES E AMIGOS QUANDO ENGRAVIDOU</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>RELACIONAMENTO FAMILIAR MUDOU COM A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>RELACIONAMENTO COM O PAI DA CRIANÇA MUDOU COM A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE

**6.3. Anexo 3: Dados por Categorias (nós – exemplo da categoria apoios ou críticas por ter engravidado)**

*<Internos\\Transcri56es fase I\\Quest 2009> - § 2 referencias codificadas [15,50% Cobertura]*

*Referenda 1 - 10,11% Cobertura*

*\* Apoio foi minha mae. A minha filha completou dois anos e eu tava morando com a minha ,mae ainda. Agora eu me casei com o pai da minha filha mesmo porque quando eu engravidei nos nao tava junto. Ai eu morei ate os dois anos com a minha filha, com a minha mae. Minha ,mae e meu padastro que me deram apoio.*

*Referencia 2 - 5,39% Cobertura*

*\* Ah! Do pai antes. Ele falava muito que nao era dele. Mas agora ele sabe que e dele porque ele viu qua a guria nasceu com tudo, ate, sinal, tudo dele. Tudo do pai.*

*<Intemos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 2031> - § 1 referencia codificada [6,43% Cobertura]*

*Referencia 1 - 6,43% Cobertura*

*\* A minha mae me apoiou. E, na verdade, ninguem me criticou porque a minha familia e muito unida e todo mundo me ajudou. Ninguem falou nada contra. Sempre me ajudaram.*

*Referenda 1 - 5,91% Cobertura*

*\* Criticar ninguem criticou. Mas todo mundo sempre me apoiou: minha mae, meu marido, meus irmaos. Todo mundo sempre vendo tudo pra me ajudar.*

*<Internos\\Transcri56es fase I\\Quest 2141> - § 1 referenda codificada [3,82% Cobertura]*

*Referenda 1 - 3,82% Cobertura*

*“ Critica nao teve, quem me apoiou mais foi a minha mae.”*

*<Intemos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 2164> - § 1 referenda codificada [10,36% Cobertura] Referenda 1 - 10,36% Cobertura*

*“Todo mundo me apoio, minha mae meu pai, meu pai nao, a minha tia a minha sogra, meu marido, todo mundo me apoio, so o unico que nao queria era meu pai, ele falo que eu era muito nova pra se mae”*

*<Intemos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 2178> - § 1 referenda codificada [2,74% Cobertura]*

*Referenda 1 - 2,74% Cobertura ? Todo mundo me apoiou, nao teve critica.*

*<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 2211 > - § 1 referenda codificada [6,90% Cobertura]*

*Referenda 1 - 6,90% Cobertura*

*Eu recebi apoio do pai do Renan, do meu pai da minha mae. O unico que me criticou foi o meu irmao.*

<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 2232> - § 1 referenda codificada [20,37% Cobertura] Referenda 1 - 20,37% Cobertura

“O apoio bastante foi o pai do meu filho, bastante, foi mais dele logo depois da minha mae, quando ela aceitou a gravidez. E criticas, a minha mae, meu pai ate entao nao falava muito, mas a minha mae bastante. Criticava, assim que ela conversava, com a gente assim eu muito, nao digo que a culpa nao e dela, sabe, mas quando eu quis ir no ginecologista, ela nao quis me levar, ela dizia que era uma vergonha pra ela me levar no ginecologista. Entao ela preferia me levar em um postinho longe daqui da minha, do meu bairro, pra ninguem sabe. Eu acho isso ruim, nao digo que a culpa e dela, mas foi ruim. Quem me levo pela primeira vez no ginecologista foi o pai do meu guri. Ele que marco e eu que fui no ginecologista. Comecei a tomar, a me cuidar em rela9&o a isso, foi ele.”

<Internos\\Transcri96es fase I\\Quest 2234> - § 1 referenda codificada [4,68% Cobertura] Referenda 1 - 4,68% Cobertura

“Critica nenhuma, apoio todo mundo, me ajudo, normal.”

<Intemos\\Transcri£6es fase I\\Quest 2237> - § 1 referenda codificada [3,43% Cobertura] Referenda 1 - 3,43% Cobertura

<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 2761> - § 1 referenda codificada [1,28% Cobertura]

Referenda 1 - 1,28% Cobertura “Ninguem critico” <Internos\\Transcri56es fase I\\Quest 2826> - § 1 referenda codificada [6,47% Cobertura] Referenda 1 - 6,47% Cobertura

*minha mae falou que eu ia ver so o que era ser mae, cuidar de um filho, mas me apoio, o pai da L , meus amigos so que apoiaram".*

*<Internos\\Transcri56es fase I\\Quest 2863> - § 1 referencia codificada [2,71% Cobertura] Referencia 1 - 2,71% Cobertura*

*\* Amigos, minha mae, a avo, todos me apoiaram e me ajudaram.*

*<Intemos\\TranscriQoes fase I\\Quest 2910> - § 1 referencia codificada [2,50% Cobertura] Referencia 1 - 2,50% Cobertura Minha mae e meu pai me deram apoio.*

*<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 2996> - § 1 referencia codificada [5,13% Cobertura] Referencia 1 - 5,13% Cobertura*

*Apoio todo mundo e cntica nao me importou no momento*

*<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 3006> - § 1 referencia codificada [2,03% Cobertura] Referencia 1 - 2,03% Cobertura apoio meu pai e minha mae.*

*<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 3052> - § 1 referencia codificada [14,25% Cobertura] Referencia 1 - 14,25% Cobertura*

*" todo mundo me deram apoio, todo mundo ficaram faceiro, nao nao tive nenhuma... porque eu ja queria, e todo mundo ja sabia que eu queria, entao, ficaram contente quando souberam que eu estava grávida porque eu custei a ficar."*

*<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 3054> - § 1 referencia codificada [3,67% Cobertura]*

*Referencia 1 - 3,67% Cobertura*

*Cntica ninguem mais apoio a minha famNia.*

<Internos\\TranscriQ6es fase I\\Quest 3071> - § 1 referencia codificada [2,94% Cobertura] Referencia 1 - 2,94% Cobertura

*Ah eu acho que me apoiaram todos assim.*

<Internos\\Transcri96es fase I\\Quest 3179> - § 2 references codificadas [3,99% Cobertura]

*Referenda 1 - 1,09% Cobertura*

\* *Foi a minha mae.*

*Referencia 2 - 2,90% Cobertura*

\* *Ela falou que era para eu dar melhor educa9&o.*

<Intemos\\Transcri£6es fase I\\Quest 3187> - § 1 referencia codificada [4,67% Cobertura] Referencia 1 - 4,67% Cobertura

*Ah! Meu pai, a mulher do meu primo, a FULANA. Ah! Meus familiares todos me apoiaram.* <Intemos\\Transcri£6es fase I\\Quest 3226> - § 1 referencia codificada [1,76% Cobertura] Referencia 1 - 1,76% Cobertura

\* *Minha mae. Ninguem criticou.*

<Intemos\\Transcri£6es fase I\\Quest 3258> - § 1 referencia codificada [4,21% Cobertura] Referencia 1 - 4,21% Cobertura

*"os amigos, os familiares isso apoio, critica nao"*

*<Intemos\\Transcri£6es fase I\\Quest 3381> - § 1 referencia codificada [2,31% Cobertura]*

*Referencia 1 - 2,31% Cobertura*

*Ninguem, apoio todo mundo, mas critica ninguem.*

*<Internos\\Transcri56es fase I\\Quest 3439> - § 1 referencia codificada [4,29% Cobertura] Referencia 1 - 4,29% Cobertura*

*"quem me apoiou mais foi meu pai e minha madrasta e que me criticou mais foi minha mae.*

## 7. ARTIGOS

### 7.1. Artigo 1:

*Teenager pregnancy: analysis of a selected group of mothers in a cohort following the trajectory of pregnant teenagers as a contribution to medical care and education.<sup>1</sup>*

<sup>1</sup>Manuscrito em Avaliação na Revista BMC Women's Health

***Teenager pregnancy: analysis of a selected group of mothers in a cohort following the trajectory of pregnant teenagers as a contribution to medical care and education.***

***Maurício Moraes\****

***Ricardo Burg Ceccim\*\****

***Fábio Monteiro da Cunha Coelho\****

***Luciana de Ávila Quevedo\****

***Ricardo Azevedo Silva\****

***Karen Amaral Tavares Pinheiro\****

***Ricardo Tavares Pinheiro\****

**ABSTRACT**

**Background:** *Medical education in health care on the condition of pregnant women and teenage mothers, limitations and possibilities.*

**Methods:** *This research results from qualitative analysis of a group of mothers selected from among participants in a cohort that follows the trajectory of pregnant teenagers. It aimed to understand and characterize the singularities expressed by this group, relating them into three categories: medical education, health care and the universe of pregnant teenagers. A questionnaire comprised of open questions was administered in interviews with teenagers mothers and was subsequently analyzed using thematic analysis.*

**Results:** *136 teenage mothers answered the questionnaire, and of these 79% of references indicate follow-up in health services, 15.5% qualify care provided as inadequate, especially during delivery, and 75% positive references to the fact of having got pregnant.*

**Conclusions:** *The results show the implications and challenges, among others, existing for antenatal, delivery and postpartum teaching and practice in relation to adolescent women and serve as elements for rethinking practical proposals.*

**Keywords:** *teenage pregnancy, medical education, maternal and child health care.*

\* Graduate Program in Health and Behavior, Universidade Católica de Pelotas, Brazil

\*\*Graduate Program in Education, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brazil

## **INTRODUCTION**

Whether explicitly or implicitly, medical literature endows doctors with an idealized imaginary power in relation to curing, a power which promotes life and controls death. Notwithstanding, the literature does not indicate resources or strategies in relation to treatment, listening, or building therapeutic projects that take “life itself” into account, i.e., life in its singularity, life beyond the body or where life is at variance with the body, such as dreams, desires, pleasures and fantasies<sup>1</sup>. In this way, one can only refer to biological survival, and not to life as lived in the concrete experience of “investing in existence”. Although it is a necessary support for the course of life, the body is limited to its material basis, and does not explain factors relating to adherence or non-adherence to treatment, early or late accessing of professional health services, therapeutic itineraries involving popular, religious, scientific, official or other services. The educational model contributes to this verification of professional realities, given that invariably it does not cover – during professional training – aspects of the “medical humanities”, it does not problematize the issue of life in the active life experience of relationships, affection, surprises, challenges, enchantments and disenchantments<sup>2</sup>.

Addressing the theme of “comprehensive health care” implies medical conduct involving these “subjective” conditions which are present in clinical practice, in care follow-up and in treatment outcomes. Female issues, in the case of comprehensive women’s health care, are emblematic, when one considers just how long the agenda of the feminist movement has been demanding changes in gynaecology and obstetrics care and the political struggle in defence of natural childbirth<sup>3</sup>. Especially in antenatal medical care, this being a physiological event that requires professional care, there is a strong presence of sociocultural, psychological/affective issues or moral and religious values, *inter alia*. Even in this area, medical training is directed towards the biology of reproduction, whereby the biology of reproduction occupies a “naturalist” place, over and above narratives or circumscriptions<sup>4</sup>. Providing medical care to pregnant women during the antenatal period, pregnancy and puerperal cycle or to women including their gender vulnerabilities and femininities is an inseparable or indistinguishable part of medical care with regard to comprehensive women’s health care.

## **OBJECTIVE**

To contextualize and characterize the singularities of a group of women who recently gave birth and who are part of a cohort of pregnant teenagers, relating them to the categories of medical education, health care and the universe of pregnant women, with the aim of informing reflections on medical training and professional care during the

antenatal, childbirth and postpartum periods and the possible implications for and challenges to rethinking these practices.

## **METHODS**

The methodology used follows the parameters of qualitative research, using thematic analysis to identify the signification as well as analytical categorization of the study's conceptual elements. 136 postpartum teenagers were randomly selected between 24 and 30 months following childbirth from a total cohort of 828 pregnant teenagers (this cohort has already been presented and characterized in studies performed by Pinheiro<sup>5</sup>). The 136 teenagers randomly answered open-ended questionnaires (semi-structured interview guides) comprising two sets of questions (Appendix 1) relating to the themes proposed by the study. Some of the questions were repeated in each set with the aim of examining the same theme in greater depth. There was no prior delimitation of the number of postpartum teenagers. Rather, the time criterion for administering the interviews was three months and, using the data saturation technique in an initial analysis, the final number of 136 pregnant teenagers relates to the moment when reply saturation was reached. The interviewers received prior training so as not to interfere during the interview and let the respondents give their answers without any kind of filtering. The data collected was analyzed using NVivo 9 software, whereby the themes were selected and the analytical categories were identified (Appendix 2). The research project was approved by the Catholic University of Pelotas Research Ethics Committee. All ethical requirements were complied with throughout all stages of the study. The author(s) declare that they have no competing interests.

## **THEORETICAL PERSPECTIVE OF THE STUDY**

Medical knowledge takes on the role of an intervener and directs health actions towards the logic of reproducing technicist procedures that invest in the body. This way of acting is not capable of addressing "real life" events or the singularizations they contain. Teenage pregnancy is a particularly relevant example, since it includes the theme of the age group covering the special period of growth and development, represented by puberty, the exacerbation of sexual activity, the clamour of the social identity of gender, the differentiation from childhood and greater recourse to one's own actions and the taking of autonomous decisions. The debate on Teenage pregnancy provides a possible scenario for exploring knowledge capable of contributing to the education of doctors or other health professionals and to research on health and behaviour, since it includes the socio-economic structure, the provision of educational and cultural equipments, the implementation of teaching-service integration in the area of health, opportunities for

overcoming sociohistorical and psychological/affective exposures, sexuality, gender and reproductive health policies, diversity of sexual orientation and notions of body, youth, risk and vulnerability.

From this point of view, pregnancy, motherhood and fatherhood can be studied as part of broader value systems within the context of conceptions of body, reproduction and gender relations, where they take on multivariate meanings<sup>6,7</sup>. Although pregnancy, motherhood and fatherhood have a social character, they are perceived by health professionals as processes of a natural character, culturally imposed and reinforced by school education in general and professional training in a sophisticated manner (social determinants of being healthy - becoming ill - getting better). Teenage pregnancy, motherhood and fatherhood are enshrouded with moral values that do not only affect this social group, but also involve the subjectification of women and men in general, whereby health precepts are to be reflected in concepts of health, becoming ill, being cured or health protection.

Often discourses occurring in education and health place value on innate abilities women are presumed to have, such as prioritizing the needs of their children over their own needs, breastfeeding their newborn children until they are able to eat by themselves and combining taking care of their children with doing housework and having a job. One of the effects of the power of this discourse is that it makes females responsible for biological and social reproduction, bringing up children and providing support to the needs that ensure the family's survival<sup>8</sup>. With regard to adolescence, several socio-anthropological studies have sought to characterize youth within a comprehensive territory of social diversity, bringing diverse perspectives such as placement on the job market, education and cultural expressions. Some phenomena have been indicated in these studies, highlighting adolescence as a process of transition to adult life, including the "prolongation of youth" and the postponement of conjugal life. However, owing to the marked social and regional differences in Brazilian society, these specificities vary according to different material conditions and gender and racial differentials lived by social groups, so that the trajectories of youth have a very heterogeneous profile. When considering youth as being responsible for breaking away from a given order of values and standards, it is usually seen as a "social problem" and, within this context, teenage pregnancy bears the brunt of discrimination because it hinders or prevents that which is considered desirable for development in this age range.

Considering the socio-cultural aspect, teenage motherhood is related to its cultural context, whereby it is focused as a manifestation of a network of significations which provides meanings and as an alternative to building a life plan that is "compatible with available expectations, norms and possibilities". A revision of the literature on teenage pregnancy in relation to its psychosocial contextualization and as to gender issues, aspects of training, health services and their rationalities, as well as certain conceptions

of public policies, can reveal possible limitations in meeting female needs beyond gynaecological and obstetrical aspects (Meyer, 2005; Madeira, 1997; Heilborn *et al.*, 2006 and Scavone, 2001<sup>9,10,11</sup>). The significations present in the universe that encompasses teenage pregnancy therefore need to be problematized and recognized with the aim of transforming the reality of women's health care, in particular the teaching/training of care professionals in providing antenatal care to teenagers.

## **DESCRIPTION OF THE RESULTS**

The definition of the analytical categories was based on this study's objective of understanding the signification of the replies given by the postpartum teenagers. The questionnaires were therefore compiled with open-ended questions with the aim of triggering the appearance of subjectivities in the themes proposed. The intention of the distinct categories is to indicate the interfaces that exist between the perspective of medical education (**education category**), the health care model (**health care category**) and the point of view of pregnant teenagers, characterizing the process of pregnancy, both before and afterwards, and also individual experiences, considering each postpartum teenagers current and future plans (**category of the universe of pregnant/postpartum women**).

In our presentation of the results we have opted to describe the most recurrent themes, their respective categories of analysis and their elucidatory contents. The presence of elements such as family, society, school and health service, for example, owing to their high occurrence, were considered to be "strong themes" and their definition has been highlighted in the results (Table 1).

## **ANALYSIS**

Two themes were recurrent in the health education/care category: the follow-up of the children born to the teenagers in health services and the definition of the care provided (perception) in the antenatal period and at childbirth. The majority of the postpartum teenagers were found to be concerned about the follow-up provided for their children and in general used their primary health care centres as a reference for follow-up. Follow-up in turn was notably characterized by certain objectives: weighing, measuring and vaccination. It is therefore appropriate to list what the postpartum teenagers had to say about difficulties they faced in rearing their children. Health services offer procedures but not support.

Many difficulties relate to issues involving rearing their children and also economic difficulties and difficulties with family relationships. Nothing was found to be said by the teenagers identifying health services as being a reference for providing assistance with these issues.

According to Ceccim<sup>12</sup>, producing care includes a process of developing health actions and services implying the construction of possible responses to the pain, anguish, distress, worries, suffering and problems that people bring to health services, so that it should not only produce appointments, services and procedures, but also a process of consultation, service and procedure provision capable of giving rise not only to treatment, but also to knowledge and the sensation of care, as well as autonomy and the will to live in each service user. It is essential that health services reach out to women and attempt to get to know them: their living and working conditions; their conceptions as to their health, factors that are favourable or prejudicial for them; conceptions of listening, treatment, cure and care; their habits and the measures they take to solve their problems when they become ill or do not feel well, and what they do to follow-up on physiological events. Providing comprehensive care assumes corresponding to the singular components comprising a health need, perceiving the singularities and not just the homogeneities of someone who is seeking care.

Another outstanding point is access to health services. No significant restrictions to access were highlighted, even considering the fact that antenatal, childbirth and child care follow-up services are different.

With regard to the care provided, it is noteworthy that antenatal care was considered to be good and in most cases emphasis was placed on the characteristics of care and the pregnant teenagers perception regarding the existence of their practitioner at the service where they seek care. On the other hand, child delivery was seen as having some shortcomings by the pregnant teenagers, especially in observations made regarding the circumstances in which delivery occurred. In the case of some of the postpartum teenagers, there is clear reaffirmation of stigmatization in relation to the environment involved in the moment delivery took place, particularly vaginal delivery, as expressed in comments such as “delivery was painful” or “it took too long”.

A relevant finding is the detachment between antenatal care, delivery and subsequent child care follow-up. This is caused by the fragmented care model (antenatal care is provided by one service, delivery by another and sometimes child care is provided by yet another service). Some public policies existing in Brazil, particularly the policy on the humanization of antenatal and childbirth care focus this context. One of the alternatives presented in relation to this fragmentation are “lines of care”, whereby there is a clear design of the patient’s trajectory through the services and whereby services are integrated and communicate with each other.

When organizing Lines of Care it is essential to plan service flows that ensure that health team actions resolve issues, being centred on welcoming, informing, providing care and making referrals within a caring network (referral and counter-referral system as a link between care services and not a rationalization of a top-down and bureaucratic hierarchy of the use of care resources), in which service users, through access which includes them, understand the structure of the service and the care network and, based on their experience of it – how they understand it and feel part of it – are capable of influencing how it occurs<sup>12</sup>.

Also noteworthy is what they said about the positive or negative aspects of having become pregnant. 75% of the 136 postpartum teenagers made positive comments about having become pregnant. Some of these comments are extremely significant and elucidating, such as “having my child was very important, it is my reason for being alive” or “he is everything to me”. Another aspect corroborating these comments is the fact that some 50% indicated that their pregnancy was planned.

The period of adolescence, in general, is accompanied by the connotation of being a social problem and is characterized by expressions such as *confusion*, *crisis* and *risk*. The term “risk” is indeed used frequently, as can be seen in expressions such as *high-risk pregnancy*, *increased risk of contracting HIV*, exposure to the risk of alcohol and drug misuse and *risk of death because of violence*. Risk as a rule appears to define and encompass this period of life, unfolding in nonsensical and biased expressions, actions and postures in relation to this social group<sup>13</sup>. Ministry of Health reference documents intended to provide support with health care emphasize the use of the term *vulnerability* in relation to the period of adolescence, meaning the inability of an individual or social group to decide about their risk situation, this being directly associated with individual, family, cultural, social, political, economic and biological factors. The notion of vulnerability confirms the need for a plural approach to be taken by public policies, based on the subject’s diversity and not their universality. The need therefore exists for us to use the term “adolescences” when referring to those subjects in that age group which identifies them as a social group. They are experiences of singularity within adolescence.

It is fitting that we should question ourselves about our sensitivities in terms of listening to and understanding teenagers seeking care in health services. What comprehensive care values are used? In the special case of teenager pregnancy, what should be done with a pregnant teenager who wants to have the baby and one who does not? Generally speaking, health services do not appear to have freed themselves from a biological-based approach. As such, they are not open to the singularizations of individual lives and the passage through the experiences of producing oneself, and do not provide comprehensive health care.

The importance of discussing the possibilities of changes in health care models resides in the fact that this discussion is closely linked to two aspects: firstly, the effective building of a health care model based on the perspective of comprehensive care whereby this perspective is mediated by service users and where spaces exist that enable otherness to be exercised as a mechanism to promote caring actions. The second aspect is the training of health professional, such as doctors. When we consider that the field of such training encompasses teaching in health services, such services should serve as training models and be in keeping with theoretical references regarding comprehensive care. Given the way in which they are delineated today, most health services do not have the potential to provide the necessary support for inventive and transformational education in line with the principles and guidelines of the Unified Health Service (*Sistema Único de Saúde*), so that as part of training this condition needs to be problematized and processes of situation analysis and proposals need to be activated.

## **CONCLUSION**

Some 523,000 teenagers gave birth in Brazil in 2013<sup>14</sup>. Teenager pregnancy is an extremely important situation in life and brings in its wake a series of implications and challenges for health services. The universe of teenager mothers is characterized by diversity and a wealth of singularities and these should be recognized and understood in order to achieve the satisfactory meeting of health demands. Qualitative research is a instrument with the potential to reveal this extensive scenario

Taking as a basis the context of health care and training, the occasions on which a health professional and an individual requiring care meet are usually conducted obeying a set of procedures which prioritizes biological events. Such occasions are resolved in an essentially technical manner, i.e. diagnosis and prescription. Generally medical care is given and follow-up is structured based on biomedical events seen as markers.

On the other hand, this *encounter* also encompasses other relevant factors that need to be considered in health scenarios such as, for example, defining healthy as more than just the “absence of disease” and incorporating life’s events as being significant.

The argument that has been used in relation to training is that it is more comfortable and less dangerous to go no further than prescribing, even though this means maintaining a top-down stance in relation to others. This characteristic is extremely harmful, since upon being dubbed as the truth, it is reproduced as a method and propagated as the only stance acceptable in such encounters<sup>15,16</sup>. Experiences with university teachers confirm this reality. Over and over again we can observe a capacity and a strong desire in initial year undergraduate students to let themselves be guided

by the universe of sensations, exposing themselves to others, creating a territory built through acts, but, as their course progresses they lose this feature and become cold or impassive, enshrouded with the crust of knowledge and technicism, neither knowing how or wanting to do things differently.

### **References:**

1. CECCIM, Ricardo Burg; MORAES, Maurício; SANTOS, Naiane Melissa Dartora. Policies female and the teaching and caring for women's health. In: STEDILLE, Nilva Lucia Rech; Ceccim, Ricardo Burg (Org.). Education and Health Care of Women: learning the integration of higher education with the assistance network. Caxias do Sul, RS: Publisher University of Caxias do Sul, 2007. P. 45-58.
2. RIOS, Izabel Cristina. "Humanities and Medicine: reason and sensibility in medical training." *Ciência e Saúde coletiva*, 15.Supl 1 (2010): 1725-1732.
3. MEDEIROS, Lidiele Berriel of. Escape routes in cyberspace: Women itineraries search for the desired delivery. Thesis (MS) – Graduate Program in Collective Health, Federal University of Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2014.
4. MORAES, Maurício. Teenage pregnancy and alterity-women: perspectives among medical students and challenging scenarios in medical education graduation. Thesis (MS) . Graduate Program in Education. Federal University of Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS, 2008.
5. COELHO, Fábio da Cunha; PINHEIRO, Ricardo Tavares; SILVA, Ricardo Azevedo; QUEVEDO, Luciana de Ávila; SOUZA, Luciano Dias de Mattos; CASTELLI, Rochele Dias; MATOS, Mariana Bonati de; PINHEIRO, Karen Amaral Tavares. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association (RBP Psychiatry)*. 2013; 35:051-056.
6. HEILBORN, Maria Luiza, et al. "Socio-anthropological approaches on teenage pregnancy." *Horizontes antropológicos* 8.17 (2002): 13-45.
7. DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. "Teenage pregnancy: a look at a complex phenomenon." *Paidéia* 20.45 (2010): 123-131.
8. MEYER, Dagmar E. Estermann. The contemporary politicization of motherhood: building an argument. *Gênero - Cadernos do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero, Niterói, R.J, v.6, n. 1, p. 81-104, 2005. Segundo Semestre.*
9. MADEIRA, Felicia Reicher (Org.). Who sent born woman? Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos, 1997. Studies of poor children and teenagers in Brazil.
10. HEILBORN, Maria Luiza et.al. The learning of sexuality and reproduction social trajectories of young Brazilians. Rio de Janeiro: Garamond / FIOCRUZ, 2006.
11. SCAVONE, Lucila. Motherhood: transformation in family and gender relations. *Interface – Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, SP, v.5, n.8, p.47-60, 2001.*
12. CECCIM, Ricardo Burg. "The emergence of education and health education: intersections and intersectorialities." *Ciência & Saúde* 1.1 (2008): 9-23.
13. BRAZIL. Ministry of Health. Department of Health Care. Health Area Adolescent and Young. Legal framework: health, a right of adolescents. Brasília, 2005. 60 p .: il. (Series A. Technical Standards and Manuals).
14. IBGE. Brazilian Institute of Geography and Statistics, *Stats. Reg. Civ.*, Rio de Janeiro, v. 40, p.1- 212, 2013.
15. LAMPERT, Jadete Barbosa. Changing trends in medical education in Brazil: Typology of the schools. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, 283 pp.
16. AMORETTI, Rogério. The Medical Education on the Social Needs in Health. *Journal of Medical Education, Rio de Janeiro, v .29, N° 2, May / August 2005.*

**APPENDIX 1**

Catholic University of Pelotas – Postgraduate Programme in Health and Behaviour

**RESEARCH INTO THE BEHAVIOUR OF ADOLESCENT PARENTS AND MODES OR DIVERSITIES OF LINKAGE.**

Questionnaire number \_\_ \_\_ \_\_

11. Was your pregnancy planned?
12. Who helps to care for your child?
13. How would you rate the quality of the care your child has?
14. What are the positive or negative points of your having become pregnant?
15. Are you thinking of becoming pregnant again?
16. How was your antenatal care?
17. How would you define the care provided by the health service during the antenatal period and at delivery?
18. Did your child have follow-up, or is your child having follow-up, at a health service?
19. Provide three words that define you before you became pregnant.
20. Provide three words that define you now, after your pregnancy.

Catholic University of Pelotas – Postgraduate Programme in Health and Behaviour

**RESEARCH INTO THE BEHAVIOUR OF ADOLESCENT PARENTS AND MODES OR DIVERSITIES OF LINKAGE.**

Questionnaire number \_\_ \_\_ \_\_

1. Was your pregnancy planned?
2. When your child was born, what were your plans for your life (work, study, marriage, travel...)?
3. Has anything changed? If so: What is your assessment of this change?
4. How did your family and friends react when they found out you were pregnant?
5. Who gave your support or criticized you at that time?
6. – What support was given by those who supported you?
7. – What criticisms were made by those who criticised you?
8. What difficulties would you say you have faced in the last two years in rearing your child?
9. Has the relationship you had with your child's father changed? In what way?
10. Has the relationship you had with your parents changed? In what way?
11. What have you had to do to be able to look after your child?
12. What are your thoughts about the best interval between getting pregnant and the best age for getting pregnant?

## APPENDIX 2

<b>THEME</b>	<b>ANALYTICAL CATEGORY</b>
<i>CHILD FOLLOW-UP IN HEALTH SERVICES</i>	CARE/EDUCATION
<i>SUPPORT OR CRITICISM OF GETTING PREGNANT</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>DEFINITION OF ANTENATAL/DELIVERY CARE PROVIDED</i>	CARE/EDUCATION
<i>WORDS DEFINING YOU BEFORE PREGNANCY</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>WORDS DEFINING YOU AFTER PREGNANCY</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>DIFFICULTIES IN REARING YOUR CHILDREN</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE CARE/EDUCATION
<i>WHAT HAVE YOU DONE TO BE ABLE TO LOOK AFTER YOUR CHILD</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>BEST INTERVAL FOR PREGNANCIES</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>BEST AGE TO GET PREGNANT</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>WHAT HAS CHANGED IN YOUR LIFE AS A RESULT OF YOUR PREGNANCY</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>WHO HELPS TO CARE FOR YOUR CHILD</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE CARE/EDUCATION
<i>PERCEPTION OF ANTENATAL CARE</i>	CARE/EDUCATION
<i>PLANNING OF PREGNANCY</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE CARE/EDUCATION
<i>NEW PREGNANCIES</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE CARE/EDUCATION
<i>PLANS FOR LIFE BEFORE PREGNANCY</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>POSITIVE AND NEGATIVE POINTS OF GETTING PREGNANT</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>HOW DO YOU RATE THE QUALITY OF CARE RECEIVED BY YOUR CHILD</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE CARE/EDUCATION
<i>REACTIONS OF FAMILY AND FRIENDS WHEN YOU GOT PREGNANT</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>CHANGE IN RELATIONSHIP WITH FAMILY AFTER GETTING PREGNANT</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
<i>CHANGE IN RELATIONSHIP WITH CHILD'S FATHER AFTER GETTING PREGNANT</i>	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE

TABLE 1 - (n=136)

THEME	OCCURRENCE IN THE FIELD	ELUCIDATING COMMENTS	ANALYTICAL CATEGORY
CHILD FOLLOW-UP IN HEALTH SERVICES	79% OF REFERENCES INDICATE FOLLOW-UP IN HEALTH SERVICES	"I HAVE FOLLOW-UP AT THE HEALTH CENTRE" "I TOOK MY CHILD TO THE HEALTH CENTRE EVERY MONTH TO GET WEIGHED" "I TAKE HIM TO GET WEIGHED, MEASURED AND HAVE VACCINATIONS"	HEALTH CARE
DEFINITION OF ANTENATAL/DELIVERY CARE PROVIDED	84.5% OF REFERENCES QUALIFY ANTENATAL CARE PROVIDED AS BEING GOOD 15.5% OF REFERENCES QUALIFY CARE PROVIDED AS INADQUATE, ESPECIALLY DURING DELIVERY	"ANTENATAL CARE WAS FINE, THEY WERE VERY CONSIDERATE" "I HAVE NO COMPLAINTS, IT WAS ALL GOOD, I DID EVERYTHING ON THE SUS" (PUBLICHEALTH SERVICE) "THE ANTENATAL CARE WAS GOOD, BUT DELIVERY WAS HORRIBLE" "IT WAS SO-SO, ANTENATAL CARE WAS FINE, BUT THE DELIVERY, SHE WAS BORN IN THE PRE-DELIVERY ROOM, IT WAS NOT GOOD AT ALL"	EDUCATION
DIFFICULTIES IN REARING CHILDREN	57.4% OF REFERENCES STATE SOME KIND OF DIFFICULTY IN REARING CHILDREN, ESPECIALLY ECONOMIC DIFFICULTIES, RELATING TO BRINING CHILDREN UP AND FAMILY RELATIONSHIP	"IT TOOK A WHILE FOR HIS FATHER TO REALIZE, HE WAS VERY CHILDISH" "RAISING CHILDREN IS A DIFFICULTY, HOW DIFFICULT IT IS TO BRING THEM UP" "IT'S HARDER TO FIND A JOB, YOU HAVE TO FIND SOMEONE TO TAKE CARE OF YOUR CHILD"	PREGNANT WOMEN'S UNIVERSE
POSITIVE AND NEGATIVE POINTS OF GETTING PREGNANT	75% POSITIVE REFERENCES TO THE FACT OF HAVING GOT PREGNANT 25% NEGATIVE REFERENCES TO THE FACT OF HAVING GOT PREGNANT	"IT WAS MY REASON FOR BEING ALIVE" "POSITIVE POINTS...I DON'T REGRET IT, HE IS VERY IMPORTNT TO ME" "POSITIVE, BECAUSE HE IS MY LITTLE COMPANION, HE'S EVERYTHING TO ME" "A NEGATIVE POINT IS THE FACT OF NOT HAVING CONTINUED STUDYING"	

**Gestação na adolescência: análise de um grupo de puérperas selecionadas de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes como contribuição para a assistência e ensino médicos.**

**RESUMO**

*Pesquisa que resulta da análise qualitativa de um grupo de puérperas selecionadas das participantes de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes. Teve como objetivo compreender e caracterizar as singularidades manifestadas por este grupo, relacionando-as em três categorias: ensino médico, assistência à saúde e o universo das gestantes. Para o presente artigo foram selecionadas as temáticas mais incidentes e com forte significado nas categorias. Um questionário composto de perguntas abertas foi aplicado em entrevista com 136 puérperas e posteriormente analisado, utilizando-se a metodologia qualitativa de análise de temáticas. Os resultados mostram as implicações e desafios existentes, entre outros, para o ensino e a prática de saúde no pré-natal, parto e puerpério de mulheres adolescentes.*

**Palavras-chave:** *gestação na adolescência, ensino médico, assistência à saúde materno-infantil.*

**ABSTRACT**

*This research results from an analysis of a group of mothers selected from participants in a cohort that follows the trajectory of pregnant adolescents. It aimed to understand and characterize the singularities expressed by this group, relating them into three categories: medical education, health care and the universe of pregnant women. For this article the themes more incidents and with strong meaning in the categories, were selected. A questionnaire composed of open questions was applied in an interview with 136 mothers and subsequently analyzed using qualitative methodology of thematic analysis. The results show the existing implications and challenges, among others, for the teaching and practice in the prenatal, delivery and postpartum, serving as elements for rethinking of practical proposals.*

**Keywords:** *teenage pregnancy, medical education, assistance to maternal and child health.*

## **INTRODUÇÃO**

Explícita ou veladamente, a literatura médica coloca o médico sob um imaginário idealizado de poder relativo à cura, traduzido como poder de promover a vida e controlar a morte, sem, no entanto, indicar recursos ou estratégias relativas ao tratar, à escuta ou à construção de projetos terapêuticos que levem em conta a “vida mesma”, isto é, a vida em sua singularidade, além do organismo ou naquilo onde é discrepante do organismo, como sonhos, desejos, prazeres e fantasias<sup>1</sup>. Desse modo, somente se pode falar da sobrevivência biológica, não da vida tal como vivenciada na experiência concreta do “investir na existência”. Suporte necessário ao andar da vida, o organismo limita-se a sua base material, mas não explica fatores de adesão ou não ao tratamento, busca precoce ou tardia pelos serviços profissionais de saúde, itinerários terapêuticos entre serviços populares, religiosos, científicos, oficiais, alternativos etc. O modelo educacional contribui para essa verificação nas realidades profissionais, uma vez que invariavelmente não contempla – na formação – os aspectos das “humanidades médicas”, não problematiza a questão da vida na experiência ativa da vida de relações, afetos, surpresas, desafios, encantamentos e desencantos<sup>2</sup>.

A tematização da “atenção integral” torna implicado o fazer médico com estas condições “subjetivas”, presentes na clínica, no acompanhamento cuidador e nos desfechos terapêuticos. A temática do feminino, no caso da atenção integral à mulher, é emblemática, considerando-se a longevidade de uma pauta do movimento feminista dirigida à mudança na assistência ginecológica e obstétrica e a transformação em movimento social e luta política a defesa do parto normal<sup>3</sup>. Especialmente na assistência médica pré-natal, um evento fisiológico que requer atenção profissional, se verifica a presença forte das questões socioculturais, psicoafetivas ou de valores morais e religiosos, entre outros. Vê-se, mesmo aí, uma formação orientada pela biologia da reprodução. A biologia da reprodução ocupando um lugar “naturalista”, acima de narrativas ou inscrições<sup>4</sup>. Assistir no pré-natal às grávidas, ao ciclo grávido-puerperal ou às mulheres com suas vulnerabilidades de gênero e feminilidades seria parte inseparável ou indistinguível da assistência no caso de atenção integral em saúde da mulher.

## **OBJETIVO**

Contextualizar e caracterizar as singularidades manifestadas por um grupo de puérperas de uma coorte de adolescentes grávidas, relacionando-as às categorias do ensino médico, assistência à saúde e universo das gestantes com o objetivo de subsidiar as reflexões sobre a formação médica e a atenção profissional no pré-natal, parto e puerpério e as possíveis implicações e desafios para o repensar destas práticas.

## **METODOLOGIA**

A metodologia utilizada segue os parâmetros de pesquisa qualitativa, sendo proposta a análise temática na identificação dos significados e a categorização analítica dos elementos conceituais ao estudo. De um total de 540 gestantes acompanhadas numa coorte de adolescentes grávidas (coorte previamente apresentada e caracterizada nos estudos de Pinheiro<sup>5</sup>), foram selecionadas aleatoriamente 136 puérperas entre 24 e 30 meses após o parto, as quais responderam, também de forma aleatória a questionários com perguntas abertas (roteiros semiestruturados) definidos em dois conjuntos de perguntas (anexo 1) relacionadas às temáticas propostas ao estudo, sendo algumas perguntas as mesmas, com o propósito de ampliação da mesma temática. 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 gestantes, 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. Os dados coletados foram analisados no programa NVivo 9, onde foram selecionadas as temáticas e identificadas as categorias analíticas (anexo 2). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas. Os requisitos éticos foram obedecidos durante todas as etapas da pesquisa.

## **PERSPECTIVA TEÓRICA DO ESTUDO**

Os saberes médicos assumem o papel de interventores e direcionam as ações em saúde para a lógica da reprodução de procedimentos tecnicistas que investem sobre o corpo. Esta forma de agir não é capaz de contemplar eventos “de vida” e dar guarida às singularizações neles presentes. A gravidez na adolescência é um exemplo de grande relevância, pois inclui o tema da faixa etária de especial período de crescimento e desenvolvimento, representado pela puberdade, pelo exacerbamento da atividade sexual, pelo clamor da identidade social de gênero, pela diferenciação da infância no maior recurso às autorias e à tomada de decisão autônoma. Verifica-se no debate sobre a gravidez na adolescência um cenário possível para explorar conhecimentos de contribuição à educação médica ou dos demais profissionais de saúde e sobre a pesquisa em saúde e comportamento, pois entram em cena a estrutura socioeconômica, a oferta de equipamentos de educação e cultura, a implementação da integração ensino-serviço na saúde, as oportunidades de enfrentamento das exposições sócio históricas e

psicoafetivas, a sexualidade, as políticas de gênero e saúde reprodutiva, a diversidade na orientação sexual e as noções de corpo, juventude, risco e vulnerabilidade.

Deste modo, gravidez, maternidade e paternidade podem ser estudadas integradas aos sistemas de valores mais amplos no contexto das concepções de corpo, reprodução e relações de gênero, onde adquirem multivariados significados<sup>6,7</sup>. Ainda que gravidez, maternidade e paternidade possuam caráter social, são percebidas pelos profissionais de saúde como processos de caráter natural, sendo de imposição cultural impulsionada na educação escolar de modo geral e na formação profissional de maneira sofisticada (determinantes sociais do ser-saudável-adoecer-curar-se). A gravidez, maternidade e paternidade na adolescência estão revestidas de valores morais que não devem afetar apenas a este grupo social, mas investir na subjetivação de mulheres e homens em geral, devendo as prescrições de saúde incidirem sobre os conceitos de saúde, adoecimento, cura ou proteção da saúde.

Muitas vezes, os discursos na educação e na saúde valorizam capacidades inatas supostas às mulheres como a de priorizar as necessidades dos filhos em lugar de suas próprias, amamentar os filhos recém-nascidos até que saibam comer com as próprias mãos e conjugar cuidado aos filhos, trabalho doméstico e jornada profissional. Um dos efeitos de poder desse discurso é a responsabilização feminina pela reprodução biológica e social, educação dos filhos e suporte às necessidades que garantam a sobrevivência da família<sup>8</sup>. Quanto à adolescência, diversos estudos socioantropológicos têm buscado caracterizar a juventude em um amplo território de diversidade social, trazendo perspectivas diversas como a inserção no mercado de trabalho, a educação e as expressões culturais. Alguns fenômenos têm sido apontados nesses estudos, que demarcam a adolescência como um processo de passagem para a vida adulta, entre eles um “prolongamento da juventude” e o adiamento da vida conjugal. Porém, em virtude das marcadas diferenças sociais e regionais na sociedade brasileira, essas especificidades variam segundo as diferentes condições materiais e os diferenciais de gênero e raça vividos pelos grupos sociais, fazendo aparecer um perfil muito heterogêneo de trajetórias juvenis. Considerando a juventude como responsável pela ruptura com uma determinada ordem de valores e padrões, a mesma é vista normalmente sob o prisma de “problema social” e, nesse contexto, a gravidez na adolescência carrega um fardo de discriminação por ser um dificultador ou impeditivo para o desenvolvimento daquilo que é considerado desejável para o desenvolvimento nessa faixa etária.

Pinheiro (2000) cita que “em uma perspectiva sociocultural, a maternidade entre as adolescentes é situada em relação ao contexto social em que se inscreve”, devendo ser enfocada como manifestação de uma rede de significações doadora de sentidos e como alternativa de construção de um projeto de vida que seja “compatível com as expectativas, normas e possibilidades disponíveis”. A revisão da literatura referente à gestação na adolescência, relativamente à sua contextualização psicossocial e quanto às

questões de gênero, aspectos da formação, do serviço e de suas racionalidades, assim como algumas concepções das políticas públicas, permite evidenciar possíveis limitações na resolução das demandas femininas para além dos aspectos gineco-obstétricos (Meyer, 2005; Madeira, 1997; Heilborn *et al.*, 2006 e Scavone, 2001<sup>9,10,11</sup>). Assim, faz-se necessária a problematização e reconhecimento dos significados presentes no universo que engloba a gestação na adolescência com vistas à transformação da realidade da atenção à saúde da mulher, em particular o ensino/formação de profissionais da assistência para a prestação do atendimento pré-natal às adolescentes.

## **DESCRIÇÃO DOS RESULTADOS**

A definição das categorias analíticas partiu do objetivo do estudo de compreensão do significado das falas das puérperas, neste sentido a montagem dos questionários com as perguntas abertas teve como propósito criar um dispositivo disparador para o aparecimento das subjetividades nos temas propostos. A intenção das categorias distintas é de apontar as interfaces existentes com a perspectiva do ensino médico (**categoria de ensino**), o modelo assistencial (**categoria de assistência à saúde**) e o ponto de vista da adolescente grávida, caracterizando o processo da gestação, o antes e o depois e também as experiências individuais, considerando as projeções atuais e futuras da puérpera (**categoria universo da gestante/puérpera**).

Na apresentação dos resultados optou-se por descrever as temáticas mais incidentes, suas respectivas categorias de análise e a fala elucidativa das mesmas. A presença de elementos como família, sociedade, escola e serviço de saúde, por exemplo, pela sua alta incidência, foram denominadas “temáticas fortes” e definidas como destaque na demonstração dos resultados (Quadro 1).

## **ANÁLISE**

Duas temáticas foram incidentes na categoria ensino/assistência em saúde: acompanhamento dos filhos em serviços de saúde e definição do atendimento prestado (percepção) sobre o pré-natal e parto. Observa-se que boa parte das puérperas se preocupa com o acompanhamento dos filhos e de um modo geral busca a unidade básica como referência para o acompanhamento, sendo este marcadamente caracterizado pelos dados objetivos: pesar, medir e realizar vacinas. Neste sentido, cabe relacionar as falas das puérperas com relação às dificuldades de criação dos filhos. O serviço de saúde oferta procedimentos, não apoios.

Muitas dificuldades estão relacionadas às questões envolvendo educação dos filhos e também dificuldades econômicas e de relacionamento familiar. Não foram observadas falas que identificassem que os serviços de saúde eram a referência para auxílio nestas questões.

Conforme Ceccim<sup>12</sup>, a produção do cuidado traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições, aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se deve produzir consultas, atendimentos e procedimentos, mas um processo de consultar, atender e prestar procedimentos que seja capaz de colocar em marcha, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuária. É imprescindível aproximar-se das mulheres e tentar conhecê-las: suas condições de vida e de trabalho; as concepções que têm acerca da sua saúde, fatores que a beneficiam ou prejudicam; concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem ou não se sentem bem, assim como o que fazem para acompanhar eventos fisiológicos. Atender integralmente supõe corresponder aos componentes singulares em que se inscreve uma demanda em saúde, apreendendo as singularidades e não apenas as homogeneidades da pessoa que demanda cuidado.

Outro ponto de destaque é o fato do acesso aos serviços, não tendo sido salientado maiores restrições ao acesso, mesmo considerando o fato de que os serviços de acompanhamento pré-natal, parto e puericultura sejam distintos.

Com relação ao atendimento prestado chama a atenção o fato da qualificação como boa do acompanhamento pré-natal, na maioria das vezes sendo ressaltadas características da atenção e também a percepção das gestantes sobre a existência do seu profissional da referência no serviço em que busca o cuidado. Em contrapartida, a qualificação do parto foi percebida com algumas inadequações pelas gestantes, especialmente em observações relacionadas as circunstâncias do parto. Para algumas puérperas há uma clara reafirmação de uma estigmatização com relação ao ambiente que envolve o momento do parto, particularmente o parto vaginal, visualizado nas falas de que “o parto foi doloroso” ou foi “demorado demais”.

Uma constatação relevante é o distanciamento entre o acompanhamento pré-natal, o parto e o acompanhamento da puericultura posterior, justificado pelo modelo assistencial, fragmentado nesta perspectiva (faz-se acompanhamento pré-natal em um serviço, parto em outro e por vezes puericultura em outro). Algumas políticas públicas existentes no Brasil, particularmente a da humanização do acompanhamento pré-natal e parto enfocam esse contexto. Uma das alternativas apresentadas para esta fragmentação são as “linhas de cuidado”, onde há o desenho claro do trajeto da usuária e os serviços são integrados e se comunicam entre si.

Para a organização de Linhas do Cuidado é fundamental que sejam planejados fluxos que impliquem ações resolutivas das equipes de saúde, centradas no acolher, informar, atender e encaminhar por dentro de uma rede cuidadora (sistema de referência e contrarreferência como um tramado do cuidado e não uma racionalização de hierarquia vertical e burocrática do uso dos recursos assistenciais), na qual as usuárias, mediante um acesso que lhes dê inclusão, saibam sobre a estrutura do serviço e da rede assistencial e, a partir da sua vivência nele – como uma pessoa que o conhece e se sente parte dele – seja capaz de influir em seu andamento<sup>12</sup>.

Cabe salientar ainda as falas sobre os pontos positivos ou negativos de ter engravidado. Das 136 puérperas, 75% verbalizaram referências positivas pelo fato de ter engravidado. Algumas extremamente significativas e elucidativas, como “ter o meu filho foi muito importante, foi a minha razão de viver” ou “ele é tudo para mim”. Outro aspecto que corrobora estas falas é o fato de que houve em torno de 50% de referências indicando que a gestação foi planejada.

O período da adolescência carrega, em geral, uma conotação de problema social e é caracterizado por expressões como *desordem*, *crise* e *risco*. Aliás, o termo “risco” é utilizado com bastante frequência, como se pode observar nas formulações *gravidez de risco*, *elevado risco de contrair HIV*, *exposição ao risco de consumo indevido do álcool e das drogas* e *risco de morte em virtude da violência*. O risco como regra parece definir e inscrever esse período da vida, se desdobrando em expressões, ações e posturas disparatadas ou enviesadas quanto a este grupo social<sup>13</sup>. Utilizando ainda o referencial assistencial de apoio do Ministério da Saúde, ressalta-se a adoção do termo *vulnerabilidade* ao período da adolescência, compreendido como a incapacidade do indivíduo ou do grupo social de decidir sobre sua situação de risco, estando diretamente associada a fatores individuais, familiares, culturais, sociais, políticos, econômicos e biológicos. A noção de vulnerabilidade confirma a necessidade da abordagem em políticas públicas de uma visão plural, construída na diversidade e não na universalidade do sujeito. Define-se, portanto, a necessidade de falarmos em “adolescências”, ao referirmo-nos àqueles sujeitos da faixa etária que os identifica como grupo social. São experiências de singularidade no interior da adolescência.

Cabe interrogar-nos sobre nossas sensibilidades de escuta e compreensão relativas às adolescentes que buscam atendimento em serviços de saúde. Quais valores de integralidade na atenção são utilizados? No caso especial da gestação na adolescência, o que fazer com uma gestante que quer o bebê e com uma que não o quer? Não parece que os serviços de saúde, de uma maneira geral, consigam fugir do padrão biologicista. Desta forma, não acolhem as singularizações do andar a vida individual e a passagem pelas experiências de produção de si, não encetando a integralidade da atenção.

A importância da discussão das possibilidades de mudanças nos modelos assistenciais em saúde reside no fato de a mesma estar intimamente relacionada com dois aspectos:

o primeiro é a efetiva construção de um modelo de atenção que proponha a assistência na perspectiva da integralidade e que essa perspectiva seja mediada pelos usuários com a existência de espaços que permitam o exercício da alteridade como dispositivo para a ação cuidadora. Em um segundo aspecto está a formação dos profissionais da saúde, como os médicos. Ao considerarmos que a formação possui como campo de ensino os serviços de saúde, os mesmos devem servir como modelos formativos e estarem em consonância com os referenciais teóricos da integralidade. Da forma como estão delineados hoje, boa parte dos serviços de saúde não apresenta potencial para servirem como subsídio para um ensino inventivo e transformador, implicado com os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde, requerendo-se que, no ensino, tal condição seja problematizada e ative processos de análise de situação e proposição.

## **CONCLUSÕES**

No Brasil, em torno de 523 mil partos ocorreram em adolescentes no ano de 2013<sup>14</sup>. A gestação na adolescência é uma situação de vida extremamente importante e traz consigo uma série de implicações e desafios para os serviços de saúde. O universo das mães adolescentes é caracterizado pela diversidade e riqueza de singularidades, as quais devem ser reconhecidas e compreendidas para a resolução satisfatória das demandas em saúde. Como instrumento, a pesquisa qualitativa apresenta-se com potencialidades para a descoberta deste amplo cenário.

Tomando por base o contexto da assistência e formação em saúde, os momentos de encontro entre um profissional de saúde e um indivíduo que precisa ser cuidado normalmente são conduzidos obedecendo a um conjunto de procedimentos que prioriza os eventos biológicos. Esses momentos são resolvidos de uma maneira essencialmente técnica. Leia-se: diagnostica-se, prescreve-se. Em geral se medica e se estrutura o acompanhamento com base em eventos biomédicos marcadores.

Por outro lado, esse *encontro* também engloba outros fatores relevantes e que devem ser considerados nos cenários da saúde, como, por exemplo, a definição de saudável ultrapassando os limites “da ausência de doença”, incorporando os eventos de vida como sendo significativos.

O argumento da formação é de que é mais confortável e menos perigoso somente prescrever, ainda que mantendo uma postura verticalizada ao outro. Essa característica é extremamente danosa, pois, ao receber a alcunha de verdade, se reproduz como método e é difundida como a única postura aceitável ao encontro<sup>15,16</sup>. As vivências como professores universitários confirmam esta realidade. Por inúmeras vezes observamos uma capacidade e um desejo forte nos acadêmicos dos primeiros anos de se deixarem conduzir pelo universo das sensações, expondo-se ao outro, criando um território

construído em ato, mas, ao longo do curso, perdendo esta propriedade, tornando-se frios ou impassíveis, recobertos pela crosta do saber e do tecnicismo, não sabendo e nem querendo fazer diferente.

### **Referências:**

1. CECCIM, Ricardo Burg; MORAES, Maurício; SANTOS, Naiane Melissa Dartora. Políticas do feminino e o ensinar e o cuidar em saúde da mulher. In: STEDILLE, Nilva Lúcia Rech; CECCIM, Ricardo Burg (Org.). Ensino e Atenção à Saúde da Mulher: aprendizados da integração da Educação Superior com a rede assistencial. Caxias do Sul, RS: Editora da Universidade de Caxias do Sul, 2007. P. 45-58.
2. RIOS, Izabel Cristina. "Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica." *Ciência e Saúde coletiva*, 15.Supl 1 (2010): 1725-1732.
3. MEDEIROS, Lidiele Berriel de. Rotas de fuga no ciberespaço: itinerários de mulheres em busca do parto desejado. 2014. 91 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
4. MORAES, Maurício. Gravidez na adolescência e alteridade-mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e cenários de desafio na educação médica na graduação. 2008. 93 f. Dissertação (Mestrado em Educação). Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul.
5. COELHO, Fábio da Cunha; PINHEIRO, Ricardo Tavares; SILVA, Ricardo Azevedo; QUEVEDO, Luciana de Ávila; SOUZA, Luciano Dias de Mattos; CASTELLI, Rochele Dias; MATOS, Mariana Bonati de; PINHEIRO, Karen Amaral Tavares. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association (RBP Psychiatry)*. 2013; 35:051-056.
6. Heilborn, Maria Luiza, et al. "Aproximações socioantropológicas sobre a gravidez na adolescência." *Horizontes antropológicos* 8.17 (2002): 13-45.
7. Dias, Ana Cristina Garcia, and Marco Antônio Pereira Teixeira. "Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo." *Paidéia* 20.45 (2010): 123-131.
8. MEYER, Dagmar E. Estermann. A politização contemporânea da maternidade: construindo um argumento. *Gênero - Cadernos do Núcleo Transdisciplinar de Estudos de Gênero, Niterói, R.J, v.6, n. 1, p. 81-104, 2005. Segundo Semestre.*
9. MADEIRA, Felícia Reicher (Org.). Quem mandou nascer mulher? Rio de Janeiro: Record / Rosa dos Tempos, 1997. Estudos sobre crianças e adolescentes pobres no Brasil.

10. HEILBORN, Maria Luiza et.al. O aprendizado da sexualidade: reprodução e trajetórias sociais de jovens brasileiros. Rio de Janeiro: Garamond/ FIOCRUZ, 2006.
11. SCAVONE, Lucila. Maternidade: transformações na família e nas relações de gênero. Interface - Comunicação, Saúde e Educação, Botucatu, S.P, v.5, n.8, p.47-60, 2001.
12. Ceccim, Ricardo Burg. "A emergência da educação e ensino da saúde: interseções e intersetorialidades." *Ciência & Saúde* 1.1 (2008): 9-23.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Marco legal: saúde, um direito de adolescentes. Brasília, DF, 2005. 60 p.: il. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
14. IBGE, Estat. Reg. civ., Rio de Janeiro, v. 40, p.1- 212, 2013.
15. Lampert ,Jadete Barbosa. Tendências de mudanças na formação médica no Brasil: tipologia das escolas. Rio de Janeiro: Hucitec, 2002, 283 pp.
16. AMORETTI, Rogério. A Educação Médica diante das Necessidades Sociais em Saúde. *Revista Brasileira de Educação Médica*, Rio de Janeiro, v .29, nº 2, maio/ago. 2005.

### **ANEXO 1**

Universidade Católica de Pelotas - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO DOS PAIS ADOLESCENTES E MODOS OU DIVERSIDADES DE VÍNCULO.

Questionário de número \_\_\_ \_\_ \_\_

1. Sua gestação foi planejada?
2. Quem participa do cuidado de seu (sua) filho (a)?
3. Como você avalia a qualidade do cuidado que seu (sua) filho (a) conta?
4. Quais pontos você definiria como positivos ou negativos no fato de você ter engravidado?
5. Você pensa em engravidar novamente?
6. Como foi a realização do seu pré-natal?
7. Como você definiria o atendimento prestado pelo serviço de saúde no Pré-Natal e no parto?
8. Você fez ou faz acompanhamento com seu filho (a) em algum serviço de saúde?
9. Cite três palavras que te definem antes da gestação.
10. Cite três palavras que te definem agora, após a gestação.

Universidade Católica de Pelotas - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO DOS PAIS ADOLESCENTES E MODOS OU DIVERSIDADES DE VÍNCULO.

Questionário de número \_\_\_ \_\_ \_\_

1. Sua gestação foi planejada?
2. Quando seu (sua) filho (a) nasceu, quais eram seus planos de vida (trabalho, estudo, casamento, viagem...)?
3. Algo mudou? Em caso afirmativo: Como avalia essa mudança?
4. Quais foram as reações de seus familiares e amigos quando souberam da gravidez?
5. Quem te ofereceu apoio ou críticas neste momento?
6. - De quem apoiou qual o apoio?
7. - De quem criticou qual a crítica?
8. Quais as dificuldades que você apontaria nestes dois últimos anos para a criação de seu (sua) filho (a)?
9. O relacionamento que você tinha com o pai de seu (sua) filho (a) mudou? Como?
10. O relacionamento que você tinha com os seus pais mudou? Como?
11. Como você tem feito para cuidar de seu (sua) filho (a)?
12. O que você pensa sobre o melhor intervalo para engravidar e sobre as melhores idades para engravidar?

## ANEXO 2

<b>TEMÁTICA</b>	<b>CATEGORIA ANALÍTICA</b>
<i>ACOMPANHAMENTO DO FILHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE</i>	ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>APOIOS OU CRÍTICAS POR TER ENGRAVIDADO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>DEFINIÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO NO PRÉ-NATAL/PARTO</i>	ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PALAVRAS QUE A DEFINEM ANTES DA GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>PALAVRAS QUE A DEFINEM PÓS-GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>DIFICULDADES NA CRIAÇÃO DOS FILHOS</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>COMO TEM FEITO PARA CUIDAR O FILHO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>MELHOR INTERVALO PARA GESTAÇÕES</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>MELHOR IDADE PARA ENGRAVIDAR</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>O QUE MUDOU NA VIDA COM A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>QUEM PARTICIPA DO CUIDADO DO FILHO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PERCEPÇÃO SOBRE O PRÉ-NATAL</i>	ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>NOVAS GESTAÇÕES</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>PLANOS DE VIDA ANTERIORES A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DE TER ENGRAVIDADO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>COMO AVALIA A QUALIDADE DO CUIDADO RECEBIDO PELO FILHO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE ASSISTÊNCIA/ENSINO
<i>REAÇÕES DE FAMILIARES E AMIGOS QUANDO ENGRAVIDOU</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>RELACIONAMENTO FAMILIAR MUDOU COM A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE
<i>RELACIONAMENTO COM O PAI DA CRIANÇA MUDOU COM A GESTAÇÃO</i>	UNIVERSO DA GESTANTE

QUADRO 1 - (n=136)

TEMÁTICA	INCIDÊNCIA NO CAMPO	FALAS ELUCIDATIVAS	CATEGORIA ANALÍTICA
ACOMPANHAMENTO DO FILHO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	79% DAS REFERÊNCIAS INDICAM ACOMPANHAMENTO EM SERVIÇOS DE SAÚDE	"FAÇO ACOMPANHAMENTO NO POSTO" "TODOS OS MESES EU LEVAVA NO POSTINHO PARA PESAR" "LEVO ELE PARA PESAR, MEDIR E TOMAR VACINA"	ASSISTÊNCIA À SAÚDE
DEFINIÇÃO DO ATENDIMENTO PRESTADO NO PRÉ-NATAL/PARTO	84,5% DAS REFERÊNCIAS QUALIFICAM O ATENDIMENTO PRESTADO NO PRÉ-NATAL COMO BOM 15,5% DAS REFERÊNCIAS QUALIFICAM O ATENDIMENTO PRESTADO COMO INADEQUADO, ESPECIALMENTE NO PARTO	"NO PRÉ-NATAL FOI MUITO TRANQUILO, FORAM MUITO ATENCIOSOS" "NÃO TENHO O QUE RECLAMAR, FOI TUDO BOM, FIZ TUDO PELO SUS" "FOI BOM O PRÉ-NATAL, MAS O PARTO FOI HORRÍVEL" "FOI MAIS OU MENOS, O PRÉ-NATAL FOI TRANQUILO, MAS O PARTO, ELA NASCEU NA SALA DE PRÉ-PARTO, NÃO FOI MUITO BOM"	ENSINO
DIFICULDADES NA CRIAÇÃO DOS FILHOS	57,4% DAS REFERÊNCIAS CITAM ALGUMA DIFICULDADE NA CRIAÇÃO, ESPECIALMENTE ECONÔMICAS, RELACIONADAS À EDUCAÇÃO E DE RELACIONAMENTO FAMILIAR	"O PAI DELE DEMOROU PARA CAIR A FICHA, ELE ERA MUITO CRIANÇA" "EDUCAÇÃO É UMA DIFICULDADE, COMO É DIFÍCIL DE CRIAR" "O EMPREGO PARA ARRUMAR É MAIS DIFÍCIL, TEM QUE ARRANJAR QUEM CUIDE"	UNIVERSO DAS GESTANTES
PONTOS POSITIVOS E NEGATIVOS DE TER ENGRAVIDADO	75% DE REFERÊNCIAS POSITIVAS AO FATO DE TER ENGRAVIDADO 25% DE REFERÊNCIAS NEGATIVAS AO FATO DE ENGRAVIDAR	"FOI A MINHA RAZÃO DE VIVER" "POSITIVOS...EU NÃO ME ARREPENDO, ELE É MUITO IMPORTANTE PARA MIM" "POSITIVO PORQUE ELE É MEU COMPANHEIRINHO, É TUDO PRA MIM" "NEGATIVO O FATO DE NÃO CONTINUAR A ESTUDAR"	

**7.2 . Artigo 2:**

*Gestação, Parto e Puerpério na Adolescência: Significados para o Cuidado em Saúde, Segundo uma Coorte no Sul do Brasil<sup>2</sup>*

<sup>2</sup>Manuscrito em Avaliação na Revista Ciência&Saúde Coletiva

**GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO NA ADOLESCÊNCIA: SIGNIFICADOS  
PARA O CUIDADO EM SAÚDE, SEGUNDO UMA COORTE DO SUL DO  
BRASIL**

*PREGNANCY, CHILDBIRTH AND PUERPERIUM IN ADOLESCENT: MEANT TO  
CARE HEALTH BY A COHORT OF SOUTHERN BRAZIL*

*Maurício Moraes*

*Ricardo Burg Ceccim*

*Fábio Monteiro da Cunha Coelho*

*Luciana de Ávila Quevedo*

*Ricardo Azevedo Silva*

*Karen Amaral Tavares Pinheiro*

*Ricardo Tavares Pinheiro*

**RESUMO**

O presente artigo é resultado de uma pesquisa realizada com um grupo de puérperas selecionadas das participantes de uma coorte de acompanhamento da trajetória de gestantes adolescentes, do pré-natal ao puerpério. Tomando por base o cenário atual da gestação na adolescência, a pesquisa buscou identificar nas falas das puérperas adolescentes a caracterização dos momentos da gestação, do cuidado pré-natal e do parto. Pela prevalência de 18,4% do diagnóstico de depressão dentre as adolescentes da coorte, estabeleceu-se, como paralelo, significados para o cuidado em saúde de puérperas que possuíam diagnóstico de depressão maior na gestação e puérperas que não tinham este diagnóstico. Um questionário composto de perguntas abertas foi aplicado em entrevista com 136 puérperas aleatoriamente selecionadas e posteriormente analisado, tendo sido categorizadas as variáveis que se relacionavam com a temática proposta. Os resultados

mostraram as características individuais da gravidez e da assistência materna para o grupo de puérperas e os desafios existentes para a compreensão das singularidades deste cenário com a conseqüente qualificação do cuidado.

**Palavras-chave:** gravidez na adolescência, depressão na gestação, assistência à saúde materno-infantil.

### **ABSTRACT**

This article is the result of a survey conducted with a group of mothers of selected participants in a follow-up cohort trajectory of pregnant adolescents, prenatal to postpartum. Based on the current scenario of teenage pregnancy, the research sought to identify the lines of adolescent mothers characterization of pregnancy moments, prenatal care and childbirth. The prevalence of 18.4% in the diagnosis of depression among adolescents in the cohort was established, as a parallel, meant for the health care of mothers who had a diagnosis of major depression during pregnancy and postpartum women who did not have this diagnosis. A questionnaire consisting of open questions was applied in an interview with 136 mothers randomly selected and further analyzed, having been categorized variables that related to the proposed theme. The results showed the individual characteristics of pregnancy and maternal care for the group of mothers and existing challenges to understanding the uniqueness of this scenario and the consequent qualification of care.

**Keywords:** *teenage pregnancy, depression in pregnancy, care for maternal and child health.*

## **INTRODUÇÃO**

Os dados mundiais sobre gestação e parto indicam que em torno de 19% dos partos são realizados em mulheres com idade inferior aos 19 anos<sup>1</sup>, sendo que 12% das adolescentes entre 15 e 19 anos têm pelo menos um filho. Considerando a realidade brasileira, apesar de uma redução no número de gestações entre adolescentes nos últimos anos, dados oficiais indicam a mesma proporção<sup>2</sup>, sendo em 2013, 560.000 partos em números absolutos.

Tendo em vista a temática da atenção integral, um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde e também o contexto da adolescência, esforços devem ser empreendidos na busca de uma abordagem que ultrapasse as dimensões biomédicas ou biológicas do ciclo grávido-puerperal, correspondendo às questões assistenciais que envolvem o cuidado na circunstância da gestação e parto nas adolescentes. Assistir no pré-natal às grávidas, ao ciclo grávido-puerperal ou às mulheres com suas vulnerabilidades de gênero e feminilidades seria parte inseparável ou indistinguível da assistência no caso de atenção integral em saúde da mulher. Em uma perspectiva diferenciada sobre a gravidez na adolescência, Brandão<sup>3</sup>, problematiza tal experiência à luz do processo de individualização juvenil, fugindo do círculo vicioso que domina o debate público do tema, relativizando o argumento da desinformação e valorizando o papel da vivência da sexualidade.

A prevalência da depressão na gestação varia em torno de 20%<sup>4</sup>. Ela traz algumas manifestações importantes para a gestante, acarretando em alterações hormonais com possíveis consequências diretas no desenvolvimento da gravidez e do futuro concepto. Sintomas como humor triste, cansaço, perturbações no apetite e sono, sentimento de culpa, entre outros, podem estar presentes nas gestantes deprimidas. Considerando o contexto da gestação na adolescência e suas peculiaridades, podem ser arrolados efeitos

futuros de consequências danosas no desenvolvimento desta fase. Apesar de fatores de risco bem estabelecidos serem apontados na literatura, ainda existe um despreparo dos cuidadores não só na identificação destes fatores como no diagnóstico precoce e na abordagem interdisciplinar dos problemas e necessidades.

A Organização das Nações Unidas, por meio do Comitê de Direitos da Criança (Recomendação Geral nº 4, de 6 de junho de 2003), afirma que garantir direitos ao adolescente (menores de 18 anos), nos serviços de saúde, independente até mesmo da anuência de seus responsáveis, vem se revelando elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Acolher as singularizações da gestação na adolescência e a passagem pelas experiências de amadurecimento ou vulnerabilidade e construção da subjetividade, acabam sendo desafios para a busca da integralidade da atenção, especialmente no reconhecimento de possíveis transtornos psíquicos associados a este cenário. Cabe interrogar-nos sobre nossas sensibilidades de escuta e compreensão relativas às adolescentes que buscam atendimento em serviços de saúde.

Conforme Ceccim<sup>5</sup>, a produção do cuidado e da participação na afirmação da vida traz consigo um processo de desenvolvimento de ações e de serviços de saúde implicados com a construção das respostas possíveis às dores, angústias e aflições / aos aborrecimentos, sofrimentos e problemas (falamos de sensações e não só de constatações) que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se produza consultas, atendimentos e procedimentos, mas que o processo de consultar, atender e prestar procedimentos seja capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em cada usuária. É imprescindível aproximar-se das adolescentes e tentar conhecê-las: suas condições de vida, família, escola e trabalho; relações e interpretações sobre sexo, namoro, prazer e prevenção de doenças ou gravidez;

padrão da presença em festas, história de tabagismo, uso de álcool e drogas; religiosidade e aspectos morais envolvendo a vida associativa, corporeidade e hábitos; concepções que têm acerca da sua saúde, fatores que a beneficiam ou prejudicam; concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem ou não se sentem bem, assim como o que fazem para acompanhar eventos fisiológicos como gestação, partos e amamentação.

### **OBJETIVO**

Compreender o histórico e identificar demandas de adolescentes grávidas sobre o evento gestação e a assistência à saúde (cuidado pré-natal e assistência ao parto), segundo o contato com um grupo de puérperas de uma coorte, enunciando possibilidades para a qualificação do cuidado à mulher durante a gravidez na adolescência.

### **METODOLOGIA**

De uma coorte de 540 gestantes, caracterizada nos estudos de Pinheiro<sup>6</sup>, foram selecionadas aleatoriamente 136 puérperas entre 24 e 30 meses após o parto, as quais responderam, também de forma aleatória a questionários com perguntas abertas (roteiros semiestruturados) definidos em dois conjuntos de perguntas (figura 1) relacionadas às temáticas propostas ao estudo. Não houve delimitação prévia do número de puérperas, tendo sido utilizada a técnica de saturação de dados sendo o número final de 136 gestantes, relacionado ao momento em que houve a saturação das respostas. Para a pesquisa, optou-se pelo recorte em dois perfis de experiência subjetiva, considerando a prevalência de 18,4% de depressão maior encontrada na coorte. Empreendeu-se a separação em dois grupos de manifestantes, aquelas que tinham o diagnóstico e aquelas que não tinham o diagnóstico de depressão por ocasião da gestação. 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. Os dados coletados foram analisados no programa NVivo 9, onde foram selecionadas as temáticas e identificadas as categorias analíticas. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em pesquisa da Universidade Católica de Pelotas. Os requisitos éticos foram obedecidos durante todas as etapas da pesquisa.

## **RESULTADOS**

Para o estudo foram selecionadas as categorias de caracterização do processo da gestação, o antes e o depois e também as experiências individuais. Na apresentação dos resultados são apontadas as falas dos dois grupos distintos previamente citados (Tabelas 1, 2 e 3).

## **DISCUSSÃO:**

Na caracterização da amostra observa-se o predomínio da idade entre 19 e 21 anos, mas 1/3 das gestantes dos 16 aos 21 anos estão na faixa de dos 16 aos 18, revelando um número não pouco expressivo. Quanto à escolaridade, 60% das adolescentes estão entre o ensino fundamental e o ensino médio incompleto, o que é compatível com a escolaridade da maioria da população no Brasil, mas também indica nível socioeconômico e anseios socioculturais. De outra parte, 60% são brancas, ainda que se some as identificações raça/etnia ou cor de pele em pretas, mulatas, amarelas e indígenas. Apenas 1/4 das adolescentes é estudante, um indicador a ser considerado pelas políticas educacionais e de juventude. Enquanto 47% não dispõem do acesso ao mercado de trabalho ou à educação e estão apenas em casa. Novamente um indicador para as políticas de juventude, culturais, esportivas, de micro empreendimentos etc.

Ainda chama atenção as percepções pessoais após o parto, com a identificação nas falas da caracterização de estar mais feliz, madura e responsável. A tendência de caracterização da gravidez na adolescência homogeneamente como “acidente” indica a improbabilidade de um planejamento racional da maternidade, levando a uma prática assistencial de tutela e, portanto, distante das perspectivas da integralidade. Sente-se a falta do reconhecimento de projetos de vida na adolescência que envolvam a maternidade. Fato este corroborado pelo fato de que em torno de 40% das puérperas disseram ter planejado as gestações.

Apresentam uma renda pessoal de 90 a 100% do salário mínimo nacional (50% das adolescentes estão nesta faixa). Alguns estudos indicam que a condição socioeconômica pode ser tanto um fator de risco para depressão na gestação na adolescência quanto um fator protetor, remetendo ao fato de que o desejo de melhora nas condições de vida e a existência da possibilidade de conseguir ascensão social pelo trabalho e estudo podem servir como estímulo para adolescentes<sup>4</sup>. Há uma correlação direta com este fator na categoria analítica planos de vida antes de engravidar, onde notadamente as adolescentes dos dois grupos identificam planos de estudo e trabalho (em torno de 80%) como perspectivas futuras.

Ao associarmos estes dados com a categoria “o que mudou com a gestação”, o abandono dos estudos ou do trabalho não alcança 30% e entre as adolescentes com experiência de depressão não chega aos 20%. Já o amadurecimento pessoal às adolescentes com experiência de depressão é expressivo (quase 40%) e há indiferença na vida das demais adolescentes (pouco mais de 40%). Há uma clara percepção para as adolescentes de que o evento gestação traz mais responsabilidade e amadurecimento pessoal, especialmente nas falas das gestantes com diagnóstico de depressão (56%). As condições sociais de vida da adolescente não podem ser essencialmente naturalizadas e classificadas exclusivamente como risco biológico: mãe solteira, mãe adolescente, mãe de baixa renda.

O reconhecimento pelo cuidador dos ganhos sociais advindos da gravidez na adolescência que possam advir a uma menina que encerra um ciclo de resistência e abuso doméstico ou social, por exemplo, que cresce em demonstração de capacidades maduras para a vida social e de interações e conquista autonomia em seu andar a vida devem sobressair a um olhar excludente de classe que apenas as vê mais distantes da inalcançável classe média, quando pertencentes às classes populares de mais baixa renda.

Nas falas sobre apoio tanto na gestação quanto após o parto, e também na categoria quem participa do cuidado do filho, evidencia-se o expressivo apoio dado pela família, especialmente as mães das adolescentes, remetendo ao fato de que a adolescente que engravida é filha de uma mãe que a concebeu na adolescência, às vezes deseja a criança e tem nessa maternidade não o constrangimento de um único modo de ser mãe, mas um ser mãe em rede como um dia foi filha em rede (variadas cuidadoras na família e vizinhança, onde se evidencia o conceito “toda a família”). Quanto a relação com o pai da criança, as adolescentes com depressão referem que nada mudou (60%) ou piorou (24%). Muitas adolescentes sem depressão informam que o pai foi embora (18%), mas o relacionamento, em geral, ficou igual (43%) ou melhorou (16%).

Constata-se de um modo geral que as adolescentes classificam como adequado e pelo menos “bom” o atendimento prestado no pré-natal e parto. Pelas falas é nitidamente perceptível que o significado deste resultado, apesar de ser um bom indicativo, reflete o contexto técnico da assistência, mas não dá guarida às demandas para além da técnica. Nenhuma adolescente com depressão citou a possibilidade de atendimento ótimo e 24% o consideraram regular ou ruim. Apenas 9 em 11 adolescentes sem depressão citou o atendimento como ótimo. Como responsabilizar pela atenção à saúde, profissionais que não tematizam permanentemente suas práticas ante valores e opiniões de classe, gênero, raça, sexualidade e singularidade?

A autoimagem das adolescentes com histórico de depressão é marcante quanto às apreciações e irresponsável e imatura antes da gestação, despertando a necessidade de um contato singular com os serviços de saúde, seja para reverter essa produção subjetiva seja construir potências de autonomia e afirmação de si. Já para as demais adolescentes, as principais apreciações de autoimagem antes da gravidez incluíram a autoimagem de irresponsável, mas seguida das autoimagens de feliz e livre, não podendo os serviços de saúde trabalhar com culpabilização ou individualização de responsabilidades. Mais de 50% das adolescentes dos 2 grupos considera a idade de 18 a 20 anos ou menos de 25 anos como melhor faixa etária para engravidar. Somado a isso, verifica-se que 70% das adolescentes grávidas não pretende uma segunda gravidez. A necessidade de cuidar da adolescente com depressão é real, uma vez que, enquanto 76% delas buscam a unidade básica de saúde do bairro para a puericultura, 94% das demais mães assim o fazem.

Se a avó paterna é a principal apoiadora da mãe adolescente no cuidado das crianças, o companheiro é o próximo ator social presente, exceto para as adolescentes com história de depressão, onde a presença do pai é menor que a atuação sozinha. De maneira geral não referem dificuldade no cuidado dos filhos (acima de 50%) e a principal dificuldade é relativa à falta de recursos financeiros.

Mesmo não sendo objeto deste estudo, até mesmo pela opção metodológica adotada, afirmar diferenças entre gestantes com depressão e as sem depressão, podemos comentar que algumas categorias analíticas como as percepções individuais antes e depois do parto ou ainda participação do cuidado e apoio na gestação, podem sugerir evidências para uma discussão ampliada do tema.

## **CONCLUSÕES:**

A análise das falas de adolescentes na circunstância da gestação relacionando ainda com os aspectos da assistência, pode servir como elemento importante para uma ressignificação do cuidado no cenário materno-infantil, instrumentalizando os profissionais em saúde, até mesmo para o manejo de comorbidades como transtornos de sofrimento psíquico prevalentes como a depressão na gestação.

As feminilidades adolescentes representam uma complexidade contemporânea e são as meninas que precisam ser cuidadas e isto significa acolher as feminilidades em que se inscrevem as gestações, não somente as biológicas. O atendimento humanizado ao parto e ao nascimento deve estar em linha com o pré-natal, a neonatologia, a puericultura e a ginecologia, mas sempre dirigido às feminilidades: conhecê-las, acolhê-las, atendê-las e com elas construir um projeto cuidador singular.

## **REFERÊNCIAS**

1. WHO. Adolescent Pregnancy. Fact sheet. Uptadated September 2014. [acesso em 05/03/2016]. Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs364/en/> .
2. Datasus. Nascidos Vivos – Brasil. Brasil. 2013. [acesso em 05/03/2016]. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>.
3. Brandão, ER; Heilborn, ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. Cad Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.22, n.7, p. 1421-1430, jul. 2006.
4. Borges, Da et al. A depressão na gestação: uma revisão bibliográfica. Revista de iniciação científica da libertas, v. 1, n. 1, 2016.

5. Ceccim, RB (coord). As mulheres são ativas no exercício do controle social sobre saúde, mas a educação dos profissionais de saúde retrai ganhos reais e potenciais: uma busca de pistas para reverter fragilidades e fortalecer o direito à saúde de qualidade para todas as mulheres. Relatório de Pesquisa. Edital CNPq – N° 045/2005. EducaSaúde, UFRGS, 2008.
6. Coelho, FC; Pinheiro, RT; Silva, RA; Quevedo, LA; Souza, LDM; Castelli, RD; Matos, MB; Pinheiro, KAT. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. Official Journal of the Brazilian Psychiatric Association (RBP Psychiatry). 2013; 35:051-056.

Figura 1

Universidade Católica de Pelotas - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento <u>PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO DOS PAIS ADOLESCENTES E MODOS OU DIVERSIDADES DE VÍNCULO.</u>	Universidade Católica de Pelotas - Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento <u>PESQUISA SOBRE COMPORTAMENTO DOS PAIS ADOLESCENTES E MODOS OU DIVERSIDADES DE VÍNCULO.</u>
<p>Questionário de número ____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sua gestação foi planejada?</li> <li>2. Quem participa do cuidado de seu (sua) filho (a)?</li> <li>3. Como você avalia a qualidade do cuidado que seu (sua) filho (a) conta?</li> <li>4. Quais pontos você definiria como positivos ou negativos no fato de você ter engravidado?</li> <li>5. Você pensa em engravidar novamente?</li> <li>6. Como foi a realização do seu pré-natal?</li> <li>7. Como você definiria o atendimento prestado pelo serviço de saúde no Pré-Natal e no parto?</li> <li>8. Você fez ou faz acompanhamento com seu filho (a) em algum serviço de saúde?</li> <li>9. Cite três palavras que te definem antes da gestação.</li> <li>10. Cite três palavras que te definem agora, após a gestação.</li> </ol>	<p>Questionário de número ____</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sua gestação foi planejada?</li> <li>2. Quando seu (sua) filho (a) nasceu, quais eram seus planos de vida (trabalho, estudo, casamento, viagem...)?</li> <li>3. Algo mudou? Em caso afirmativo: Como avalia essa mudança?</li> <li>4. Quais foram as reações de seus familiares e amigos quando souberam da gravidez?</li> <li>5. Quem te ofereceu apoio ou críticas neste momento?</li> <li>6. - De quem apoiou qual o apoio?</li> <li>7. - De quem criticou qual a crítica?</li> <li>8. Quais as dificuldades que você apontaria nestes dois últimos anos para a criação de seu (sua) filho (a)?</li> <li>9. O relacionamento que você tinha com o pai de seu (sua) filho (a) mudou? Como?</li> <li>10. O relacionamento que você tinha com os seus pais mudou? Como?</li> <li>11. Como você tem feito para cuidar de seu (sua) filho (a)?</li> <li>12. O que você pensa sobre o melhor Intervalo para engravidar e sobre as melhores Idades para engravidar?</li> </ol>

**Tabela 1 - Caracterização da amostra:**

<b>Idade na entrevista (puerpério)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(136)</b>	
○ 16 a 18	36	26,5
○ 19 a 21	100	73,5
<b>Escolaridade na entrevista (puerpério)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(136)</b>	
○ Analfabeta/ fundamental incompleto	23	16,9
○ Fundamental completo/ médio incompleto	59	43,4
○ Médio completo/superior incompleto	54	39,7
<b>Percepção da cor da pele</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(136)</b>	
○ Branca	81	59,6
○ Preta	35	25,7
○ Mulata	18	13,3
○ Amarela	1	0,7
○ Indígena	1	0,7
<b>Ocupação</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(136)</b>	
○ Vínculo formal/carteira assinada	5	3,7
○ Trabalha informalmente/bicos	14	10,3
○ Do lar	64	47,1
○ Desempregada	19	14
○ Estudante	34	25
<b>Renda somada por moradores da casa</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(136)</b>	
○ R\$ 100 a R\$ 500	40	29,4
○ R\$ 501 a R\$ 900	67	49,3
○ R\$ 901 a R\$ 1300	16	11,8
○ Acima de R\$ 1300	13	9,6
<b>Número de consultas de pré-natal</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(136)</b>	
○ Menos de 06 consultas	121	89
○ 06 consultas ou mais	15	11
<b>Presença de Depressão Maior (durante a gestação)</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
	<b>(136)</b>	
○ Sim	25	18,4
○ Não	111	81,6

***Tabela 2 - Categorias analíticas e variáveis pre-parto (n=136)***

<b>Variáveis pre-parto</b>	<b>Com depressão maior na gestação</b>		<b>Sem diagnóstico de depressão</b>	
	<b>n (25)</b>	<b>%</b>	<b>n(111)</b>	<b>%</b>
Apoio durante a gestação				
○ Mãe	12	48	33	29,7
○ Companheiro	4	16	13	11,7
○ Sogra	2	8	3	2,7
○ Toda a Família	7	28	62	55,9
Atendimento prestado no PN				
○ Ótimo	0	0	9	8,1
○ Muito bom	6	24	25	22,5
○ Bom	13	52	63	56,8
○ Regular	4	16	12	10,8
○ Ruim	2	8	2	1,8
Definição pessoal antes da gestação				
○ Irresponsável	12	48	19	17,1
○ Bonita	1	4	0	0
○ Sonhadora	1	4	0	0
○ Imatura	10	40	8	7,2
○ Feliz	1	4	17	15,3
○ Calma	0	0	10	9
○ Livre	0	0	13	11,7
○ Não sabe definir	0	0	44	39,7
Qual a melhor idade para engravidar				
○ ≥ 18	2	8	23	20,8
○ ≥ 20	11	44	37	33,3
○ ≥ 25	10	40	26	23,4
○ ≥ 30	2	8	8	7,2
○ Sem definição	0	0	17	15,3
O que mudou com a gestação				
○ Abandono dos estudos	2	8	16	14,4
○ Abandono do trabalho	2	8	16	14,4
○ Amadurecimento pessoal	9	36	10	9,1
○ Mais responsabilidade	5	20	23	20,7
○ Não mudou nada	7	28	46	41,4
Planejamento da gestação				
○ Sim	8	32	46	41,4
○ Não	17	68	65	58,6
Planos de vida antes de engravidar				
○ Estudar	9	38,8	44	39,6
○ Trabalhar	10	44,4	44	39,6
○ Casar	2	5,6	13	11,7
○ Viajar	2	5,6	0	0
○ Sem planos futuros	2	5,6	10	9,1
O que mudou no relacionamento com o pai da criança				
○ Melhorou o relacionamento	4	16	18	16,2
○ Piorou o relacionamento	6	24	20	18
○ Nos casamos	0	0	5	4,5
○ O companheiro foi embora	0	0	20	18
○ Nada mudou	15	60	48	43,3

***Tabela 3 - Categorias analíticas e variáveis pós-parto (n=136)***

Variáveis pós-parto	Com depressão maior na gestação		Sem diagnóstico de depressão	
	n (25)	%	n(111)	%
Qualificação do atendimento prestado no parto				
○ Adequado	23	92	92	82,9
○ Inadequado	2	8	19	17,1
Fez acompanhamento do filho em serviços de saúde após o parto				
○ Sim, na UBS do bairro	19	76	104	93,7
○ Não	6	24	7	6,3
Quem ofereceu apoio após o parto				
○ Mãe	8	32	31	27,9
○ Companheiro	4	16	14	12,6
○ Sogra	2	8	2	1,8
○ Pai	2	8	7	6,3
○ Família	9	36	57	51,4
Definições pessoais após o parto				
○ Mais feliz	7	28	43	38,7
○ Mais madura	4	16	16	14,4
○ Mais ansiosa	1	4	7	6,3
○ Mais responsável	11	44	30	27
○ Mais carinhosa	2	8	15	13,6
Quem participa do cuidado do filho além de você				
○ Companheiro	6	24	48	43,3
○ Mãe	9	36	49	44,1
○ Somente eu	8	32	9	8,1
○ Sogros	2	8	5	4,5
Dificuldades percebidas no cuidado do filho				
○ Sem dificuldades	14	56	56	50,5
○ Dificuldades em conseguir creche/escola	2	8	0	0
○ Falta de dinheiro	5	20	44	39,6
○ Problemas de saúde do filho	2	8	9	8,1
○ Criar sozinha	2	8	2	1,8
Tem planos para nova gestação				
○ Sim	7	28	30	27
○ Não	18	72	81	73

### 7.3. Confirmações de submissão dos artigos

#### BMC Women's Health

Teenager pregnancy: analysis of a selected group of mothers in a cohort following the trajectory of pregnant teenagers as a contribution to medical care and education.

--Manuscript Draft--

Manuscript Number:	BMWH-D-15-00103	
Full Title:	Teenager pregnancy: analysis of a selected group of mothers in a cohort following the trajectory of pregnant teenagers as a contribution to medical care and education.	
Article Type:	Research article	
Section/Category:	Women's health behaviors and health promotion	
Funding Information:	CNPq Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (protocolo 474786/2014-2)	MD Ricardo Tavares Pinheiro
Abstract:	<p><b>ABSTRACT</b></p> <p><b>Background:</b> Medical education in health care on the condition of pregnant women and teenage mothers, limitations and possibilities.</p> <p><b>Methods:</b> This research results from qualitative analysis of a group of mothers selected from among participants in a cohort that follows the trajectory of pregnant teenagers. It aimed to understand and characterize the singularities expressed by this group, relating them into three categories: medical education, health care and the universe of pregnant teenagers. A questionnaire comprised of open questions was administered in interviews with teenagers mothers and was subsequently analyzed using thematic analysis.</p> <p><b>Results:</b> 136 teenage mothers answered the questionnaire, and of these 79% of references indicate follow-up in health services, 15.5% quality care provided as inadequate, especially during delivery, and 75% positive references to the fact of having got pregnant.</p> <p><b>Conclusions:</b> The results show the implications and challenges, among others, existing for antenatal, delivery and postpartum teaching and practice in relation to adolescent women and serve as elements for rethinking practical proposals.</p> <p><b>Keywords:</b> teenage pregnancy, medical education, maternal and child health care.</p>	
Corresponding Author:	Maurício Moraes, Ms. M.D Universidade Católica de Pelotas Pelotas, RS BRAZIL	

#### Ciência & Saúde Coletiva

## Submission Confirmation

 Print

Thank you for your submission

<b>Submitted to</b>	Ciência & Saúde Coletiva
<b>Manuscript ID</b>	CSC-2016-1782
<b>Title</b>	GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO NA ADOLESCÊNCIA: SIGNIFICADOS PARA O CUIDADO EM SAÚDE, SEGUNDO UMA COORTE DO SUL DO BRASIL
<b>Authors</b>	Moraes, Maurício Ceccim, Ricardo Coelho, Fábio Quevedo, Luciana da Silva, Ricardo Pinheiro, Karen Pinheiro, Ricardo
<b>Date Submitted</b>	30-Jun-2016

## 8. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Resgatando as propostas do presente trabalho e sua respectiva temática, cabe ressaltar especialmente quanto aos objetivos da pesquisa inicialmente trabalhados:

### Principal:

Verificar o imaginário presente no grupo de gestantes cadastradas na pesquisa em execução, nas suas etapas tanto de pré e pós-intervenção, utilizando como temáticas problematizadoras a gestação na adolescência e possíveis fatores condicionantes e determinantes para depressão.

### Secundário:

Caracterizar o universo da adolescência e gestação e seus significados para o grupo em estudo.

Pode-se afirmar, que após a execução do projeto, ambos objetivos foram atingidos com esta pesquisa, tendo sido apresentados dois artigos em síntese com as seguintes conclusões:

- Duas temáticas foram incidentes na categoria ensino/assistência em saúde: acompanhamento dos filhos em serviços de saúde e definição do atendimento prestado (percepção) sobre o pré-natal e parto. Observa-se que boa parte das puérperas se preocupa com o acompanhamento dos filhos e de um modo geral busca a unidade básica como referência para o acompanhamento, sendo este marcadamente caracterizado pelos dados objetivos: pesar, medir e realizar vacinas.
- Muitas dificuldades estão relacionadas às questões envolvendo educação dos filhos e também dificuldades econômicas e de relacionamento familiar. Não foram

observadas falas que identificassem que os serviços de saúde eram a referência para auxílio nestas questões.

- Com relação ao atendimento prestado chama a atenção o fato da qualificação como boa do acompanhamento pré-natal, na maioria das vezes sendo ressaltadas características da atenção e também a percepção das gestantes sobre a existência do seu profissional da referência no serviço em que busca o cuidado. Em contrapartida, a qualificação do parto foi percebida com algumas inadequações pelas gestantes, especialmente em observações relacionadas as circunstâncias do parto.
- Uma constatação relevante é o distanciamento entre o acompanhamento pré-natal, o parto e o acompanhamento da puericultura posterior, justificado pelo modelo assistencial, fragmentado nesta perspectiva (faz-se acompanhamento pré-natal em um serviço, parto em outro e por vezes puericultura em outro).
- Cabe salientar ainda as falas sobre os pontos positivos ou negativos de ter engravidado. Das 136 puérperas, 75% verbalizaram referências positivas pelo fato de ter engravidado. Algumas extremamente significativas e elucidativas, como “ter o meu filho foi muito importante, foi a minha razão de viver” ou “ele é tudo para mim”. Outro aspecto que corrobora estas falas é o fato de que houve em torno de 50% de referências indicando que a gestação foi planejada.
- Na caracterização da amostra observa-se o predomínio da idade entre 19 e 21 anos, mas 1/3 das gestantes dos 16 aos 21 anos estão na faixa de dos 16 aos 18, revelando um número não pouco expressivo. Quanto à escolaridade, 60% das adolescentes estão entre o ensino fundamental e o ensino médio incompleto, o que é compatível com a escolaridade da maioria da população no Brasil, mas também indica nível socioeconômico e anseios socioculturais.

- Ainda chama atenção as percepções pessoais após o parto, com a identificação nas falas da caracterização de estar mais feliz, madura e responsável.
- Ao associarmos estes dados com a categoria “o que mudou com a gestação”, o abandono dos estudos ou do trabalho não alcança 30% e entre as adolescentes com experiência de depressão não chega aos 20%. Já o amadurecimento pessoal às adolescentes com experiência de depressão é expressivo (quase 40%) e há indiferença na vida das demais adolescentes (pouco mais de 40%). Há uma clara percepção para as adolescentes de que o evento gestação traz mais responsabilidade e amadurecimento pessoal, especialmente nas falas das gestantes com diagnóstico de depressão (56%). As condições sociais de vida da adolescente não podem ser essencialmente naturalizadas e classificadas exclusivamente como risco biológico: mãe solteira, mãe adolescente, mãe de baixa renda.
- Nas falas sobre apoio tanto na gestação quanto após o parto, e também na categoria quem participa do cuidado do filho, evidencia-se o expressivo apoio dado pela família, especialmente as mães das adolescentes, remetendo ao fato de que a adolescente que engravida é filha de uma mãe que a concebeu na adolescência, às vezes deseja a criança e tem nessa maternidade não o constrangimento de um único modo de ser mãe, mas um ser mãe em rede como um dia foi filha em rede.
- Quanto a relação com o pai da criança, as adolescentes com depressão referem que nada mudou (60%) ou piorou (24%). Muitas adolescentes sem depressão informam que o pai foi embora (18%), mas o relacionamento, em geral, ficou igual (43%) ou melhorou (16%).
- Nenhuma adolescente com depressão citou a possibilidade de atendimento ótimo e 24% o consideraram regular ou ruim. Apenas 9 em 11 adolescentes sem depressão citou o atendimento como ótimo. Como responsabilizar pela atenção à saúde,

profissionais que não tematizam permanentemente suas práticas ante valores e opiniões de classe, gênero, raça, sexualidade e singularidade?

- A necessidade de cuidar da adolescente com depressão é real, uma vez que, enquanto 76% delas buscam a unidade básica de saúde do bairro para a puericultura, 94% das demais mães assim o fazem.
- Se a avó paterna é a principal apoiadora da mãe adolescente no cuidado das crianças, o companheiro é o próximo ator social presente, exceto para as adolescentes com história de depressão, onde a presença do pai é menor que a atuação sozinha. De maneira geral não referem dificuldade no cuidado dos filhos (acima de 50%) e a principal dificuldade é relativa à falta de recursos financeiros.

Mesmo não sendo objeto deste estudo, até mesmo pela opção metodológica adotada, afirmar diferenças entre gestantes com depressão e as sem depressão, podemos comentar que algumas categorias analíticas como as percepções individuais antes e depois do parto ou ainda participação do cuidado e apoio na gestação, podem sugerir evidências para uma discussão ampliada do tema, bem como a comunicação mais aprofundada com os dados quantitativos da Coorte, evidenciando assim características mais específicas e que possam contribuir para o escopo da pesquisa.

Fica como sugestão para a continuidade do trabalho.