**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares
da assistência a adolescente grávida**

Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior

Tese apresentada ao Programa de Pós-
Graduação da Faculdade de Saúde Pública
para a obtenção do título de Doutor em
Saúde Pública

Área de Concentração:
Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora:
Profa. Dra. Ana Cristina d' Andretta Tanaka

**São Paulo
2014**

Invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares da assistência a adolescente grávida

Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de Doutor em Saúde Pública

Área de Concentração:
Saúde, Ciclos de Vida e Sociedade

Orientadora:
Profa. Dra. Ana Cristina d' Andretta Tanaka

São Paulo
2014

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Macedo Jr., Hugo.

Invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares da assistência a adolescente grávida / Hugo Macedo Jr. Orientadora Ana Cristina d' Andretta Tanaka. São Paulo, 2014.
99 f.

Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, 2014.

1. Educação Médica. 2. Papel do Médico. 3. Relações Médico-Paciente. 4. Cuidados Médicos. 5. Assistência Centrada no Paciente. 6. Psicologia Médica.

Agradeço, do fundo da minha alma, às pessoas que, de diversas formas,
acreditaram e me apoiaram no caminhar da vida.

Em especial, minha esposa, Renata Pimentel, a quem dedico essa tese,
e todo meu amor.

RESUMO

MACEDO JR., H. **Invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares da assistência a adolescente grávida**. 2014. 99 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

O profissional de saúde ao visualizar a gravidez na adolescência como um problema de saúde a ser corrigido, torna invisível o paciente como sujeito de direitos e necessidades de cuidado. Há percepções de que as práticas no campo da Medicina estão descoladas da realidade e não atendem, ao que parece, às demandas dos usuários como sujeitos de direitos das ações em saúde. Os conhecimentos adquiridos, construídos e compartilhados foram incorporados à realidade da prática médica, porém a grande questão é saber e entender em que medida e de que forma acontece esse processo e como se relaciona com os demais envolvidos, ou seja, qual a percepção e o que prevalece ou torna-se invisível o sujeito paciente na abordagem médica às questões complexas da saúde dos indivíduos. Os objetivos desse trabalho foram desvelar as invisibilidades do sujeito paciente na questão da gravidez na adolescência sob os olhares do profissional da saúde e, consequentemente, caracterizar especificidades dos olhares do profissional da saúde na prática da assistência aos adolescentes com experiência de gravidez que os tornam invisíveis ao profissional. Para esse fim, foi adotado como procedimento metodológico a investigação científica da pesquisa descritiva de abordagem qualitativa, por meio da análise de conteúdo das entrevistas semi estruturadas, de aspecto geral sobre assuntos relacionados ao tema central gravidez na adolescência e a assistência médica, com perguntas comuns e consensuais que envolviam significados, ensino, a prática cotidiana e saúde pública com profissionais de saúde médicos, que trabalham com adolescentes grávidas, nos serviços da rede de saúde pública em município da Grande São Paulo, com vinculação acadêmica a Instituição de Ensino Superior. Desvelaram-se que as invisibilidades do sujeito paciente na questão da gravidez na adolescência são resultados da produção médica no cuidado ao paciente, nos valores e representações da lógica médica. Caracterizaram-se como especificidades dos olhares do profissional de saúde que invisibiliza o sujeito adolescente na prática assistencial a produção da ciência médica fundamentada na percepção de mundo para esses profissionais que conflitam com as percepções de mundo do adolescente na experiência da gravidez. A ciência médica voltada ao modelo biomédico e organicista, baseada numa tradição positivista, torna a arte médica um lugar de pouca reflexão estrutural e privilegia-se o saber instituído em detrimento de novas possibilidades do cuidado médico, onde as questões que envolvem dimensões humanas têm difícil inserção. O outro eixo está fundamentado nas percepções de modelo social de estrutura familiar tradicional e no poder “em manter a ordem” que a sociedade atribui ao médico.

Palavras-chave: Educação Médica. Papel do Médico. Relações Médico-Paciente. Cuidados Médicos. Assistência Centrada no Paciente. Psicologia Médica.

ABSTRACT

MACEDO JR., H. **Invisibility of the subject in the diversity of perspectives of assistance to pregnant teenager.** 2014. 99 f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.

The health professional to show teenage pregnancy as a health problem to be corrected, makes invisible the patient as a subject of rights and care needs. There are perceptions that the practices in the medical field are detached from reality and does not meet, it seems, the demands of the users as subjects of rights of health actions. The knowledge acquired, built and shared were incorporated to the reality of medical practice, but the big question is to know and understand to what extent and in what way does this process and how it relates to others involved, therefore, what the perception and what prevails or becomes invisible subject patient in medical approach to the complex issues of the health of individuals. Among the most common health guidelines, some are eligible to potentially reach a greater degree of complexity to the care and become provocative assistance gaps, which in this study called the invisibility of the subject, and one of the staves, we work with teenage pregnancy, and the invisibility of this teenager in this important moment of your life that need care and support of the health professional. The objectives of this study were to reveal the invisibilities of fellow patient on the issue of teen pregnancy in the looks of the healthcare professional and, consequently, characterize specificities of the looks of the health professionals in the practice of assistance to adolescents with pregnancy experience that makes them invisible to the professional. For this purpose, was adopted as methodological procedure scientific research of qualitative research, through the analysis of semi structured interviews, General aspect on subjects related to the central theme teen pregnancy and medical assistance, with common questions and consensual involving meanings, teaching, daily practice and public health with medical health professionals, who work with pregnant adolescents services public health network in municipality of greater São Paulo, academic affiliation with the Medical Education Institution. Was unveiled that the invisibility of the subject patient issue of teenage pregnancy are the result of medical production in patient care, values and representations of medical logic. Were characterized as specific looks of the health professional that the adolescent subject rather invisible in healthcare practice the production of medical science based on the perception of the world for these professionals that conflict with the perceptions of the world of the adolescent experience of pregnancy. The focused on biomedical and medical science organicist model, based on a positivist tradition, makes the medical art a place of reflection and little structural knowledge is privileged at the expense of established new possibilities of medical care, where issues involving human dimensions are difficult insertion. The other axis is based on the perceptions of the social model of traditional family structure and power "in maintaining order" that society attaches to the doctor.

Keywords: Medical Education. Physician's Role. Physician-Patient Relations. Medical Care. Patient-Centered Care. Psychology, Medical.

LISTA DE FIGURAS E TABELA

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1 - Ideia esquemática das dimensões que o olhar médico não reconheceria. As dimensões mostram as relações de grandezas entre a pessoa, como o todo, e uma pequena parte da figura, a doença.....13
- Figura 2 -. Ideia esquemática das dimensões que o olhar médico não reconheceria. As dimensões mostram as relações de grandezas entre a pessoa, como o todo, e uma pequena parte da figura, os fenômenos complexos das vidas das pessoas.....15
- Figura 3 - Ideia esquemática do olhar médico pelo prisma óptico do modelo da ciência médica e do modelo social, tornando visível ao médico apenas o fenômeno da gravidez na adolescência e dando invisibilidade ao adolescente-sujeito.....78
- Figura 4 - Ideia esquemática das dimensões que o olhar médico não reconheceria. As dimensões mostram as relações de grandezas entre o adolescente-sujeito, como o todo, e uma pequena parte da figura, a gravidez na adolescência.....82

LISTA DE TABELA

- Tabela 1 - Caracterização dos entrevistados da pesquisa “Invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares da assistência a adolescente grávida”. São Paulo, 2013.....30

SUMÁRIO

Página

1. INTRODUÇÃO	09
1.1 Vivências das lacunas do modelo médico assistencial	09
1.2 O olhar biomédico e a formação em saúde – transformando a pessoa, o sujeito em doença.....	10
1.3 Gravidez na adolescência pela saúde pública.....	17
2. HIPÓTESE.....	20
3. OBJETIVOS.....	21
4. PROCEDIMENTO METODOLÓGICO.....	22
4.1. Tipo de pesquisa.....	22
4.2. População de estudos.....	23
4.3. Seleção dos participantes.....	24
4.4. Coleta de dados.....	24
4.5. Definição de termo	24
4.6. Plano de análise	25
4.7. Ética em pesquisa com seres humanos	28
4.8 Sobre limitações do estudo.....	28
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	30
5.1. Caracterização dos entrevistados	30
5.2. Caminho para anular o sujeito.....	31
5.3. Gravidez como fenômeno mágico e acidental.....	34
5.4. Mundo próximo e mundo distante.....	36
5.5. Responsabilidades do outro.....	37
5.6. Patologização da vida.....	43
5.7. Ciência médica e positivismo.....	48
5.8. Modelo biomédico tornando invisível o sujeito	49
5.9. Modelo biomédico como expressão antidialética e antidialógica.....	52
5.10. Existe intencionalidade na invisibilidade do sujeito?	55
5.11. Antialogismo e a perpetuação do domínio	60
5.12. Médico é aquele que foi formado para ser	65
5.13. Incoerência e conflito tornando o sujeito invisível no cuidado.....	69
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	76

7. CONCLUSÃO.....	84
REFERÊNCIAS.....	85
APÊNDICES.....	90
ANEXOS.....	94

1 INTRODUÇÃO

1.1 Vivências das lacunas do modelo médico assistencial

Tenho relatado, em minha trajetória profissional docente, interessantes experiências vivenciadas com a inserção de alunos do internato médico no contexto da Atenção Primária à Saúde, no atendimento assistencial em unidades de saúde.

Situações que elucidam percepções de que as práticas no campo da Medicina, em diversos contextos, estão descoladas da realidade e não atendem, ao que parece, às demandas dos usuários como sujeitos de direitos das ações em saúde.

Houve um caso de suspeita de gravidez de uma adolescente de quatorze anos. Após a realização do teste de gravidez, cujo resultado foi negativo, a adolescente ao receber a notícia demonstrou frustração e desapontamento, ao contrário dos preceptores e alunos que, ao darem a notícia, fizeram-no de forma comemorativa e aliviada, ficando até mesmo confusos e indignados com a reação da adolescente.

Nesse contexto, observa-se que tanto as equipes docentes e assistenciais quanto as discentes mostraram-se descontextualizadas das necessidades da jovem que buscou atendimento.

Na experiência enquanto aluno de graduação e, depois, de forma mais efetiva, na atuação profissional, esses episódios que emergem como fendas no cuidado às pessoas, levou-nos a reflexão sobre questões não sistematizadas quanto à busca premente de um novo significado no olhar para a prática assistencial à população.

Explorar as lacunas do cuidado na relação médico-paciente mostra o caminho para entender eventos de desconexões e subjetividades na consulta médica. Porém há poucas pesquisas publicadas sobre o “lado do médico” e seu olhar na questão do cuidado. Por exemplo, a escassez de evidências sobre as crenças e o entendimento dos médicos sobre sua prática assistencial, mesmo depois de muito ter sido escrito por médicos, em geral sobre o relacionamento entre médicos e pacientes. É relativamente desconhecido como os fatores relacionados ao contexto do profissional, seus valores, suas

crenças e papel social afetam a consulta e a produção do cuidado médico (PENDLETON, 2011. p.46-49).

Assim como o paciente, o médico - também um ser subjetivo - conduz a consulta com seus significados e muitas atitudes predeterminadas, que se desenvolveram ao longo de anos de treinamento e experiência. Muitos aspectos, incluindo fatores cognitivos (ideias e crenças), fatores emocionais (sentimentos e preocupações) e fatores comportamentais (habilidades e mecanismos de enfrentamento) afetam o comportamento do médico em sua prática. Dessa forma, podem torná-la mais ou menos efetiva tanto para o próprio médico quanto para o paciente, provocar encontros ou desencontros, processos de comunicação interpessoais que vão além da conversa, constroem o cuidado efetivo ou o insucesso da consulta, com potencial descuido médico prestado ao paciente. (PENDLETON, 2011. p.46-49).

1.2 O olhar biomédico e a formação em saúde – transformando a pessoa, o sujeito em doença.

Grande parte da formação do estudante de medicina é embasada no modelo biomédico. A maioria das escolas médicas apresenta aos futuros médicos uma visão restrita e descontextualizada do conceito saúde-doença, reduzido exclusivamente à sua dimensão biológica. Esta situação favorece a formação de profissionais com uma postura de desconsideração aos outros aspectos desse binômio. Além disto, a evolução unilateral do conhecimento tecnológico desvaloriza a dimensão humana. (DE MARCO, 2006).

O profissional médico é treinado de forma focada nas doenças e técnicas para diagnosticá-las e tratá-las. Aprendem a reconhecer padrões e a chegar a um diagnóstico pela anamnese e pela interpretação de exames, sinais e sintomas. Durante a graduação e mesmo na especialização, nenhuma disciplina trata do tema do cuidado e da relação do médico com quem está doente de forma aprofundada, construindo ou apresentando instrumentos ou metodologias a ser incorporados na bagagem tecnológica médica (MERHY, 2000).

As investigações realizadas nas formações de Ensino Superior mostram o descompasso entre o ensino e a necessidade de atuação na prática assistencial com percepção da complexidade do paciente, podendo refletir na fragmentação dos saberes difundidos pela Universidade e fundamentação no modelo biomédico, priorizando o ensino terapêutico (COSTA, 2005), seja na Enfermagem (WYNNE, BRAND, SMITH, 1997), ou na Medicina (AVARENGA, 2005),

Em “O Nascimento da Clínica”, Foucault (1987) descreve como, com a descoberta da anatomia patológica, o interesse médico foi se voltando cada vez mais para as estruturas internas do organismo e, com isto, a importância do sujeito foi se tornando cada vez mais secundária. O lugar do indivíduo passou a ser o de portador de lesões, estas sim vistas com interesse e positividade pelo médico.

Predomina sempre uma preocupação explícita com o “saber científico” sobre a doença, seu diagnóstico e tratamentos, deixando de lado o “saber sobre a pessoa que busca ajuda e sua doença”. O ensino nas escolas médicas enfatiza uma abordagem centrada na doença e, por conseguinte, no médico. De acordo com esse modelo, os médicos “acertam” ou “identificam” as queixas dos doentes e buscam informações que irão ajudá-los a interpretar a doença da pessoa com seu próprio arcabouço de referência: o conhecimento científico e os conceitos da medicina incorporados à prática (LOPES, 2007).

As doenças, neste modelo de abordagem, são entidades específicas que têm uma existência separada de quem as sofre. Sinais e sintomas são catalogados, levando ao diagnóstico e à prescrição de um tratamento apropriado. Um indicador de sucesso é um diagnóstico preciso, como, por exemplo, infarto, acidente vascular cerebral (AVC), carcinoma do colo, abuso infantil, risco de suicídio ou alcoolismo. Na busca desse propósito, os médicos utilizam um método desenhado para obter informações objetivas das pessoas, no qual a agenda e o modelo explicativo são definidos pelo próprio médico (LOPES, 2007).

O diagnóstico - uma vez estabelecido - pode limitar a abordagem e fazer com que o médico se desinteresse pelos aspectos que não se encaixam naquele diagnóstico em especial. Então, um diagnóstico pode funcionar como

“uma profecia que realiza a si própria”, diminuindo a capacidade do médico se relacionar com o outro como uma pessoa ou sujeito (YALOM, 2006).

Conceituar doença como um fenômeno mais ou menos accidental, com origem nos processos bioquímicos do organismo, é muito restrito e, por conseguinte, produz resultados igualmente restritos. A biomedicina, mesmo com os seus avanços e sofisticação tecnológica, foi deixando à mostra sua impossibilidade de oferecer respostas conclusivas ou satisfatórias para muitos problemas, sobretudo para os componentes subjetivos que acompanham, em grau maior ou menor, qualquer doença ou evento. Prioriza-se unicamente o orgânico em detrimento da interação entre os múltiplos aspectos causais, apesar de estes serem aspectos que podem influenciar tanto a origem quanto a manutenção, evolução e prognóstico do processo de adoecer (é a imperícia determinada pela visão restrita). Não se percebe que, no processo de recuperação da saúde do indivíduo, devem fazer parte recursos subjetivos inerentes ao próprio paciente; ao contrário, abre-se mão desses recursos terapêuticos por desconhecimento e/ou inabilidade.

A qualidade da ajuda que um profissional de saúde presta depende do conceito de saúde e doença, da compreensão que tenham do organismo e da sua relação consigo e com o entorno. Esse conceito varia segundo a época em que se vive, os interesses dos diversos na sociedade e a maneira como ela está organizada.

Assim, de forma fundamental na base da educação médica, encontramos uma “crise de concepção”, um conflito cognitivo e programático na relação de saúde, adoecimento, pessoa e doença.

Como fruto do modelo biomédico de formação, a pessoa, o todo, é entendida pela parte: a doença diagnosticada. Nessa relação, demonstra-se um processo cognitivo de referência indireta, pelo qual atribuímos a uma entidade implícita ou não acessada pelo médico (a pessoa – o sujeito pleno) o significado de uma entidade explícita ou acessada pelo médico (a doença); portanto, a pessoa é entendida ou preconcebida nos padrões da doença que o profissional diagnosticou e conhece bem.

Propõe-se na figura 1, ideia esquemática desse olhar médico, a pessoa, o todo, reduzida a uma pequena parte, a doença, que lhe remete na lógica biomédica.

Figura 1: Ideia esquemática das dimensões que o olhar médico não reconheceria. As dimensões mostram as relações de grandezas entre a pessoa, como o todo, e uma pequena parte da figura, a doença.

O esquema acima propõe ilustrar, por ordens de redução, as relações da doença, o convívio com a doença e, assim, exercendo o lugar de paciente no processo do cuidado médico.

Ser paciente é somente um papel a ser assumido pela pessoa quando se está doente. Portanto, paciente é o modo que define como deve se comportar uma pessoa que está doente. Mas a definição de paciente, na lógica biomédica, retira os aspectos volitivos e a autonomia da pessoa, determinando um comportamento e transformando a pessoa em doença, objeto-passivo e contraposto à própria definição de sujeito, dentro da abordagem dos problemas de saúde da pessoa que busca ajuda, bem como na participação que se espera da mesma na produção da saúde. A esse fato é acrescido outro, que se pode dizer que o agrava, com um grande simbolismo metonímico, representado na prática médica pelo hábito de nomear as pessoas pelo número do leito onde estão (“Fui ver o 321”), pela doença os afeta (“atendi uma

hepatite”) ou um fenômeno de vida complexo, como no nosso estudo, “atendi uma gravidez na adolescência” (LOPES, 2007).

A abordagem médica deveria agregar as questões externas às quais a pessoa é submetida, como seu mundo interior, assim como suas relações com outras pessoas. O sujeito que vai à consulta é pai, mãe, filha, avô e tem uma história a ser narrada, com vivências e subjetividades únicas. Têm relações, obrigações e uma organização de vida que pode ser saudável ou não.

Destituíu-se, assim, a experiência de saúde e adoecimento de seu caráter subjetivo, negando ao paciente o direito de sentir aquilo que ele relata — caso não exista uma base cientificamente definida ou prevista no protocolo orgânico-patológico médico para esta vivência e sentimento do adoecer. Portanto, a relação ocorre entre o médico e a doença do sujeito, independentemente do sujeito da doença (FERNANDES, 1993).

Quando o médico atende um paciente com cefaleia, o examina e se limita a pedir exames e prescrever um analgésico, ele está dizendo a este paciente, dentro dos melhores preceitos clínicos, que aquele sintoma guarda uma coerência e uma causalidade circunscritas ao seu corpo, e, portanto, passíveis de serem tratadas e curadas através daqueles procedimentos. Não há espaço para uma visibilidade ampliada que relacione os sintomas indiferenciados às condições de vida da pessoa, ou se ela está desempregada, ou se está infeliz, ou se trabalha muito (FERNANDES, 1993).

Ao se negligenciar as condições de vida e as dimensões humanas, o olhar médico fundamentado na lógica biomédica não compreende e não responde às situações ou fenômenos vitais complexos que não são previstos pelo protocolo orgânico-patológico da atuação médica.

Ilustrando a discussão, Castiel (1996) traz a importância do uso de figuras de linguagem na fala das pessoas como recursos coloquiais para transmitir ao médico que existem aspectos inerentes a diversas dimensões (afetivas, culturais, simbólicas) cuja linguagem concreta não dá conta para explicar sua profundidade. Comumente a metáfora preenche lacunas que a linguagem concreta por si não oferece. Um paciente pode tentar falar sobre sua dor, por exemplo, da seguinte forma: “doutor, sinto a intensidade de minha saudade cortar meu peito, provocando esta dor insuportável que vai irradiando até as costas. Seria mesmo esta a razão desta minha possível angina?” Porém,

baseado no modelo biomédico, o médico não se atenta às descrições subjetivas e simbólicas, mas sim aos detalhes objetivos sobre a dor, como a irradiação descrita entre outras (localização, caráter da dor etc.).

E, por semelhante processo cognitivo, é estabelecida uma relação de associação, quase que metafórica, em que sintomas indiferenciados de difícil elucidação ou fenômenos complexos, mesmo que vitais, como o sofrer, o morrer, ou o nascer, o engravidar e o parir são concebidos para modelos lineares e protocolares, como patologias controláveis, preveníveis ou tratáveis.

Propõe-se na figura 2, ideia esquemática desse olhar médico, a pessoa (o todo), reduzida a uma pequena parte, fenômenos complexos do difícil lidar conforme a lógica biomédica.

Figura 2: Ideia esquemática das dimensões que o olhar médico não reconheceria. As dimensões mostram as relações de grandezas entre a pessoa, como o todo, e uma pequena parte da figura, os fenômenos complexos das vidas das pessoas.

Do médico se exige classificar a doença, mas não assistir os sentimentos ou entender a experiência do paciente. Ainda mais, o organismo

não é um objeto passivo. A causa específica de uma doença pode não ser mais que fator desencadeador de um processo potencial do organismo. As causas que mantêm a doença ou inibem a cura, podem ser distintas das que deram origem à doença; aqui, podemos incluir um comportamento mal adaptativo do organismo. Medidas terapêuticas podem atuar não sobre o agente causal, mas sobre as defesas humanas, como parece ser o caso das medidas benéficas providas das relações humanas (MCWHINNEY, 1996).

A descrição de processos vitais entendidos como processos patológicos tem alicerces na concepção biomédica de fenômenos de saúde e de doença, no estabelecimento de padrões de normalidade cartográfica, mensurável e previsível. Canguilhem (1990) em “O Normal e o Patológico” discute a associação entre experiências de fisiologia nos laboratórios e a elaboração de conceitos sobre saúde e doença e, conseqüentemente, sobre a terapêutica - mas distantes da realidade concreta da vida das pessoas.

O padrão da normalidade é submisso às diversas dinâmicas da própria ciência e da sociedade. A constante busca da ciência e do próprio modelo biomédico alcança novos patamares de evidência científica. Externamente, gera as influências que os padrões sociais exercem quando são estabelecidos novos entendimentos da sociedade, principalmente quando são elencadas dimensões humanas como o convívio, relações interpessoais e expectativas dos sujeitos dessa sociedade, que geram novos padrões de normalidade. Entretanto, o estar fora do padrão de normalidade não implicaria a instalação de uma doença, porém, para a lógica biomédica, estar fora do padrão de normalidade significa o reconhecimento da doença.

Ademais, a visão do profissional médico focado na ideia de doença, exclui possibilidades da visualização para outros fenômenos que envolvem o paciente-sujeito e suas necessidades e possibilidades. Assim, potencializa eventos que se observa no cotidiano da produção do cuidado, como na Atenção Primária à Saúde, em que as complexidades de padrões oscilam nos diferentes sujeitos e suas famílias.

Estas demandas suscitam questões sobre qual é o papel da saúde, enquanto instância que acolhe e assiste as pessoas. A escuta profissional, muitas vezes, não considera a paciente como um sujeito de direitos que possui suas lógicas próprias e, assim se presta a uma assistência distante do

indivíduo em seu contexto de vida, reduzindo e minimizando os eventos vitais a ele.

É notável a dificuldade de produção do cuidado médico para as demandas que exigem o reconhecimento do sujeito-paciente, como nas temáticas de saúde mental, dinâmicas familiares e ciclos de vida. Dentre os eventos complexos que estão na vida das pessoas, a gravidez na adolescência é um tema que se destaca pela abrangência dos múltiplos fatores envolvidos na temática, da adolescente e seus familiares à sociedade e o próprio sistema de saúde.

A temática da gravidez na adolescência nos remete com muita riqueza à investigação do olhar do médico sob o sujeito-paciente em sua atividade de produção do cuidado.

Portanto, percebe-se que os conhecimentos adquiridos e os significados construídos foram compartilhados e incorporados à realidade da prática médica, porém a grande questão é saber e entender em que medida e de que forma acontece esse processo, além de como se relaciona com os demais envolvidos no momento do cuidado, da consulta médica. Ou seja, qual a percepção e o que prevalece ou torna-se invisível no sujeito-paciente adolescente na abordagem médica às questões complexas da saúde dos indivíduos como na gravidez na adolescência.

1.3 Gravidez na adolescência pela saúde pública.

A gravidez na adolescência é referida como um problema social e de saúde pública por diversos autores (RGO, 2002; HEILBORN et al., 2003; PANTOJA, 2003; VENTURA et al., 2003; TONETE, 2006; DIAS e AQUINO, 2006; SANCHES e BERTOLOZZI, 2007 e GONTIJO et al., 2009;).

Tema de intensos debates na esfera da saúde reprodutiva tem sido popularizado pelos meios de comunicação, o que em muito tem contribuído para sua maior visibilidade social. No entanto, tem-se pautado em um discurso vitimizador, homogeneizador e alarmista da questão, no qual o evento assume um caráter negativo, instaurador de mudanças radicais na vida das adolescentes e de suas famílias, sendo o abandono dos estudos referido como um dos seus principais prejuízos.

Na saúde pública persiste o discurso normativo, que considera o evento um fator de risco social. A gravidez seria resultado da pobreza, da precariedade e da falta de acesso aos serviços de saúde. Uma vez entendida como indesejada, a gravidez acarretaria: abandono dos estudos, dificuldade em encontrar emprego, contando as adolescentes apenas com uma ajuda limitada da família (PANTOJA, 2003).

O fenômeno não pode ser tratado com superficialidade e generalização, há questões fundamentais que diferenciam a gravidez na adolescência, que é um fenômeno humano e vital, da adolescente grávida, que implica questões da pessoa. Normatizar esse discurso significa reducionismo da questão da gravidez na adolescência, pois os fatores descritos como determinantes podem ocorrer comumente nas classes menos favorecidas nos moldes desenhados anteriormente, porém não justifica as generalizações, porque não são exclusivos da vulnerabilidade econômica e social. Também não seria possível negar que pode acarretar o abandono dos estudos, mas não pode se afirmar que seja o principal motivo para isso. Enfim, fica claro que existem lacunas quando se tenta explicar, ou melhor, protocolizar de forma normativa o evento de dimensões múltiplas.

Reis (1998) faz um levantamento sobre a construção do perfil do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida no período compreendido entre 1930 a 1980. E, aponta que a partir dos anos 40 o fenômeno da maternidade adolescente é definido como questão de saúde pública. Mas, destaca a relevância dos anos 60 como momento bastante significativo e singular de compreensão de importantes pensamentos e posicionamentos da saúde pública acerca da maternidade e gravidez das adolescentes que corroborou no entendimento que hoje se tem da maternidade juvenil enquanto evento coletivo.

Segundo o mesmo autor, o que se tem de mais significativo, neste período, é o fato de que a adolescente grávida, enquanto fenômeno humano, superdeterminado e coletivo, passou a se ver, no pensamento da saúde pública, atribuída dos qualificativos de 'enfermidade', 'doença' e 'epidemia'. Essa metaforização permitiu a inclusão da adolescente grávida no campo de abrangência da estratégia íntegro-preventivista e o fenômeno passa a ser envolto socialmente por uma aura de rejeição e intolerabilidade (REIS, 1998).

A maternidade na adolescência é evento de afrontamento ao modelo familiar tradicional, portanto ela é banida e entendida como ilegítima simbolicamente, tal como tratada pelos textos de saúde pública, refere-se aos nascimentos na ausência de casamento (maternidade celibatária) tidos, então, como uma das características da maternidade das adolescentes. Entende-se que aquilo que a sociedade estima intolerável não seria tanto as maternidades das adolescentes, mas a ilegitimidade que frequentemente a elas se associa. Deste modo, a maternidade adolescente passou a representar, apenas por um efeito de metonimização, o essencial da ilegitimidade, a saber, o intolerável social (REIS, 1998).

Os índices estatísticos de gravidez na adolescência nas décadas de 80 e 90 mantiveram o grande interesse sobre essa questão por parte dos profissionais de saúde brasileiros. A literatura existente relacionou essa situação às mudanças sociais ocorridas na esfera da sexualidade, as quais provocaram maior liberalização do sexo, sem que, simultaneamente, fossem transmitidas informações sobre métodos contraceptivos para os jovens. O que contribuíra para sedimentar o ideal dos profissionais que a gravidez na adolescência é indesejada, sendo enfocada como um “problema” que deve ser solucionado por meio da redução de seus eventos. A fórmula encontrada para “resolver” essa questão se reduziu aos programas de informação sexual (DADOORIAN, 2003).

Atualmente, enfocados na Atenção Primária à Saúde, ocorre a perpetuação da linha epidemiológica e preventivista, com a superficialização das abordagens em programas voltados ao controle da natalidade e distante das questões de direito do corpo, da sexualidade e reprodutivos, com escassas exceções.

2 HIPÓTESE

O profissional de saúde, ao visualizar a gravidez na adolescência como um problema de saúde a ser corrigido, torna invisível o paciente como sujeito de direitos e necessidades de cuidado.

3 OBJETIVOS

- Desvelar as invisibilidades do sujeito paciente na questão da gravidez na adolescência sob os olhares do profissional da saúde;
- Caracterizar especificidades dos olhares do profissional da saúde na prática da assistência aos adolescentes com experiência de gravidez que os tornam invisíveis no cuidado.

4 PROCEDIMENTO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de pesquisa

Pressupostos baseados em uma visão social e dialética do trabalho médico, aquilo que se elege como objeto de cuidados em saúde tem intencionalidades e que as práticas de assistência e cuidado envolvem sujeitos e relações sociais historicamente situados (MINAYO, 2010). O estudo da invisibilidade do sujeito-adolescente-gestante na relação assistencial médica exigiu uma aproximação com a realidade dos profissionais, envolvendo interpretações das relações de significados relacionados às ações de assistência às adolescentes grávidas. Para esse fim, desenvolveu-se uma pesquisa descritiva de abordagem de natureza qualitativa na sua efetivação.

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição de características de determinada população fenômeno ou, então, o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através de técnicas padronizadas de coletas de dados, como questionário e observação sistemática (GIL, 2002). Para Triviños (2009), os estudos descritivos pretendem descrever com exatidão os fatos e fenômenos de uma realidade, o que exige do pesquisador uma série de informações sobre o que se deseja pesquisar, como por exemplo, a população amostra, os objetivos de estudo, as hipóteses, pressupostos e as questões de pesquisa. E diante do exposto com base nos autores citados acima, o estudo descritivo permitiu descrever as questões envolvidas no fenômeno estudado.

A pesquisa de abordagem de natureza qualitativa é adotada em áreas como Antropologia, História, Psicologia Social, Sociologia e Educação destacando-se que os aspectos culturais e sociais vêm sendo vistos progressivamente como mais relevantes para a elucidação e a intervenção em fenômenos do campo da saúde (SCHRAIBER, 2008).

Essa abordagem, de acordo com Minayo (2010), surge diante da impossibilidade de investigar e compreender por meio de dados estatísticos alguns fenômenos voltados para a percepção, intuição, a subjetividade. Ainda segundo a autora, essa abordagem trabalha com o universo de significados

motivos, aspirações, crenças, valores, atitudes, o que corresponde ao espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.

Tendo uma hipótese constituída na afirmação de que a invisibilidade do indivíduo paciente-sujeito está presente nas relações assistenciais na gravidez da adolescência, a utilização de um roteiro de entrevista-diálogo ampliou e esclareceu as diversas perspectivas, considerando as especificidades de cada envolvido e, principalmente, permitiu discutir tal fenômeno; ou seja, instigou cada entrevistado a falar e refletir sobre sua experiência pessoal; focar sua percepção em relação ao fenômeno; como interpreta, incorpora e age socialmente diante ou a partir do papel de médico que assiste adolescentes grávidas e quais os desdobramentos sociais, buscando o significado pessoal para cada entrevistado.

O uso de perguntas básicas e gerais comumente usadas em trabalhos científicos que tratam o tema da gravidez da adolescência e que permeiam cotidianamente os entrevistados ajuda a melhor captar e analisar os sentidos e as ideias no contexto do dito e não dito diretamente na resposta a pergunta com posterior sistematização das ideias e organização das temáticas abordadas.

É oportuno esclarecer que, quanto ao número de participantes nesta modalidade de investigação, o importante não é a quantidade de indivíduos integrantes do estudo, mas, sim, a significância e a intensidade com que o fenômeno ocorre. Isto implica dizer que esse tipo de pesquisa não se alicerça no critério numérico para sua representatividade, mas na possibilidade de compreensão do fenômeno investigado em suas diversas dimensões, a partir da apreensão dos dados coletados.

4.2 População de Estudos

A população de estudo foi constituída por médicos que assistem adolescentes grávidas, de serviços da rede de saúde pública no município de São Bernardo do Campo, com vinculação acadêmica a Instituição de Ensino Superior.

4.3 Seleção dos Participantes

Os participantes foram contactados em seu local de trabalho pelo pesquisador e foram agendadas as entrevistas em horário de conveniência do profissional, por ocasião da entrevista, procedia da seguinte forma: fazia-se uma breve explanação do estudo e sua finalidade e apresentava o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). Este deixava claro o respeito à autonomia do profissional em optar por participar ou não da investigação proposta. Após a leitura do referido termo, convidou-se aqueles que aceitassem a assinar o termo conjuntamente com o pesquisador concretizando sua anuência.

Os critérios de seleção dos participantes adotados foram formação médica e trabalhar de forma direta com a assistência de adolescentes grávidas com vinculação acadêmica a Instituição de Ensino Superior.

4.4 Coleta de Dados

Os dados primários coletados foram por meio de entrevistas semi estruturadas, de aspecto geral sobre assuntos relacionados ao tema central gravidez na adolescência e a assistência médica, com perguntas comuns e consensuais que envolviam significados, ensino, a prática cotidiana e saúde pública (APÊNDICE B). As entrevistas foram gravadas em equipamento de áudio e posteriormente transcritas manualmente para software de texto MS Office Word.

4.5 Definição de termo

Para proporcionar clareza ao entendimento da construção do texto definiu-se como **o ator da pesquisa** o entrevistado médico assistente da adolescente grávida, ator e produtor dos significados e sentidos ao ato da prática médica assistencial, o foco e a orientação desse estudo.

Sujeito é concebido como uma pessoa que existe no tempo e no espaço, e que possui pensamentos, percepções, sentimentos, desejos e motivações, cuja existência encontra na convivência com o outro a sua plena realização. Trata-se de um ser complexo formado por diversas esferas como a biológica, a psicológica, a cultural, a moral e a política, sendo que o desenvolvimento dessas dimensões determinaram o progresso e os rumos da nossa civilização. O sujeito é determinado por sua individualidade e, da mesma maneira, por suas relações e experiências compartilhadas. Suas ações cotidianas são orientadas por princípios legais e valores morais. É isso, aliás, que define sua condição de sujeito de direitos (PEQUENO, 2001).

Sujeito-adolescente se referiu ao adolescente quanto ser humano produtor de desejos e necessidades individuais se caracterizando quanto um indivíduo único; membro de uma sociedade, cidadão de direitos e deveres.

Portanto, a relação do estudo está naquilo que o ator da pesquisa (médico) produz e visualiza o sujeito (adolescente) enquanto ser humano e cidadão produtor de necessidades, desejos e direitos.

Invisibilidade: para estudarmos e refletirmos sobre as questões da invisibilidade, apoiou-se em nas ideias sobre a invisibilidade de Soares (2005), em que define que a forma mais eficiente de tornar alguém (o sujeito) invisível, é projetar sobre ele ou ela um estigma, um preconceito. Quando o fazemos, anulamos a pessoa e só vemos o reflexo de nossa própria intolerância. Tudo aquilo que distingue a pessoa, tudo o que nela é singular desaparece. Não há o reconhecimento do outro.

4.6 Plano de análise

Foi utilizada a técnica da análise de conteúdo, com o intuito de identificar, comparar e analisar as diversas fontes de informações convergentes.

O instrumento utilizado para captação das informações constituiu-se da entrevista semiestruturada direcionada aos profissionais, os quais abordaram aspectos sobre a percepção sobre assuntos relacionados ao tema central gravidez na adolescência e a assistência médica, com perguntas comuns e

consensuais que envolviam significados, ensino, a prática cotidiana e saúde pública. Buscou-se construir pelas entrevistas a captação dos paradoxos entre as práticas profissionais atuais e as necessidades das pessoas.

As entrevistas semiestruturadas valorizam a presença do pesquisador e oferecem todas as perspectivas possíveis para que o entrevistado alcance a liberdade e a espontaneidade necessárias a uma investigação de enfoque qualitativo. As entrevistas partem de certos questionamentos que não nascem a priori, mas de informações que o pesquisador já dispõe sobre o fenômeno que interessa estudar. Nesse sentido, o entrevistado tem a liberdade para seguir a linha de seu pensamento e de suas experiências dentro do foco principal colocado pelo pesquisador (TRIVINOS, 2009).

O uso da entrevista tem como objetivo criar um espaço de reflexão, no qual várias áreas do conhecimento possam dialogar e confrontar-se, por meio de seus discursos, e assim ampliar as possibilidades de entender um fenômeno em sua completude e não sob uma única perspectiva (PÊCHEUX, 1995).

Michel Foucault (1979) também utilizou a estratégia do discurso para compreender questões de sua época, sua preocupação e seus questionamentos referem-se à subjetivação do ser humano em nossa cultura, como se dá a formação do sujeito, entre outras o poder e o conhecimento. Foucault considera o poder como um sistema discursivo de conhecimento que molda práticas institucionais e que de forma constante permeou nossas análises entre outros autores e referências.

Deve-se considerar a época e o contexto em que tal fenômeno ocorre e suas interações com os meios sociais, políticos, econômicos e culturais, ou seja, contextualizar e saber referenciar de onde e de quem se pretende falar e analisar para trilhar o melhor caminho, ou o mais próximo que corresponda à realidade, a fim de refletir o que se apresenta. Sendo assim, a estratégia de análise de conteúdo mostrou-se uma ferramenta que se possibilitou a compreensão do fenômeno sob diferentes prismas.

De acordo com Víctora et al. (2000) a perspectiva antropológica não nega o caráter universal de certos fenômenos biológicos, mas procura entender o significado específico que esses fenômenos assumem numa dada sociedade, visto que os registros de normalidade e anormalidade são, antes de tudo,

determinados a partir de valores. A busca desse relativismo e da singularidade dos grupos sociais tem por pressuposto que o real só pode ser apreendido a partir da ordem simbólica, ou seja, é o simbólico que, por meio dos sistemas de classificação e de sentido, define o real. A realidade é entendida como uma construção social, na qual o fato concreto só existe a partir da ordem simbólica, isto é, só existe se naquela sociedade (comunidade) ela for passível de ser pensada como tal, como anormalidade.

Para descrever a invisibilidade do sujeito sob a perspectiva dos profissionais de saúde foi obrigatório explorar os significados que a gravidez na adolescência e o que o ato da assistência a esse sujeito representa aos profissionais de saúde, partiu-se da hipótese de que existe um preconceito sobre o assunto, algo já estigmatizado pela sociedade e a ciência médica como sendo um problema, ditando a ordem de valores, inclusive ou, principalmente em saúde pública, e que por isso a invisibilidade da adolescente está presente no modo como profissionais tratam a questão.

Foi realizada análise do conteúdo dos discursos dos profissionais identificando temas constantes, valores atribuídos, termos e definições indicando práticas sociais vigentes produzidas por eles, a partir das respostas às perguntas feitas e agrupadas segundo campos temáticos que interagiu na tentativa de elucidar mais sobre a invisibilidade do sujeito paciente presente na relação assistencial.

Como etapas operacionais, de forma descritiva, foram realizadas as entrevistas e gravadas em equipamento de áudio, e posteriormente, transcritas manualmente na íntegra para software de texto MS Office Word.

Na etapa seguinte se realizou leitura minuciosa e exaustiva do material transcrito visando à essência de cada discurso sob a apropriação do conteúdo, a tarefa desempenhada neste momento foi conhecer o conteúdo das entrevistas por completo, deixando-se invadir por impressões e orientações de maneira didática, esta etapa envolveu seleção de fragmentos relevantes para descrição dos conteúdos contemplados, as informações foram organizadas com o objetivo principal de sistematizar ideias, elaborando um plano de análise flexível, porém preciso, destacaram-se unidades comparáveis de categorização (temas) para análise propriamente dita, seguindo o modelo para tratamento, redução e análise, conforme preconizado pela literatura (BARDIN, 2009;

MINAYO, 2010). A análise pautou-se na hermenêutica dialética, perspectiva adotada pela reflexão que se funda na práxis, na busca pela compreensão atrelada à análise crítica da realidade, processualmente seguindo as etapas de confrontação, convergências e divergências das categorias (MINAYO, 2010).

Referenciais teóricos, como as ideias e concepções sobre saúde, sociedade, relações e representações sociais de autores clássicos e filósofos, como Merleau-Ponty, Ivan Illich e Foucault estiveram presentes nos desdobramentos da análise dos conteúdos dos discursos.

4.7 Ética em Pesquisa com Seres Humanos

Neste estudo foram entrevistados profissionais de saúde, portanto, foi atendida a resolução nº. 196/96 do Ministério da Saúde. Desta forma o projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, filiado ao CONEP - Conselho Nacional de Pesquisa com Seres Humanos (BRASIL, 1996), recebendo aprovação em 31 de maio de 2011 sob o protocolo de pesquisa 2255 e OF.COEP/184/11.

Para tanto, os participantes foram previamente esclarecidos sobre a pesquisa, dos objetivos da mesma, da sua participação voluntária e da garantia de sigilo de suas respostas e de seus dados. Foi solicitado o preenchimento do TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

4.8 Sobre limitações do estudo.

Como toda pesquisa científica, o estudo atual deve ser avaliado sob as mais rígidas normas de legitimidade científica e, por esse motivo, abrir discussão honesta e bem fundamentada sobre aquilo que se pode considerar como “limitações” do estudo.

A própria subjetividade da produção da escrita pelo autor, pois ele, como sujeito, está concebido por símbolos e valores de vida, de certo essas “interferências” podem conduzir os encaminhamentos da pesquisa, já que o

mote inicial e o fenômeno abordado são do escopo da visão de mundo do autor. Por esses motivos, o cuidado técnico da elaboração, para uma pesquisa que envolve paradigmas estabelecidos e novas possibilidades de pensar o entorno das pessoas e suas práticas, deve ser uma busca constante para o pesquisador que escolhe essa empreitada. E, para evitar falhas técnicas na condução da pesquisa científica, o autor deve, e percorreu precisamente todos os preceitos da boa pesquisa científica apropriada para o tema estudado.

Outra referida limitação em discussão seria a escolha de profissionais médicos relacionados ao mesmo município ou a mesma conduta acadêmica por protocolos específicos da assistência a adolescente grávida, essa questão tornaria todos eles passíveis dos mesmos processos de seleção, inclusão nas unidades de saúde e gerenciamento de suas atividades nos serviços. Além disso, estariam sujeitos às mesmas políticas de aprimoramento, capacitação e emprego de protocolos de assistência. Questões como essas poderiam influir, e influem como mostrou a pesquisa em grupo de profissionais resultando em perspectivas semelhantes sobre a adolescente grávida. Porém, não é reconhecido em serviço de saúde qualquer (internacional, federal, local, ou mesmo acadêmico) qualquer protocolo, ou postura médica assumida que prevê, de forma conscientemente, a não visualização da adolescente. Por essa questão a importância de estudos que provocam a reflexão dos estabelecidos, no caso, o presente estudo trouxe elementos relacionados à invisibilidade do sujeito-paciente que estão em planos de difícil acesso, de forma inconsciente na prática diária do modelo de ciência médica atual, muito além dos atores médicos de forma individual e mesmo do local.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Caracterização dos entrevistados

Aceitaram participar da pesquisa sete médicos dos vinte convidados. Abaixo, segue tabela com caracterizações dos entrevistados, atores da pesquisa.

Tabela 1 – Caracterização dos entrevistados da pesquisa “Invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares da assistência a adolescente grávida”. São Paulo, 2013.

Profissional Médico	Sexo	Idade	Tempo de atuação na assistência a adolescentes grávidas
MÉDICO A	masculino	52 anos	30 anos
MÉDICO B	feminino	49 anos	26 anos
MÉDICO C	feminino	43 anos	18 anos
MÉDICO D	feminino	43 anos	17 anos
MÉDICO E	feminino	34 anos	08 anos
MÉDICO F	feminino	31 anos	07 anos
MÉDICO G	feminino	28 anos	03 anos

Destaca-se nas análises dos discursos a seguir que, apesar dos diferentes tempos de experiência profissional, não se observou mudanças perceptíveis na visualização das adolescentes enquanto sujeitos.

5.2 O caminho para anular o Sujeito

O profissional da saúde que atende a adolescente grávida, em várias ocasiões, tem dificuldades de cunho pessoal e de natureza subjetiva para lidar com essa situação, pois traz consigo preconceitos dados pelas políticas de saúde e pela literatura médica de que o adolescente é uma “presa fácil das mais diferentes situações de risco, como gravidez precoce, muitas vezes indesejada, DST/AIDS, acidentes, diversos tipos de violência, maus tratos, uso de drogas, evasão escolar etc.” (OSELKA e TROSTER, 2000).

Essa dificuldade de visualizar a adolescente grávida como sujeito pleno de direito faz o profissional de saúde atuar de forma a invisibilizar a pessoa que necessita de atendimento.

Analizou-se o olhar médico, de forma geral, caracterizado por essa invisibilidade do sujeito adolescente contrariando aquilo que o tornaria a referência do cuidado em saúde pelo profissional e, assim, não fazendo sentido a prática médica, que estaria então descontextualizada. Portanto, buscou-se identificar elementos dessa dificuldade do olhar dos profissionais de saúde para manter o sujeito como referência de sua ação, e não enxergar suas questões subjetivas, seus motivos, desejos e escolhas.

“O mundo é aquilo que vemos [...] desde que abrem os olhos, remetem para uma camada profunda de ‘opiniões’ mudas, implícitas em nossa vida” (MERLEAU-PONTY, 2009, p.15).

Merleau-Ponty, nesse trecho, remete a percepção da adolescente grávida sob olhar e perspectiva médicas. Em algumas situações, diante do paciente, o médico não dissocia suas expectativas, opiniões e preconceitos.

A gravidez na adolescência, como em outros eventos e fenômenos da natureza humana, gera diferentes sentidos e significados às pessoas. As complexidades de uma experiência de vida são interligadas ao meio, a cultura e à espiritualidade e não podem ser ignoradas e, sim, exploradas e identificadas para nortear e qualificar o cuidado.

Muitas vezes, todos esses preconceitos interferem na escuta qualificada dos pacientes.

Não se abstendo de qualquer avanço, questiona-se até que ponto a racionalidade biomédica não tenderia a corromper o médico em sua mais nobre função: cuidar com compaixão de quem sofre, atendendo o paciente em suas necessidades, respeitando seus desejos? Quantas vezes o sujeito que se dirige ao profissional de saúde não busca tão somente sua atenção? A arte de lidar com o outro, a capacidade empática e intuitiva, o respeito por outros saberes, enfim, o saber cuidar, não raro, fica em segundo plano (POVOA, 2002).

Nessa etapa da discussão, agruparam-se elementos das falas que são indicadoras da anulação desse sujeito em suas essências e da experiência do cuidar sem basear o cuidado no outro - o sujeito adolescente - que seria o principal motivo daquele encontro de dois seres humanos em suas relações sociais.

Ao lidar com as questões assistenciais do cotidiano, os profissionais são afrontados com situações diferentes de suas representações que constituem o ator-médico dentro dessa sociedade. Tal embate o condiciona a definir condutas sob uma perspectiva única e pessoal do médico e, não raro, corroborando para uma anulação desse sujeito.

Isso pode ser observado no trecho abaixo citado por Merleau-Ponty.

O verdadeiro não é nem a coisa que vejo, nem o outro homem que também vejo com meus olhos, nem enfim essa unidade global do mundo sensível é, em última instância, do mundo inteligível que há pouco tentávamos descrever. O verdadeiro e o objetivo, o que logrei determinar pela medida ou, mais geralmente, pelas operações autorizadas pelas variáveis por mim definidas a propósito por uma ordem de fatos (MERLEAU-PONTY, 2009, p.25).

O ato de cuidar de pessoas envolve relações de comunicação interpessoal que são expressas nos significados que médicos e pacientes acreditam e representam nessa relação. A proposta está em entender o quanto não se enxerga o sujeito-paciente-adolescente em suas motivações e necessidades, partindo da discussão e da exploração do mundo do ator-médico, seus significados e suas representações. Que é observado no discurso

dos entrevistados quando a centralidade do processo está na realidade em que o médico vive.

É falta de instrução, de perspectiva, de estudo na vida, falta de querer alguma coisa mais e que ela tenha a gravidez, mas que seja mais a frente. É algo assim, o meu futuro é ter uma penca de filho e eu vou começar agora e eu estava querendo engravidar e eu amo meu namorado, muitas delas fazem isso para segurar o namorado (MÉDICO G).

A importância de reconhecer o adolescente enquanto sujeito, desloca o mesmo do coletivo de adolescentes com características comuns, e agrega novos elementos a esse sujeito adolescente, pois ele é capaz de produzir motivações, identificar suas necessidades e desejos de forma exclusiva.

Quando o profissional generaliza o adolescente e não identifica os desejos, motivações, necessidades e saberes daquele que está sob seu cuidado, ele descaracteriza e anula o sujeito, tornando-o invisível no processo.

Generalizar e subestimar o adolescente, negando que o mesmo seja provido de motivações específicas e individuais, é notado constantemente na fala dos profissionais. Conceitos como pensamento mágico e falta de noção de responsabilidade estão presentes nas falas quase como uma unanimidade:

*[...] tentar colocar na cabeça dela a importância e o que é ter um filho. Que não vai brincar de casinha... até alguém influenciando, vai acabar tentando abortamento... com uma responsabilidade gigante sem ter **noção da responsabilidade**.*

*[...] elas estão contra a vontade sem ter **noção da responsabilidade**.*

*[...] inconsequentemente, não pensa que: não peraí, essa ação **tem que ser responsável** (MÉDICO E, grifo nosso).*

[...] é uma inconsequência do adolescente que leva elas a engravidarem... porque elas acham que aquilo não vai

acontecer com elas, engravidar não é um problema, não é um problema real, então, é uma inconsequência, e o pensamento mágico do adolescente de que aquilo não vai acontecer com ela [...] ela nem pensa nisso [...] (MÉDICO E, grifo nosso).

5.3 Gravidez como Fenômeno Mágico e Acidental

O pensamento mágico, por repetidas vezes, foi utilizado pelos profissionais como o entendimento motivacional para a adolescente engravidar.

Na origem deste preconceito está o desenvolvimento psíquico normal da criança, defendido por Piaget (1978), segundo o qual entre 2 a 7 anos de idade a percepção de realidade pela criança é aquilo que sonha e deseja, e ela dá explicações com base na sua imaginação, sem ter em consideração questões de lógica.

Outra e, talvez, a mais condicionante preconcepção do pensamento mágico está na literatura especializada, que define a adolescência como uma fase de transição entre a infância e a idade adulta caracterizada por grandes mudanças físicas, emocionais, mentais, sociais e que essas características colaboram na composição da impulsividade sem preocupação com as consequências de seus atos, o “pensamento mágico”, a sensação de invulnerabilidade e onipotência, a ideia de que isso “nunca vai acontecer comigo” (ABERASTURY E KNOBEL, 1989).

Revelando o sentido do trecho citado:

“Nunca deu errado, por que vai dar errado agora, [...] falha uma vez, falha duas, nunca aconteceu nada, ela acha que nunca vai acontecer nada” (MÉDICO A).

Freud (1913) dedica todo um capítulo em *Totem e Tabu* à origem e a importância do pensamento mágico no desenvolvimento da história libidinal da humanidade e mostra como grande parte desta forma de pensamento persiste na vida moderna em todas as faixas etárias. O pensamento mágico é uma tentativa de escapar às ansiedades e conflitos, enfim, aos desprazeres tanto do

mundo externo quanto do interno. Como se o ato de pensar pudesse controlar, explicar e até mesmo modificar a realidade, além de oferecer a impressão de estabelecer uma relação causal entre dois eventos isolados (LINDENMEYER e CECCARELLI, 2012).

Portanto, se a adolescência é constituída na vivência das possibilidades das descobertas do novo mundo, como situações de experimentos que podem levar aos limites, testando suas capacidades em busca da formação da personalidade e identidade, como na construção da compreensão a regras no questionamento e no desafio (pois nelas estão as direções de sua nova vida adulta), então o uso do “pensamento mágico” para justificar o motivo único e acidental que levou essas adolescentes a engravidar, trata-se de uma generalização e reducionismo do evento, além de julgamento dessas adolescentes como incapazes de produzir processos racionais, desqualificando-as enquanto sujeito de motivações próprias. Como na fala abaixo:

“Um pensamento mágico [...] o pensamento mágico que não vai acontecer com elas”
(MÉDICO D).

A racionalidade médica classifica o desenvolvimento do ser humano em estágios, como compartimentos contendo características e pontos de observação na tentativa de organizar eventos subjetivos da vida humana em modelos esquemáticos que ajudam a compreensão e facilitam a abordagem do profissional de forma mais qualificada. Porém é perigoso quando esse profissional, que tem sua atuação fundamentada no cuidado de pessoas, exerce a prática de forma compartimentada e segmentada, pois os processos sistêmicos ocorrem simultaneamente e em diferentes intensidades, não sendo necessariamente opostos ou excludentes.

Assim, o recurso de abstração que a mente humana é capaz de produzir pelo pensamento mágico para vivenciar adversidades não deveria ser tratado de forma banalizada, como inconsequente e acidental – como apresentado nos discursos, reduzindo os muitos sentidos que poderiam ser explorados nesse momento de vida desses jovens. Usá-lo como explicação exclusiva da gravidez

potencializa o preconceito que anula o adolescente e sua condição atual de vida, a gestação:

[...] “a gestante engravida porque ela não tem um objetivo de vida maior [...] acho que é a inconsequência. O pensamento mágico” (MÉDICO B).

5.4 Mundo próximo e mundo distante

Por ocupar lugares diferentes, as ideias sobre o mundo em que se vive também têm significados diferentes. Os conceitos da vida do médico, como os conceitos de responsabilidade, dentre outros, tornam-se da mesma forma distantes. Então, quando o profissional traz apenas seu conceito como elemento norteador da abordagem desse adolescente, ele perde a oportunidade de desvelar, escutar e assim compreender melhor o mundo em que o adolescente vive, um mundo muitas vezes distante do médico.

Nesse trecho, Merleau-Ponty explicita os “desencontros” entre os diferentes mundos que distanciam o médico e o sujeito-paciente e a ausência da escuta, que impossibilita uma relação de diálogo entre eles.

O que nos importa é precisamente saber o sentido de ser do mundo; a esse propósito nada devemos pressupor, nem a ideia ingênua do ser em si, nem a ideia correlata de um ser de representação, de um ser para a consciência, de um ser para o homem: todas essas são noções que devemos repensar a respeito de nossas experiências do mundo ao mesmo tempo em que pensamos ser do mundo. [...]

Mas, então em que desembocam elas? Como nomear como descrever essa vivência de outrem, tal como a vejo de meu lugar, vivência que, todavia, nada é para mim, já que creio em outrem – e que, alias, concerne a mim mesmo, já que aí está como visão de outrem sobre mim? (MERLEAU-PONTY, 2009, p.18, p.21).

No discurso abaixo, observamos a dificuldade do médico em compreender essa adolescente em suas necessidades, pois o conceito de

responsabilidade baseado no médico toma a centralidade da condução do processo:

[...] paciente que vem 16, 17 anos e quer fazer tratamento para engravidar [...] tem que explicar para ela uma coisa que ela não tem maturidade para compreender, e a responsabilidade, não adianta falar: olha, é muita responsabilidade ter filho com 16 anos. Ela não vai entender isso. A gente tenta explicar para ela: olha, você não estuda ainda? “Estudo”. Conheceu o seu namorado há quanto tempo? “Seis meses”. Então talvez não seja, ainda, o tempo ideal para você fazer isso, vamos evitar um tempo, vamos tomar pílula. Essa abordagem eu faço. Eu não falo para ela: ah tudo bem se é desejo do casal. Porque eu acho que ela não tem nenhuma noção disso, ela tá só querendo passar o carro muito na frente dos bois, [...] não tem noção da responsabilidade (MÉDICO C).

O ocorrido, muitas vezes, entre médicos e pacientes são desencontros e não vínculos empáticos. Isto se deve predominantemente ao fato de que o médico é fundamentalmente treinado a perceber dados objetivos, ficando em segundo plano o preparo para ouvir, captar aspectos subjetivos, afetivos, e mesmo para se sensibilizar diante das necessidades e até sofrimento de determinado ser humano no contexto sociocultural (POVOA, 2002).

5.5 Responsabilidades do Outro

“O mundo é o que percebo, mas sua proximidade absoluta, desde que examinada e expressa, transforma-se também, inexplicavelmente, em distância irremediável” (MERLEAU-PONTY, 2009, p.20).

“Só reconheço no outro aquilo que conheço em mim mesmo” (BARRETO, 2005).

Nas citações de Merleau-Ponty e Barreto, destacam-se a ideia do distanciamento existente na relação médico paciente que ocorrem pelas diferentes experiências vivenciadas.

As definições de responsabilidade estão diretamente relacionadas às dimensões ou mundos diferentes em que as pessoas vivem. Obviamente, o profissional tomado da autorreferência de responsabilidade não consegue a mínima percepção do outro enquanto sujeito. As responsabilidades de um adolescente certamente não são as mesmas do médico:

[...] é uma falta de noção de responsabilidade, não é nem falta de responsabilidade, mas noção de responsabilidade.

Muitas vezes, não tem noção do que representa uma gestação na vida dela. Ela quer ter a liberdade que a adolescência dá para ela de ter um parceiro, de poder ter sexo, de poder se autoafirmar em relação aos amigos e ela acha que aquilo está “de boa”. Que, se acontecer, ela lida com isso, ela tem uma noção de que ela é responsável por tudo, mas dá a impressão de que aquele conhecimento que ela tem, ela não tem realmente essa noção do que é responsável, quando a gente fala com eles em responsabilidade (MÉDICO A)

No trecho, o médico declara que a gravidez na adolescência ocorre por uma falta de noção de responsabilidade. É evidente que este conceito de responsabilidade parte dos princípios do médico e do que ele entende ser responsabilidade.

De forma geral, a partir dos ditos analisados, há anulação do sujeito adolescente enquanto produtor de saberes vivenciais, motivações próprias e necessidades específicas. O médico não compreende a percepção de mundo diferente do seu, o mundo do adolescente, distante e com diversidades causadoras de estranheza a esse profissional, o que resulta em restringir o olhar médico e ampliar o abismo que envolve o cuidado as pessoas. E o evento

vivenciado pelo adolescente, potencialmente repleto de novas possibilidades, é anulado.

Análise sócio-antropológica mostra a gravidez e a maternidade em adolescentes envolvidas em dimensões complexas, gerando possibilidades para o futuro desses jovens, que remete tanto à mudança de status, quanto à reafirmação de projetos de mobilidade social, parte de um projeto de vida, uma espécie de passaporte para entrar na vida adulta, a reafirmação dos projetos de ascensão social e até mesmo, a continuidade dos estudos (PANTOJA, 2003).

O não reconhecimento de possibilidade de uma vida melhor e a invisibilidade do sujeito-adolescente ficam bastante expressos no discurso abaixo:

[...] o objetivo aqui é casar e ter filho. E acho que casar, ter filho e sair de casa. Então acho que falta um objetivo de vida, um plano maior, eu quero fazer faculdade, eu quero viajar, isso eu acho que elas não têm. Se você perguntar para a adolescente: o que você gostaria? Ela gostaria de constituir uma família, ter filhos, basicamente. Então, acho que [...] Outro lado, acho que é a inconstância. [...] que se você tivesse, basicamente, formação, colocasse na gestante, na paciente, um objetivo na vida maior que só constituir família, acho que elas engravidariam menos (MÉDICO B).

E, de forma polarizada, quanto maior o posicionamento do adolescente contrário às representações do médico que assiste as adolescentes, maior a reação do profissional em seus posicionamentos e definições sobre o assunto provocador em desacordo. Como resultado, emergem-se predefinições ofuscadas, às vezes equivocadas, da vida das pessoas que necessitam do cuidado do profissional:

[...] ela tinha 17 anos e era DJ, engravidou, o namorado também era DJ, aquela pessoa que não tem noção do que está acontecendo. E o namoradinho foi convidado para tocar fora do país e ela queria ir junto com 28 semanas e chegou no consultório: “doutora, a senhora tem que me dar uma carta de liberação, porque eu vou, eu vou”. E eu falei: “não vou dar, porque você não está apta a viajar, você está com 28 semanas”, e ela teimou, não sei com quem que ela conseguiu [...] ela conseguiu com algum médico ou pagou sei lá, viajou e teve o nenê lá. E que daí voltou, deixou o nenê com a mãe, agora, está com ele não sei onde, fora do país, e deixou o nenê com a mãe, largou o nenê com a mãe, entendeu? Então, é uma experiência drástica de sem noção, a pessoa (MÉDICO F).

A ausência de escuta às necessidades da paciente apresentou-se de forma clara nesse discurso. É importante ouvir o paciente no que ele pode trazer sobre as demais dimensões que fazem parte de sua vida e, portanto, fundamentais para seu bem estar e sua saúde (POVOA, 2002).

O desejo de ter um filho é um rito de passagem, uma mudança substancial no status: de menina para mulher. A questão do feminino na teoria psicanalítica está intimamente relacionada com a maternidade. Freud (1905) mostra que é na adolescência que se dá a finalização do processo de construção da sexualidade e, no caso específico da menina, será através do desejo de ser mãe que ela se tornará mulher. E, por meio do filho, a mulher se sente plena, nada lhe falta (DADOORIAN, 2003).

Enquanto a ideia de amadurecimento do adolescente pelo profissional médico parece desvinculada desse desenvolvimento psíquico estudado e proposto pela psicanálise, ela está fundamentada exclusivamente no quanto o adolescente reproduziria e assemelhar-se-ia às representações em que o médico acredita. E, assim, a partir dessa relação opressora submissa, em que há disputa para construção do mundo, focado hegemonicamente no ideal médico, é produzido o conceito de maturidade e, conseqüentemente, de responsabilidade:

Cair a ficha, que eu digo, é a responsabilidade de ter filho, porque todo mundo que tem a responsabilidade de ter um filho não fica tão feliz, eufórico, no primeiro minuto. Se você vê que você está grávida, você começa a pensar "meu Deus, alguém depende de mim", é fralda, é escola, tudo isso você pensa, até quem tem uma condição financeira maior, as meninas não pensam nesse segundo tempo. Ela pensa no gerar filho, ela, bebezinho, bonitinho, entendeu? (MÉDICO B).

Nesse discurso, as atitudes da adolescente são interpretadas como falta de responsabilidade sobre o que a gravidez e a maternidade trarão a essa adolescente, na lógica da vivência pessoal da médica.

As atitudes tomadas pelo adolescente podem refletir as práticas comuns desse momento de vida, as experimentações, bebidas alcoólicas, o cigarro, novos lugares, iniciação no novo mundo adulto. Práticas que podem ser recebidas como instabilidade, falta de compromisso, ou até enfrentamento e questionamento à lógica protocolar biomédica, gerando indignação do profissional assistente:

[...] ter uma visão da importância de ela fazer tudo certinho na gestação, de depois até aceitar o filho e cuidar [...] elas ficam um pouco revoltadas e aí querem sair na balada, querem fumar, usar drogas, elas não têm muita noção [...] (MÉDICO F).

Esse discurso explicita que, quanto mais o adolescente não segue as representações do mundo médico, menos "maduro" e responsável ele é para esse profissional, emergindo as anulações a esse sujeito. Pois a imaturidade e a irresponsabilidade não podem ser toleradas, a desobediência às ordens e aos protocolos de conduta colocaria em risco a lógica médica, levaria à falha ou mesmo ao afrontamento à onipotência e ao poder de respostas a uma gestação "não aceita", fundamentando ainda mais o conceito da situação de erro absoluto.

Pois, para a lógica do médico, a gestação na adolescência é comprovadamente errada, como fenômeno acidental isoladamente ou então em seu percurso com a não submissão do adolescente às regras sociais, nas quais ele ainda não está totalmente imerso e, então, está defendida sua eliminação de forma inquestionável.

[...] a qualidade da alimentação, não fumar, não beber, acho que isso é importante, não ter vários parceiros [...] não sabe nem de quem que engravidou e quer continuar na balada, continuar saindo, continuar tendo outras pessoas, então é muito prejudicial para contrair doença [...] fazer com que ela “amadureça” um pouco, mesmo sendo adolescente, amadureça um pouco além porque ela já tem uma responsabilidade e ela tem que ter um amadurecimento mínimo para aquilo [...] que ela faça as coisas certinhas [...] (MÉDICO F).

No trecho do discurso médico, fica bem relatada a lista de boas práticas para o comportamento e hábitos da adolescente grávida e, provavelmente, a forma do cuidado estabelecida pelo médico muitas vezes é desrespeitada principalmente pelas gestantes adolescentes. Dessa forma, o médico, de forma reducionista, a classifica como irresponsável, imatura e incapaz de cuidar de si de forma independente.

Lisboa Guimarães (2001) ainda lembra que a proposta de um cuidado autônomo, ou cuidado de si, elaborada por Ivan Illich (1975), relaciona a saúde ao grau de liberdade de lutar e de se autoafirmar que um indivíduo possui. Neste sentido, ele propõe um cuidado autônomo diante do avanço expropriador do cuidado heterônomo, ou seja, do cuidado que não está na alçada da adolescente e da comunidade para que prestem a si mesmas.

5.6 Patologização da Vida

A dificuldade em gerir situações complexas ou inespecíficas da vida das pessoas que, em primeira análise, fogem ao padrão do médico gera obscuridade para o profissional, que está preso à lógica biomédica; e, em última análise, instaura-se um fenômeno notado de forma permanente no discurso dos entrevistados, como “pseudo patologização de eventos vitais”. Eventos que, em sua grande parte, não refletem ameaça de vida ou mesmo doença, mas são intrínsecos à vida humana, no caso, a gestação na adolescência.

Ivan Illich (1975) trabalha com o conceito de que a Medicina contemporânea produz a iatrogenia social, a medicalização e a patologização da vida, anulando o sentido de saúde para o sujeito, transformando esse em um doente eterno, retirando a responsabilidade e a autonomia de cada indivíduo e de sua família sobre sua própria saúde e, por fim, atribuindo às pessoas o papel de doente-paciente-objeto. A extensão do controle profissional a cuidados dispensados a pessoas em perfeita saúde é uma manifestação da medicalização ou patologização da vida.

O conceito de morbidade simplesmente foi estendido e recobre situações nas quais não há morbidade em sentido estrito. Assim, a patologização de processos vitais leva a uma construção cognitiva da gravidez na adolescência, enquanto fenômeno humano, superdeterminado e coletivo, dotada dos qualificativos de ‘enfermidade’, ‘doença’ e ‘epidemia’ (REIS, 1998).

Nas falas seguintes, os médicos referem a gravidez na adolescência com significado similar e metafórico de doença:

[...] ensinar o adolescente que a gestação, aliás, é o menor dos problemas, hoje em dia, num mundo com AIDS, HPV, sífilis, é o menor dos problemas uma gestação (MÉDICO G).

[...] pode gerar uma adulta instável, uma angustiada, uma frustrada [...] regular a alimentação porque as adolescentes são péssimas para alimentação, são as que mais engordam, são as

que menos controle você tem. Quando você tem uma patologia, é difícil de controlar, diabetes, hipertensão [...]

[...] a gravidez eu consigo resolver, o problema de sexo, drogas isso é outra coisa, é cultural [...] (MÉDICO D).

A patologização de eventos vitais apareceu em dois diferentes sentidos, que se encontram por várias vezes nos significados das falas.

A primeira contém **a patologização da experiência de gestação**. Nesse sentido, o sujeito **adolescente ocupa o lugar do doente com o mal prognóstico definitivamente traçado**: a gravidez, para o profissional médico, representa um **determinante único na vida desse adolescente**. Como nos trechos abaixo:

[...] ela vai perder na parte social, que ela vai ter que se dedicar à criança e não aos amigos e não aos coleguinhas e muito menos ao namorado, ao marido, que ela, de repente, se tiver um nível socioeconômico melhor, que ela vai deixar de estudar, vai deixar de crescer. As mais humildes nem pensam nisso, mas se você for colocar que elas podiam ter outras opções se elas tivessem um pouco mais de cultura, e mesmo o corpo, fisicamente, o que ela vai perder em matéria da própria beleza ou saúde [...] (MÉDICO D).

[...] gravidez é uma coisa que muda muito a vida da mulher, principalmente numa idade onde tem muita perspectiva pela frente de crescer na vida, de estudar, a gravidez pode interromper muitos planos. [...] Principalmente na adolescência, pelo impacto que a gravidez causa a vida futura dessa paciente (MÉDICO A).

O outro está diretamente relacionado à **gestação “atemporal”, que ocupa o sentido de doença propriamente dito**. Consequentemente esta **deverá ser tratada, controlada e isolada** para evitar a contaminação de

outros adolescentes e, então, no maior grau de reatividade, **eliminada de forma definitiva**. O roteiro da abordagem médica às patologias é bem perceptível na lógica biomédica da protocolização com foco da terapêutica centrada na “doença”, no profissional, no serviço e, dificilmente, no distante adolescente, o sujeito invisível do cuidado.

[...] Adolescentes de riscos, zonas de riscos, zonas de pobreza, adolescentes institucionalizadas, meninas com déficit cognitivo tem Implanon, elas são trazidas pela assistente social da região e tudo mais, ela seleciona essas meninas a partir dos doze, treze anos, estão menstruando, elas vão direto para o hospital, planejamento familiar, não precisa de mãe, não precisa de pai nem nada, a instituição, a escola, olha, grupo de risco, um Implanon para todas [...]

(Controle) de natalidade para jovens que são de risco, por que essa menina tem que ficar sofrendo risco? Por que a gente tem que ignorar que ela não vai ter um estímulo sexual? Você vai conseguir evitar que ela transe? (MÉDICO D, nota nossa).

Assim, pode-se observar que o controle e a erradicação do “problema” são formas de cuidado aceitáveis e defendidas em seus discursos. O médico invalida a autonomia desses sujeitos-adolescentes, declarando que esses jovens não possuem recursos, como maturidade e condição social, para que seja garantida a preservação de seus direitos.

A gravidez na adolescência não é concebida como fenômeno natural e possível na vida do adolescente pelo profissional de saúde. O preconceito daquilo tido como erro ou fora de padrão de normalidade leva à não reflexão da prática, reduzindo ou amputando alguns significados básicos e essenciais da natureza da reprodução humana.

O desacordo é refletido com uma visão muito negativa da gravidez, não há espaço para uma reflexão sustentada no sujeito, não há espaço para novas possibilidades ou esperança de uma vida melhor. E, assim, o trecho define de forma sucinta a negatificação do fenômeno:

[...] elas não têm ideia [...] ela já vem grávida, [...] a partir daquele momento, [...] assim, está perdido (MÉDICO D).

Ivan Illich (1975) descreveu a ação da medicina contemporânea sobre as populações, que, em análise mais elaborada, pode ser descrita como a iatrogênese cultural, que consiste na destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor, e os processos de vida (no caso, a gestação na adolescência). Assim, o que caracteriza o dano é a perda de tudo aquilo que as tradições criaram ao longo dos séculos enquanto expedientes culturais eficazes em lidar com as demandas das contingências da vida. As práticas tradicionais e o saber espontâneo que lhes acompanham foram, nos últimos séculos, substituídos pela figura plenipotente do médico e de sua técnica profissional heterônoma, que trazem a promessa desilusória de estender indefinidamente a existência das pessoas, dessa forma, auto-justificando a centralidade médica na abordagem com a adolescente (NOGUEIRA, 2003):

Com o conhecimento que a gente tem e sabendo o que a gravidez representa para a adolescente, [...] a enfrentar esse período que ela vai passar (MÉDICO A).

O médico distante da abordagem integral reduz o fenômeno da gravidez na adolescência sem contextualizar a história e as vivências do adolescente e seu meio, pois muito embora a gravidez na adolescência encontre-se, com frequência, relacionada a um contexto de desvantagem social das adolescentes, é preciso considerar que sua ocorrência se dá num âmbito pontuado por oportunidades restritas, poucas opções de vida, como interrupções na trajetória escolar. A maternidade pode adquirir centralidade, impondo-se, muitas vezes, como uma alternativa (entre poucas) de vida para as adolescentes.

A busca por uma vida melhor é um recurso da racionalidade humana que não deveria ser negligenciado pelo profissional que assiste a adolescente grávida, manifestação relacionada à resiliência do indivíduo nas condições

impressas pelo meio, e que está ligada à sobrevivência dos indivíduos, das culturas e das crenças em meio a situações adversas.

Os discursos a seguir denotam essa negligência médica e o reducionismo da gravidez na adolescência, fortemente concebida como um conceito ligado a dificuldades, levando o profissional a falas superficiais, sem compromisso técnico e científico sobre a precisão das afirmações. No primeiro trecho, o médico discorre sobre relações socioeconômicas como determinantes para gestações “irresponsáveis” e até pontua sobre negligências no cuidado com os filhos de forma banalizada e bastante segregativa:

Mas a população mais carente não tem, parece que, além de engravidar cedo, tem milhões de filhos, então, parece que não tem um acompanhamento com a criança, com o adolescente. [...] na parte socioeconômica mais baixa eles não estudam, [...] a mãe já foi gestante adolescente, a filha também vai ser, então tudo bem, sabe, não tem essa preocupação de vamos estudar, vamos construir o futuro, seu futuro é ser mãe com 14 anos e está tudo bem parece. [...] Como positiva acho que é difícil [...] (MÉDICO G).

No trecho seguinte, nota-se com clareza a inflexibilidade médica quanto à possibilidade dele aceitar que a mulher possa desejar uma gestação nesta fase da vida, argumenta estatísticas de forma pretensiosa e generalizadora para defender sua sólida posição sobre o assunto:

A própria pergunta que chama gravidez na adolescência, ela subentende que não é uma época ideal para você engravidar e subentende que a pessoa engravidou sem querer. Noventa por cento acho, não sei a estatística, mas eu acho que noventa por cento das gestações na adolescência, elas não são planejadas, por não ser planejada a gente já pressupõe que alguma coisa deveria ser feita (MÉDICO A).

Seguido por trecho de entrevista em que o médico demonstra “vazia” a atitude de acolhimento preventivista, pois visualiza apenas a dificuldade irrevogável, independentemente da sujeito-adolescente:

A realidade que ela vai enfrentar [...] a responsabilidade que ela vai ter em cima daquela criança e, mesmo que ela tenha engravidado por outros motivos, a prevenção da próxima gravidez, ela ainda adolescente, para ela não repetir, porque a gente sabe que vai ser difícil, que aquela criança vai ficar desassistida [...] (MÉDICO E).

Ademais, nota-se que os discursos trouxeram, independentemente dos anos de experiência profissional em atender adolescente em situação de gravidez, a perpetuação da negatização e patologização do ciclo vital da gestação na adolescência, a rigidez conceitual – negando a adolescente grávida – e muito distante da adolescente-mulher-sujeito pleno.

5.7 Ciência médica e positivismo

A construção do conhecimento pela ciência positivista é algo efetivo e que transformou e continua a transformar o mundo contemporâneo no avanço tecnológico de forma inquestionável. O diálogo científico da argumentação deve retratar as melhores evidências científicas, que se confrontam construindo um novo saber.

A ciência positivista está vinculada, na formação do modelo social moderno, à constituição da sociedade burguesa e de seus ideais, atingindo seu ponto de ebulição e disseminação pelo mundo, principalmente ocidental, junto à industrialização, levando a transformações das instituições tradicionais: a Família, a Igreja e o Estado. Na Educação e na Ciência, moldam-se a nova ordem histórica, refletindo a consequente produção social, entre elas, a Ciência Médica atual.

Talvez a característica mais marcante que influenciou o saber médico esteja relacionada com a linha de pensamento contra o subjetivismo, pois,

buscando o maior rigor empírico e coerência teórica de forma polarizada, nega as questões subjetivas da natureza humana.

Nesse período de avanço industrial, buscou-se a ciência capaz de explicar e resolver as grandes questões, com o avanço das ciências básicas, a Física e a Química, nas experimentações, a Biologia na classificação comparativa catalogada das espécies e dos fenômenos naturais, reproduzindo as ciências naturais como maior fonte de inspiração e observação para explicar o mundo. As explicações para as questões de saúde a partir de ideias são rigorosamente fundamentadas e baseadas na causalidade, estabelecendo-se modelos e regras gerais que se tornam relativamente efetivas para o contexto histórico e para o acúmulo do conhecimento da época.

Essa visão otimista atribuiu o progresso ao desenvolvimento das ciências positivas. Essas ciências permitiriam aos seres humanos “saber para prever, prever para prover”, de modo que o desenvolvimento social se faria por aumento do conhecimento científico e do controle científico da sociedade (CHAUÍ, 2000).

O modelo científico produzido por essa sociedade conferia a ela grandes poderes de respostas aos problemas enfrentados, promovendo o meio para uma futura Ciência Médica em formato e razão pré-estabelecidos desde então.

5.8 Modelo biomédico tornando invisível o sujeito

O ensino e a prática médica estão fundamentados no modelo biomédico e na ciência positivista. Como consequência, são notáveis as limitações e as restrições que a assistência à saúde atinge quando defrontada com elementos de vida das pessoas, pois há questões complexas com subjetividades que são imperativas, tendo o sujeito como principal e central dos processos do cuidado médico.

Foram destacadas falas do profissional mais antigo e do mais recentemente formado que avaliaram claramente o distanciamento do ensino médico da integralidade do cuidado e da visibilidade do sujeito. O papel da educação médica tradicional aparece de forma definida e que não se transforma ao longo dos anos.

[...] esse conceito de 30 anos atrás, e na faculdade são os prejuízos que a gravidez na adolescência causa para o corpo da mulher, acho que a faculdade frisa muito isso. Mas os aspectos sociais da gravidez na adolescência, na minha época de formado, acho que não eram tão ressaltados (MÉDICO A).

[...] a faculdade me passou sobre a gestação na adolescência, eu acredito que não muito na questão psicológica, talvez na parte técnica mesmo [...] (MÉDICO G).

Na análise do discurso do médico a referência a “parte técnica” adquire um sentido especial, como se não houvesse uma técnica da escuta da subjetividade, e essa é negada processualmente.

A sofisticação da tecnologia de cuidado à saúde tem seu foco restritamente nos avanços da dimensão biológica e patológica dos fenômenos de vida dos indivíduos e populações e, assim, mantida como pauta principal dos avanços da ciência, essa dimensão orgânica é severamente estudada, analisada e pesquisada de forma única, equivocadamente, para lidar com processos sistêmicos que são regidos por infindáveis fatores que contribuem de forma diversa para a relação saúde e adoecimento, dando significado e sentido à vida das pessoas.

E então, como uma grande armadilha, o fato de o cuidado às pessoas ser conduzido unicamente pela ciência positivista pode acarretar no prejuízo da sua saúde, causando uma grande incoerência na prática médica. A intensa busca da explicação, do diagnóstico, da prevenção e da cura da doutrina positivista, expressas no modelo biomédico, reduz o sistêmico em linear, buscando efeitos de causalidades e, assim, a possível atuação médica para controlar e eliminar o indesejável.

Entretanto, a busca do controle médico pela redução de processos sistêmicos lineares leva à restrição da visão do todo, dos fenômenos que refletem a complexidade de vida: sentimentos, desejos e sofrimento não são compreendidos e, assim, o cuidado à saúde e aos eventos da vida comum, como a gestação, assumem os significados da lógica biomédica e são

reduzidos a linearidades protocolares, levando, paradoxalmente, à inabilidade do cuidado às pessoas em suas condições elementares de vida.

O discurso a seguir expressa significantes da ilegitimidade da gravidez e da busca do controle médico, que, quando defrontados com a ilegalidade, tornam o médico impotente:

Já está grávida, e a gente não tem a opção de falar para ela: “vamos tirar?” Não tem, se tivesse eu também tinha outro ponto de vista, mas a gente não tem, não tem essa opção, agora, tem que acolher. Não adianta ser hipócrita e ficar batendo depois que a menina já está grávida (MÉDICO D).

Pode-se refletir e discutir possibilidades para agregar caminhos para entender a construção do conceito do profissional da saúde sobre o cuidado às pessoas e o que geraria essa invisibilidade do sujeito na figura do paciente a ser cuidado. Mas o olhar biomédico se destacou de forma predominante no discurso dos profissionais. A gravidez na adolescência obtém o conceito de erro de forma definitiva e indiscutível para todos os profissionais entrevistados.

[...] o abortamento é a solução mais fácil para corrigir o erro que ela teve e agora ela se tocou desse erro (MÉDICO A).

[...] educação na faculdade foi que é um absurdo engravidar adolescente, que é totalmente errado, e às vezes tinham até preceptores, assim, que tratavam mal (MÉDICO F).

A partir do conceito de erro pré-estabelecido, conforme apontado nos discursos mencionados acima, ele é desdobrado e abordado como algo com toda carga negativa, danoso à vida da adolescente, algo a ser corrigido e eliminado como uma patologia, como se mostrou anteriormente; uma doença a ser tratada, ou mesmo chegando a algo mais profundo para esse profissional: um dano que tem potência progressiva que pode se alastrar com morbidade e virulência a ser distanciada para não afetar a ele próprio e suas

representações. Isso se evidencia nos discursos quando encontradas opiniões muito próximas tanto do médico formado há 30 anos quanto do formado há 7 anos.

O distanciamento é representado com intencionalidades veladas, transformando as dimensões de espaço e tempo em grandezas ampliadas, deslocadas para algo mais distante e desprezível para o profissional e seu mundo, sendo diversas vezes captadas nas modalidades e expressões da fala.

*se ela queria **aquilo** [...] não têm muita noção e não queriam **aquilo*** (MÉDICO F, grifo nosso).

***aquilo** está de boa [...] minha função é orientar, não é julgar* (MÉDICO A, grifo nosso).

*achar que **aquilo** não vai acontecer com elas* (MÉDICO E, grifo nosso).

*[...] elas não tem ideia do que significa **aquilo**, o que vai prejudicar e tudo mais* (MÉDICO D, grifo nosso)

Para Foucault (1969), um mesmo conjunto de palavras pode dar lugar a vários sentidos a várias construções possíveis e a várias ações; mesmo assim, todos estes sentidos, todas estas possibilidades de dizer e de fazer que atravessam as coisas ditas, tudo isto já supõe, precisamente, a existência das coisas ditas – um “dato enunciativo”. Assim, tanto o que é dito quanto os seus sentidos, os seus modos de enunciação, as suas ações pode estar implícito por meio do uso do pronome demonstrativo “aquilo”, que pressupõe um distanciamento do médico em relação à adolescente, ou mesmo elucidar um caráter depreciativo e pejorativo da situação gravidez na adolescência.

5.9 Modelo biomédico como expressão antidialética e antidialógica

O conhecimento acadêmico médico não trabalha em processo de diálogo com o conhecimento não formal, fundamentado na vivência das pessoas e seus entendimentos de mundo. Ele se mantém polarizado, torna-se

dicotomizado e distanciado do saber popular e das interferências das humanidades, como hábitos, culturas e espiritualidade na produção do saber médico. Por consequência, o conhecimento se mantém monodialógico e, então, reflete na prática médica o modo hegemônico da produção e produto médico. Assim, disseminada por décadas e por muitas gerações construiu-se um abismo de difícil transponibilidade para que o médico reconheça e visualize seu paciente enquanto sujeito.

A ideia de diálogo é contrastada com a de monólogo por Bakhtin, filósofo russo (1895-1975), sobre construção da comunicação por pessoas ou entidades. A primeira é constituída por duas ou mais vozes, enquanto a segunda é composta de apenas uma voz. Então, o monólogo é um discurso que reconhece somente a si mesmo e a seu objeto, não considerando a palavra do outro, enquanto o diálogo leva em conta a palavra do(s) interlocutor(es) e as condições concretas da comunicação verbal. O monologismo considera as intenções individuais e os fatores sociais interferindo no discurso e no comportamento linguístico do falante. Ao passo que o dialogismo volta suas atenções para as interações dos indivíduos em contextos específicos (LINELL, 1998).

[...] menina que tem 16, 17, que já mora com o rapaz e quer engravidar, eu vejo que ela não consegue enxergar além do crescimento como família, ela não está enxergando um crescimento pessoal, e é isso que me entristece um pouco. Não que choca, não choca ouvir elas falarem isso, eu acho até engraçado, porque eu acho, assim, quanta imaturidade! Quando eu ouço elas falando, lá dentro, eu penso: graças a Deus que você não engravidou ainda (MÉDICO C).

Nesse trecho, observa-se que o desejo da adolescente em engravidar é visto como um sinal de imaturidade e que, apesar da adolescente expor em uma tentativa de diálogo, a médica está centrada nos seus preceitos e convicções. Portanto a fala da adolescente, bem como os seus desejos e vontades são anulados.

O diálogo é uma interação entre indivíduos que se influenciam mutuamente por meio da linguagem, constituindo a comunicação, produto caracterizante dos sujeitos enquanto ser histórico e social. A defesa do princípio dialógico das enunciações implica uma maneira de perceber os interlocutores, sujeitos de uma atividade comunicativa, em suas interações e contextos psico-sócio-culturais. Contrariamente, o sentido antidialógico, o monologismo, privilegia indivíduos e estruturas sociais nas relações de produção interpessoal, como no último trecho de entrevista destacada.

A Dialética, por definição, é entendida como método cujo foco é o diálogo por contraposição e contradição de ideias, que levam à construção e surgimento de outras ideias (KONDER, 2004).

O cuidado ao paciente é a essência da atuação médica e é o que caracteriza esse profissional na sociedade. Mas a construção desse cuidado não está pautada no diálogo da contraposição e contradição de ideias pela lógica biomédica. Ele é protocolar, e sua linearidade da ação envolve apenas um lado da relação interpessoal: o olhar estritamente do médico e seus valores atribuídos na produção desse produto. Isso pode ser observado no discurso abaixo:

*“Você tem responsabilidade?” “Tenho, eu sou responsável”.
 “Por que você é responsável?” “Não, eu sou responsável”. “Mas
 no que você é responsável?” “Não, eu sou responsável”. Ela
 não sabe o que é responsabilidade, você se manter, ter uma
 profissão, ter uma forma de se manter na vida se você tiver uma
 gestação. Muitas vezes, não tem noção do que representa uma
 gestação na vida dela (MÉDICO A).*

O trecho destaca um processo monológico, pois os diferentes significados de cada interlocutor - no caso, médico e adolescente - não entram na comunicação, não há participação das representações do outro na comunicação e, portanto, não há espaço para a construção das ideias dialogadas, sendo essas baseadas apenas em um interlocutor, o médico.

O filósofo alemão Hegel (1770-1831) dizia que a verdade é o todo. Que se não se enxergar o todo, pode-se atribuir valores exagerados a verdades limitadas, prejudicando a compreensão de uma verdade geral. Essa visão é sempre provisória, nunca alcança uma etapa definitiva e acabada, caso contrário, a dialética estaria negando a si mesmo. Logo é fundamental enxergar o todo, sendo que a contradição é reconhecida pela dialética como princípio básico do movimento pelo qual os seres existem (KONDER, 2004).

5.10 Existe intencionalidade na invisibilidade do sujeito?

Não seria possível, na análise dos discursos dos profissionais, não discutir aspectos, mesmo superficiais, sobre as representações dos sentidos das falas e o distanciamento de mundo, que, por diversas vezes, descrevem grandes pautas como o direito do cidadão, o papel da mulher na sociedade, a exclusão e a vulnerabilidade social, as classes sociais e a família tradicional “burguesa” na visão do médico. Isso se mostra no discurso do médico abaixo, quando refere indignação com as dinâmicas sociais no tempo.

[...] há 30 anos atrás, essa questão da adolescência era muito pior do que é hoje, era uma época onde a virgindade era tabu, onde ter relação antes de casar era uma afronta aos pais, era uma insubordinação do jovem, vamos dizer assim [com indignação e ironia – nota nossa]. Hoje, o jovem, ele tem o direito de ter sexo antes de casar. Então, antigamente, quando essas liberdades individuais eram piores do que são hoje, eu lembro de quando eu era jovem, que teve casos no família, inclusive de primos que acabaram engravidando, onde a repressão familiar era muito mais intensa, a sociedade acho que agia muito mais pesado do que age hoje. Hoje, a sociedade sabe que existe, mas hoje é normal, como é normal o adolescente ter o pai e a mãe separado, como é normal o adolescente não dormir em casa, como é normal o namorado

dormir em casa e dormir junto com o filho ou a filha dormir junto na casa deles, que o pai acha normal (MÉDICO A).

O médico é representante de sua subjetividade, portanto ela é legítima na sua atuação profissional e deve ser considerada, porém não deve ser o eixo condutor exclusivo na interação com seus pacientes.

Marcante é a ausência de diálogo com o sujeito que está sob o cuidado médico; contrariamente, há o julgamento sem possibilidade de “defesa”. O profissional discursa, em muitos momentos, como redentor, representante e referência da tradição, da moral e dos bons costumes. Por se tratar de adolescentes e médicos em uma relação muito desigual, antidialógica e antidialética em plenos sentidos, chega-se à tirania. Lewis Carroll remete à tirania da sociedade e seus agentes sob o adolescente ilustrado na personagem de sua importante obra literária, Rainha de Copas. O encontro com essa figura era certa – a decapitação, fruto do incomodo ou até mesmo da ira que o diferente causava; a criatividade e as diferentes possibilidades que o adolescente é capaz de produzir na sua interpretação sobre o mundo adulto. Um novo modo de fazer ou agir era caminho certo para a bizarra modalidade da justiça tirana que tinha a penalização sem mesmo um veredito.

[...] porque a gente, na faculdade, tem essa informação, “olha, a população pobre não tem acesso, a população pobre engravida porque não tem pílula, não sabe usar, não usa direito, não quer usar camisinha, é promíscuo, transa com um monte de rapazes etc.”. Esses conceitos, que são coisas até mesmo da cultura dos professores (MÉDICO C).

Esse, entre outros discursos, denota o julgamento baseado na obscuridade das questões que envolvem a adolescência, como a gravidez e a classe social. Questões que transitam entre a inocência do romantismo burguês e a promiscuidade, com consequente penalização daquele que busca a assistência médica. Então, de forma clara, a intencionalidade da construção e defesa das representações do profissional médico se dá pelo antidialogo, ou

seja, só existe o médico como referência de ideal de cuidado, gerando invisibilidade do sujeito adolescente em suas necessidades e direitos.

[...] não é uma preocupação para a família, por exemplo, a minha família sempre foi, nossa! Não quero que ela engravide cedo. Mas para algumas famílias não, fora que, sei lá, a mídia também, hoje as músicas são mais promíscuas parece, não sei. O jovem, hoje em dia, tem uma iniciação muito cedo, os adolescentes, eu já peguei gestante que me disse que teve a primeira relação com 10 anos e teve a primeira menstruação com 11 anos, então, hoje, os meios de comunicação, o fato de ser tudo muito rápido parece que acabou o encantamento do primeiro beijo, da primeira relação sexual, hoje em dia, está tudo perdido, [...] seja também pela parte socioeconômica. Eu venho de uma família eu tive uma condição boa, hoje, eu sou médica devido a eles. Mas a população mais carente não tem, parece que, além de engravidar cedo, tem milhões de filhos (MÉDICO G).

Nesse trecho, o discurso remete às intencionalidades do médico, ou de uma sociedade que produziu esse ator social. Estas intencionalidades podem ser discutidas e exploradas pela teoria da ação antidualógica, centrada na necessidade de conquista e na ação dos dominadores, que preferem dividir as pessoas, o saber e o corpo para manter a opressão, deixar que a invasão cultural, a mídia e a manipulação desqualifiquem o sujeito paciente em sua identidade. Paulo Freire ressalta que a referida teoria tanto traz a marca da opressão, da invasão cultural camuflada, da falsa admiração do mundo, como lança mão de mitos para manter o *status quo* e manter a desunião dos oprimidos, os quais, divididos ficam enfraquecidos e tornam-se facilmente dirigidos e manipulados (FREIRE, 1970).

Um dos sintomas da iatrogênese social pode ser caracterizado como a eliminação do status de saúde, graças à multiplicação ilimitada dos papéis de doente. Em todas as sociedades, as pessoas de atitudes ou comportamento

estranhos constituem uma ameaça, enquanto seus traços singulares não são designados de maneira formal e desde que sua conduta anormal não seja assimilada num papel conhecido. Ao atribuir-se um nome e um papel às anormalidades que atemorizam, essas pessoas se transformam em membros de uma categoria formalmente reconhecida, no caso a gravidez na adolescência e aquilo que esta representa para a sociedade tradicional, para a saúde pública e para a medicina (ILLICH, 1975).

Cada sociedade tem seus agentes mandatários para reconhecer a natureza da anormalidade: eles decidem se o indivíduo está possuído do demônio, dominado por um deus, envenenado, punido por seus pecados ou vítima dos sortilégios de um feiticeiro. Os agentes podem pertencer à ordem jurídica, religiosa, militar ou médica. Nas sociedades modernas, também podem chamar-se educadores, assistentes sociais ou ideólogos de um partido. Ao catalogar os portadores de anormalidades, o Poder os coloca sob o controle da linguagem e dos costumes; assim, transforma quem é uma ameaça à ordem estabelecida em sustentáculo dessa ordem. Catalogar os portadores de anormalidades significa estender o controle social às forças da natureza e reduzir, desse modo, a ansiedade da sociedade (ILLICH, 1975).

Sendo assim, os médicos se mostram apropriados desse papel, como nos trechos:

[...] se a gente fizer bem feito, elas não vão engravidar de novo, elas vão instruir melhor a filha delas, que está nascendo, para também não ser uma adolescente grávida (MÉDICO E).

[...] eu fiz o pré-natal dela muito bem feito, explicava todos os métodos, eu perdia tempo com ela, eu investi nessa paciente e falei “olha, volta depois para a gente usar o método”, ela voltou 6 meses depois, grávida de novo. [...]

[...] Então, quando você ganhar nenê, você vai voltar aqui comigo que eu vou te usar um método anticoncepcional, de preferência o DIU, que não depende delas (MÉDICO B).

Assim como nos discursos, as pessoas também reconhecem esse direito dos profissionais da saúde de intervir em sua vida em nome de sua própria saúde. Numa sociedade mórbida, o ambiente é recomposto de tal modo que a maior parte das pessoas perde, em frequentes circunstâncias, o poder e a vontade de ser autossuficiente e, afinal, acaba acreditando que a ação autônoma é impraticável (ILLICH, 1975).

A iatrogênese social é o efeito do impacto social da medicina, mais do que o de sua ação técnica direta. A instituição médica está, sem dúvida, na origem de muitos danos que não poderiam ser produzidos pela intervenção isolada do profissional médico. Na essência, a iatrogênese social é uma penosa desarmonia entre o indivíduo “fora do padrão”, no caso a adolescente grávida, situado dentro de seu grupo e o meio social, e a sociedade tradicional, que tende a se organizar sem ela e contra ela (ILLICH, 1975).

Portanto o profissional médico não elege os indivíduos e grupos anormais; essa escolha é da sociedade. Ao médico cabe atuar no papel designado, ele os rotula pelo diagnóstico e os oprime na relação assistencial, assim, mantendo a anulação do sujeito, o domínio médico e reafirmando as representações dessa sociedade:

[...] não queria, mas ela engravidou. Se ela engravidou, ela vai precisar passar por um processo de aceitação dessa gestação. E eu acho que a gente é fundamental nesse ponto, porque ela vai encontrar por aí muitas opiniões que seriam contra a manutenção dessa gestação (MÉDICO A).

A riqueza do trecho imbrica conceitos que nos remetem a discutir a defesa dos padrões sociais aceitos e incluídos nas condutas médicas de forma protocolar, isto é, a panaceia para os transtornos que atingem o indivíduo. Notável a máquina da ordem social estabelecida, o estado, a academia, a mídia, e seus agentes de anulação dos sujeitos e suas individualidades pelo bem social maior.

O médico, atuando como agente dessa máquina, quando na assistência a adolescentes grávidas, por repetidas vezes se expressa produzindo

processos de culpabilização e penalização do adolescente infrator dos modelos sociais do médico, além do processo de penitência a ser cumprida por este infrator - definida pelo julgamento realizado pelo profissional, cumprindo seu papel de regulador do modelo familiar tradicional. Como ressaltado no trecho abaixo:

[...] se ela não queria é a mesma coisa, “poxa, não era a melhor hipótese, mas e agora? Agora, a gente vai ter que continuar com isso” [...] agora, ela não tem como voltar atrás. É uma circunstância que, ali, naquele momento, eu não vou conseguir realizar o desejo dela, não vou, [...] quando ela tem um filho, ela tem que lavar, tem que tomar conta, tem que assumir responsabilidades e tal e tem que estudar e tem que fazer e vai ter que trabalhar por dois, não precisava não, mas agora vai ter que ser (MÉDICO D).

5.11 Antidialogismo e a perpetuação do domínio

A ação cultural está a serviço da opressão, consciente ou inconscientemente, por parte de seus agentes. É no serviço da libertação antidialógica que se encontra a possibilidade de superação do caráter de ação induzida, bem como no objetivo libertador da ação cultural dialógica, que se acha a condição para superar a dominação. No momento da consulta é que se realiza, ou deveria ser realizado, o encontro de duas subjetividades: a do médico e a do seu paciente. Este último constitui o objeto de trabalho do saber fazer médico, que se ancora e se inicia na necessidade de um diálogo, ainda que seja o diálogo induzido pela interrogação da anamnese. Não obstante, esta é uma situação liminar que exige o refúgio num espaço particular, o consultório, indispensável na construção de uma relação de poder - antes um poder fazer, poder operar (ACIOLE, 2004).

Este momento, por sua vez, traz duas condições imprescindíveis para uma situação dialógica de fato, presentes no exercício da prática clínica e, em

particular, na relação entre médicos e pacientes. Uma destas condições é a da ciência, isto é, certo modo de se dar a conhecer alguma coisa sobre a realidade, que se desdobra num contínuo e complexo conhecimento. Fundada cientificamente, a prática médica demanda a necessidade de qualificação específica de extenso e complexo conhecimento científico (ACIOLE, 2004).

Há algo, contudo, que a faz separar-se dos demais trabalhos técnicos e científicos: o imperativo moral, peculiar à sua ética corporativa, que implica uma sabedoria incomum no uso tanto dos conhecimentos quanto dos valores de conduta e que, por isso mesmo, necessita de uma segunda condição: a arte. Ou seja, a capacidade de elaborar uma tecnologia do afetivo no científico, muitas vezes tomada como humanismo, em que ouvir, receber, interessar, confortar e orientar são formas de dispor ações técnicas derivadas da ciência (SCHRAIBER, 1993).

Porém, os discursos analisados mostram que os aspectos tomados como do humanismo não mudam o olhar do médico. A relação de domínio e controle pela referência de suas representações mostra-se como o fracasso da gestão das diferentes subjetividades envolvendo o médico e o adolescente:

[...] tem que explicar para ela uma coisa que ela não tem maturidade para compreender é a responsabilidade, não adianta falar: olha, é muita responsabilidade ter filho com 16 anos... Ela não vai entender isso. Porque eu acho que ela não tem nenhuma noção disso, ela tá só querendo passar o carro muito na frente dos bois, não tem noção da responsabilidade [...] (MÉDICO C).

No trecho, a ideia médica de responsabilidade é o dominante norteador do processo do cuidado, aquém da prerrogativa científica e moral discutida.

Mas ao assumir o papel com a prerrogativa científica e moral, produzindo a arte médica, a técnica em cuidar de gente, o profissional atua no cuidado prestado a pessoas gerindo diferentes subjetividades, oriundas de interesses individualizados e muitas vezes divergentes, ou em situações

antagônicas, que devem dialogar: um sujeito paciente, portador de necessidades que colocariam em xeque sua condição de “normalidade”, ou mesmo passivo de cuidados especiais, como no caso da assistência ao pré-natal; e o médico, formado para ser o doador de possibilidades, cientificamente dadas e aprovadas, para a superação e o retorno à condição de higidez.

Entretanto, as necessidades do paciente, na imensa maioria das ocasiões, não estão relacionadas às superações, ao desvio da normalidade ou ao retorno a condições de higidez. Portanto, na situação desse momento terapêutico, impera a necessidade dialógica para uma efetiva abordagem holística com a produção de um cuidado viável e necessário, gerido sob o encontro das subjetividades do médico e da adolescente, e que diminuiria as distâncias e a relação de opressão no cuidado.

Os discursos mostraram o distanciamento desse momento terapêutico pleno, isto é, não há reflexão sobre as diferentes subjetividades, de forma que a atuação médica é distorcida e entendida como ato de generosidade a aquele que está fora dos padrões impostos, aumentando e perpetuando a dívida da opressão, que deverá ser paga com a fiel submissão:

Se ela queria, eu levanto os ombros e falo “olha não era a melhor hipótese, mas vamos lá, agora eu tenho que te ajudar nisso [...]

[...] Aí, depois, o pós-pré-natal é que você pega, você tem que criar uma confiança ali, você já pegou ela grávida, eu acho que a partir dali tem que ter carinho e ela tem que confiar em você, criar um vínculo bom, forte, independente do que tiver, aí você tem condições de numa sequencia, um planejamento familiar, tá mexendo com ela com mais firmeza: “bom, agora vamos fazer as coisas certas, agora você vai me obedecer? Vamos fazer, você confia em mim?” mas você não pode estar batendo, batendo, batendo nela no pré-natal e, depois, querer que ela confie em você em um planejamento. Eu acho que na fase frágil a gente tem que acolher, ela está frágil (MÉDICO D).

O antidualogismo tem se caracterizado em contrassenso para a sociedade democrática e participativa que está fundamentada no debate permanente das representações populares e na produção de consensos para orientação da própria sociedade. É notável que o debate dos direitos sexuais e reprodutivos e do direito ao próprio corpo mantém-se como um muro intransponível, e que, para tal pauta, é negado o debate pelo modelo social tradicional e pela corporação médica.

De forma incoerente, o profissional expressa sentidos que vão contra a própria ética médica. Condutas ameaçadoras e negligentes podem ser encontradas na produção daquilo que o médico entende como o cuidado e proteção ao paciente. Porém essa produção, certamente perversa, adquire esse formato na disputa dos interesses das representações sociais do modelo familiar tradicional e do poder de seus agentes de regulação. A negação do sujeito está no controle e na opressão.

A disputa ideológica sobre controle do corpo surgiu na desresponsabilização encontrada nos discursos: o ambiente que seria de cuidado à adolescente grávida é tomado por medo e risco à vida:

[...] acho que é o direito da pessoa, não sou eu que vou impedir, não sou eu que vou de repente denunciar, nada disso. Mas vou orientar que tem os riscos, geralmente elas fazem esses abortamentos sei lá em que condições, e tem os riscos de infecção, de perder o útero, de morte materna, que é a maior complicação. Então, tem que ser orientado, eu não faço
(MÉDICO F).

O agravamento da relação penalizadora gera mais desresponsabilização do profissional pela saúde do paciente. No trecho citado adiante, a criminalização e o risco de vida da paciente são entendidos de forma que prevalece a relação de valores baseados no profissional e que valida sua posição de incoerência ética no descuido à adolescente grávida.

[...] Nunca! Eu nunca vou fazer isso na minha vida.... se você for numa boca de fumo aí você arranja remédio para abortar, existe o livre-arbítrio, se ela quis fazer isso, é dela e ela que arque com as consequências, mas, assim, eu fico chateada de ver que ela causou isso a uma vida que não tinha nada a ver com o desespero dela, era uma vida nova que estava nascendo (MÉDICO G).

A ideologia pode ser definida como um falso consenso, ou situações de discurso distorcidas, em que o falante e o ouvinte não se encontram em posição igual de acesso às regras (MARCONDES, 2000).

Assim, observa-se que a desresponsabilização pode ser construída em uma sedução ideológica, em que os elementos de direito ao corpo, a discussão de escolhas sociais democráticas, bem como a ética médica são manipulados, e seus sentidos, distorcidos em defesa do poder dominante, da representação do modelo social e familiar tradicional e da corporação médica, levando essa adolescente a penalizar entre a vida e a morte pelo seu afrontamento.

Os discursos dos entrevistados trazem a essência de elementos com certa incoerência ética, reproduzível e notada cotidianamente, como em dois eventos recentes. O primeiro, na orientação do Conselho Regional Médico para que os médicos não socorressem as vítimas de supostos erros cometidos pelos médicos estrangeiros do programa federal Mais Médicos.

“Nossa preocupação é com a qualidade desses médicos, que são bons apenas em medicina preventiva, não sabem tirar tomografia. ‘Vou orientar meus médicos a não socorrerem erros dos colegas cubanos’, ameaça” [...] (JORNAL ESTADO DE MINAS, 2013).

O segundo evento para ilustração da incoerência ética é o Conselho Federal de Medicina ameaçando penalizar os médicos professores das Instituições de Ensino Superior que ajudarem na qualificação ou supervisão técnica para proteger ou promover a boa prática do cuidado e da assistência médica à população brasileira.

[...] As entidades ressaltam aos gestores públicos e aos médicos supervisores e tutores do Programa “Mais Médicos” que, no exercício dessas funções, também estão sujeitos às regras previstas no Código de Ética Médica, conforme explícito no inciso I do seu Preâmbulo e em seus Princípios Fundamentais.

Ao assumir compromissos com o programa criado pela MP 621/2013, os médicos em cargos de gestão pública ou de supervisão e tutoria de ensino assumem corresponsabilidade com o profissional estrangeiro [...]

[...] conforme os ditames dos artigos 1º, 3º, 5º, 6º, 18, 32 e 50 do Código de Ética Médica, tais médicos estão passíveis de processos e penalizações de caráter ético-profissional, civil e criminal pelos atos praticados por participantes e intercambistas do Programa Mais Médicos.

A população, que se sentir prejudicada, pode encaminhar suas denúncias aos CRMs do Estado onde houver sido realizado o atendimento para que as providências sejam tomadas (CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, 2013).

5.12 Médico é aquele que foi formado para ser

O médico enquanto agente social produz, em seu modo de atuar, a invisibilidade do sujeito adolescente grávida como produto do seu trabalho.

[...] o problema é que confundimos domínios, porque funcionamos como se todas as relações humanas fossem do mesmo tipo, e não são. As relações humanas que não se baseiam na aceitação do outro como um legítimo outro na convivência não são relações sociais. As relações de trabalho não são relações sociais. O mesmo ocorre com as relações hierárquicas, pois estas se fundam na negação mútua implícita, na exigência de obediência e de concessão de poder que trazem consigo. O poder surge com a obediência, e a obediência constitui o poder como relação de negação mútua. As relações hierárquicas são relações fundadas na supervalorização e na desvalorização que constituem o poder e a obediência e, portanto, não são relações sociais. (MATURANA, 2002, p.69).

Para Maturana (2002), o processo relacional com o outro, como a visibilidade desse sujeito, implicaria na aceitação do outro como legítimo na convivência. A relação fundada na negação, na obediência, no preconceito, não poderia ser considerada como relação social e, sim, outro fenômeno humano, a competição. Nela, não existe convivência sadia, pois a vitória de um implica a derrota, a negação, o aniquilamento do outro.

[...] em qualquer sociedade, existem relações de poder múltiplas que atravessam, caracterizam e constituem o corpo social e que estas relações de poder não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso. (FOUCAULT, 2000, p. 179).

Porém, para Foucault (2000) esse tipo de relação representa uma relação social clara e bem definida, isto é, a não legitimação do outro como a invisibilização do adolescente representaria uma consequência da produção médica enquanto agente da sociedade. Para ele, as relações de poder são entendidas como atividade social, historicamente estabelecida e com variadas estruturas de seu exercício na sociedade. Então, o mais importante seria a análise e a discussão sobre como esses processos se estabelecem na sociedade.

“[...] quais são, em seus mecanismos, em seus efeitos, em suas relações, os diversos mecanismos de poder que se exercem em níveis diferentes da sociedade, em domínios e com extensões tão variados? [...]” (FOUCAULT, 2000, p. 174).

Ao cotejar os dois autores, é possível propor que, na relação estudada, encontremos a “competição” como tensão social, espaço de disputa entre as representações sociais do profissional – com sua lógica na ciência médica – e as da adolescente grávida – com sua representação da “marginalidade fora de padrão”.

Para essas relações de poder que envolveriam a relação médico-paciente, Foucault (1988) atribuiu uma importante atenção em sua obra, definindo como uma forma de controle social, chamando-a de biopoder.

Assim, ao profissional médico cabe o papel biopolítico, representando estratégias adotadas pela sociedade contemporânea para constituir o poder sobre a vida dos sujeitos, ampliando a ação de regulação e controle da sociedade nas próprias relações sociais estabelecidas além das políticas governamentais para esse fim (FOUCAULT, 1988).

[...] Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua "política geral" de verdade, isto é: os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro. (FOUCAULT, 2000, p. 12).

Essa forma de controle social é evidenciada nos discursos quando o médico declara que deveria haver uma forte opressão do Estado para a erradicação deste “problema”:

[...] elas têm um planejamento familiar, sim, do Estado, é uma coisa que se elas não têm responsabilidade, vamos dar... o estado tinha que buscar esse controle sim. [...] é uma castração química, mas não é definitiva.

[...] o “Implanon” é uma coisa mais abrangente, você está tendo total controle, se você começa a ter uma jovem mais refinada, você pode estar usando uma micropílula, lógico (MÉDICO D).

Além do controle, segundo o discurso, o Estado deveria segregar sua ação conforme a classe social da jovem.

O profissional expressa ser aquele que foi formado para ser, pela sociedade, por meio da academia, em seus valores e representações. A discussão da análise dos discursos médicos desvelou a produção médica

arraigada ao modelo social de estrutura familiar tradicional, ao modelo biomédico fundado em uma ciência positivista, ao método antidialético e antidialógico da construção do conhecimento e das relações interpessoais. Como desdobramento, identifica apenas o conhecimento acadêmico convencional, tornando pouco reconhecidas as dimensões humanas, outras possibilidades do saber e novas produções sociais.

Ademais, o médico apresenta o discurso que julga e penaliza, cumprindo a função de agente regulador, valorizando definitivamente as representações da sociedade atual no ideal do sucesso pela profissionalização e pelo trabalho.

E assim como Illich (1975), que defende que cada sociedade tem seus agentes mandatários capazes de reconhecer e diagnosticar os “anormais” em relação às representações da sociedade, Foucault (2012) afirma que a sociedade é repleta por “um exército inteiro de técnicos que substitui o carrasco, anatomista imediato do sofrimento: os guardas, os médicos, os capelães, os psiquiatras, os psicólogos, os educadores”, atuando nos mais diferentes segmentos da vida social, com o objetivo de garantir a submissão aos padrões estabelecidos. Segundo esse mesmo autor, esse mecanismo de biopolítica estaria tão difundido na sociedade e no que torna o profissional, na formação, no trabalho, que não se consegue perceber esses processos operando. Sendo assim, seria possível discutir quanto o médico tem executado o papel de agente regulador dessa sociedade que os formou? Ou reconhecendo o sujeito em suas necessidades? Nos trechos seguintes, encontramos essa função médica do modelo social dominante. Nelas estão implícitas o modelo familiar, a referência de amadurecimento e responsabilidade, os direitos reprodutivos e sexuais:

[...] de fazer com que ela entenda o que é uma gestação, que ela faça as coisas certinhas para que evolua bem e que, depois que nasça, que ela também crie o filho e assuma a responsabilidade [...] obrigação que eu me sinto de tentar passar e tentar fazer com que ela “amadureça” um pouco, [...] ela tem que ter um amadurecimento mínimo para aquilo. Acho que é meu dever tentar fazer que ela corra um pouco além do natural para que

esse amadurecimento chegue um pouco antes para ela
(MÉDICO F).

[...] eu tento colocar na cabeçinha delas que tem que ter a gestação (MÉDICO G).

5.13 Incoerência e conflito tornando o sujeito invisível no cuidado

Questões conflituosas permeiam o pensamento do profissional, identificadas pela incoerência da construção dos discursos. Isso pode ser observado quando buscamos a visualização do sujeito em relação à abordagem da adolescente grávida.

O profissional da lógica biomédica é defrontando com diferentes subjetividades e percepções de mundo, mas as fundamentações do seu “ser médico” prejudicam a reflexão sobre as dimensões sociais e humanas, levando à impossibilidade de gestão de subjetividades. Este cenário gera incoerências, tornando o profissional “nu”, desprotegido dos conflitos que as diferentes percepções dos seres humanos produzem em qualquer tempo e em qualquer sociedade.

Portanto “as funções médicas” atribuídas pela sociedade tornam-se incoerentes e, de forma abrangente, denotam-se, na análise dos discursos, questões características de conflitos de “ser médico” - não apenas na anulação do sujeito adolescente, tornando-o invisível, mas também questões que recaem sobre o próprio profissional de saúde.

Os discursos trazem os conflitos de ideias gerados pelos modelos que precedem esse encontro da consulta diante da adolescente grávida. Pode-se desmembrar esses conflitos em diferentes momentos: no dito, ou explorando-se o não dito, e até mesmo no discurso relacionando suas próprias fundamentações trazidas pelos entrevistados.

Consequentemente, a vinculação do “ser médico” às suas fundamentações leva ao surgimento de conflitos com construções de ideias incoerentes sobre o fenômeno da gravidez na adolescência:

[...] eu acho que é uma sobrecarga, não é o ideal, muito menos hoje. Entendeu? Hoje em dia, uma adolescente... Antigamente, uma mulher de quatorze, quinze anos, era quase uma mulher, assumia responsabilidade, muitas vezes casava, hoje em dia, elas são infantilizadas... uma pessoa que não tem o mínimo preparo e maturidade para isso, então ela vai perder, ela vai pular fases e isso, lá na frente, pode gerar uma adulta instável, uma angustiada, uma frustrada e não precisava (MÉDICO D).

Se a gente for analisar, isso acontece há muitos anos, não é de agora, lógico que aumenta com maior frequência porque as meninas estão tendo atividade sexual muito cedo, mas as meninas casavam cedo também. Só que a sociedade aceitava bem esse lado por que qual que era a opção de vida dessas mulheres? Era casar, ter filho e tava tudo bem, para elas, além de a família aceitar bem, que era o que elas queriam, vai ter filho cedo, os avós queriam que tivessem, agora não, agora as meninas querem... deveriam né, pelo menos, estudar, trabalhar, ter uma profissão, filho atrapalha, a gente trabalha... sabe que acontece isso. Então, eu acho assim, antes, era aceito, tudo bem se você é feliz, se vai... agora, isso eu sempre pensei assim, eu acho que sempre quando eu quis ter alguma coisa mais, eu queria passar isso para as meninas, vai procurar fazer outra coisa sem engravidar logo [...] (MÉDICO B).

Nesses trechos, podem ser observados, no encaminhamento dos discursos, os relatos de vivência e experiência históricas do profissional, bem como as relações com as diferentes representações da dinâmica social na história, de reformulações do modelo familiar - que a figura da adolescente grávida é capaz de provocar no médico.

Encontram-se maiores possibilidades iatrogênicas na relação médico-paciente, uma vez que as rejeições não percebidas - ou não assumidas - pelo

médico podem ser indutoras de atuações inconscientes que traduzem agressão, desconsideração ou intolerância (SCHMIDT, 2011).

Falas incoerentes ocorreram sistematicamente, mostrando a invisibilidade da adolescente quando o profissional assume posições relacionadas à autoprojeção, modo de transferência em que o médico não visualiza o paciente no discurso, mas a ele mesmo como referência no cuidado. Então, as situações afetivas mencionadas mostraram-se com foco além da adolescente grávida, pois visualiza a si próprio ou a suas filhas na vivência da gestação “fora de hora”:

“Eu acho que pôr no colo também não deve, eu sou uma que fala que quando ela tem um filho, [...] tem que assumir [...] E eu ajudo. E se fosse minha filha eu também ia empurrar” [...] (MÉDICO D).

[...] “para uma mulher adulta já tem que estar bem preparada, eu acho, você tem que querer muito um filho. Beirando um muito já e uma trombada , quando não quer ou quando não tem preparo, aí né” [...] (MÉDICO D).

[...] “porque quando eu pego uma menina de 13 anos, eu me coloco, até, na situação dela, se eu estivesse grávida com 13 anos, eu não teria conseguido metade do que eu fiz na minha vida, porque com 13 anos talvez não tivesse terminado a faculdade, você entendeu?” (MÉDICO B).

“puxa, 13 anos eu estava brincando de boneca” (MÉDICO B).

“No meu conceito, acho que no de todo mundo, lógico, eu sou mãe, eu vejo assim, eu não gostaria que a minha filha engravidasse com 13, 14 anos” [...] (MÉDICO B).

Projeções psíquicas podem ser percebidas nos discursos, impossibilitando o reconhecimento do outro e a aceitação dos desejos dessa adolescente. O imbróglio das representações produzidas pelas transferências do profissional médico sobre a adolescente grávida se mistura na

representação do cuidado e, com muita incoerência, coloca a percepção do profissional muito distante do paciente (o mundo lá fora está feliz, em que mundo eu vivo? Quem é o prisioneiro na caverna? Quem vê as sombras?) (PLATÃO, 1956). Isso reforça a invisibilidade do sujeito adolescente.

Ilustram-se as incoerências de discurso geradas pelos conflitos de significados e causando invisibilidade ou até, no caso, a eliminação da adolescente grávida como sujeito, assim como no discurso transcrito adiante. Em primeiro momento, notam-se as incoerências do significado de gestação na adolescência com confrontos de carreira profissional, família e conceito de felicidade. No final, no entanto, mostra-se que apesar de estar “fora de padrão”, de alguma forma, a maternidade pode trazer a felicidade para a adolescente:

[...] Então é complicado, eu não sei, eu acho que, infelizmente, a gravidez, por mais bem aceita que seja, se a mulher decide ter uma profissão, qualquer coisa, se ela não tiver o apoio da família, é muito difícil. Então nessa sociedade, aqui na região, é o que a gente vê, engravida, todo mundo vem feliz e tal, você pode ver aí fora, tem alguém infeliz? Ninguém. A mãe e tal pode, meio assustada, se você perguntar: você queria? Não. Mas estão felizes (MÉDICO B).

No segundo momento, quando o profissional é questionado sobre a condução da assistência à adolescente que desejaria engravidar, ele projeta nessa adolescente a imagem da filha. Isto é, o profissional, no papel de mãe, tenta de toda forma convencer a adolescente, projetada como filha, a não engravidar. A tentativa de convencimento é ampliada quando o profissional solicita ajuda ao psicólogo para “sanar o mal da escolha absurda”, ligada a um possível “desvio psíquico” da paciente. E, no final do trecho, ela expressa sua forma de cuidado se autoprojetando no lugar da adolescente e, assim, justifica a anulação da paciente no processo:

[...] eu sou mãe, eu vejo assim, [...] a primeira coisa que a gente faz... é tentar falar para ela que ela deveria evitar de uma forma

ou de outra. [...] Algumas a gente tem a oportunidade, que a gente conversa e até encaminha para psicólogo, é que passa esse desejo, termina o relacionamento e passa esse desejo. Mas algumas que falam “não, eu quero”, primeiro, eu explico de todos os métodos, se é realmente isso, tento ver qual o nível de relacionamento dessa gestante, afetivo, pelo menos com o parceiro, se ela deseja, é lógico, é uma opção dela, não sou eu pelo meu modo de ver que eu tenho que achar que o meu é o correto, eu tenho que respeitar. Mas, a princípio, eu tento mudar essa opinião para formar o outro lado, eu não gostaria de me ver grávida na adolescência, então eu tento passar isso. [...] Não sei, você tem filhos? (MÉDICO B).

A escassez de reflexão na produção da prática médica leva o profissional a não discutir as complexidades de seu cotidiano e a prejudicar a formulação de propostas, novas expressões e novas possibilidades. Dessa forma, as complexidades, as questões indiferenciadas e subjetivas são eliminadas no plano de ação médica.

A experiência é o fundo que sustenta a manifestação da própria experiência, sem o qual ela não existiria – como a figura não existe sem o fundo – e graças ao qual os termos que a constituem são reversíveis – como o fundo que se torna figura e a figura que se torna fundo. Esse fundo imemorial, essa ausência que suscita uma presença, é inesgotável: não há uma visão total que veria tudo e completamente, pois para ver é preciso a profundidade, e esta nunca pode ser vista; não há uma linguagem total que diria tudo e completamente, pois para falar é preciso o silêncio sem o qual nenhuma palavra poderia ser proferida; não há um pensamento total que pensaria tudo e completamente, pois para pensar é preciso o impensado que faz pensar e dá a pensar. Assim, se o fundo é uma ausência que pede uma presença, um vazio que pede preenchimento, ele é também, e simultaneamente, um excesso: o que nos leva a buscar novas expressões é o excesso do que queremos

expressar sobre o que já foi expresso. A cultura sedimenta e cristaliza as expressões, mas o instituído carrega um vazio e um excesso que pedem nova instituição, novas expressões (CHAUÍ, 2008).

As novas expressões, as novas e adequadas propostas não são produzidas aos conflitos cotidianos, e a incoerência processual predomina sobre o cuidado qualificado. E, ampliando a incoerência, o cuidado médico perde o significado de existência e se torna vazio. Contextualizado no trecho a seguir, em que o profissional de liderança e referência para gestação na adolescência de toda a rede assistencial expressa suas percepções sobre sua produção médica:

[...] eu não gosto muito de fazer um pré-natal de adolescente, eu acho que a gente tinha que fazer um planejamento familiar, ia ser muito gratificante. Porque o pré-natal de adolescente é porque realmente tem gestante adolescente e como que a gente vincula isso? (MÉDICO B).

[...] o pintor desvenda o invisível, o escritor quebra o silêncio, o pensador interroga o impensado. Realizam um trabalho no qual vem exprimir-se o co-pertencimento de uma intenção e de um gesto inseparáveis, de um sujeito que só se efetua como tal porque sai de si para expor sua interioridade prática como obra. É isso a criação, fazendo vir ao Ser aquilo que sem ela nos privaria de experimentá-lo (CHAUÍ, 2008).

As consequências dos equívocos da relação entre médico e paciente podem gerar, além da impossibilidade de se alcançar a verdadeira demanda desse sujeito-adolescente, as relutâncias do paciente em abrir mão de pressupostos de desconfiança e frustração em relação ao médico, levando ao descompasso entre a oferta de um e as expectativas do outro, desfazendo a possibilidade da construção de uma aliança. Surgem, então, dois polos, cuja vinculação se dará sob forma de antagonismo ou de submissão (SCHMIDT, 2011).

Os danos causados pela incoerência das representações médicas e sociais são inerentes à sociedade, lembrando Illich (1975), que finaliza as ideias dos danos acarretados pela ação médica como a complexa iatrogenia cultural ou estrutural.

As culturas tradicionais retiram sua função higiênica precisamente da capacidade de sustentar cada homem confrontado com a dor, com a doença e com a morte, dando-lhe sentido e organizando sua execução por ele mesmo ou pelos que o cercam mais de perto. A higiene tradicional é constituída prioritariamente de regras para comer, dormir, amar, divertir-se, cantar, sofrer e morrer. A higiene tradicional prescreve igualmente como se casar, como extrair os dentes, como tomar drogas e como ter filhos.

Essa iatrogenia cultural ou estrutural é danosa a processos tradicionais dos quais as sociedades se apropriaram para lidar com as demandas vitais das sociedades ao longo da história.

[...] a política pública já fez a gente ter um monte de mulher infértil com 35, que investe na carreira, que pensa... não só a política pública na saúde, mas eu digo a política pública de modo geral, na televisão, tudo, o que fala sobre o momento certo, não engravidar na adolescência, fazer isso mais tarde, que isso, que aquilo, também, hoje, mostra um tipo de pacientes que a gente não esperava ter, aquelas mulheres sem filhos com 35, 40 anos. Isso é um grupo novo para a gente e tem crescido muito. Eu não sei que políticas, não sei mesmo, acho que eu nunca mais pensei sobre isso (MÉDICO C).

No discurso destacado, vestígios de reflexões espontâneas surgiram após as descrições de conflitos e incoerências vivenciados pelo próprio profissional, trazendo o alerta sobre possibilidades de reflexão da prática e do ensino médicos para uma medicina mais efetiva e coerente.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Seria possível traçar uma discussão lógica a partir do lugar que esse médico, ator e produtor dos sentidos analisados nessa pesquisa, percorre na construção de seus discursos.

Merleau-Ponty explicita a dificuldade que o médico tem de olhar o sujeito nas suas complexidades. A primeira percepção é a representação da adolescente grávida, porém, ao tentar olhar o sujeito em suas complexidades, o médico não consegue desmembrar-se de seus preceitos, o que invisibiliza o sujeito-adolescente e dificulta a compreensão daquela adolescente em suas necessidades e desejos:

Agora que tenho na percepção a própria coisa e não uma representação, acrescentarei somente que a coisa está no ponto extremo de meu olhar e, em geral, de minha exploração: sem nada supor de que a ciência do corpo alheio me possa ensinar, devo constatar que “a mesa” diante de mim mantém uma relação singular com meus olhos e meu corpo: só a vejo se ela estiver no raio de ação deles; acima dela, está a massa sombria de minha fronte embaixo o contorno mais indeciso de minhas faces, ambos visíveis no limite, e capazes de escondê-la, como se minha própria visão do mundo se fizesse de certo ponto do mundo (MERLEAU-PONTY, 2009, p.64).

Afirmam que a subjetividade constitui a realidade ou põe o mundo a partir de si mesmo. O mundo, escreve Merleau-Ponty, é mais velho do que a consciência e do que nós, e a “percepção do mundo funda para sempre nossa ideia da verdade” (CHAUÍ, 2008).

Observou-se, pelos discursos, que a percepção do fenômeno da gravidez na adolescência para o profissional está inspirada em eixos que se integram e se consolidam nessa construção. Os eixos mais notáveis se constituíram nos campos de conhecimento do modelo da ciência médica e do modelo social.

A ciência médica voltada ao modelo biomédico e organicista, que, por sua vez, foi baseada numa tradição positivista, torna a arte médica um lugar de

pouca reflexão estrutural e privilegia o saber instituído em detrimento de novas possibilidades do cuidado médico, no qual as questões que envolvem dimensões humanas têm difícil inserção. O outro eixo está fundamentado nas percepções de modelo social de estrutura familiar tradicional e no poder “de manter a ordem” que a sociedade atribui ao médico.

O trecho seguinte traz o posicionamento de profissional que, há 30 anos, trabalha na assistência à gestação em adolescentes:

[...] principalmente na adolescência, pelo impacto que a gravidez causa a vida futura dessa paciente.

P – Esse era o seu conceito antes. E depois que você começou a trabalhar, mudou o seu conceito?

R – Não.

P – Continua o mesmo?

R – Sim. (MÉDICO A).

Nota-se o tom de autoafirmação e inflexibilidade de seu conceito, sua ideia negativa quanto à gravidez na adolescência. Não há, para esse profissional, espaço para mudanças vivenciadas em relação ao outro, ou seria possível não existir questões sobre possibilidades e novos caminhos ao longo de 30 anos de vivência profissional? Ou não houve mudanças sociais que possibilitariam novas perspectivas para o fenômeno nesses últimos 30 anos? Propõe-se que os símbolos não estariam suscetíveis a mudanças, pois estão bem fundamentados na mais íntima estrutura do médico enquanto figura social.

Ademais, esses sólidos símbolos e significados são ameaçados pela adolescente grávida, na complexidade do seu cuidado e no tensionamento direto com paradigmas das representações médicas que se explorou nessa discussão. O fenômeno da gravidez na adolescente “compete” e “repele” todo o mundo construído nas lógicas predominantes e, assim, o olhar do médico fica bastante distanciado da adolescente-paciente-sujeito, que está “à sua frente” e que precisaria de seus cuidados específicos, como ilustra a figura 3:

Figura 3: Ideia esquemática do olhar médico pelo prisma óptico do modelo da ciência médica e do modelo social, tornando visível ao médico apenas o fenômeno da gravidez na adolescência e dando invisibilidade ao adolescente-sujeito.

Adiante, são retomados os modelos médicos, símbolos que precedem a prática, de forma sucinta, e que agem na percepção de mundo do profissional.

- a. Nesse primeiro agrupamento de trechos, emergem as influências das representações do modelo social e familiar:

[...] sempre achei isso realmente, de tipo... a parte socioeconômica, a mídia, a mãe da gestante mais nova, [...] é a mãe adolescente com a mãe dela nova. A gente vê, assim, [...] as gestantes adolescentes sempre paravam, assim, na quinta série, sexta série, enquanto as pacientes que tinham ensino superior completo, que também eram poucas lá, já eram gestantes com mais idade. Então, acho que, assim, é falta de instrução, falta de ensino, falta de apoio, falta de tudo.

[...] é como a minha mãe, a minha mãe teve eu e meu irmão com 30 anos, eu com 30 e meu irmão com 31, assim, é uma família que a minha mãe fez faculdade, é mais instruída, que tem um nível socioeconômico melhor. Então acaba sendo assim, a minha mãe engravidou com 30 anos e passa isso para mim sabe, de tomar cuidado, ver as suas prioridades primeiro, estuda [...] (MÉDICO G).

Eu venho de uma família libanesa, eu sou moralista até. Para mim, quando eu comecei a minha vida, uma adolescente transar era um absurdo, meu pai era extremamente dominador, e a gente tinha esse ponto de vista moral. Mas também porque eu sou da parte das mulheres, os homens já é outra coisa, mas enfim. Via aquilo como uma moralidade mesmo, sem-vergonhice, o que é isso? As meninas não têm ninguém olhando por elas ou uma malformação familiar, culpa da família e etc. [...] (MÉDICO D).

Adolescente e gestante, gestação na adolescência não fez parte da minha família, das minhas amigas, não. Eu estudei, eu tive essa oportunidade [...] (MÉDICO B).

[...] tudo é baseado na parte cultural nossa, quer dizer, eu tenho certeza absoluta de que, quando eu entrei na faculdade, toda a bagagem que eu trazia era uma bagagem muito viciada, era uma bagagem cultural da minha mãe, da minha avó, os conceitos que essas pessoas me transmitiam em relação a sexo, em relação a casamento, em relação à virgindade.

[...] eu não sei se casar virgem, naquela época eu não achava isso mais, apesar de a minha mãe achar, mas eu não achava, mas eu achava que ela deveria esperar para engravidar, casar primeiro. Eu acho que eu me preocuparia mais com isso,

naquela época eu ficava muito preocupada em dar anticoncepção [...] (MÉDICO C).

- b. Influências das representações da academia e formação do modelo médico emergem adiante com elementos de segregação, determinismo social, reducionismo e desresponsabilização:

[...] da faculdade, sei lá, assim, acho que ainda firma mais esse meu conceito socioeconômico de gestante, porque, assim, todos que fazem medicina obviamente têm uma condição melhor. Então, na faculdade, durante os seis anos que eu estive lá, não vi ninguém da minha sala, ninguém de outras salas engravidar, porque realmente são pessoas mais instruídas. O que a faculdade me passou sobre a gestação na adolescência, eu acredito que não muito na questão psicológica, talvez na parte técnica mesmo (MÉDICO G).

[...] “educação na faculdade foi que é um absurdo engravidar adolescente, que é totalmente errado, e às vezes tinham até preceptores, assim, que tratavam mal” [...] (MÉDICO F).

“Na faculdade já foi melhorando, porque aí a gente começa a separar, você tem que separar as meninas entre a classe econômica, aí você tem aquela adolescente grávida de uma classe econômica maior, uma classe econômica menor” (MÉDICO D).

“P – O que foi trazido para você no ensino da faculdade?

R – Nada. Não se toca nesse assunto” (MÉDICO E).

- c. Influências das representações do médico como agente regulador social:

“É uma vida que está ali, que não pediu para vir, se ela queria aquilo, ela tem que ter o mínimo de noção de o que é ter uma criança e levar uma gestação para frente com todos os cuidados” (MÉDICO F).

[...] “experiência negativa é quando a paciente acaba... você vê que, por mais que você insista, você não consegue mudar a opinião daquela pessoa, e ela acaba interrompendo a gestação” [...] (MÉDICO A).

Não encontramos a imparcialidade médica nos discursos sobre as temáticas levantadas na discussão, como sugere Rifkin (1986): *“os profissionais médicos não podem ditar nem controlar o envolvimento das pessoas, mas apenas servir como recursos para suas escolhas”.*

Portanto, pode-se inferir, por meio das análises dos discursos e discussão teórica argumentativa dos achados, que, cotidianamente, o médico exerce suas “funções” com plenitude, produz seu “imperativo moral” - logicamente sobre aquilo que ele concebe para tal moral - e busca a “arte médica” também sob a lógica segundo a qual foi formado para essa função e, assim, defronta-se com outras subjetividades e percepções de mundo. Porém, as fundamentações do seu “ser médico” prejudicam a reflexão sobre as dimensões sociais e humanas e, dessa forma, a impossibilidade de gestão de subjetividades gera o “apagamento” da imagem da pessoa.

E, finalmente, propõe-se, para melhor elucidar o fenômeno da invisibilidade do sujeito na assistência à adolescente grávida, inferir que o foco do olhar sofre deslocamento da pessoa-sujeito para o fenômeno de vida complexo. Ocorre a redução do sujeito ao seu estado de saúde ou fenômeno complexo vivenciado. Cotejando com os escritos por Reis (1998), temos que, no processo de construção do cognitivo do conhecimento na lógica médica, simbolicamente, é assumido como eixo estruturante dessa construção a metonimização, figura de linguagem em que se assume a parte, isto é, a gravidez na adolescência, no lugar do todo, o adolescente-sujeito, como ilustrado na figura 4:

Figura 4: Ideia esquemática das dimensões que o olhar médico não reconheceria. As dimensões mostram as relações de grandezas entre o adolescente-sujeito, como o todo, e uma pequena parte da figura, a gravidez na adolescência.

Consolidando as discussões finais do estudo, cabe, como pesquisador, apontar que os profissionais entrevistados, trouxeram em seus discursos pequenos esforços em visualizar o sujeito-adolescente. Porém esses resultados surgiram de forma pontual e escassa desconstruídos pelo próprio discurso como se demonstrou na discussão desse trabalho.

Mas é fundamental compartilhar que tão relevante quanto a comprovação da hipótese inicial sobre a invisibilização do sujeito-paciente na prática médica são os elucidados das manifestações de conflitos pessoais e incoerências, que as raras tentativas de “visibilização” ou as constantes “invisibilizações”, severamente buscadas aqui, causam ao profissional e a própria sociedade.

Os eventos possivelmente se relacionam com o que Rabbani (2003) escreve sobre a relação de reconhecimento do outro, segundo o qual todos nós precisamos ser reconhecidos para nos conhecer. A autorrealização é um processo que depende de como os outros nos reconhecem, e nunca de um

processo solitário. A reapropriação dos símbolos sociais se dá sempre com o outro. Sendo assim, as pessoas, os médicos e os pacientes, obviamente, são distintas umas das outras e representam diferentes subjetividades; entretanto, independentemente dos símbolos acumulados durante a vida, todos necessitam ser reconhecidos por outros sujeitos para se caracterizar como sujeito.

O médico não reconhece o sujeito-paciente, e o torna invisível. Consequentemente, gera o não reconhecimento e a invisibilização do próprio profissional médico em seus atos e, ciclicamente, os processos de invisibilização do reconhecimento do outro; resgatando a discussão, sendo o médico formado para ser aquilo que demonstra ser pela sociedade, este médico, ao mesmo tempo, é fruto de invisibilidade da formação profissional da sociedade. Formação essa que o torna invisível e não lhe atribui a autonomia para o desenvolvimento da produção da arte médica, tornando-o, assim, incapaz de oferecer à sociedade a melhor ciência médica, baseada tanto nas melhores evidências científicas, como nas pessoas, merecedoras dos melhores cuidados.

7 CONCLUSÃO

A partir da análise de conteúdo das entrevistas com os profissionais de saúde médicos, desvelou-se que a invisibilidade do sujeito paciente na questão da gravidez na adolescência é resultado da produção médica no cuidado ao paciente, como modo de atuação desse agente social. O profissional de saúde expressou ser aquele que foi formado para ser, pela sociedade e por meio da academia, em seus valores e representações.

A produção da ciência médica fundamentada na percepção de mundo para o profissional de saúde, na prática da assistência aos adolescentes com experiência de gravidez, caracterizaram-se como especificidades dos olhares que os tornou invisíveis no cuidado, pois conflitam como o mundo do adolescente e da experiência da gravidez.

Infere-se que a percepção de mundo para o profissional de saúde é constituída, sobretudo, pelas estruturas de conhecimento baseadas no modelo social de estrutura familiar tradicional e no modelo biomédico.

A ciência médica, voltada ao modelo biomédico e organicista, foi baseada numa tradição positivista, no método antidualético e antidualógico da construção do conhecimento e das relações interpessoais, que torna a arte médica um lugar de pouca reflexão estrutural e privilegia o saber instituído em detrimento de novas possibilidades do cuidado médico. Nesse cenário, outros saberes e novas produções sociais que envolvem as dimensões humanas têm difícil inserção.

Ademais, as percepções bem arraigadas ao modelo social de estrutura familiar tradicional certificam ao médico, pela sociedade, o papel de agente regulador da “normalidade social”, e esse agrega a suas produções a responsabilidade “em manter a ordem” – apresentada nos discurso como julgamento e penalização do adolescente em situação de gravidez, infrator das regras de normalidade social tradicional e, nessa perspectiva, potencializando a anulação desse sujeito e tornando-o invisível no cuidado.

REFERENCIAS

ACIOLE, G. G. O lugar, a teoria e a prática profissional do médico: elementos para uma abordagem crítica da relação médico-paciente no consultório.

Interface - Comunic., Saúde, Educ., v. 8, n.14, p. 95-112, set. 2003 – fev. 2004.

AVARENGA, L.M.C.A. **A prática médica no programa de saúde da família e sua contribuição para mudança no modelo técnico assistencial em saúde**: limites e possibilidades. 2005. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

ABERASTURY, A.; KNOBEL. M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico**. Trad. S. M. G. Ballve. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.

BAKHTIN, M. **Os gêneros do discurso**. In: BAKHTIN, M. Estética da criação verbal. São Paulo: Martins Fontes, 2003. p.261-306.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4ª Ed. Lisboa : Edições 70, 2009

BARRETO, A.P. **Terapia Comunitária passo a passo**. Fortaleza, CE: Gráfica LCR, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1990.

CASTIEL , Luis David . **Moléculas , moléstias , metáforas**: O senso dos humores. São Paulo: Unimarco , 1996

CHAUÍ, M. **Convite à Filosofia**. São Paulo: Ed. Ática, 2000. p. 59.

CHAUÍ, M. Merleau-Ponty: a obra fecunda. **Revista Cult**, Ed.123, 2008. Disponível em: <<http://revistacult.uol.com.br/home/2010/03/merleau-ponty-a-obra-fecunda/>>. Acesso em 10 dez. 2013

CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA, **Alerta aos médicos gestores, supervisores e tutores do Programa “Mais Médicos”**. 13 Ago. 2013. Disponível em: <http://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24081:gestores-e-tutores-sao-corresponsaveis-em-denuncias-envolvendo-profissionais-do-mais-medicos&catid=3>. Acesso em: 13 Ago. 2013.

COSTA, A.S.S.M. **A construção do saber da enfermeira na equipe interdisciplinar de serviço de atenção psicossocial**. 2005. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2005.

DADOORIAN, D. Gravidez na adolescência: um novo olhar. **Psicol. cienc. prof.**, v. 23, n.1, p. 84-91, 2003.

DE MARCO, M. A. Do modelo biomédico ao biopsicossocial: um projeto de educação permanente. **Rev. Bras. Edu. Méd.**, v. 30, n.1, p. 60-72, 2006.

DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e Paternidade no Brasil: algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 07, p. 1447 – 1458, 2006.

FERNANDES, J. C. L. Who Cares How Doctors and Patients Relate? **Cad. Saúde Pública.**, Rio de Janeiro, v.9, n.1, p. 21-27, jan/mar, 1993.

FOUCAULT, M. **L'Archéologie du savoir**, Paris, Gallimard, « Bibliothèque des sciences humaines », 1969, p.146.

FOUCAULT, M. **O nascimento da medicina Social**. in: Microfísica do Poder. Organização e tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

FOUCAULT, M. **O Nascimento da Clínica**. 3ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1987.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2000.

FOUCAULT, M. **Vigiar e Punir**. 40ª edição. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012. p. 289.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. New York: Herder & Herder, 1970 - manuscrito em português de 1968. 23 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra. 1994. p 184-218.

FREUD, S. **Três ensaios sobre a teoria da sexualidade**. Rio de Janeiro: Imago, Ed. Standard Brasileira das Obras Completas de Sigmund Freud, 1905.

FREUD, S. **Totem und Tabu**. Leipzig e Viena, Heller, 1913. p.149.

GONTIJO, D. T. et al. Gravidez na adolescência: mapeamento da produção científica publicada em periódicos nacionais entre 2003 e 2008. **Rev. Triang. Ens. pesq. Ext.** Uberaba, MG, v. 2, n.2, p. 81-108, 2009.

HEILBORN, M. L. et al. Aproximações sócio antropológicas sobre a gravidez na adolescência. **Horizontes Antropológicos**, Porto Alegre, ano 8, n. 17, p. 13-45, 2002.

ILLICH I. **A Expropriação da Saúde** - Nemesis da Medicina. 3ª Ed. Editora Nova Fronteira. Anemesis Médicale L'expropriation de la Santé. Segunda Parte latrogênese Social. Cap II. 1975. p. 31-157.

KIEFER, S. Conselho Regional de Medicina fecha porta a médicos cubanos em Minas Gerais *Jornal Estado de Minas*, Minas Gerais, 23 Ago. 2013 Disponível em:

<http://www.em.com.br/app/noticia/gerais/2013/08/23/interna_gerais,438512/conselho-regional-de-medicina-fecha-porta-a-medicos-cubanos-em-minas-gerais.shtml>. Acesso em: 23 Ago. 2013

KONDER, L. **O que é Dialética**. Ed. 28. São Paulo: Brasiliense, 2004. v. 23, p. 88.

LEWIS C. **As Aventuras de Alice no País das Maravilhas** (em Português). [S.l.]: Relógio d'Água, 2009.

LINDENMEYER, C. E.; CECCARELLI, P. R. O pensamento mágico na constituição do psiquismo in Reverso. **Revista do Círculo Psicanalítico de Minas Gerais**, ano XXXII, n. 63, p. 45-52, 2012.

LINELL, P. E. R. **Approaching Dialogue**. Amsterdam: John Benjamins, 1998. p.7.

GIL, A.C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 2002.

GUIMARÃES, M. B. L. **Intuição e arte de curar** : pensamento e ação na clínica médica. 2001. Tese (Doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social – 2001.

LOPES, J. M.C. L. **Abordagem Centrada na Pessoa. Programa de Atualização de Medicina de Família e Comunidade (PROMEF)**, Porto Alegre: Artmed/Panamericana Editora, 2007.

MARCONDES, D. **Filosofia, linguagem e comunicação**. 3ed. São Paulo: Cortez. 2000. p. 134.

MATURANA, H. **Emoções e linguagem na educação e na política**. Belo Horizonte: UFMG, 2002.

MCWHINNEY, I. The importance of being different. **British Journal of General Practice**, v.46, p.443-6. Jul.1996.

MERHY, E. E. Um ensaio sobre o médico e suas valises tecnológicas: contribuições para compreender as reestruturações produtivas do setor saúde. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**. v. 6, p.109-16, 2000.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da Percepção**. 2ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 13. (trad. Phénoménologie de la Perception. Éditions Gallimard, 1945).

MERLEAU-PONTY, M. **O Visível e o Invisível**. 4ed. São Paulo: Ed. Perspectiva, 2009. p. 15,64. (Le Visible et l'invisible, suivi de notes de travail. Paris: Éditions Gallimard, 1964).

- MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 12ed. São Paulo: Hucitec, 2010.
- NOGUEIRA, R. P. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface - Comunic, Saúde, Educ**, v. 7, n. 12, p. 90-185, 2003.
- OSELKA, G.; TROSTER, E.J. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 46, n. 4, p. 306-307, 2000.
- PANTOJA, A. L. N. Ser alguém na vida: uma análise sócio-antropológica da gravidez/maternidade na adolescência, em Belém do Pará, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 19 (Sup. 2), p. 335-343, 2003.
- PENDLETON D.; THEO SCHOFIELD; PETER TATE; PETER HAVELOCK. **A Nova Consulta: Desenvolvendo a Comunicação entre Médico e Paciente** (tradução), Porto Alegre: Editora Artmed., 2011. p. 160.
- PEQUENO, M. O Sujeito dos Direitos Humanos. Ética, Educação e Cidadania. Educação em Direitos Humanos: fundamentos histórico-filosófico. In Curso de Formação de Educadores em Direitos Humanos. João Pessoa: Editora Universitária/UFPB, 2001. Disponível em: http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/edh/redh/01/03_marconi_pequeno_sujeito_dos_dh.pdf Acesso em: 01/02/2014.
- PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**: imitação jogo e sonho, imagem e representação. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- PLATÃO. **O Mito da Caverna: Livro VII da "A República"** (514 a.c.), 6º ed. Ed. Atena, 1956, p. 287-291.
- POVOA, E.C. **Entre a escuta e a ausculta**: Uma crítica à racionalidade médica ocidental, centrada na medicina baseada em evidências. 2002. Tese de mestrado - Escola nacional de saúde Pública, Rio de Janeiro, 2002.
- RABBANI, M. J. **Educação para a paz: desenvolvimento histórico, objetivos e metodologia**. Cultura de Paz, 2003. p. 63
- REIS, A. O. A. Análise metafórico-metonímica do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60 **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.14(Supl. 1), p. 115-123, 1998.
- RGBO. **Maternidade Segura e Planejada**. Editorial. v. 24, n. 8, 2002
- RIFKIN, S. B. e WALT, G. Why health improves: defining the issues concerning "comprehensive primary health care" and "selective primary health care". **Social Science and Medicine**, v.23, p. 559-566, 1986.

SANCHEZ, A.I.M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade ampliar a construção do conceito de Saúde Coletiva?. **Ciencia e Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SCHMIDT, E.; VALLE, D.A.; MARTINS, J.S.C. et al. A iatrogenia como desdobramento da relação médico-paciente. **Rev Bras Clin Med.** São Paulo, v. 9, n. 2, p.146-9, mar-abr, 2011.

SCHRAIBER, LB. **O médico e suas interações: a crise dos vínculos de confiança.** São Paulo: Hucitec, 2008.

SOARES, LE; ATHAYDE,C; BILL, MV. **Cabeça de Porco**, ed. Objetiva, Rio de Janeiro. 2005.

TONETE, V. L. P. A gravidez na adolescência sob a perspectiva dos familiares: compartilhando projetos de vida e cuidado. **Rev Latino-Am. Enfermagem**, v. 14, n. 2, p. 199-206, 2006.

TRIVINOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais:** a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 2009.

VENTURA, M et al. **Direitos sexuais e direitos reprodutivos na perspectiva dos direitos humanos:** síntese para Gestores, legisladores e operadores do direito. ADVOCACI, Rio de Janeiro, 2003.

VICTORA, C.G.; KNAUTH, D.R.; HASSEN, M.N.A. **Pesquisa qualitativa em saúde:** uma introdução ao tema. Porto Alegre: Tomo Editorial, 2000

WYNNE, N.; BRAND, S.; SMITH, R. Incomplete holism in pre-registration nurse education: the position of the biological sciences. **J. Advanc. Nurs.**, v. 26, n.1, p.470-4, 1997.

YALOM, I.D. **Os desafios da terapia.** Rio de Janeiro: Ediouro; 2006.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

I –Dados de Identificação.

Nome do(a) entrevistado(a): _____

Documento de Identidade: _____

CPF: _____

Estado Civil: _____

Formação em: _____ Ano: _____

Tempo de exercício profissional no serviço de saúde: _____

Data e Local de Nascimento: _____ / ____ / ____

Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____

CEP: _____ - _____ Telefone (): _____

II –Dados da Pesquisa.

1. Título do Protocolo de Pesquisa: “Gravidez na adolescência e (in)visibilidade do sujeito na diversidade de olhares”
2. Pesquisador: Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior
3. Documento de Identidade nº25.125.772-1
4. Formação: Médico de Família e Comunidade
5. Cargo: Doutorando – Programa de Pos Graduação da Faculdade de Saúde Publica da Universidade de São Paulo
6. Instituição onde se realizará a pesquisa: Rede de saúde pública de município da Grande São Paulo – São Bernardo do Campo.
7. Avaliação do Risco da Pesquisa: baixo risco
8. Duração da Pesquisa: 1 (um) ano

III – Registro das explicações do Pesquisador ao entrevistado sobre a pesquisa consignando as seguintes informações:

Prezado(a) :

O Sr.(a) está sendo convidado para participar de um estudo intitulado “ Gravidez na adolescência e (in)visibilidade do sujeito na diversidade de olhares.”

O objetivo desta pesquisa é apresentar, avaliar e refletir sobre a relevância da gravidez na adolescência sob a perspectiva dos profissionais de saúde. Esta entrevista demora aproximadamente 50 (cinquenta) minutos e, se necessário, poderemos agendar outro encontro. A entrevista poderá ser gravada, se o (a) senhor(a) consentir, e o uso desta gravação será apenas para fins de transcrição. A entrevista será transcrita a partir da gravação e o material produzido ficará arquivado pelo tempo determinado pelas regras dessa instituição e poderá ser consultado, a qualquer momento, pelo entrevistado, caso solicite. O material gravado será destruído assim que finalizada a transcrição.

Sua participação neste estudo é voluntária e praticamente não envolverá riscos e não haverá despesas de sua parte. Caso se recuse a participar, este fato não afetará ou prejudicará o seu exercício profissional.

Caso o (a) Sr.(a) participar desta pesquisa, terá a liberdade para retirar seu consentimento, a qualquer momento, abandonando a pesquisa sem qualquer prejuízo pessoal ou profissional.

Todas as informações relativas à sua identidade serão confidenciais e sigilosas. Desse modo, os dados que aparecerão na pesquisa não indicarão seu nome, endereço ou qualquer outra informação pessoal.

Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos. Os resultados da pesquisa serão divulgados em congressos, mostras, teses e revistas científicas.

É importante salientar que não haverá remuneração por sua participação.

Se o(a) senhor(a) desejar, poderá receber informações desse estudo a qualquer tempo, inclusive sobre informações que julgar necessárias.

As análises da sua participação serão realizadas pelos autores deste projeto de pesquisa, vinculados à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo: Dr. Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior (telefone: 11-3061-7128) e a Profa. Dra. Ana Cristina d’Andretta Tanaka (telefone: 11-3061-7128).

Qualquer dúvida poderá ser esclarecida pessoalmente ou através de telefones dos pesquisadores e do Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública sediada a Av. Dr. Arnaldo, 715 - telefone 3061-7742.

Se o(a) senhor(a) concordar em participar, por favor, assine este termo de consentimento e receberá uma cópia do mesmo.

Eu, _____ declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que foi explicado, consinto voluntariamente em participar do presente protocolo de pesquisa.

Local e data.

Assinatura do(a) entrevistado(a)

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B - Roteiro da Entrevista

1. No seu entender, que motivos levam a adolescente a engravidar?
2. Antes de trabalhar com pré-natal de adolescente, qual era seu conceito sobre gravidez na adolescência? Pessoalmente o que representa, significa a gravidez na adolescência? (buscar contradições entre o profissional e o pessoal).
3. Já teve essa experiência pessoalmente, na família, com amigos próximos...?
4. Esse conceito mudou ao iniciar um trabalho com gestantes adolescentes? Em que aspectos?
5. Como você atende uma adolescente grávida?
6. Quando a adolescente deseja engravidar... como vc age?
7. Abortamento. (Qual sua opinião sobre o assunto? Como você lida com esta questão se a família da adolescente sugere tal procedimento? E se partir da adolescente?
8. Quando a adolescente manifesta desejo de abortar... como vc age?
9. Explique seus motivos para estar trabalhando neste serviço?
10. Como você define seu papel no serviço? E o da equipe?
11. O que você acha importante se abordar com a adolescente grávida?
12. No seu entender, qual o papel das políticas públicas na questão da gravidez na adolescência?
13. Você gosta de trabalhar nesse serviço?

ANEXO A - Declaração de Anuência e Termo de Compromisso

PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO BERNARDO DO CAMPO
Secretaria de Saúde

Divisão de Unidades Básicas de Saúde.

Rua Joaquim Nabuco, 380 – Centro – São Bernardo do Campo – CEP 09720-375 – Tel 4128.7725.

DECLARAÇÃO DE ANUÊNCIA e TERMO DE COMPROMISSO

Eu, JORGE HARADA, declaro, que autorizo o pesquisador HUGO MACEDO FERRAZ E SOUZA JUNIOR, convidar os profissionais de saúde que trabalham na SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO BERNARDO DO CAMPO, a participar da pesquisa intitulada: GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E (IN)VISIBILIDADE DO SUJEITO NA DIVERSIDADE DE OLHARES.

Estou ciente que a pesquisa se desenvolverá de acordo dos requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde 196/96 e suas complementares. Informo outrossim que a pesquisa só poderá ter início após a aprovação pelo comitê de ética em pesquisa da FACULDADE DE SAÚDE PÚBLICA DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO.

São Bernardo do Campo, 30 de março de 2011.

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Diretor do Departamento de
Apoio e Gestão do SUS
Secretaria de Saúde

JORGE HARADA
Diretor do Departamento de
Apoio e Gestão do SUS
Secretaria de Saúde

ANEXO B – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa **COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – COEP**

Faculdade de Saúde Pública
Universidade de São Paulo

OF.COEP/184/11

31 de maio de 2011.

Prezado pesquisador e orientadora,

O Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, em sua 4.ª/11 Sessão Ordinária, realizada em 13/5/2011, analisou, de acordo com a Resolução n.º 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, o protocolo de pesquisa n.º 2255, intitulado "GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E (IN)VISIBILIDADE DO SUJEITO NA DIVERSIDADE DE OLHARES", do grupo III, sob responsabilidade do pesquisador **Hugo Macedo Ferraz e Souza Jr.** e orientação da Professora **Ana Cristina d'Andretta Tanaka**, considerando-o **APROVADO**.

Cabe lembrar que, de acordo com a Res. CNS 196/96, são deveres do(a) pesquisador(a): 1) Comunicar de imediato qualquer alteração no projeto e aguardar manifestação deste Comitê de Ética em Pesquisa para dar continuidade à pesquisa; 2) Manter sob sua guarda e em local seguro, pelo prazo de 5 (cinco) anos, os dados da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo COEP, no caso eventual auditoria; 3) Comunicar formalmente a este Comitê quando houver o encerramento da pesquisa; 4) Elaborar e apresentar relatórios parciais e final; 5) Justificar perante o COEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

Atenciosamente,

Prof.ª Dr.ª Maria Cecília Loschiavo dos Santos
Vice-Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FSP/USP

Ilm.ª Sr.ª

Prof.ª Tit. **Ana Cristina d'Andretta Tanaka**
Departamento de Saúde Materno-Infantil
Faculdade de Saúde Pública da USP

ANEXO C – Currículo Lattes Autor (folha de rosto)

02/12/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior)

Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/2241679609757418>
Última atualização do currículo em 20/05/2012

Graduado em Medicina pela Faculdade de Medicina do ABC (2001). Mestrado em Ciências da Saúde pela Faculdade de Medicina do ABC (2009). Doutorando da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Casa de Saúde Santa Marcelina - Ministério da Saúde (2002-2004). Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade - Casa de Saúde Santa Marcelina (2003 -2005). R3 Estágio em Saúde Mental na Atenção Primária a Saúde (2004-2005). International Fellowship in Family Health - University of Toronto, U. T., Canadá (2003). International Fellowship in Family Medicine - University of Toronto, U. T., Canadá (2003-2004). Coordenador do Programa de Residência Médica e Professor Colaborador da Disciplina de Saúde Coletiva da Faculdade de Medicina do ABC desde 2006. Preceptor do Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família - Casa de Saúde Santa Marcelina (2005-2006). Médico Assistencial - Prefeitura Municipal de São Paulo (2004-2006). Médico de Família e Comunidade - Casa de Saúde Santa Marcelina (2005-2006). Consultor e Apoiador Técnico no desenvolvimento de projetos em treinamento e capacitação de Recursos Humanos para a Secretaria de Saúde de Diadema - UNIFESP e Ministério da Saúde (2007-2008). Consultor e Assessor Técnico no desenvolvimento e gerenciamento de projetos em Saúde Pública para cidades dos Estados de São Paulo, Paraíba, Pernambuco e Minas Gerais - IBDPH (2006-2009). Médico de Família da Fundação ABC desenvolvendo atividades assistenciais e de assessoria técnica na Coordenação de Atenção Básica junto a Secretaria de Saúde do município de São Bernardo do Campo desde 2008. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior
Nome em citações bibliográficas	MACEDO JR, H; Macedo Jr, Hugo; Macedo, Hugo; Junior HM; Macedo H Jr; Macedo Junior, Hugo

Endereço

Endereço Profissional	Faculdade de Medicina do ABC, Programa de Residência Médica em Medicina de Família e Comunidade. Av. Príncipe de Gales, 821 - Prédio Administrativo - 2º. andar - Disciplina de Saúde Coletiva Príncipe de Gales 09060-870 - Santo André, SP - Brasil Telefone: (11) 49935443 Ramal: 443 Fax: (11) 49935427 URL da Homepage: WWW.FMABC.BR ou WWW.CESCO.COM.BR
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

2010	Doutorado em andamento em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
-------------	--

02/12/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Hugo Macedo Ferraz e Souza Júnior)

2008 - 2010	<p>Título: Gravidez na adolescência e (in)visibilidade do sujeito na diversidade de olhares, Orientador: Ana Cristina D´Andretta Tanaka. Mestrado em Ciências da Saúde. Faculdade de Medicina do ABC. Título: Estudo das Variáveis Maternas, do Parto e do Recém-Nascido de Acordo com as faixas etárias das Maes., Ano de Obtenção: 2010. Orientador: Luiz Carlos de Abreu.</p>
2004 - 2005	<p>Especialização - Residência médica. Casa de Saúde Santa Marcelina, CSSM, Brasil. Residência médica em: Medicina de Família e Comunidade com ênfase em Saúde Mental na Atenção Primária à Saúde (R3) Número do registro: . Palavras-chave: Saúde Mental; Atencao Primária a Saúde. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Medicina de Família e Comunidade. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Psiquiatria. Setores de atividade: Atividades de atenção à saúde humana.</p>
2003 - 2005	<p>Especialização - Residência médica. Casa de Saúde Santa Marcelina, CSSM, Brasil. Residência médica em: Medicina de Família e Comunidade Número do registro: 68.206-1 CNRM/MEC. Bolsista do(a): Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo.</p>
2003	<p>Especialização em andamento em Economia da Saúde. (Carga Horária: 400h). Faculdade de Saúde Pública. Título: Financiamento na Atenção Primária à Saúde. Orientador: Áquilas Mendes.</p>
2003 - 2004	<p>Especialização em International Fellowship in Family Medicine. (Carga Horária: 360h). University of Toronto, U.TORONTO, Canadá. Título: The current model of Primary Health Care delivery in Brazil.. Orientador: Yves Talbot.</p>
2002 - 2004	<p>Especialização em Residência Multiprofissional em Saúde da Família. (Carga Horária: 2520h). Casa de Saúde Santa Marcelina, CSSM, Brasil. Título: Manejo da Obesidade na Atenção Primária à Saúde. Orientador: Aldo Ciancio. Bolsista do(a): Ministério da Saúde.</p>
2003 - 2003	<p>Especialização em International Fellowship in Family Health. (Carga Horária: 360h). University of Toronto, U.TORONTO, Canadá. Título: El Programa Salud Familiar. Orientador: Yves Talbot.</p>
1996 - 2001	<p>Graduação em Medicina. Faculdade de Medicina do ABC.</p>

Formação Complementar

2009 - 2009	<p>Escrita Científica. (Carga horária: 80h). Faculdade de Medicina do ABC.</p>
2006 - 2007	<p>Extensão universitária em Terapia Comunitaria Integrativa. (Carga horária: 360h). Movimento Integrado de Saude Mental Comunitaria - Ceara.</p>
2006 - 2006	<p>Extensão universitária em Cuidando do Cuidador. (Carga horária: 80h). Movimento Integrado de Saude Mental Comunitaria - Ceara.</p>
2004 - 2004	<p>Education in Family Medicine. (Carga horária: 100h). University of Toronto, U.TORONTO, Canadá.</p>
2004 - 2004	<p>Estágio Medicina de Família. (Carga horária: 200h). Hospital Santa Marcelina - Itaim Paulista O.S.S..</p>
2004 - 2004	<p>Best of Family Practice. (Carga horária: 100h). University of Toronto, U.TORONTO, Canadá.</p>

ANEXO D – Currículo Lattes Orientadora (folha de rosto)

02/12/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Ana Cristina d'Andretta Tanaka)

Ana Cristina d'Andretta Tanaka

Endereço para acessar este CV: <http://lattes.cnpq.br/0164280031047299>
Última atualização do currículo em 04/11/2013

possui graduação em Curso de Complementação de Enfermagem Para Obstetr pela Universidade de São Paulo (1973), graduação em Curso de Obstetrícia pela Universidade de São Paulo (1970), mestrado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1980), doutorado em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo (1987) e Livre-Docência em Saúde da Mulher pela Universidade de São Paulo (1994). Foi aprovada no concurso de Professor Titular pela Universidade de São Paulo, em 2003. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Mortalidade Materna, atuando principalmente nos seguintes temas: mortalidade materna, risco gravídico, saúde da mulher, saúde materna, saúde pública e informação em saúde. **(Texto informado pelo autor)**

Identificação

Nome	Ana Cristina d'Andretta Tanaka
Nome em citações bibliográficas	TANAKA, A. C. d'A.; Tanaka, Ana Cristina d'Andretta; Tanaka, Ana Cristina d'A.; d'Andretta Tanaka, Ana Cristina; D' ANDRETTA TANAKA, ANA CRISTINA

Endereço

Endereço Profissional	Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, Departamento de Saúde Materno-Infantil. AV. DR. ARNALDO - 715 2º andar Departamento de Saúde Materno-Infantil CERQUEIRA CESAR 01246904 - Sao Paulo, SP - Brasil Telefone: (11) 30667703 Fax: (11) 30850240
------------------------------	--

Formação acadêmica/titulação

1994	Livre-docência. Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Maternidade: O dilema entre nascimento e morte, Ano de obtenção: 1994. Palavras-chave: Mortalidade Materna; Saúde Materna; Assistência à gestação parto e puerpério; Saúde da mulher; Peregrinação. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública / Especialidade: Saúde Materna. Grande Área: Ciências da Saúde / Área: Medicina / Subárea: Saúde Materno-Infantil / Especialidade: Obstetrícia. Setores de atividade: Saúde Humana.
1981 - 1987	Doutorado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: SAÚDE MATERNA E SAÚDE PERINATAL: RELAÇÕES ENTRE VARIÁVEIS ORGÂNICAS, SÓCIO-ECONÔMICAS E INSTITUCIONAIS, Ano de obtenção: 1987. Orientador: ARNALDO AUGUSTO FRANCO DE SIQUEIRA. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Risco Gravídico; Saude Materna; Saude Perinatal. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Saúde Humana.

02/12/13

Currículo do Sistema de Currículos Lattes (Ana Cristina d'Andretta Tanaka)

1978 - 1980	Mestrado em Saúde Pública (Conceito CAPES 5). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: OBESIDADE E GRAVIDEZ, Ano de Obtenção: 1980. Orientador: PEDRO AUGUSTO MARCONDES DE ALMEIDA. Bolsista do(a): Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico, CNPq, Brasil. Palavras-chave: Risco Gravidico; Saude Materna; Obesidade. Grande área: Ciências da Saúde / Área: Saúde Coletiva / Subárea: Saúde Pública. Setores de atividade: Saúde Humana.
2002 - 2003	Especialização em Gerência de Unidades Básicas de Saúde do SUS/SMS-S. (Carga Horária: 460h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil. Título: Regorganiza~Jao de Serviços de Saúde. Orientador: Cláudio Gastão Junqueira de Castro.
1976 - 1976	Especialização em Saúde Pública. (Carga Horária: 1210h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1975 - 1975	Especialização em Administração de Programas de Saúde Materno Infant. (Carga Horária: 240h). Fundação Oswaldo Cruz, FIOCRUZ, Brasil.
1972 - 1972	Especialização em Curso de Administração Hospitalar. (Carga Horária: 1200h). Instituto Superior de Administração Hospitalar.
1973 - 1973	Graduação em Curso de Complementação de Enfermagem Para Obstetr. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
1968 - 1970	Graduação em Curso de Obstetrícia. Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Formação Complementar

2008 - 2008	Comprehensive Systematic Review Training Programme. (Carga horária: 40h). Joanna Briggs Institute.
2007 - 2007	Extensão universitária em Auto-avaliação Continuada da Gestão Pública. (Carga horária: 24h). Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão.
2006 - 2006	Extensão universitária em Epi Info 2000. (Carga horária: 20h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.
2006 - 2006	Competencia Interpessoal para trabalhar em Equipe. (Carga horária: 8h). InterAgir.
2002 - 2002	Análise de Regressão Múltipla. (Carga horária: 40h). Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Atuação Profissional

Universidade de São Paulo, USP, Brasil.

Vínculo institucional

1977 - Atual Vínculo: Servidor Público, Enquadramento Funcional: Professor Titular, Carga horária: 40, Regime: Dedicação exclusiva.

Outras informações

Trabalhou como docente voluntário de dezembro de 1973 a abril de 1977 no Departamento de Saúde Materno-Infantil da FSP-USP. De Abril de 2002 a Agosto de 2010 exerceu, além da função de docente, a de Diretor do Centro de Saúde Escola Geraldo de Paula Souza da Faculdade de Saúde Pública da USP

Vínculo institucional

1973 - 1977 Vínculo: Colaborador, Enquadramento Funcional: voluntário, Carga horária: 40

Atividades

08/2010 - Atual Ensino, Curso de Nutrição, Nível: Graduação
Disciplinas ministradas