

## Gestação na adolescência e transtorno depressivo: desafios à atenção básica, às redes de cuidado e à educação na saúde\*

Pregnancy and depressive disorder in adolescence: challenges to basic care, care networks and health education

### Maurício Moraes

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

E-mail: [mumana74@gmail.com](mailto:mumana74@gmail.com)

### Ricardo Burg Ceccim

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

E-mail: [burgceccim@gmail.com](mailto:burgceccim@gmail.com)

### Resumo

O artigo é resultado de uma pesquisa realizada com 136 puérperas captadas de uma coorte de 540 gestantes adolescentes inscritas na rede básica de saúde. Essas adolescentes foram classificadas quanto à presença ou não de transtorno de depressão. Um questionário composto de perguntas abertas foi aplicado em entrevista, tendo sido categorizadas vinte variáveis que diziam respeito à vida adolescente e ao contato com os serviços de saúde. Pela prevalência de 18,4% do diagnóstico de depressão, estabeleceu-se, como paralelo, significados para o cuidado em saúde de puérperas que possuíam diagnóstico de depressão maior na gestação e puérperas que não tinham este diagnóstico. Foram detectados fatores, tanto de cobrança pessoal, como de pressão social, uma vez que as jovens se identificaram antes da gravidez como “irresponsáveis” ou “imaturas” e relataram, após a gravidez, o “amadurecimento pessoal”, como identidade. Do ponto de vista pessoal, as adolescentes com depressão na gestação se perceberam “mais responsáveis” após o nascimento dos filhos, enquanto as demais se perceberam “mais felizes”. A participação solidária da mãe ou do pai das adolescentes, assim como do namorado e da sogra foi proporcionalmente maior quando comparada com aquelas que não apresentaram depressão, o que diz de as adolescentes com depressão terem contado com proteção e cuidados especiais, atenuando, por conseguinte, sua eventual exposição ao maior risco psicossocial.

**Palavras-chave:** Gravidez na adolescência;

\* Fontes de financiamento: o financiamento foi feito por meio de bolsas de pesquisa brasileiras (Ministério da Saúde / UFRGS - FAURGS). Os financiadores não tiveram mais papel no desenho do estudo, na coleta, análise e interpretação de dados, na redação do relatório e na decisão de submeter o trabalho para publicação, uma vez que a investigação científica se insere em projetos maiores de pesquisa e ensino dos professores (autor supervisor bolsista Produtividade CNPq). Ética em pesquisa: Protocolo 2007.95 – Comitê de Ética em Pesquisa, UCPel. A Revista Saúde em Redes foi escolhida para a publicação do manuscrito como forma de seguimento aos artigos publicados no último número de 2016 e último número de 2017. O presente manuscrito compõe o terceiro e último artigo da mesma série, extraídos de um projeto e tese de doutorado em Saúde da Mulher, Criança e Adolescente, antecédidos por projeto e dissertação de mestrado em Educação/Educação em Saúde.

Transtorno depressivo; Saúde da mulher; Saúde do adolescente; Educação na saúde.

### Abstract

This article results of a study carried out with 136 puerperae from a cohort of 540 pregnant adolescent enrolled in the primary care. For this article the question about depression disorder presence was brought. A questionnaire of open-ended questions was applied in interview, of which twenty variables that related to adolescent life and contact with health services were categorized. For the prevalence of 18.4% on depression diagnosis, it was stated, as a parallel, the meanings of puerperal health care for women who had a depression diagnosis during pregnancy and puerperae who did not have such diagnosis. Were detected factors

related with personal charging and social pressure, whereupon girls identify themselves before pregnancy as irresponsible or immature and report a personal maturation, as an afterbirth identity. On their personal point of view, adolescents with depression in the gestation become aware of themselves as more responsible after the birth of the children, whereas the otherones describe themselves as happier; the solidary participation of the adolescents' mother or father, as well as of the boyfriend and mother-in-law is proportionally greater for those who did not suffer depression, what shows that the adolescents were not unprotected.

**Keywords:** Pregnancy in adolescence; Depressive Disorder; Women's health; Adolescent health; Health education.

### Introdução

O presente artigo é o terceiro de uma série acolhida por Saúde em Redes sob 3 documentos originais em 2016, 2017 e 2018.<sup>1,2</sup> Os dados mundiais sobre gestação e parto indicam que em torno de 15% dos partos são realizados em mulheres com idade inferior aos 19 anos. A cada ano, por exemplo, engravidam aproximadamente 16 milhões de adolescentes entre 15 e 19 anos de idade e 2 milhões de adolescentes menores de 15 anos de idade.<sup>3</sup> Considerando a realidade brasileira, apesar de uma redução no número de gestações entre adolescentes nos últimos anos, dados oficiais indicam que o Brasil tem 68,4 bebês nascidos de mães adolescentes a cada mil meninas de 15 a 19 anos, índice acima da média latino-americana, estimada em 65,5 nascimentos por mil adolescentes desta faixa etária.<sup>3</sup> Conforme o Fundo de Populações das Nações Unidas

(Informe de Consulta Técnica, 2016), a média mundial é de 46 nascimentos a cada mil adolescentes de 15 a 19 anos, enquanto nos Estados Unidos é de 22,3 nascimentos a cada mil. A taxa de fecundidade em adolescentes na América Latina e Caribe mostra-se bastante alta, sendo a segunda maior do mundo, ressalvadas as iniquidades entre os países e dentro dos mesmos. As adolescentes de famílias mais pobres, de menor escolarização, pertencentes às comunidades indígenas ou afrodescendentes apresentam taxas de gravidez muito mais elevadas.<sup>3</sup>

Se as estatísticas dizem das populações, dos níveis de promoção social da saúde e das políticas públicas em favor da qualidade de vida, os serviços do sistema sanitário devem dizer respeito à atenção dirigida a cada mulher,

a cada adolescente, a cada situação particular de gravidez e maternidade. Tendo em vista a temática da atenção integral, um dos princípios norteadores do Sistema Único de Saúde, e também o contexto da adolescência, esforços devem ser empreendidos na busca de uma abordagem que ultrapasse as dimensões biomédicas ou biológicas do ciclo grávido-puerperal (saúde pública), correspondendo às questões assistenciais que envolvem o cuidado na circunstância da adolescência na gestação e parto (singularização às adolescentes presentes nos serviços). Essa anotação é fundamental à compreensão e debate acerca do presente documento científico e das duas publicações que o precederam.

Assistir no pré-natal às grávidas, ao ciclo grávido-puerperal ou às mulheres com suas vulnerabilidades de gênero e feminilidades seria parte inseparável ou indistinguível da assistência no caso da atenção integral em saúde da mulher. Em uma perspectiva diferenciada sobre a gravidez na adolescência, um estudo qualitativo socioantropológico com 14 famílias do Rio de Janeiro, abordou o tema entre jovens de camadas médias,<sup>4,5</sup> problematizando a experiência à luz do processo de individualização juvenil, fugindo do círculo vicioso que domina o debate público do tema, relativizando o argumento da desinformação e valorizando o papel da vivência da sexualidade, do namoro, de uma presença mais ativa na vida pública ou da presença no mundo jovem, “fora de casa”. Entretanto, deve-se dizer que, atualmente, as

jovens usam mais da rua, da casa e dos relacionamentos afetivos de casal, namoro e sexo do que a uma década atrás.

Em estudos realizados com gestantes foi encontrada a prevalência de depressão na gestação em torno de 13%, mas com apenas 20% de detecção.<sup>6</sup> Estudos no Rio Grande do Sul informam uma prevalência de 13 a 26%.<sup>7,8</sup> A depressão na gestação traz algumas manifestações importantes para a gestante, acarretando em alterações hormonais com possíveis consequências diretas no desenvolvimento da gravidez e do futuro concepto. Sintomas como humor triste, cansaço, perturbações no apetite e no sono, sentimento de culpa, entre outros, podem estar presentes nas gestantes deprimidas. Considerando o contexto da gestação na adolescência e suas peculiaridades, podem ser arrolados efeitos futuros de consequências danosas no desenvolvimento desta fase. Apesar de fatores de risco bem estabelecidos serem apontados na literatura, ainda existe um despreparo dos médicos, enfermeiros e psicólogos não só na identificação destes fatores, como em sua formação para o diagnóstico compreensivo e para a abordagem interdisciplinar dos problemas ou das necessidades correlacionadas.

A faixa etária da adolescência se estende dos 10 aos 19 anos de idade, conforme a Coordenação-Geral de Saúde de Adolescentes e Jovens, do Ministério da Saúde.<sup>9</sup> A Organização das Nações Unidas, por meio do Comitê de Direitos da

Criança, em 2003, publicou recomendação sob o título Saúde e Desenvolvimento dos Adolescentes no Contexto da Convenção dos Direitos da Criança,<sup>10</sup> afirmando que a garantia dos direitos dos adolescentes, nos serviços de saúde, independente até mesmo da anuência de seus responsáveis, vem se revelando elemento indispensável para a melhoria da qualidade da prevenção, assistência e promoção de sua saúde. Acolher as singularizações da gestação na adolescência e a passagem pelas experiências de amadurecimento ou vulnerabilidade e construção da subjetividade, acabam sendo desafios para a busca da integralidade da atenção, especialmente no reconhecimento de possíveis transtornos psíquicos associados. Cabe interrogar-nos sobre nossas sensibilidades de escuta e compreensão relativas às adolescentes que buscam atendimento em serviços de saúde.

A produção do cuidado e da participação na afirmação da vida traz consigo um processo de desenvolvimento de ações de cuidado e tratamento que não estejam implicadas apenas com o diagnóstico de doenças e prescrições terapêuticas, mas com a construção das respostas possíveis às dores, angústias, aflições, aborrecimentos e sofrimentos, problemas que chegam aos serviços de saúde, de forma que não apenas se produza consultas, atendimentos e procedimentos, mas se reconheça o processo de consultar, atender e prestar procedimentos como capaz de produzir, além da terapêutica, conhecimento e sensação

de cuidado, assim como autonomia e desejo de vida em seus usuários.<sup>11,12</sup> É imprescindível que haja aproximação e se obtenha o melhor conhecimento das adolescentes: suas condições de vida, família, escola e trabalho; relações e interpretações sobre sexo, namoro, prazer e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez; padrão de presença em festas, história de tabagismo, uso de álcool e drogas; religiosidade e aspectos morais envolvendo a vida associativa, corporeidade e hábitos; concepções que têm acerca da sua saúde, fatores que a beneficiam ou prejudicam; concepções de escuta, tratamento, cura e cuidado; seus hábitos e as providências que tomam para resolver seus problemas quando adoecem ou não se sentem bem, assim como o que fazem para acompanhar eventos fisiológicos como gestação, parto e amamentação.

Pode um estudo quantitativo permitir inferências qualitativas? Essa foi a tarefa que empreendemos no interior do levantamento de dados com uma coorte de 540 gestantes adolescentes acompanhadas desde o pré-natal até depois do puerpério, quando levavam seus filhos à puericultura na rede básica de saúde. Com uma amostra por significância prática de pouco mais de 25% desse grupo (por exceder o padrão de comparação escolhido em 25%), buscou-se identificar variáveis pré e pós-parto, pensando sob três aspectos: 1) integralidade da atenção; 2) resignificação da atenção e educação médica; e 3) vida adolescente.

## Objetivo

Compreender o histórico assistencial e identificar demandas de adolescentes grávidas em contato com o sistema público de saúde (cuidado pré-natal, assistência ao parto e atenção ao puerpério), segundo o marcador do transtorno de depressão em um grupo de puérperas de uma coorte, enunciando possibilidades para a qualificação da assistência em saúde da mulher durante a gravidez na adolescência e para a mudança na educação médica/educação de profissionais de saúde, tendo em vista a atuação na atenção básica e redes de cuidado.

## Metodologia

De uma coorte de 540 gestantes, caracterizada nos estudos do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento, Universidade Católica de Pelotas,<sup>7,8</sup> foram selecionadas aleatoriamente 136 puérperas entre 24 e 30 meses após o parto (25% da coorte acompanhada), as quais responderam a questionários com perguntas abertas (roteiros semiestruturados) definidos em dois conjuntos à análise (variáveis pré-parto e variáveis pós-parto), remetidos às categorias de assistência/educação médica e vida adolescente. Para transformar os dados em conteúdos, estabeleceu-se um contraditório entre dois perfis de experiência subjetiva, considerando a prevalência de 18,4% de depressão maior encontrada na coorte: aquelas que tinham o diagnóstico e aquelas que não

tinham o diagnóstico de depressão por ocasião da gestação.

Os entrevistadores, todos estudantes de medicina, foram treinados previamente no sentido de não interferirem durante a entrevista, permitindo que as entrevistadas emitissem suas respostas sem nenhum tipo de filtro (formato “pergunta programada – resposta livre”). Os dados coletados foram analisados no programa NVivo 9, onde foram selecionadas as categorias e organizadas as identidades temáticas. Os dois roteiros semiestruturados (Quadros 1 e 2), cada um com 10 perguntas orientadoras, atendiam ao paradigma da saúde e comportamento, dirigidos à obtenção de dados, sob a forma de entrevista (contato direto), junto a mães adolescentes, vinculadas a rede básica de saúde do sistema público municipal de Pelotas/RS. Os dois roteiros semiestruturados foram compostos, tendo sido categorizadas vinte variáveis que diziam respeito à vida adolescente e ao contato com os serviços de saúde: acompanhamento do filho em serviços de saúde; apoios ou críticas por ter engravidado; definição do atendimento prestado no pré-natal/parto; palavras que a definem antes da gestação; palavras que a definem pós-gestação; dificuldades na criação dos filhos; como tem feito para cuidar o filho; melhor intervalo para gestações; melhor idade para engravidar; o que mudou na vida com a gestação; quem participa do cuidado do filho; percepção sobre o pré-natal; planejamento da gestação;

novas gestações; planos de vida anteriores a gestação; pontos positivos e negativos de ter engravidado; como avalia a qualidade do cuidado recebido pelo filho; reações de

familiares e amigos quando engravidou; relacionamento familiar mudou com a gestação; relacionamento com o pai da criança mudou com a gestação.

### **Roteiros Semiestruturados**

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

Quadro 1. Fonte: Projeto de pesquisa original.

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

Quadro 2. Fonte: Projeto de pesquisa original.

## Dados e resultados

Para o estudo, foram organizados os dados de identificação da amostra (Quadro 3) e dois agregados de informes: caracterização do pré-parto (Quadro 4) e caracterização do pós-parto (Quadro 5). A intenção foi caracterizar o processo

da gestação, o antes e o depois, segundo as experiências individuais. Na apresentação dos resultados são apontadas as manifestações dos dois grupos distintos, previamente citados, e que se referem à estrutura de personalidade e às demandas relativas à singularidade (aspectos da saúde mental e da proteção psicossocial).

## Caracterização da amostra

Idade na entrevista (puerpério)*	N (136)	%
• 16 a 18 anos de idade	36	26,5
• 19 a 21 anos de idade	100	73,5
Escolaridade na entrevista (puerpério)	N (136)	%
• Sem escolaridade/ fundamental incompleto	23	16,9
• Fundamental completo/ médio incompleto	59	43,4
• Médio completo/ superior incompleto	54	39,7
Percepção da cor da pele	N (136)	%
• Branca	81	59,6
• Preta	35	25,7
• Mulata	18	13,3
• Amarela	1	0,7
• Indígena	1	0,7
Ocupação	N (136)	%
• Vínculo formal/ carteira assinada	5	3,7
• Trabalha informalmente/ bicos	14	10,3
• Afazeres do lar	64	47,1
• Estudante	34	25
• Desempregada	19	14
Renda somada por moradores da casa	N (136)	%
• R\$ 100 a R\$ 500	40	29,4
• R\$ 501 a R\$ 900	67	49,3
• R\$ 901 a R\$ 1.300	16	11,8
• Acima de R\$ 1.300	13	9,6
Número de consultas de pré-natal	N (136)	%
• Menos de 06 consultas	121	89
• 06 consultas ou mais	15	11
Presença de Depressão Maior (durante a gestação)	N (136)	%
• Sim	25	18,4
• Não	111	81,6

Quadro 3. Fonte: Autores, pesquisa original.

\* A faixa etária é relativa à idade no momento da entrevista, não a idade do engravidar, durante a gravidez ou no parto. As entrevistas foram realizadas em história oral com as mães de bebês na primeira infância (0 a 2 anos), portanto, entrevistas com mães dos 16 aos 21 anos de idade abrange idades de engravidar dos 14 aos 21 anos.

**Categorias analíticas e variáveis pré-parto (n=136)**

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

Quadro 4. Fonte: Projeto de pesquisa original.

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

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

Quadro 5. Fonte: Projeto de pesquisa original.

Na caracterização da amostra deve-se acrescentar que a gravidez ocorreu entre as idades de 13,5 anos e 18,5 anos (13 completos a os 19 incompletos). Os dados socioeconômicos como escolaridade, ocupação e renda familiar são compatíveis com a maioria da população adolescente no Brasil, mas também indicam anseios socioculturais

com corte de classe. Quanto à cor da pele, 60% eram brancas e 40% eram negras ou mulatas, mas observou-se a presença de uma indígena e uma descende asiática entre as adolescentes participantes. Quando o tema era “ocupação e renda”, 1/4 das adolescentes se declarou “estudante”, o que deve ser considerado divergente das políticas de juventude ou de

direitos da criança e do adolescente. Todas essas políticas priorizam a orientação à educação e ao desenvolvimento de aprendizagens por meio da presença à escola. Contudo, mais da metade das adolescentes grávidas (61%) não dispõe do acesso ao mercado de trabalho ou ao ensino escolar e estão apenas em casa (desempregadas e do lar), o que configura indicador para as políticas de juventude, culturais, esportivas, de microempreendimentos domiciliares ou domésticos, programas jovem aprendiz e programa agente jovem, entre outras iniciativas voltadas para a atratividade ao adolescente.

A tendência dos serviços de saúde em caracterizar a gravidez na adolescência homogeneamente como “acidente” indica a improbabilidade de um planejamento racional da maternidade, levando a uma prática assistencial que, veladamente, infantiliza e culpabiliza. Nesta condição, resta diminuído/desqualificado o reconhecimento de projetos de vida na adolescência que envolvam a maternidade. Fatos em controvérsia pelo fato de que em torno de 40% das puérperas disseram ter planejado as gestações. Ainda chama atenção as percepções pessoais após o parto, com a caracterização de estarem mais felizes, maduras e responsáveis.

Apresentam uma renda familiar equivalente a um salário mínimo nacional (50% das adolescentes estão nesta faixa). Alguns estudos indicam que a condição socioeconômica pode ser tanto um fator de risco para depressão na

gestação na adolescência quanto um fator protetor, remetendo ao fato de que o desejo de melhora nas condições de vida e a existência da possibilidade de conseguir ascensão social pelo trabalho e estudo podem servir como estímulo para adolescentes.<sup>4,5</sup> Há uma correlação direta com este fator na categoria analítica planos de vida antes de engravidar, onde notadamente as adolescentes dos dois grupos identificam planos de estudo e trabalho (em torno de 80%) como perspectivas futuras.

Ao associarmos estes dados com a categoria “o que mudou com a gestação”, o abandono dos estudos ou do trabalho não alcança 30%, já entre as adolescentes com experiência de depressão não chega aos 20%. O amadurecimento pessoal às adolescentes com experiência de depressão é expressivo (quase 40%) e há indiferença na vida das demais adolescentes (pouco mais de 40%). Há uma clara percepção para as adolescentes de que o evento gestação traz mais responsabilidade e amadurecimento pessoal, especialmente nas falas das gestantes com diagnóstico de depressão (56%). As condições sociais de vida da adolescente não podem ser essencialmente naturalizadas e classificadas exclusivamente como risco biológico: mãe solteira, mãe adolescente, mãe de baixa renda. O reconhecimento pelo cuidador dos ganhos sociais advindos da gravidez na adolescência que possam advir a uma menina que encerra um ciclo de resistência e abuso doméstico ou social, por exemplo, que cresce em demonstração de capacidades maduras para a

vida social e de interações e que conquista autonomia em seu andar a vida devem sobressair a um olhar excludente de classe que apenas as vê mais distantes da inalcançável classe média, quando pertencentes às classes populares de mais baixa renda.

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

Constata-se de um modo geral que as adolescentes classificam como adequado ou pelo menos “bom” o atendimento prestado no pré-natal e parto. Pelas falas, ficou nitidamente perceptível que o significado deste resultado,

apesar de ser um bom indicativo, reflete o contexto técnico da assistência, não havendo guarida às demandas para além da atenção técnica. Nenhuma adolescente com depressão citou a possibilidade de atendimento ótimo e 24% o consideraram regular ou ruim. Apenas 9 em 111 adolescentes sem depressão citou o atendimento como ótimo. Antes que acusar um suposto mau atendimento médico, deve-se lembrar a formação médica/educação dos profissionais e a relevância da educação permanente em saúde: como responsabilizar pela atenção à saúde, profissionais que não tematizam permanentemente suas práticas ante valores e opiniões de classe, gênero, raça, sexualidade e saúde mental/singularidade?

A autoimagem das adolescentes com histórico de depressão é marcante, antes da gestação, quanto às apreciações de irresponsável e imatura, despertando a necessidade de um contato singular com os serviços de saúde, seja para reverter essa produção subjetiva seja para construir potências de autonomia e afirmação de si. Já para as demais adolescentes, as principais apreciações de autoimagem antes da gravidez incluíram a autoimagem de irresponsável, mas seguida das autoimagens de feliz e livre, não podendo os serviços de saúde trabalharem com culpabilização ou individualização de responsabilidades. A necessidade de cuidar da adolescente com depressão é real, uma vez que, enquanto 76% delas buscam a unidade básica de saúde do bairro para a puericultura, 94% das demais mães assim o fazem.

Mais de 50% das adolescentes dos 2 grupos considera a idade de 18 a 20 anos ou menos de 25 anos como melhor faixa etária para engravidar. Somado a isso, verifica-se que, se 73% das adolescentes grávidas não pretende uma segunda gravidez, 27% têm planos. Se a avó materna é a principal apoiadora da mãe adolescente no cuidado das crianças, o companheiro é o próximo ator social presente, exceto para as adolescentes com história de depressão, onde a presença do pai é menor que a atuação sozinha. De maneira geral não referem dificuldades pessoais no cuidado dos filhos (acima de 50%) e as principais dificuldades são relativas à falta de recursos financeiros, acesso a creches ou recursos pedagógicos e pressões morais, sociais ou familiares.

Mesmo não sendo objeto deste estudo, até mesmo pela opção metodológica adotada, afirmar diferenças entre gestantes com depressão e as sem depressão, podemos comentar que algumas categorias analíticas como as percepções individuais antes e depois do parto ou ainda participação do cuidado e apoio na gestação, podem sugerir evidências de distinção para uma discussão ampliada do tema. Do ponto de vista pessoal, aquelas com depressão na gestação se percebem “mais responsáveis” após o nascimento dos filhos, enquanto as demais se percebem “mais felizes”; a participação solidária da mãe ou do pai das adolescentes, assim como do namorado e da sogra dessas meninas é proporcionalmente maior que para aquelas que não sofreram depressão, o que diz de as

adolescentes não estarem desprotegidas em um evento não necessariamente controlável (“precocemente diagnosticável”), como esse.

A análise das falas de adolescentes na circunstância da gestação relacionadas com os aspectos da assistência, pode servir como elemento importante para uma ressignificação do cuidado no cenário materno-infantil, instrumentalizando os profissionais em saúde, até mesmo para o manejo de comorbidades como transtornos de sofrimento psíquico prevalentes como a depressão na gestação. Os estudos falam de depressão maior durante a gestação na adolescência relacionada com a história de abusos físicos nos últimos 12 meses e violência durante a gravidez, história anterior de depressão, sangramentos anômalos e hospitalização na atual gravidez, memórias de acidente ou pânico na história de vida, maior incidência em adolescentes com menos de 8 anos de escolaridade, com vivência de episódios anteriores e em meninas com menor suporte social em geral.<sup>6,13,14</sup>

As feminilidades adolescentes, entretanto, representam uma complexidade contemporânea e são as meninas que precisam ser cuidadas e isto significa acolher as feminilidades em que se inscrevem as gestações, não somente suas biológicas ou um psiquismo naturalizado. As adolescentes estão inseridas em perspectivas de vida, estilos de namoro, exercício da sexualidade, participação em festas, padrões de uso do fumo ou do álcool e outras drogas, orientação religiosa e moral,

não sendo suficiente arrolar prevalências dentre as condições socioeconômicas ou condições psicossociais (desfavoráveis ou de vulnerabilidade, por exemplo). O que observamos foi uma prevalência de 18,4% na nossa amostra, o que corresponde à média, em termos percentuais, prevista nos estudos que a identificam entre 13 e 26%. Entretanto, detectamos fatores de cobrança pessoal e pressão social, onde as meninas se identificam antes da gravidez como “irresponsáveis” ou “imaturas” e relatam, como identidade após a gravidez, o “amadurecimento pessoal”.

### Discussão

Cabe ressaltar que a atenção básica ou a atenção primária na gravidez se estende do pré-natal ao puerpério e aquelas circunstâncias todas detectadas durante o pré-natal e período pós-parto seguem alvo de assistência programada segundo o escopo da atenção integral à saúde da adolescente. A pesquisa mostrou que o acolhimento da adolescente grávida e suas necessidades sociais é tarefa do cuidado à saúde, não podendo o setor se furtar de sua participação no escopo intersetorial de promoção da qualidade de vida. Também o trabalho no interior da rede de saúde não pode se furtar do esforço pela interdisciplinaridade. Meninas que são cobradas e pressionadas socialmente, pelas mídias e pelo “olhar” dos profissionais médicos e dos serviços de saúde podem experimentar a depressão ou tê-la agravada como desfecho de sua inscrição em sociedade, não em maior vulnerabilidade da

faixa etária. O cuidado à mulher deve envolver e reconhecer a diversidade das feminilidades, onde o cuidado à adolescente grávida não reporta a um pré-natal biologicista ou biomedicalizador, mas à atenção psicossocial, à atenção básica com caráter de cuidados essenciais à proteção da saúde e à atenção integral como escopo da prática interprofissional (trabalho em equipe) e intersetorial.<sup>14,15</sup> Já o componente intersetorial aqui não pode ser referido como o simples suporte às “mazelas” de uma gravidez na adolescência, mas ao exercício livre da subjetividade, como na arte, educação e corporeidades.

Se as gestantes experimentam quadros de depressão, a presença dos 18,4% de prevalência da depressão durante a gravidez na adolescência na coorte em causa permitiu constituir um universo de significados e histórias de vida no contato com a rede de serviços de saúde e verificar a cobertura – ou, justamente, sua falta –, relativamente às políticas de juventude, socioassistenciais, culturais e recreativo-esportivas, pois que não se trata de prevenir a gravidez na adolescência como ato de saúde pública, especialmente porque sua atual incidência está nos parâmetros da literatura, mas conhecer o segmento, suas narrativas e sua inscrição nas “coisas da vida”, o que permitirá a construção de um referencial de saúde mais ajustado à realidade de demandas e à realidade de ofertas de um sistema de saúde que diga respeito às pessoas, sua cultura social e inserção ativa na

cidadania na sociedade contemporânea. Se cabe às políticas públicas a tomada de medidas de orientação populacional, faz-se necessário cuidar e educar para o cuidado os profissionais de saúde, especialmente em medicina, enfermagem e psicologia<sup>2</sup>, pois se evitar e prevenir possam se justificar, atender com acolhimento e promoção da afirmação da vida é uma necessidade dos serviços e da formação profissional.<sup>15,16,17</sup>

Com base na Oficina “Construindo a equidade no SUS: sexualidade na adolescência e juventude”, realizada em 6 e 7 de julho de 2016, em Brasília, e com base na política nacional de atenção integral de adolescentes e jovens, desde a política nacional da juventude (a década de 2005 a 2015), uma publicação da Organização Pan-Americana da Saúde e Ministério da Saúde anota, nos textos de introdução, apresentação e prefácio, que a adolescência vem marcada, seja pelos aspectos da busca de autonomia sobre as decisões, emoções e ações, seja pelos aspectos do desenvolvimento de habilidades e competências, como pela vivência da sexualidade.<sup>18</sup> Tratando-se, mesmo, do período do desenvolvimento humano em que exploramos mais intensamente a identidade sexual e de gênero. Uma faixa etária de buscas e experimentações que expõem às violências e aos comportamentos de risco, aumentando a suscetibilidade ao fumo, álcool e outras drogas, como às doenças sexualmente transmissíveis e à gravidez não desejada. Na adolescência é frequente que apareçam, pela

primeira vez, problemas de saúde mental, como depressão e ansiedade.

Em tal evento e publicação, mesmo diante de um olhar populacional, não de atenção à saúde ou de educação dos profissionais para a assistência, foram destacadas as conferências internacionais das Nações Unidas sobre população e desenvolvimento ou sobre mulheres e direitos humanos.<sup>18</sup> Desde os anos 1990 há a construção de medidas para lidar com necessárias mudanças de conduta, como o casamento infantil, a mutilação genital e a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana. No interior desses aspectos, a mortalidade materna e a gravidez na adolescência. Já as Conferências Mundiais sobre Mulheres e Direitos Humanos ressaltavam fatores de determinação e condicionamento social ligados à produção de desigualdades e vulnerabilidades, sobre os quais se faziam necessários enfrentamentos relativos à garantia de direitos tanto subjacentes à subjetividade e liberdade, quanto às oportunidades e acesso à educação, ao trabalho e direitos civis, sociais e políticos.

O preparo dos profissionais de saúde para a compreensão do social definitivamente não pode estar afeito exclusivamente à epidemiologia clínica (saúde das populações e grupos, segundo indicadores biomédicos ou versão biomédica dos fatores sociais), precisa estar em relação de amizade com os fatores intangíveis da subjetividade e com as delicadezas que constroem as presenças

individuais da adolescente em meio a tristezas, dúvidas, sensações de inadequação, inconformidades, preconceitos, estigmas, exclusões, frustrações, impossibilidades, negativas e riscos presentes na experiência humana do viver.<sup>15-18</sup> Gestação e parto na adolescência são desafios à atenção básica, às redes de cuidado e à educação dos profissionais

de saúde, os resultados mostraram os desafios existentes para a construção de uma atenção integral e a consequente qualificação do cuidado médico, mas também que o serviço de saúde não pode colocar-se alheio da construção cotidiana de saberes e práticas interdisciplinares e nem alheio da construção permanente de laços intersetoriais.

## Referências

- <sup>1</sup>Moraes M, Ceccim RB. Adolescentes grávidas: contribuição à assistência e ao ensino, segundo o relato de suas trajetórias. *Saúde Redes*. 2016; 2(4):433-444.
- <sup>2</sup>Moraes M, Ceccim RB. Vozes de adolescentes grávidas: contribuição à educação médica, segundo o extrato narrativo de uma coorte de puérperas. *Saúde Redes*. 2017; 3(4):367-388.
- <sup>3</sup>Fondo de Población de las Naciones Unidas, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Organización Panamericana de la Salud. *Acelerar el progreso hacia la reducción del embarazo en la adolescencia en América Latina y el Caribe*. Informe de consulta técnica (29-30 agosto 2016, Washington, DC, EUA). Washington: PAHO; 2018. 56p.
- <sup>4</sup>Brandão ER, Heilborn ML. Sexualidade e gravidez na adolescência entre jovens de camadas médias do Rio de Janeiro, Brasil. *Cad Saude Pública*. 2006; 22(7):1421-1430.
- <sup>5</sup>Ventura M. Sexualidade e reprodução na adolescência: uma questão de direitos. In: Adorno RCF, Alvarenga AT, Vasconcelos MPC org. *Jovens, trajetórias, masculinidades e direitos*. São Paulo: EdUSP; 2005. p. 31-51.
- <sup>6</sup>Chalem E, Mitsuihiro SS, Manzolli P, Barros, MCM, Guinsburg R, Sass N et al. Underdetection of psychiatric disorders during prenatal care: a survey of adolescents in São Paulo, Brazil. *J Adolesc Health*. 2012; 50(1):93-96.
- <sup>7</sup>Peter PJ et al. Association between perceived social support and anxiety in pregnant adolescents. *Rev Bras Psiquiatr*. 2017; 39(1):21-27.
- <sup>8</sup>Coelho FMC et al. Major depressive disorder during teenage pregnancy: socio-demographic, obstetric and psychosocial correlates. *Rev Bras Psiquiatr*. 2013; 35(1):51-56.
- <sup>9</sup>Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Orientações básicas de atenção integral à saúde de adolescentes nas escolas e unidades básicas de saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2013.
- <sup>10</sup>United Nations International Children's Emergency Fund. Committee on the Rights of the Child. 33<sup>rd</sup> session (19 May – 6 June 2003). General Comment nº 4: adolescent health and development in the context of the Convention on the Rights of the Child [Internet]. [citado 8 dez 2016]. Disponível em: <https://www.unicef.org/CRCCCommitAdolesc.doc>
- <sup>11</sup>Ceccim RB. Equipe de saúde: a perspectiva entredisciplinar na produção dos atos terapêuticos. In: Pinheiro R, Mattos RA org. *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: Abrasco; 2004. p. 259-278.
- <sup>12</sup>Ceccim RB. O que é saúde? O que é doença? In: Meyer DEE, Soares RFR, Dalla Zen MIH, Xavier MLMF, org. *Saúde, sexualidade e gênero na educação de jovens*. Porto Alegre: Mediação; 2012. p. 29-40.
- <sup>13</sup>Pereira PK, Lovisi GM, Lima LA, Legay LF. Complicações obstétricas, eventos estressantes, violência e depressão durante a gravidez em adolescentes atendidas em unidade básica de saúde. *Rev Psiquiatr Clín*, 2010; 37(5):216-222.
- <sup>14</sup>Moraes M. *Gravidez na adolescência e alteridade mulher: perspectivas entre os estudantes de medicina e os cenários de desafio na educação médica na graduação*. [dissertação]. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2008.
- <sup>15</sup>Ceccim RB, Moraes M, Dartora-Santos NM. Políticas do feminino e o ensinar e cuidar em saúde da mulher. In: Ceccim RB, Stédile NLR organizadores. *Ensino e atenção à saúde da mulher: aprendizados da integração da educação superior com a*

rede assistencial. Caxias do Sul: Editora da UCS; 2007. p. 45-58.

<sup>16</sup>Pinheiro VS. Repensando a maternidade na adolescência. *Estud psicol* 2000; 5(1):243-251.

<sup>17</sup>Rios IC. Humanidades e medicina: razão e sensibilidade na formação médica. *Ciênc saúde coletiva*. 2010; 15(supl. 1):1725-1732.

<sup>18</sup>Lobato AL, org. Saúde e sexualidade de adolescentes: construindo equidade no Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: Opas; 2017. 71p.

**Submissão: 13/02/2018**  
**Aceite: 14/03/2019**