

**ELIZABETH KESSLER BECKER**

***A MEDIAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PRÉ-NATAL  
DA ADOLESCENTE***

Florianópolis  
Setembro de 1998

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

***A MEDIAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PRÉ-NATAL  
DA ADOLESCENTE***

**ELIZABETH KESSLER BECKER**

*Dissertação Apresentada ao Programa  
de Pós-Graduação de Enfermagem da  
UFSC para obtenção de Grau de  
Mestre em Assistência de Enfermagem.*

Florianópolis  
Setembro de 1998

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

***A MEDIAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PRÉ-NATAL  
DA ADOLESCENTE***

**ELIZABETH KESSLER BECKER**


*Dissertação submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora  
para a obtenção do título de*

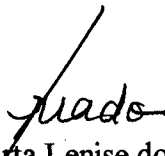
**MESTRE EM ENFERMAGEM**

*aprovada em 14 de setembro de 1998, atendendo às normas da legislação vigente do  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Curso de Mestrado em  
Enfermagem – Opção Filosofia de Enfermagem, da Universidade Federal de Santa  
Catarina.*

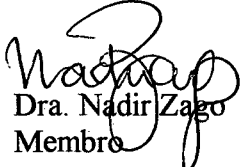
  
Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann – Coordenadora do Programa

**BANCA EXAMINADORA**

  
Dra. Maria de Lourdes de Souza  
Presidente

  
Dra. Marta Lenise do Prado  
Membro

  
Dra. Maria Taysa Coelho Padilha  
Membro

  
Dra. Nadir Zago  
Membro

**ELIZABETH KESSLER BECKER**

***A MEDIAÇÃO DA ENFERMEIRA NO PRÉ-NATAL  
DA ADOLESCENTE***

**Orientadora:**  
Dra Maria de Lourdes de Souza

*Dedico este estudo às minhas filhas,  
**Diana e Luiza**, que nem sempre  
compreenderam o tempo que precisei  
me afastar delas, mas que, com toda  
certeza, estão desenvolvendo um lindo  
e saudável processo de adolescer.*

*Muito obrigada, minhas queridas.*

**1. TEMA:**

Assistência de Enfermagem especializada às adolescentes grávidas.

**2. PROBLEMA:**

Alta incidência de gravidez na adolescência.

**3. OBJETIVO:**

Descrever e analisar o processo de mediação da enfermeira na assistência pré-natal da adolescente, na rede básica de saúde do município de Florianópolis.

**4. TIPO DE ESTUDO:**

Exploratório-descritivo.

**5. REFERENCIAL TEÓRICO:**

Construtivismo na concepção de Vygotsky e Wallon.

**6. FINALIDADES:**

- Documentar experiência profissional vivida.
- Atender os requisitos do Programa de Pós-graduação em Enfermagem para obtenção de título de mestre.

## SUMÁRIO

<i>SÍNTESE DO ESTUDO</i>	v
<i>SUMÁRIO</i>	vi
<i>RESUMO</i>	viii
<i>ABSTRACT</i>	ix
<i>INTRODUÇÃO</i>	1
<i>CAPÍTULO I</i>	
<i>A ADOLESCÊNCIA COMO PROCESSO</i>	17
1.1 Conceitos	17
1.2 Ciclos ou perspectivas de mudanças	18
1.3 Sexualidade e gravidez na adolescência	21
1.4 Ética, direitos e deveres do adolescente	24
<i>CAPÍTULO II</i>	
<i>ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ADOLESCENTES GRÁVIDAS</i>	27
2.1 Histórico da Assistência à Saúde da Mulher	27
2.2 Conceitos	32
2.3 Assistência de Enfermagem à mulher no Município de Florianópolis	34
2.4. Assistência de Enfermagem pré-natal - processo em construção	39
<i>CAPÍTULO III</i>	
<i>O REFERENCIAL TEÓRICO</i>	45
3.1 Construtivismo – uma aproximação	45
3.2 Meu olhar sobre Vygotsky e Wallon	47
<i>CAPÍTULO IV</i>	
<i>DOS CAMINHOS METODOLÓGICOS</i>	56
4.1 Local e população	56
4.2. Momentos na construção e desenvolvimento do estudo	57
4.3. Descrição dos dados coletados	63
4.3.1 Entrevista A	69
4.3.2 Entrevista B	71
4.3.3 Entrevista C	73

4.3.3 Entrevista D	76
4.3.5 Entrevista E	79
4.3.6 Entrevista F	80
4.3.7 Encontro de casais grávidos	82

## ***CAPÍTULO V***

<b><i>A MEDIAÇÃO DA ENFERMEIRA</i></b>	<b>87</b>
5.1 Aplicando as idéias de Vygotsky e Wallon	87
5.2 Refletindo sobre a mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente	101
5.3 Comentários sobre a Assistência aplicada	104

## ***CAPÍTULO VI***

<b><i>CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO</i></b>	<b>108</b>
6.1 Contribuições e limitações para a Mestranda	108
6.2 Contribuições e limitações para a Assistência	109

<b><i>BIBLIOGRAFIA CONSULTADA</i></b>	<b>112</b>
---------------------------------------	------------

<b><i>ANEXOS</i></b>	<b>119</b>
Anexo 1 - Entrevista qualitativa com as adolescentes grávidas na assistência de Enfermagem, à luz do Construtivismo, no CS II Itacorubi Maio/Junho de 1997.	120
Anexo 2 - Quadro 1 - Suporte para análise dos dados	122



## **A mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente**

Este estudo aborda a adolescência e a gravidez como estágios do ciclo vital normal da mulher, descreve a sexualidade e o processo de gestação na adolescência e situa, historicamente, de modo sucinto, a Assistência à Saúde da Mulher, a partir da prática assistencial desenvolvida. Portanto, o material de análise resulta da prática exercitada pela autora, obtido a partir de entrevistas, observações e outros procedimentos. O referencial teórico é o construtivismo, na concepção de Vygotsky e Wallon. Na assistência, elegeram-se as seguintes categorias, que focam o olhar sobre o pré-natal das adolescentes: naturalidade, humanidade, dialogicidade, reciprocidade e respeito. Estas categorias refletem, em parte, o modo pelo qual foram conduzidas as ações individuais e coletivas, do processo assistencial de Enfermagem. Assim, a atuação da enfermeira mediadora da assistência estimulou e promoveu o diálogo, o respeito, a mudança e transformação gradativa da adolescente. Envolveu os parceiros, família e rede social, com a perspectiva de que a gravidez fosse vivenciada plenamente e de modo saudável nas condições concretas de cada cliente.

**The mediation of the nurse on adolescent antenatal care.**

This study approaches adolescence and pregnancy as stages of the normal life cycle of women, describes sexuality and the pregnancy process during adolescence and briefly situates the nursing care of woman's health historically, based on the developed nursing care practice. The material of analysis resulted from the author's practice obtained from interviews, observations and other records. The constructivism, mentioned by Vygotsky and Wallon, was adopted as a theoretical concern. The following categories, which focus on the antenatal nurse care to the adolescents were defined: naturalness, humanity, dialogicity, reciprocity and respect. These categories partially reflect how individual and collective actions of the nursing care process were conducted. It was found that the nurse's mediating action stimulated and promoted dialog, respect, and the gradual change and transformation of the adolescent women. It also involved the partners, the family and the social network, expecting that the pregnancy would be fully and healthily experienced in the concrete conditions of each client.

## História pessoal

Sou enfermeira da Assistência de Enfermagem nos Centros de Saúde do Município de Florianópolis desde 1986. Desde o princípio, minha prática profissional é voltada à assistência integral da mulher e da criança, dentro dos moldes preconizados pelo Ministério da Saúde, implantados e adaptados à realidade municipal. Neste serviço, já atuei tanto a nível local, como a nível central; na assistência direta ao cliente, bem como no planejamento e implantação das ações de saúde na rede municipal.

Tendo por base minha formação em Saúde Comunitária, iniciei, em 1986, o planejamento, implantação e desenvolvimento da assistência de Enfermagem nas comunidades, realizando não só procedimentos básicos de Enfermagem, como também, consultas de Enfermagem, reuniões de grupos educativos específicos para o Planejamento Familiar, Gravidez, Parto e Puerpério, Prevenção do Câncer Ginecológico, Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento da Criança no primeiro ano de vida e visitas domiciliares.

Já naquela época, em especial, realizávamos reuniões de grupos de mães/nutrizes e gestantes, quando eram abordados assuntos de seus próprios interesses, de forma “organizada”. Desde então, percebo a importância do trabalho educativo nas questões de saúde para a vivência dos processos vitais normais na vida da mulher, entre estes a gravidez/parto/puerpério e cuidados com as crianças no primeiro ano de vida, especialmente, nos primeiros meses (pós-parto e cuidados com o recém nascido).

Em 1994, participei do grupo de estudos para a implantação de um Comitê Municipal de Prevenção da Mortalidade Materna. Durante os encontros com este grupo,

interessei-me pela idéia de observar e definir minha prática assistencial e pela possibilidade de redimensionamento, com base em um referencial teórico-filosófico. Soma-se a isto, minha experiência como professora substituta na disciplina de Enfermagem na Atenção Primária de Saúde, no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Durante três semestres (1995-96), desenvolvendo aulas teóricas e práticas diretamente na assistência integral à saúde da mulher, senti necessidade, muito impulsionada e requisitada pelos próprios alunos, de reconhecer, renovar e sistematizar meus conhecimentos e prática para melhor compreender e abordar a realidade, tanto da assistência como do ensino/aprendizagem.

Em 1996, já no curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem (UFSC), encaminhei meus trabalhos acadêmicos à assistência integral à saúde da mulher. Refletindo sobre minha própria prática profissional, percebi na abordagem que faço, uma forte ênfase na educação em saúde; busco então maior clareza teórico-filosófica para essa assistência de Enfermagem. Nos grupos de trabalho, durante o Mestrado, comecei a descobrir e aprofundar o conhecimento sobre o Construtivismo como referencial teórico. Para o desenvolvimento e aplicação de um projeto de Prática Assistencial, focalizei minha atenção na adolescente grávida, sob a perspectiva construtivista na Assistência de Enfermagem.

Com argumentos identificados na literatura e decorrentes de minha vivência profissional, compus um relato de experiência da Prática Assistencial de Enfermagem no Pré-natal de adolescentes, desenvolvido em um Centro de Saúde II, da Prefeitura Municipal de Florianópolis (PMF). Ampliei mais tarde a consulta bibliográfica, para, em conjunto com os dados colhidos, descrever e analisar a mediação da enfermeira na assistência pré-natal da adolescente.

## **O tema de estudo**

*Assistência de Enfermagem especializada às adolescentes grávidas.*

Atualmente, tem havido um grande interesse pela fecundidade de adolescentes na América Latina, principalmente, no que concerne à iniciação precoce da reprodução, à gravidez não planejada e à taxa relativamente alta de concepções pré-maritais...; são raras as pesquisas com amostragem representativa da população, visando à documentação da atitude dos jovens em relação à educação e atividade sexual, história da experiência sexual e prática da anticoncepção (PNSMIPF, 1986).

A gravidez em adolescentes está sujeita a diferentes riscos. Idade, raça, condição civil, nível sócio-econômico, cuidados pré-natais e paridade atuam sinergicamente, com resultados nem sempre fáceis de serem analisados; o padrão de interação destes fatores é complexo e não está completamente esclarecido, (Motta e Silva, 1994). Na maioria dos casos a gravidez ocorre por acaso, podendo gerar situações negativas que influenciarão no desenvolvimento destes jovens e do novo ser, como rejeição familiar ou social e dificuldades econômicas.

Os dados divulgados em pesquisas nacionais revelam o início precoce da atividade sexual entre os adolescentes brasileiros. Uma baixa frequência da atividade sexual é relatada pela maioria das jovens sexualmente ativas. Esta baixa frequência e aparente natureza esporádica da atividade sexual entre jovens, podem contribuir para uma prática não sistemática da prevenção da gravidez. ( PNSMIPF 1986)

*Segundo a PNDS 1996, a proporção de mulheres que já tinham iniciado a etapa reprodutiva, cresce com a idade, como o esperado. No geral, 18% das adolescentes já haviam iniciado a vida reprodutiva e entre as mulheres de 19 anos, uma em cada três esteve grávida alguma vez. A escolarização é uma variável muito importante na determinação do início da vida reprodutiva. Aproximadamente 51% das mulheres de 15-19 anos sem escolaridade já haviam se tornado mães, e quase 4%, estavam grávidas do primeiro filho. Estas proporções correspondem a 4% e 2% respectivamente, entre as mulheres com 9 a 11 anos de estudo. Entre as razões de abandono dos estudos mencionadas, ficar grávida, casar e cuidar dos filhos correspondem a 13%. Um aspecto interessante é o elevado nível de participação no mercado de trabalho do grupo etário de 15 a 19 anos, que reportou trabalhar regularmente (26%), refletindo a entrada*

*precoce das mulheres nas atividades econômicas e conseqüentemente, o abandono precoce da escola, por este grupo populacional (PNDS - 1996).*

A falta de informação para lidar com a questão da gravidez na adolescência, é percebida nas famílias e escolas, onde encontramos adultos que assumem sua dificuldade em abordar o assunto. Muitos pais buscam ajuda de terapeutas de família para superar sua dificuldade de falar sobre sexo com os próprios filhos; outros fecham os olhos e esperam que a vida ensine. A nova Lei de Diretrizes Básicas (LDB), em vigor a partir de 1998, define novos parâmetros curriculares para orientação sexual nas escolas, o que deve direcionar mudanças nesta área de ensino.

A atualidade das discussões sobre a “lei do aborto legal”, em tramitação no Congresso Nacional (PL-20/91), assim como a realidade desta prática no país são pontos importantes para esclarecimento. Segundo Maria Isabel Baltar da Rocha, em estudo - O Congresso Nacional e a Questão do Aborto, 1994,

*“...existe um foco de tensão entre segmentos da categoria médica, que propõe o aborto nas situações de anomalia fetal grave e irreversível e as igrejas cristãs.... Quanto ao movimento organizado de mulheres, a tensão política com este posicionamento médico é parcial: nos projetos de inspiração feminista ... a permissibilidade do aborto por anomalia fetal é proposta em meio a um conjunto mais abrangente de possibilidades de abortamento,...e apesar de acentuada objeção de natureza religiosa - os argumentos de inspiração feminista, que se fundamentam na idéia de cidadania, tendem a adquirir importância maior no envolver deste debate”.*

Crispin, 1994, citado por Fonseca 1996, referiu que “especialmente para as famílias de classe média, o aborto é visto como um mal menor”. Ainda que muitos pais hoje se disponham a apoiar a filha grávida numa idade precoce, números revelam que cresce a opção pela interrupção da gravidez. Ele acompanhou 290 adolescentes com vida sexual ativa, de 1982 a 1986, e mais 362 de 1987 a 1991. Os casos de gravidez confirmada cresceram de 6.21% no primeiro período para 10.50%, no segundo. Poucas de suas clientes mantiveram-se grávidas e muitas acabaram procurando clínicas clandestinas.

De 1982 a 1986, 78% das meninas fizeram aborto, enquanto de 1987 a 1991 a taxa cresceu para 89%.

Outra questão é conhecer e analisar o que a mídia apresenta sobre a temática dos direitos reprodutivos. Segundo a publicação da Comissão de Cidadania e Reprodução, Olhar sobre a Mídia, Ano I, número 1, entre julho e setembro de 1996, de uma escassa cobertura sobre reprodução nos quatro diários de maior circulação nacional, o principal foco de atenção foi a gravidez. No total de matérias sobre reprodução, a abordagem privilegiada pelos diários foi dedicada a tratamentos e medicamentos; conferindo à cobertura um viés - o incentivo a se pensar apenas nos aspectos médicos, gerando ao leitor receios, sem informar apropriadamente sobre o alcance da terapêutica ou da precaução a ser tomada para evitar o problema. Sobre a gravidez, parto, pré-natal e puerpério, um aspecto chama a atenção na análise da cobertura: de um total de 46 textos, 15 enfatizam o risco de vida para o feto ou recém nascido, relegando a segundo plano a saúde da mãe. Sobre a gravidez na adolescência nada foi citado, deixando clara a falta de sintonia com a realidade social do país, no tocante a matérias sobre reprodução humana. Ainda, métodos anticoncepcionais, DSTs e AIDS, qualidade de vida e trabalho da mulher adolescente são temáticas importantes na elucidação desta realidade.

Também a questão econômica pode ser determinante. A classe média, tendo mais recursos financeiros, pode buscar a assistência, ficando a classe mais baixa, na maioria das vezes, a mercê da dificuldade de acesso ao sistema de saúde, ou mesmo dentro dele, da sua precariedade e ineficiência.

Com relação aos profissionais da saúde, que assistem o processo de gestação pelo SUS, é frequente observar, através de supervisões e avaliações em serviço, a queixa quanto à falta de incentivo e reciclagens, contribuindo para a insatisfação profissional e baixa resolutividade do serviço. A abordagem dos aspectos que envolvem a sexualidade humana exige preparo e segurança individual, bem como integração interdisciplinar, o que não é prática exercitada em nossos serviços. O modelo médico de atenção à saúde trata a gravidez como doença, situação que reforça a medicalização do processo de gestação, distanciando a assistência da possibilidade de uma vivência fisiológica natural.

São poucos os estudos relativos à assistência pré-natal, alguns autores referem fragmentação e descontinuidade da assistência pré-natal (RCOG, 1982; HCHC, 1992). Relatórios sobre a atenção de saúde no pré-natal demonstram que o modelo clássico não tem enfoque objetivo e apropriado para o alcance de melhores resultados da assistência (HMSO, 1993).

Alguns autores relatam que a consulta do pré-natal realizada por especialistas (obstetras), não oferece nenhum benefício clínico extra para os usuários (Tucker, 1996). Outros autores afirmam que o atendimento pré-natal é efetivo quando realizado por enfermeiras obstétricas (*midewifes*), e/ou por médicos generalistas. Estes estudos mostraram que enfermeiras e/ou clínicos encarregados da assistência pré-natal conseguiram atingir resultados perinatais muito bons, como também foram capazes de prever as grávidas de risco, encaminhando-as para a assistência apropriada (Hakasson, 1988; Zander, 1978; Thomas H, 1987; Draper J, 1986).

Os serviços de saúde, de maneira geral - públicos ou privados, apresentam falhas em se tratando da saúde do adolescente. Há mais preocupação com o atendimento da mulher e/ou da criança ficando o atendimento ao adolescente dividido entre estes dois pólos. Os adolescentes não se identificam-se nestes dois grupos; os profissionais que os atendem, não percebendo essa dificuldade, tentam enquadrá-los às rotinas de atendimento já definidas. Muitas vezes, perde-se aí a oportunidade de mediar os processos de transformação em desenvolvimento, impedindo-se uma abordagem específica e resolutiva.

Nos serviços básicos de saúde, quanto ao atendimento do adolescente, há, com muita frequência, necessidade de orientação acerca da sexualidade, anticoncepção, doenças sexualmente transmissíveis e gravidez. Dos profissionais da saúde que os atendem, poucos têm preparo especializado para essa assistência.

A assistência às gestantes adolescentes ofertada pode constituir-se em risco para o desenvolvimento da mulher/menina/mãe, e, ainda, da criança que está por vir. Citam-se, como complicações clínicas freqüentes da grávida adolescente, as infecções urinárias, eclâmpsia e hipertensão, muitas vezes deixando seqüelas após o parto. Outro fator importante a ser considerado é a possibilidade de uma nova gravidez. Alguns estudos já demonstraram que, quanto mais cedo inicia a vida reprodutiva, maior é o número de



filhos. É sabido que deve ocorrer um intervalo de pelo menos dois anos entre uma gravidez e outra, para o organismo da mulher retornar ao estado normal. No caso de adolescente, esse período poderá ser maior, pois, ela encontra-se em fase de crescimento e desenvolvimento, quando as mudanças metabólicas e hormonais estão em curso. Poderá ainda, haver dificuldade na mudança de papéis da adolescência para a maturidade, com a exigência da nova responsabilidade. Discute-se também, o evento da gravidez na adolescência ser ou não considerado “gravidez de risco”.

*“Otro de los argumentos que se aducen para considerar al embarazo adolescente como problema público se da desde el punto de vista demográfico, en términos de sus consecuencias para el crecimiento de la población. Se indica -y los datos así lo muestran- que el embarazo temprano tiende a llevar a la joven a procrear un mayor número de hijos y a un menor espaciamiento entre ellos, lo cual contribuye a elevar la fecundidad general y la tasa de crecimiento de la población. (Stern, 1990)”*

Quanto à taxa de fecundidade, como já foi mencionado, em nosso meio, ela tem se mantido estável entre os adolescentes, tendo diminuído entre as mulheres dos outros grupos etários, o que reflete uma diminuição da taxa de fecundidade geral. Conforme demonstrado pela PNDS, 1996, a taxa de fecundidade total das mulheres brasileiras foi de 2,5 filhos para o período de 1993-1996. Os dados da pesquisa apontam para a existência de diferenciais rurais-urbanos bastante expressivos. A TFT das mulheres residentes nas áreas rurais foi de 1,2 filho a mais do que a das mulheres residentes nas áreas urbanas (3,5 e 2,3 respectivamente). A comparação das taxas de fecundidade com o número de filhos tidos pelas mulheres de 40-49 anos, aponta no sentido de uma queda expressiva da fecundidade, tanto na área urbana, quanto na rural. Destaca-se ainda, que a queda da fecundidade tem sido relativamente mais acentuada nas faixas etárias centrais, o que ocasiona o aumento na participação do grupo de 15-19 anos na fecundidade total.

*“Otro de los argumentos comúnmente manejados para definir este fenómeno como un problema público, y que parece ser el que ha adquirido un mayor peso en la actualidad, es el de sus efectos adversos sobre la salud de la madre y del niño. Empecemos por preguntarnos si hay razones para sostener que un embarazo entre los 15 y 19 años de edad deba constituirse necesariamente en un riesgo*

*para la salud de la madre y/o del niño. Contra lo que generalmente se piensa, no ocurre así, ya que en condiciones adecuadas de nutrición, de salud, de atención prenatal, y en un contexto social y familiar favorables, un embarazo y/o parto a los 16, 17, 18 ó 19 años de edad no conlleva mayores riesgos de salud materna y neonatal que un embarazo y parto entre los 20 y 25 años. Es sólo a edades muy tempranas -menores a dos años posmenarca, o sea más o menos a los 14 años de edad- cuando se constituye en un riesgo en términos biológicos,11,12 y su frecuencia a dichas edades no tiene comparación con la cantidad de embarazos que ocurren entre los 16 y los 19 años.(Stern,1990)”*

Segundo Albertina Takiuti, estima-se em 1 (um) milhão de adolescentes e jovens mulheres entre 10 a 20 anos que dão à luz, hoje, no Brasil, correspondendo a 20% dos nascidos vivos, (CEAP/UNICEF, 1997).

Observamos que, no Brasil, as maiores porcentagens de grávidas conforme a idade, se concentram entre as adolescentes de 18 e 19 anos, de idade. (PNDS, 1996)

*“Como el embarazo en edades adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, la correlación positiva entre la edad a la que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se presenta con gran frecuencia en estudios empíricos. Pero no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos, se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre(Stern, 1990).*

Segundo pesquisa já citada, PNDS 1996, entre as regiões brasileiras, as mais altas proporções de adolescentes grávidas encontram-se nas regiões Norte e Nordeste, e a menor proporção, na região Centro-Leste, o que nos faz pensar na associação do fato com as condições de vida.

*“Ciertamente, hay preocupaciones legítimas por el embarazo adolescente en términos de la salud de madres e hijos, pero estoy convencido de que sus causas han sido mal comprendidas. Las condiciones*

*sociales y culturales en las que tiende a ocurrir el embarazo adolescente tienen mucho más peso que la edad y los factores biológicos relacionados con ésta -subrayo nuevamente, excepto a edades muy tempranas- en sus consecuencias negativas para la salud. El que tengan dichas consecuencias obliga a que el Sector Salud intervenga de manera decisiva para atenderlas, remediarlas y tratar de prevenirlas en términos de posibles embarazos subsecuentes (Stern, 1997).”*

A gravidez na adolescência é fato que exige posicionamento da sociedade tanto para a prevenção como para acolhimento especializado quando do seu acontecimento. Famílias, professores e profissionais que trabalham no atendimento de adolescentes, bem como os próprios jovens têm o direito à informação e cuidados específicos, capazes de promover a vivência deste ciclo da vida com segurança e dignidade.

A gravidez, parto e puerpério como componentes da vida por que passam grande parte das mulheres (Souza, 1982), impulsionam mudanças na vida da mulher e também daqueles com quem ela convive diretamente. As transformações físicas e psicológicas explicitam-se nas relações da rede social e nem sempre os serviços de saúde oferecem diálogo que poderia constituir-se em suporte para suavizar os caminhos de crescimento e desenvolvimento da adolescente.

Observo hoje um aumento da demanda de adolescentes em nosso serviço de pré-natal. Vejo que, diferente das grávidas de mais idade, as adolescentes, muitas vezes chegam acompanhadas de seus parceiros que se interessam em participar tanto das consultas médicas, como das atividades educativas em grupo de pré-natal. Por outro lado, grande número de grávidas adolescentes assumem o filho sozinhas; o pai não reconhece a paternidade.

No caso de mães solteiras, a gravidez, na adolescência, pode precipitar e ampliar uma série de acontecimentos que se combinam para desorganizar o desenvolvimento pessoal da adolescente e da sua vida familiar. Na prática assistencial há evidências de evasão escolar, perda de emprego e conflitos familiares decorrentes da situação de gravidez entre jovens.

Para que a gestação de adolescentes seja acolhida ou prevenida, é necessário que se abra um *diálogo* para a troca de informação com os jovens, acerca do direito de viver a normalidade de ciclos vitais, inclusive o exercício de sua sexualidade. Abordando-se temas como: desejos, receios e ansiedades relativas à sexualidade, incidência e continuidade no uso de métodos anticoncepcionais, aborto, entre outros, pode-se prevenir, não somente a gravidez, como a transmissão de doenças sexuais em adolescentes.

*“The researchers also found that teens who participated in safe-sex programs were not more likely to have intercourse than those who did not receive such education. But the teens who received sex education were over three times more likely to use condoms than those who had not attended a safe-sex program. (Jemmott, 1998)”*

A enfermeira pode atuar na educação em saúde, mediando as situações durante o processo de gravidez na adolescência, fazendo prevenção, diagnóstico e prescrição de condutas para minimizar riscos e complicações.

*“As adolescentes grávidas vivenciam dois tipos de problemas emocionais: um pela perda de seu corpo infantil, e outro por um corpo adolescente recém-adquirido, que está se modificando novamente pela gravidez. Estas transformações corporais rapidamente ocorridas, de um corpo em formação para o de uma mulher grávida, são vividas muitas vezes com certo espanto pelas adolescentes. Por isso é muito importante a aceitação e o apoio quanto às mudanças que estão ocorrendo, por parte do companheiro, dos familiares, dos amigos e principalmente pelos pais. (Saúde e Vida On Line, maio/1998).”*

Na adolescência, o jovem busca a auto-afirmação, sua identidade. A gravidez, ocorrendo neste período, propicia a vivência de processos concomitantes e importantes no desenvolvimento humano. O jovem necessita de apoio baseado em diálogo aberto e respeitoso, para que possa apreender, com experiências positivas, a possibilidade de estar maturando com saúde. A enfermeira precisa estar atenta e preparada para obter a confiança da adolescente, e, com reciprocidade, auxiliar no processo de desenvolvimento.

## O contexto da adolescência

*“Uma pesquisa feita em 41 países, com mais de 25 mil adolescentes entre 14 e 18 anos, revelou que a maior preocupação é arrumar um bom emprego. Outras prioridades dos adolescentes são: completar os estudos, encontrar alguém para amar, ter sucesso profissional e ser feliz. Os “teens” brasileiros, comparados com os demais, gostam mais de música e festa, se preocupam com a AIDS e a pobreza, lêem menos, preferem filmes de comédia, sonham em fazer o mundo melhor e querem viajar muito. (Todateen, outubro 96)”*

Segundo dados das Nações Unidas (OPS/OMS, 1992), a gravidez em mulheres com menos de 20 anos, tem ocorrido de forma crescente, tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento; estima-se que, para vários países da América Latina e Caribe, supera 30%. O aumento de casos de gravidez na adolescência é resultado de importantes modificações no comportamento sexual dos jovens, de acordo com as transformações biológicas precoces e as influências ambientais que ocorreram, *de forma notória, após a revolução dos costumes, iniciada na década de sessenta (Valverde, 1997).*

O adolescente vive um estágio dinâmico de desenvolvimento intelectual e orgânico. Sua atenção a si mesmo e ao mundo que o rodeia se amplia e ele tem a oportunidade, pela primeira vez na sua existência, de perceber e reconhecer a realidade com pensamento mais crítico. A adolescência é um período de transformações físicas e emocionais que determinarão a definição da personalidade do indivíduo. O adolescente busca sua identidade interagindo com o meio social, seu grupo, seu contexto.

A mudança mais evidente é a nível de desenvolvimento físico, ocorrem transformações internas e externas. Com o disparar do relógio biológico, há uma grande atividade hormonal e glandular que leva ao amadurecimento sexual e à capacitação reprodutiva. As meninas geralmente amadurecem sexualmente mais cedo que os meninos.

As mudanças ocorrem, também a nível social. Os adolescentes tendem a ser bastante influenciados pelo grupo, temem não serem aceitos e valorizados pelos amigos, portanto, procuram agir de acordo com a maioria (Zagury, 1996)

*“Quanto ao desenvolvimento intelectual na adolescência, o ser humano exercita sua principal diferença dos outros animais, o raciocínio hipotético-dedutivo, permitindo generalizações mais rápidas, bem como compreensão de conceitos abstratos. (Zagury,1996)”* O que antes lhes era passível de aceitação rápida, torna-se questionável. Os princípios da sociedade, da religião, da política, da escola e da família são colocados em discussão, psicológica e socialmente. A tendência é a procura de novas alternativas, é transformar, exercitar uma capacidade recém adquirida, o raciocínio crítico.

A sociabilidade entre os adolescentes aumenta, embora a insegurança individual se intensifique. Na busca por sua identidade o adolescente precisa de tempo. Experimenta angústia, dificuldades de relacionamento, confusão e medo. Este conflito o coloca ora com o grupo, ora sozinho com seus pensamentos. É comum momentos de serenidade sucederem-se a outros de extrema fragilidade emocional, com demonstrações freqüentes de instabilidade. *“A insegurança que o adolescente sente pode apresentar-se como uma aparente ‘superioridade’ ou como uma total dependência.” (Zagury,1996)*

Esta fase do desenvolvimento humano, pode ser complicada e difícil também aos pais e educadores. Saber que os adolescentes passam por um período caracterizado por conflitos, e até perceber quais são estas dificuldades, pode não ser o suficiente para facilitar o convívio com eles e mesmo entre eles no próprio grupo.

O ambiente da escola, onde os jovens encontram-se com regularidade, é propício a debates e torna-se muitas vezes palco para demonstrações de auto-afirmações, tanto dos grupos, como individuais. O adolescente está atento as mudanças a sua volta, e o contexto reflete a ele suas possibilidades de desenvolvimento. A escola tem papel importante no despertar da curiosidade do aluno, facilitando sua inserção no contexto intelectual e econômico da sociedade.

No Brasil a taxa de evasão escolar é alta, sendo que as séries que apresentam maior freqüência de abandono são as primeiras do 1º grau. Na adolescência há, também, casos de abandono dos estudos por parte dos jovens. *Em geral não se trata de atraso ou deficiência, mas de uma impossibilidade de integrar-se a um determinado sistema escolar e tipo de ensino (Spitz,1997);* ou ainda a necessidade de ganho financeiro. A

dificuldade econômica exige que o jovem busque a independência financeira cedo. Para grande parte da população, o trabalho do adolescente contribui no orçamento familiar.

Em estudo realizado por Gomes, 1990 - p 60, em empresas do setor terciário do Distrito Federal,

*“os depoentes ingressaram cedo no trabalho...O ingresso no trabalho se deu de improviso, sem orientação e planos definidos. Carências econômicas foram o principal motivo de participação na população economicamente ativa, destacando-se também o desejo de independência. Apesar deste desejo, porém, o jovem continuou por um longo tempo dependente de sua família, que exigiu dele contribuição para sua renda, determinou quais dos membros deviam trabalhar, e estabeleceu, de modo geral, contatos informais indispensáveis à obtenção de trabalhos e empregos.”*

O adolescente está em fase de formação, e o que se percebe na sociedade brasileira é que são poucos os investimentos no sentido de permitir que eles possam continuar estudando, quando o trabalho se torna imperativo à sobrevivência. As oportunidades no mercado de trabalho são cada vez mais especializadas e exigem disponibilidade de tempo. A necessidade de trabalho acaba gerando o abandono escolar inicialmente, e conseqüentemente o despreparo para o crescimento no exigente mercado de trabalho. *“...Registrou-se ainda a tendência de quanto mais modestas as origens sociais dos jovens, menor ser a escolaridade e mais cedo e em posições menos vantajosas ocorrer a entrada no trabalho, (Gomes, 1990 -p 60) ”.* Outro motivo de abandono dos estudos, para a menina principalmente, são os casos de gravidez na adolescência. A adolescente grávida enfrenta muitos problemas com as conseqüências do nascimento de um bebê.

*“Existen diversos elementos que se manejan al respecto; por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, etcétera, lo cual, se arguye, se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza.” (Stern, 1997).*

Percebo que muitas adolescentes grávidas, em nosso meio, encontram-se sozinhas, são mães-solteiras, o que traz dificuldades de aceitação por parte da família e sociedade, bem como de sua adaptação às novas responsabilidades. Quando o pai da criança é também adolescente, geralmente não tem condições materiais e emocionais de assumir o filho, é comum, então, o casal mudar-se para a casa dos sogros exacerbando desajustes na família. Por outro lado, se o pai é mais velho, muitas vezes, já tem outra família e/ou outras prioridades. Continuar com os estudos estando grávida, exige um suporte emocional e financeiro. Decidir frente à situação de gravidez, exige uma segurança que os adolescentes ainda não possuem.

As mudanças sociais, no que concerne à sexualidade, ocorreram de maneira bastante rápida. As mulheres, no século XX, especialmente nos últimos cinquenta anos, conquistaram espaços que até então eram disputados somente pelos homens. Essas conquistas, de certa forma, foram acompanhadas de mudanças no pensamento e nas atitudes sociais. A mulher adquiriu maior autonomia e segurança própria; esse posicionamento vai de encontro à tradição patriarcal da sociedade, criando uma atmosfera de conflitos. Falar de sexo com os filhos é, hoje, uma necessidade; muitos pais e educadores se defrontam com dificuldades para encarar as mudanças na realidade social e existem diferentes abordagens em torno da problemática que muitas vezes se manifesta.

A mulher adolescente lida também com estes conflitos, junto a sua rede social. Ao se defrontar com uma gravidez, a menina vê-se numa situação de decisão importante - ter o filho e arcar com todas as responsabilidades, ou interromper a gravidez e arcar com todas as conseqüências.

*“Os adolescentes tomam decisões tendo por base o que pensam e querem. O que pensam sobre sexo é formado por um conjunto de informações, valores e modelos que vão obtendo no decorrer dos anos. Muitos destes modelos e valores tomam por base valores e modelos de pais e educadores. Mas os adolescentes não podem deixar de viver as suas vidas, à sua época, à sua realidade, como todos os jovens - como um dia seus pais e educadores o fizeram. (Zagury, 1996)”*



## Objetivo do estudo

*Descrever e Analisar o processo de mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente na Rede Básica de Saúde do Município de Florianópolis.*

A adolescência é um período de transição do “ser criança” ao “ser adulto” que vem acompanhado de muitas transformações físicas, psicológicas e sociais. É a fase em que se estabelecem novas relações do indivíduo com ele mesmo, com seu corpo e sua mente e com seu meio social.

A realidade da assistência de saúde a este grupo específico, requer uma reflexão para sua modificação, tanto no que se refere à possibilidade de finalização da gravidez com menor risco possível, como também, proporcionar subsídios para o desenvolvimento saudável da adolescente/mulher e do novo ser.

Uma das possibilidades assistenciais é representada pelo cuidado da enfermeira. Isto porque, enquanto prática assistencial, a Enfermagem desenvolve ações no sentido de diagnosticar, direcionar e promover a saúde dos indivíduos e da coletividade, passíveis de aplicação durante a gestação.

*“O campo de competência da Enfermagem, isto é, o domínio dos cuidados de Enfermagem, situa-se verdadeiramente na encruzilhada de um tríptico que tem como ponto de impacto o que diz respeito à pessoa, o que diz respeito a sua limitação ou à sua doença, o que diz respeito aos que a cercam e ao seu meio. ...Assim, o que determina a necessidade de assegurar cuidados de Enfermagem ...é a interrelação que existe entre as possibilidades, capacidades e recursos da pessoa, no período da trajetória de vida em que se situa, a dos que a cercam e do seu ambiente...(Colliere, 1989).”*

*“Cuidar é atender às necessidades do cliente contemplando aspectos psicológicos, biológicos, sociais e culturais, estimulando sua independência. (Zampieri, 1997).”*

O cuidado é o cerne do processo de trabalho da Enfermagem com o objetivo de aplicação de procedimentos, prevenção e promoção das melhores condições possíveis de saúde, assim como para a mediação relacional entre profissional e cliente.

A educação em saúde é um dos aportes enquanto prática de Enfermagem. O construtivismo, é freqüentemente uma das concepções de Educação; e seus princípios, são passíveis de aplicação na assistência de saúde, no processo de transformação que ocorre durante a gravidez, na adolescência.

*“As ações educativas em saúde constituem-se num dos principais instrumentos utilizados pela enfermagem.(Almeida et al.,1989 apud Monticelli, 1994)...instrumental que permita que os indivíduos compreendam a si mesmos enquanto cidadãos e membros sociais participativos, com direitos a adequadas condições de saúde e vida.(Monticelli, 1994).”*

As atividades educativas permeiam todas as etapas do processo de cuidar em Enfermagem. O cliente é percebido como parte de uma rede de intrincadas relações individuais e coletivas. Cabe à enfermeira reconhecer os caminhos para a promoção da saúde, onde o processo ensino-aprendizagem participativo pode ser um atalho no alcance deste objetivo.

*“Debemos ayudar a los estudiantes a que de sean capaces de tratar más eficazmente no sólo com individuos sino también com poblaciones de gente: poblaciones en riesgo debido a la etapa en que se encuentran del ciclo vital, grupos vivos, ocupación, estilo de vida, necesidades comunitarias y de salud-enfermedad.” (Hall,Weaver,1990).*

## A ADOLESCÊNCIA COMO PROCESSO

### 1.1 Conceitos

Entendidos os conceitos como palavras que expressam corretamente as forças que operam na natureza e se realizam como uma seqüência de estados de um sistema em constante transformação, em evolução. Na procura de clareza para “pensar” o tema de estudo, busquei sustentação teórica para minha maneira de perceber a temática, principalmente na leitura dos trabalhos de autores como: Mendonça, 1994; Takiuiti, 1994, Strasburger, 1992, Zagury, 1996, Hall, Weaver, 1990 e Capra, 1988, 1996.

Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS/1975),

✕ *“a adolescência se define como o período que transcorre desde a aparição das características sexuais secundárias (puberdade) até a maturação sexual e reprodutiva, o desenvolvimento de processos mentais e da identidade adulta, e a transição de uma dependência sócioeconômica total a uma independência relativa; corresponde ao período de vida situado entre 10 e 19 anos. com dois sub-períodos, de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos (ICRW, 1996)”.*

✕ É o período que se estende da terceira infância até a idade adulta, marcado por intensos processos conflituosos e persistentes esforços de auto-afirmação. Corresponde à fase de absorção dos valores sociais e elaboração de projetos que impliquem plena integração social (Ferreira, 1986). ✕

*Adolescente* é o ser humano “em acentuado desenvolvimento físico com fortes transformações internas e externas. Ocorrem também mudanças marcantes no campo

*intelectual, afetivo (Zagury, 1996)*”. O jovem adolescente busca sua própria identidade em meio a mudanças físicas, emocionais e das relações sociais a sua volta.

*Processo de desenvolvimento humano* são mudanças intermitentes e interdependentes que fazem parte do crescer e desenvolver do ser humano. A adolescência se manifesta como um tempo de desenvolvimento qualitativo do pensamento, surgimento do raciocínio hipotético dedutivo, crescimento rápido com mudanças físicas importantes, amadurecimento sexual e também modificações a nível social.

*Desenvolvimento saudável* é o desenrolar do processo de desenvolvimento na qualidade individual e coletiva, manifestando-se nas interrelações sociais. Apresenta-se na forma positiva do enfrentamento das situações da vida, reflete-se no indivíduo e na rede social, facilitando mudanças e transformações compartilhadas.

*Rede social* são as pessoas e/ou grupos organizados ou não, que de alguma maneira, direta ou indiretamente, influenciam a gestante durante o processo de gestação até o seu término. Incluem-se o parceiro, família, amigos, colegas de trabalho e profissionais dos serviços de saúde e os demais componentes da sociedade que interagem com ela durante o pré-natal, parto e puerpério, no contexto da vizinhança, na maternidade ou centro de saúde, na escola e ainda aqueles que compartilham com ele algum interesse comum.

## **1.2 Ciclos ou perspectivas de mudanças**

Ciclo vital congrega os estágios de desenvolvimento físico e psicológico do ser humano, sendo a concepção e período de gestação o primeiro deles, seguido do nascimento, infância, puberdade, adolescência, maturidade, velhice e morte.

✕ A adolescência é uma fase na vida do ser humano caracterizada por transformações físicas, psicológicas e sociais que ocorrem em um sentido crescente de desenvolvimento, é um ciclo vital específico. A gravidez é uma possível etapa no ciclo vital normal da mulher. A adolescente grávida vivencia todas as características do ciclo vital da adolescência com as particularidades do processo gestação. Podemos dizer que

ocorre sobreposição de etapas do desenvolvimento normal da mulher em um só período, acarretando peculiaridades tanto para a experiência pessoal como para o acompanhamento de saúde que se faz necessário.

Os diferentes estágios na vida do ser humano não se apresentam dentro de um padrão fixo; existem certas características que se repetem igualmente, mas cada indivíduo vai apresentar o seu padrão de desenvolvimento conforme suas próprias condições e do meio em que se encontra. Os ciclos ou perspectivas de mudança na vida humana ocorrem de forma evolutiva e contínua, onde o que muda é incorporado à vivência individual e coletiva.

A gravidez, um processo mental, físico e social, que faz parte do ciclo vital da mulher, *tem início no nascimento da mulher e segue por toda a vida enquanto ela menstrua (Ciari, 1978).*

Esse processo, pressuponho, inclui não somente a mulher gestante, mas toda a rede social que está a sua volta - companheiro, família, trabalho, sociedade, serviço de saúde - considerando-se o conjunto de interrelações sociais daí decorrentes. Por conseguinte, toda a vida da mulher é base para o processo gravídico, e, portanto, a atenção a saúde da mulher deve ser ofertada de forma continuada e integral.

O período de gestação pode culminar com a satisfação da mulher e sua rede social, pela vinda de um bebê vivo ou não, assim como, com a morte da mulher e sobrevivência do recém-nascido. Este fato, sendo previsto e compreendido por todos os envolvidos no processo, propiciará qualidade e resolutividade no acompanhamento pré-natal, bem como, favorecerá as futuras intervenções, se necessárias.

Tornar-se mãe e pai carrega muitas mudanças. Os papéis se alteram constituindo uma nova vida, e muito especial. A vivência consciente destas transformações amplia as potencialidades e bem-estar dos envolvidos, podendo, por outro lado, em determinadas circunstâncias, gerar crises e alterações sociais graves. O ciclo gravidez/parto/puerpério é um processo que exige uma série de adaptações físicas, psicológicas e sociais.

Segundo Monticeli (1994), as relações que se estabelecem durante o processo de nascimento, ajudam a família a incorporar a nova situação, contribuindo para a

socialização, ajudando a preparar as pessoas para a mudança de papéis e para receber o novo ser humano dentro da cultura.

A gravidez, ao longo da história da humanidade, tem sido concebida de diferentes maneiras; ora, como algo específico individual da mulher, ora, segundo Maldonado (1996), como um processo familiar. Segundo Michel Odent (1982), a gravidez é, com frequência, vivida como uma doença. Sheila Kitzinger (1987), diz ainda, que, em nossa sociedade, não é apenas a gravidez que é vivida como uma doença, mas também a própria mulher grávida é tratada como “doente”, sendo objeto de cuidados médicos constantes como alguém que sofre de uma deficiência.

Pais e companheiros necessitam de oportunidades e apoio para participação ativa no processo de gravidez. Experiências em maternidades como da Leila Diniz, no Rio de Janeiro, do Hospital São Pio X em Ceres, Goiás, e em Florianópolis, da maternidade do Hospital Universitário, UFSC, têm evidenciado maior empenho e tranquilidade do casal por ocasião do nascimento; desta forma, contribuem para minimizar complicações físicas e psicológicas.

*“Colocar estes novos conceitos em prática, numa instituição pública não é tarefa fácil. Caminhar no sentido da educação, contribuindo para a formação da cidadania, onde o casal torna-se agente da própria saúde, exige uma mudança política e cultural. Mas ao se concretizar contribuirá, certamente, para um avanço importante na saúde e na qualidade de vida” (Bertoldo et al, 1996).*

A interação da gestante com seu processo de gestação poderá ser facilitada se o Serviço de Saúde tiver uma concepção filosófica que entenda a gestação como um processo em desenvolvimento, estágio normal no ciclo vital da mulher. Isto pressupõe relações de interdisciplinaridade entre os profissionais envolvidos, favorecendo atitudes positivas e saudáveis nos atendimentos. Criar uma nova mentalidade, rever e ampliar a consciência de usuários e profissionais no atendimento à saúde da mulher é um processo de conquista que deve ser experimentado.

### 1.3 Sexualidade e gravidez na adolescência

A sexualidade e a gravidez da adolescente é percebida e vivida por ela e pela rede social da qual ela faz parte. Esta vivência ocorre a partir do próprio nascimento. A menina traz consigo a sua bagagem genética e sofrerá influências da família e do meio em que vive.

A livre afirmação do “ser adolescente” é a princípio dialética, pois o processo transcorrido na adolescência é de rápida transformação física, emocional e mental. Para exercer a livre vontade que enriquece e fortalece o ser humano, muitas vezes, o adolescente entra em conflito consigo mesmo, com o grupo, com a família, a comunidade, o serviço de saúde. Sua personalidade está se projetando além dos alicerces, já aparece com estrutura própria. A concomitância dessa situação com o processo de gravidez estimula mais fortemente a necessidade dos adolescentes de enfrentar a responsabilidade por seus próprios atos, antecipando a maturidade.

As decisões sobre sexo que o adolescente toma, tem por base o que pensam sobre o assunto e o que querem. O que pensam sobre sexo é formado por um conjunto de informações, valores e modelos que vão obtendo no decorrer dos anos. Muitos destes modelos e valores tomam por base os modelos e valores dos pais. Importante considerar que o adolescente vive a sua vida, na sua época e realidade, como todos os jovens, como há poucas épocas atrás viveram seus pais.

Nos serviços de saúde, a assistência é organizada à criança ou a mulher, ficando o jovem adolescente sem uma referência especializada.

O Censo de 1980 mostrou que no país, existiam 700 mil mulheres com menos de dezenove anos que já eram mães, representando 60% a mais que em 1970. Observo, entre as adolescentes que atendo, que muitas engravidam sem conhecer sua anatomia e fisiologia e que outras não fazem o pré-natal.

A Pesquisa Nacional sobre Saúde Materno Infantil e Planejamento Familiar, PNSMIPF Brasil 1986, aponta que o não-uso de métodos anticoncepcionais entre adolescentes se deu, também, por razões como: “achava que não podia ficar grávida” (8%), “não quis/não gostava”(6%), “desejava engravidar”(6%). O uso de método

anticoncepcional pela 1ª vez, no grupo etário de 15-19 anos, somente ocorreu em 12% da população. A mesma pesquisa, realizada em nove estados brasileiros, incluindo a região sul, mostrou, entre outros dados, que não houve, nos últimos anos, nenhum declínio da fecundidade entre as mulheres de 15 a 19 anos. De acordo com as taxas atuais, duas entre cada cinco mulheres nesta faixa etária, deverão ter um filho ao chegarem à idade de 19 anos.

*“É importante observar as variações regionais e sócio-econômicas das taxas de fecundidade no Brasil. As mulheres das áreas rurais têm em média dois filhos a mais que as mulheres das áreas urbanas. A fecundidade é mais alta no Nordeste (5,2) que no Rio de Janeiro (2,6). A fecundidade em São Paulo e no Sul é também relativamente baixa (2,9 e 2,8 respectivamente. (...) Existe também um significativo diferencial de fecundidade, segundo o grau de instrução da mulher. O número de filhos decresce progressivamente, conforme o aumento da instrução. Mulheres que possuem mais do que o primário completo, têm em média 2,5 filhos, enquanto mulheres sem nenhuma instrução têm quatro filhos adicionais, perfazendo um total de 6,5 filhos (PNSMIPF, 1986)”.*

*“A taxa de fecundidade total das mulheres brasileiras foi de 2,5 filhos por mulher para o período aproximadamente de 1993-1996. (...) A TFT das mulheres residente nas áreas rurais foi de 1,2 filho a mais do que as mulheres residentes nas áreas urbanas (3,5 e 2,3 respectivamente (PNDS 1996)”.*

Segundo a PNDS 1996, no geral, 18% das adolescentes já haviam iniciado a vida reprodutiva, e entre as mulheres de 19 anos, uma em cada três esteve grávida alguma vez. Assim a fecundidade das mulheres mais jovens deverá ser considerada no desenvolvimento de políticas de saúde reprodutiva.

O Perfil Epidemiológico de Recém-Nascidos de Mães residentes em Florianópolis, segundo Declaração de Nascidos Vivos/1994, um percentual de 16,8% em gestações na adolescência (menores de 20 anos), demonstra que considerado alto, (França et al, 1995). Estas autoras ao associarem as variáveis peso do recém-nascido e idade da mãe, observaram que a maior incidência de baixo peso ao nascer, ocorreu com os filhos de



mulheres com idade de 35 anos e mais (12,6%), seguido das mães adolescentes (9,3%), enquanto, as mães com idade entre 20 e 34 anos corresponderam a 6,5.

A idade na qual se inicia a vida reprodutiva, além de ter conseqüências demográficas importantes, pode afetar também a saúde da mãe e da criança. Em muitos países, o adiamento do primeiro filho, refletindo um aumento na idade ao casar, tem contribuído para o declínio da fecundidade. A proporção de mulheres que se tornam mães antes dos 20 anos de idade revela também, a magnitude problema na adolescência, refletindo-se no cenário internacional. (PNDS 1996). A pesquisa mostra que ocorre uma ligeira diminuição na idade mediana do primeiro filho, relacionada ao fato de que uma maior proporção de mulheres está, mais recentemente, tendo filhos antes dos 17 anos (16% entre as mulheres, na época da pesquisa, com 20-24 anos e 10% entre as mulheres com 40-44 anos). Quanto às razões dos riscos de mortalidade associados ao comportamento reprodutivo, à variável idade da mãe menor que 18 anos está associado risco de 24%, segundo a PNDS 1996.

Atualmente, tende-se a considerar, além dos riscos médicos, aqueles determinados por complexas razões sociais, econômicas e culturais como fontes de tensão para o adolescente e seu círculo familiar, (Motta e Silva, 1994). Particularmente no caso de mães solteiras, observou-se que precipita e amplia uma série de acontecimentos que se combinam para desorganizar a harmonia do desenvolvimento pessoal da adolescente e da sua vida familiar (OMS, 1975).

*“...más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales, como extensos sectores de la población rural, debido a que estos embarazos forman parte de su modo de vida, de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia. Para otros, como el sector marginal urbano, porque los embarazos en adolescentes son vividos como una salida -así sea falsa en muchas ocasiones- a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, etcétera, como lo muestran diversos estudios, (Stern, 1997).”*

Entre as gestantes que atendi, já me foram relatados casos de gravidez desejada por ser “aquilo que se espera da menina que se torna mulher”, bem como, casos de abuso sexual por parte de pais ou padrastos, quando a gravidez então se torna uma alternativa para o alcance de maior respeito.

Segundo a PNDS, 1996, com o aumento da idade, a porcentagem de adolescentes e jovens adultos que freqüentam a escola cai, chegando a 19% no grupo de 21-24 anos de idade. Com relação ao sexo, nota-se que existe uma proporção maior de mulheres freqüentando a escola. Em pesquisa realizada com adolescentes matriculados em escolas públicas ou particulares de 1º e 2º Grau e em instituições universitárias, a maior parte (46.6%) relatou ter tido a primeira relação sexual com 14 anos. O mesmo estudo mostra que 93% dos adolescentes entrevistados, de ambos os sexos, referiram ter conhecimento de métodos anticoncepcionais, e que das adolescentes que já haviam tido relações sexuais, 17% engravidaram. (Baptista Neto, 1992).

#### **1.4 Ética, direitos e deveres do adolescente**

A saúde do Ser - mulher, adolescente e grávida - passa por diferentes aspectos, que interferem nos processos vitais em curso, contribuindo para percepção individual e interação no seu coletivo social de maneira transformadora.

O modelo de assistência à saúde vigente encaminha suas ações com a visão biomédica das situações de saúde e enfermidade, reforçando os aspectos curativos em detrimento aos preventivos e educativos.

A sistematização de conhecimentos e a organização da categoria na evolução histórica da Enfermagem, traz maior responsabilidade ética e legal ao exercício profissional. A discussão dos aspectos éticos e legais que envolvem a assistência de Enfermagem vem ao encontro dos direitos constitucionais da equipe e da clientela. O atual Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, aprovado em 1993, revela compromisso com a melhoria da assistência à saúde da população. Já no seu preâmbulo: “o aprimoramento do comportamento ético do profissional passa pelo processo de

construção de uma consciência individual e coletiva, criada pelo compromisso social e profissional configurado pela responsabilidade no plano das relações de trabalho, com reflexos nos campos técnico, científico e político”; entendendo-se daí que a assistência não se resume à competência técnica, indo além, às questões sociais e políticas (Pavelqueires et all, 1994).

O trabalho da Enfermagem, com seu saber específico entrelaçado a outros saberes como o da Antropologia, Filosofia, Sociologia, Psicologia Social...desenvolve ações que se dão na relação entre pessoas. Assim como a humanidade, não se faz no isolamento, ele é sempre compartilhado com outros sujeitos ( Capella et all, 1994).

A gestante adolescente, como todo o ser humano, teoricamente tem liberdade para optar. Portanto, a equipe de Enfermagem na assistência pré-natal deve ter clareza de que as gestantes têm o direito de autonomia sobre seu processo de vida. Frente à realidade individual do processo de gestação, a Enfermagem coloca possibilidades de escolha.

A lei registra os direitos da criança e do adolescente e a quem cabe cuidá-los. A Legislação define na Constituição Federal, Art. 227-1988:

*“É dever da família, da sociedade e do Estado, assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.”*

A Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente(Ministério da Saúde/Ministério da Criança -1991, reeditado no Estatuto Municipal/PMF -1994) e é na observância da lei que promovemos a liberdade do Ser.

É na execução de seu projeto de vida que os seres humanos exercitam a liberdade, precisam ser livres para executá-lo. *“O caminho sempre terá percalços, encruzilhadas, nos obrigara a renúncias, enfim, nos dará mil oportunidades de decidir o que fazer para perseguir o ideal (Teles, 1996)”*.

Para o exercício da liberdade é preciso responsabilidade. A Enfermagem é responsável pela promoção da saúde da adolescente grávida que busca a assistência pré-natal. Não cabe à enfermeira o direito a imposições, controle e decisões sobre a vida da adolescente e sim, manter um diálogo interativo, de modo que, quem recebe a assistência, receba subsídios para escolhas próprias, particularmente, quando os fatores de risco são evidentes.

## ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A ADOLESCENTES GRÁVIDAS

### 2.1 Histórico da Assistência à Saúde da Mulher

A assistência à saúde das mulheres e crianças tem origem no contexto familiar, realizada por mulheres ou por sua coordenação. Assim, também, a história demonstra acerca do acompanhamento e assistência ao parto, consagrando-as à época, como tarefas femininas, transmitidas de geração a geração através das mulheres.

Ampliando a retrospectiva histórica, verifica-se que foi entre o século XVIII e XX que se configurou um sistema médico de saber e poder, e, o corpo das mulheres, lugar da função reprodutiva, tornou-se objeto de controle rigoroso pelas práticas médicas. Desse modo, o estímulo à alienação e ao desconhecimento do corpo feminino, foi um dispositivo de controle utilizado pela sociedade capitalista, através de seus especialistas - os médicos - que monopolizavam o saber e ditavam as normas (Xavier, 1986, citado por Nogueira, 1989). No século XIX, com as descobertas e novos posicionamentos da sociedade, em particular na área das ciências da saúde, começam a surgir referências à assistência pré-natal fora da família e do controle das mulheres. Numa época, quando o Estado intervém no controle populacional, a ginecologia, a obstetrícia e a puericultura se fortalecem, enquanto especialidades, a fim de promover a higidez da população, garantindo assim a produção do capital.

No Brasil, a assistência à saúde da mulher e da criança ganha destaque na década de 50, quando o governo brasileiro firma acordos e convênios com os Estados Unidos e outros países para as relações de comércio exterior.

*“Na década de 70, estudos realizados pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS) ressaltam a necessidade de se dar maior ênfase às ações preventivas, à saúde comunitária e aos programas assistenciais e educacionais (Marcon,1989).”* A partir daí a assistência materno-infantil é considerada ponto chave no planejamento e execução de políticas de saúde.

Em 1975, passa a ser implantado o Programa de Saúde Materno-Infantil no qual as ações voltam-se basicamente para o acompanhamento pré-natal, o controle dos partos domiciliares e do puerpério.

Na década de 80, já dentro do movimento da Reforma Sanitária, que objetivava a implantação do Sistema Único de Saúde (SUS), o enfoque da atenção à saúde da mulher foi ampliado, incluindo a assistência a patologias ginecológicas, gestações de risco e planejamento familiar. Neste sentido, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM/MS/1983) começa a se caracterizar, dentro de uma assistência primária de saúde, pela maior responsabilidade dos Municípios e dos Estados, pela regionalização e hierarquização de ações, e, pela delegação de funções entre as equipes de saúde (Marcon, 1989).

*“Entende-se por Programa de Saúde o planejamento da captação da demanda a fim de controlar ou minimizar os riscos à saúde. Os programas partindo de necessidades determinadas pelo quadro epidemiológico devem ser horizontalizados, abolindo desta forma, as linhas de mando específicas e de recursos orçamentários com destinação exclusiva (Costa, 1992).”*

O PAISM, criado em 1983 pelo Ministério da Saúde, constituiu-se num modelo de assistência para atender as necessidades globais da saúde feminina. As diretrizes do Programa ficaram definidas no documento “Bases para Ação Programática”(MS/1983). Considerou-se aí o conjunto de atividades específicas para o atendimento de um determinado quadro epidemiológico. *“Assim definidas as ações de saúde, pretendia-se preservar o sentido da integralidade exposto na proposta para a política de saúde da mulher e ao mesmo tempo valorizar o referencial epidemiológico para a programação de saúde (Costa, 1992).”*

Na realização de um planejamento local das ações de saúde, deve-se considerar, além dos critérios epidemiológicos, outros organizativos e administrativos. Neste sentido a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em Brasília, 1986, reuniu segmentos representativos da sociedade brasileira, definiu os princípios básicos para a formulação de um novo sistema de saúde, apontando para a criação do SUS - Sistema Único de Saúde, com cobertura universal dos serviços e organizado de forma descentralizada, hierarquizada, sob comando único nos níveis federal, estadual e municipal, valorizando os indicadores epidemiológicos regionais, evitando a multiplicidade de ações. O discurso preconiza o fortalecimento do setor público, disciplinando e racionalizando os recursos disponíveis. *“A construção deste sistema começa a se processar no nível institucional através das Ações Integradas de Saúde (AIS), em 1986, e dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), em 1987, garantidos pela nova Constituição Federal de 1988 (Nogueira, 1994).”*

Percebe-se a assistência pré-natal, ainda hoje, centrada no diagnóstico e tratamento de patologias intercorrentes no período gestacional, em um sistema onde ocorre falta ou precariedade de atendimento; faltam equipes multiprofissionais sensibilizadas e treinadas, além de deficiências de recursos materiais. Argumenta-se sobre diferenças quanto a riscos de complicações e intercorrências no período perinatal, conforme a classe social da gestante. Os fatores socio-econômicos, são muitas vezes, determinantes no desenvolvimento do processo de gestação, *“ditando normas de acesso (ou barreiras), atendimento de baixa qualidade e violência institucional entre outras. (Nogueira, 1994)”*.

Os dados do Ministério da Saúde (1988), confirmam a gravidade dessa situação: apenas 19% dos estados brasileiros apresentam cobertura de pré-natal acima de 40%; somente 53% das grávidas têm um acompanhamento pré-natal de quatro consultas durante a gestação; 9,7% das mortes maternas, no Brasil, resultam de complicações decorrentes do aborto provocado; 44,1% dos partos realizados nos hospitais públicos e conveniados do INAMPS foram cesarianas e grande parte delas realizadas por meio de indicação abusiva; e, cerca de 60% da mortalidade infantil no País é devida a causas ligadas à gestação e ao parto, de acordo com Nogueira(1994).

*“O princípio de integralidade, um dos mais importantes do SUS, pode assegurar às mulheres o direito à assistência à saúde; dos níveis mais simples aos mais complexos; da atenção curativa à prevenção, permitindo também a compreensão e abordagem da mulher e do indivíduo na sua totalidade e das coletividades em suas singularidades (Costa, 1992).”*

Para a operacionalização deste princípio, é imprescindível que exista uma rede de assistência à saúde hierarquizada, com sistemas de referência e contra-referência formalizados, e ainda, a garantia de recursos materiais e humanos apropriados.

*“Carvalho(1991) propõe um conceito de integralidade para além da assistência ou da atenção integral. Essa idéia só pode tomar corpo quando os serviços de saúde se perceberem parte da rede social na qual estão seus clientes inseridos. A partir disto, ter claro o compromisso de compartilhar direitos e deveres profissionais com a clientela, favorecendo a participação para o planejamento e implantação de ações de saúde.”*

Para a aplicação prática do conceito de integralidade na assistência pré-natal, há que se observar os seguintes aspectos conceituais: o modelo de assistência deve promover e aplicar ações complementares, contínuas e interdisciplinares. Complementaridade significa o atendimento integral da gestante desde o nível preventivo ao curativo, dentro de uma estrutura hierarquizada de referência e contra-referência; a continuidade é dada como garantia dos atendimentos e encaminhamentos feitos durante a assistência de saúde no processo de gestação; e a interdisciplinaridade é manifestada no conjunto de relações profissionais entre os membros da equipe de Enfermagem.

Há que se destacar, ainda,

*“os riscos na assistência à saúde da mulher como possíveis causas de mortalidade perinatal em muitos municípios do Brasil associadas a traumatismos ocorridos no parto, as complicações obstétricas maternas que afetam o bebê, os partos distócicos, as hipóxias intra-uterinas e a asfixia ao nascer que estão em primeiro lugar, evidenciando a precária atenção pré-natal.” (Nogueira, 1994).*

Resultados da Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde (PNDS/ 1996), considerando o percentual dos nascidos vivos nos últimos cinco anos, na Região Sul,



quanto ao número de consultas pré-natal, 6,3% não realizaram pré-natal, 4,6% realizaram de 1-3 consultas, 21,3% realizaram de 4-6 consultas e 65,2% realizaram 7 ou mais consultas. Outro dado da mesma Pesquisa é de que dos atendimentos pré-natais da Região Sul, 91,2% foram realizados por médicos e 2,0% foram realizados por enfermeiras. Estes dados nos fazem pensar sobre a qualidade do pré-natal oferecido, já que o índice de mortalidade materna em nosso país é um dos maiores do mundo.

No Brasil, há um risco de 141 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos; aproximadamente 30 vezes maior que o observado em países desenvolvidos, como por exemplo, no Canadá, onde este mesmo risco é de 4/100.000. Em Seminário Regional realizado no México, em 1990, um dos grupos de trabalho de que fazia parte o Brasil, identificou vários problemas principais associados à mortalidade materna; entre eles: baixa cobertura pré-natal, pouco interesse na humanização do parto, aumento do número de cesarianas, sistema de informação inadequado e educação para a saúde deficiente.

Percebem-se no nosso meio, alguns dos problemas citados e ainda aumento do número de mulheres jovens que se tornam mães durante a segunda década de vida. Como consequência da gravidez na adolescência, muitas vezes, registra-se maior morbidade e mortalidade materna, baixo peso ao nascer e prematuridade; riscos mais elevados quanto ao crescimento e desenvolvimento infantil, salientando ainda, os desajustes sociais que a situação pode trazer. Estas dificuldades e complicações podem ser minimizadas quando acompanhadas por uma atenção pré-natal adequada. Na maternidade do Hospital Universitário/UFSC, 86,6% das mulheres que deram à luz tinham realizado pré-natal; destas 26,4% eram adolescentes até 18 anos. (Dados divulgados em reunião de serviço, PMF/HU, 1998).

Com relação ao tipo de parto, pesquisa feita junto à Diretoria de Inspeção e Assistência à Rede de Saúde, da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina, constatou-se que o índice de cesarianas, no município, é de 29,35%, sendo que a maternidade do Hospital Regional registrou 36,31% e a Maternidade Carmela Dutra 29,35% (Diário Catarinense 2/4/95). De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS), não existe justificativa médica para um nível de cesarianas maior do que 15%. A

Maternidade do HU/UFSC, em dois anos de funcionamento, está apresentando índice de cesarianas em torno disto; e, a incidência de parto de cócoras, tem aumentado.

Estudos e experiências demonstram que a implantação de um Sistema de Vigilância Epidemiológica da Mortalidade Materna e instalação de Comitês de Morte Materna são medidas estratégicas para a redução do índice das mortes que, segundo a OMS, são em 90% dos casos, evitáveis.

As estratégias tradicionais não foram capazes de satisfazer as necessidades de saúde e, atualmente, se reconhece que o trabalho integrado entre as disciplinas produz avanços conceituais e otimização dos recursos para melhorar a qualidade da atenção de saúde. Mesmo assim, parece que muitas das experiências ainda não conquistaram maturidade e solidez para constituir-se em modelos de novas propostas. As explicações para isto são muitas. Entre elas, algumas se relacionam à falta de clareza de conceitos e pressupostos básicos, outras com os interesses dos profissionais de todas as áreas envolvidas para se manterem separados, e outras, ainda, com a falta de formação para o trabalho em equipe ( Horwitz, 1995).

Conforme salienta Costa (1992), as práticas educativas, tão necessárias à assistência, constituem-se no processo de reconstrução da identidade; é através dele que as mulheres poderão estar habilitadas a participar como agentes na garantia de seus direitos.

## 2.2 Conceitos

*A Enfermagem* é uma profissão a serviço do ser humano.(indivíduo, família e grupos sociais) que exige um corpo de conhecimentos próprios, sistematizados cientificamente, a ser utilizado na promoção, proteção e recuperação da saúde. Atua em todos os níveis de organização dos serviços de saúde e considera fundamental a atuação interdisciplinar em equipe multiprofissional, desenvolvendo ações no sentido de diagnosticar, direcionar e promover a saúde integral dos indivíduos e da coletividade, passíveis de aplicação durante a gestação. Citando Nightingale, 1989, “*a Enfermagem é*

*uma ciência e uma arte que tem por objetivo propiciar ao ser humano as melhores condições para que seu poder vital possa ser potencializado para um viver saudável”.*

*Assistência de Enfermagem pré-natal* é o conjunto de ações específicas de Enfermagem para captação, acolhimento e atendimento em consultas individuais ou em atividades de grupo educativo de gestantes, durante o processo de gravidez. As ações de Enfermagem caracterizam-se por: complementaridade - atendimento integral da gestante desde o nível preventivo ao curativo dentro de uma estrutura hierarquizada de referência e contra-referência; continuidade - a garantia dos atendimentos e encaminhamentos feitos durante a assistência de saúde no processo de gestação; a interdisciplinaridade - manifestada no conjunto de interações profissionais entre os membros da equipe de saúde.

*A adolescente grávida* é o sujeito em processo de gravidez, contextualizado no seu meio ambiente, inserido no serviço de saúde. A adolescente grávida, na sua rede social, é a base para o planejamento da assistência de Enfermagem.

*Processo saúde-doença* - expressão do processo vital nos seres humanos, “fenômeno de totalidade, possuindo sua própria unidade; em continuidade de mudança, sendo inseparável do ambiente” (Rogers, 1970).

Ainda, considerando os pressupostos de *Nightingale*, 1989, a doença é um processo restaurador que a natureza instituiu - não vê a saúde como o oposto da doença, mas sim como a capacidade do ser humano em usar bem qualquer poder que possui - *poder vital*. A gravidez é um estágio natural no ciclo de vida da mulher, caracterizado por processo de mudança e transformação, não sendo portanto, doença ou desequilíbrio das funções vitais a não ser que apresente complicações.

*Meio ambiente* é o espaço físico, cultural e social onde se desenvolvem as relações humanas, no “processo contínuo, mútuo e simultâneo de interação entre os campos humano e ambiental” (Rogers, 1970). O meio ambiente é o contexto onde o indivíduo se encontra - o mundo em redor. A família, a vizinhança, os serviços que utiliza, a escola, a igreja, ou seja é o espaço que influencia e é influenciado por ele durante o seu processo vital..

O reconhecimento do meio ambiente específico tem relevância para o planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de assistência de Enfermagem, até porque ele dá sentido ao espaço de vivência da mulher e contribui para apreender sua condição sócio-econômica.

### **2.3 Assistência de Enfermagem à mulher no Município de Florianópolis**

O Município de Florianópolis, segundo o Censo Demográfico do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), 1996, é formado por um total de 271.281 habitantes. Faz parte da Administração Municipal a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social.

O Serviço de Saúde Pública do Município de Florianópolis administra uma rede municipal de saúde que conta hoje com 47 Centros de Saúde. Destes, 31 são Centros de Saúde I (CS I), que oferecem serviços médicos de clínica geral e atendimentos básicos de Enfermagem; 16 são Centros de Saúde II (CS II), que servem de referência, na rede, para ginecologia, obstetrícia, pediatria e puericultura; e ainda, 2 Policlínicas com oferta de serviços especializados.

Todos os CS II da rede municipal possuem, no seu quadro funcional, médicos que fazem atendimentos em clínica geral, obstetrícia e pediatria; dispõem de enfermeira, odontólogo, auxiliares e técnicos de Enfermagem, pessoal administrativo e de limpeza.

Em relatório de supervisão realizado pelo PAISM/PMF, em 1989, salientou-se a inadequação, a nível de organização, do Sistema de Saúde por conta da desarticulação, tanto do planejamento quanto da operacionalização programática, entre as instituições municipais, estaduais e federais e seus vários níveis de atenção, resultando na ausência de um sistema de referência e contra-referência capaz de ordenar as competências de cada nível prestador de serviços e de orientar a demanda.

Nos últimos anos, várias tentativas já foram empreendidas no sentido de organizar e implantar ações de atenção à saúde da mulher e da criança, como a seguir destaca-se:

1978 - Atenção à saúde da gestante e mães de crianças de 0-1 ano;

1983 - Programa Materno-Infantil, que amplia a atenção à mulher de 15 a 49 a;

1985 - Promoção da Saúde da Mulher e da Criança - PAISMC;

1987 - Plano de implantação e implementação do PAISMC;

1988 - Obtenção de financiamento do Ministério da Saúde para treinamento de pessoal no PAISMC;

1989 - Obtenção de recursos financeiros do Ministério da Saúde para supervisão do PAISMC;

1990 - PAISM, considerado implantado na rede de saúde do Município de Florianópolis, definindo-se 9 Unidades Básicas de Referência para desenvolvimento completo das ações recomendadas, com alcance para toda a demanda dos serviços básicos municipais; realização de reciclagens e treinamentos aos profissionais envolvidos;

1991 - Municipalização, com a absorção de parte dos ambulatórios de gineco-obstetria e de pediatria do setor público.

Desde então, esforços tem sido dispensados, ainda sem regularidade, no intuito de implementar e de adaptar as ações assistenciais à realidade institucional, que apresenta muitas dificuldades e entraves administrativos e políticos.

Nas supervisões realizadas, constatou-se que, quanto às atividades desenvolvidas pelo pessoal de Enfermagem, tanto assistenciais como na comunidade, estas se mostram desintegradas do contexto global de atendimento. O trabalho efetivo do pessoal de Enfermagem (Enfermeiras, Técnicos, Auxiliares e Atendentes) na assistência à gestação deveria ser pautado na interdisciplinaridade adquirida através de sensibilizações, reciclagens e treinamentos contextualizados no processo de vida e saúde especial do período gestacional.

Verificou-se, também, nas supervisões, que as enfermeiras na realização de ações assistenciais e educativas, não têm por hábito fazer registros. Os boletins de atendimento e prontuários mostram anotações de dados mínimos da consulta ou atividade desenvolvida junto à clientela.

Entre as dificuldades apontadas pelas enfermeiras para o desenvolvimento de atividades educativas destacam-se: espaço físico deficiente, envolvimento com outras tarefas assistenciais e burocráticas e falta de treinamento específico.

Nas ações educativas, conta-se às vezes, com a participação de outros profissionais como nutricionistas, assistentes sociais e psicólogos.

A Consulta de Enfermagem foi oficialmente estabelecida como atividade profissional nos Centros de Saúde do Município em 1991; desde então, tem-se visto o empenho de algumas enfermeiras em valorizar e aperfeiçoar esta ação, mesmo encontrando certa resistência para sua execução da parte de outros profissionais da equipe de saúde.

Quanto a atividades de recepção e triagem, apresentaram-se como não satisfatórias, principalmente no que se refere ao relacionamento, abordagem e à rotina de identificação e inscrição das clientes.

As enfermeiras da Rede Municipal, no atendimento à mulher realizam assistência ao pré-natal e ao puerpério, coleta de exames preventivo do câncer ginecológico, orientação para o auto-exame de mamas, planejamento familiar e orientação quanto a DSTs.

Na realidade municipal, a assistência de saúde no pré-natal ainda não responde às reais necessidades. Não há uniformidade nos atendimentos, cada Centro de Saúde, cada profissional trabalha de maneira distinta, as normas preconizadas pelo Ministério da Saúde para o atendimento ao pré-natal de baixo risco, não são plenamente observadas; a padronização de condutas clínicas ou uso de medicamentos não são seguidas por todos os profissionais.

Apesar de já terem ocorrido supervisões e avaliações do serviço de atenção à mulher, estas não ocorrem com frequência regular; e, há pouco *feedback* a nível local, por dificuldades administrativas e políticas. Mesmo após vários treinamentos, reciclagens e aperfeiçoamento do pessoal envolvido na atenção pré-natal, principalmente médicos e enfermeiros, as ações continuam sendo realizadas sem integração interdisciplinar efetiva. O pessoal auxiliar e técnico de Enfermagem é pouco incentivado para atuar em atividades

específicas do pré-natal. Geralmente, fazem a triagem das clientes ( verificação de PA, peso, altura ) interagindo muito pouco com o processo de gestação. Isso vem contribuir para aumentar a distância entre as clientes e o serviço de saúde, além de subaproveitar e reconhecer a importância destes profissionais no atendimento de saúde, durante o período pré-natal. Acrescente-se ainda que, cursos e reciclagens destinados a este pessoal são menos frequentes e desvinculados da realidade de trabalho da equipe local.

Além disso, em nosso meio, as atividades educativas são pouco valorizadas. O espaço físico para estas ações normalmente não é previsto e acaba sendo improvisado. Estas ações são, na maioria das vezes, individualizadas, desenvolvidas por enfermeiras (consultas de Enfermagem e grupos educativos), vinculadas à consulta médica, sendo pouco consideradas pelos outros profissionais da equipe - inviabilizando, muitas vezes, o atendimento integral.

Outro componente importante é a grande evasão e rotatividade de profissionais do quadro efetivo do serviço público, principalmente, em função dos baixos salários, pouca motivação e condições de trabalho.

Periodicamente, ocorrem tentativas para organização, hierarquização e implantação de rede de referência e contra-referência na assistência pré-natal. Entretanto, a maioria delas não alcança a efetivação de um sistema resolutivo. Muitos dos encaminhamentos neste setor se dão ainda centrados em relações profissionais e/ou de interesses pessoais.

A realidade assim demonstrada remete a alguns aspectos básicos a serem considerados quando da criação de um modelo para assistência, a exemplo de: possíveis resistências a mudanças; falta de disponibilidade institucional para oferecer condições para que os profissionais mudem a prática assistencial; a complexidade das atividades e intercomunicação profissional na Rede Municipal; infra-estrutura para registro e seqüência das ações implementadas.

O PAISM funciona em 15 centros de saúde tipo II (CSII), oferecendo à população: consulta ginecológica, colpocitologia oncótica, assistência no pré-natal, no climatério, no planejamento familiar, e às doenças sexualmente transmissíveis. Atualmente,

esses serviços cobrem 50% da rede. Quanto ao pré-natal de baixo risco, está aquém do esperado (69%) e do atendimento do total dos centros de saúde.

As consultas de gineco-obstetrícia estão em torno de 4000/mês, das quais cerca de 1300/mês são de pré-natal. A perda e a reposição de profissionais médicos nessa área de atenção pode levar a uma diminuição desses números se a tendência se mantiver (Plano Municipal de Saúde, 1997-2000).

A nova gestão administrativa do Município de Florianópolis, de 1997 a 2000, propõe nova ação programática prioritária, no intuito de *“resgatar a esperança da criança e a proteção ao inalienável direito da mulher de gestar e dar à luz com segurança, fruto de opção consciente”*, (Projeto Capital Criança - Documento oficial, gestão PMF- 1997/2000)“.

Como objetivo geral, o programa define:

- Reduzir a morbidade e o número de mortes evitáveis no grupo materno-infantil de zero a cinco anos de idade, pelo redimensionamento e qualificação da assistência à saúde no Município de Florianópolis.

Dentre os objetivos específicos define:

- Incrementar as atividades de assistência pré-natal, parto e puerpério, de modo a torná-las qualitativa e quantitativamente adequadas à realidade local;

- Operacionalizar métodos capazes de contribuir para a redução da morbimortalidade materna, perinatal e em crianças menores de um ano;

- Instituir a informação educativa sobre conceitos básicos de saúde às mães, socializando e humanizando a atenção pós-parto;

- Promover a ampliação do conhecimento popular a respeito da saúde da gestante, puérpera e criança de zero a cinco anos de idade, no Município de Florianópolis.

Segundo dados estatísticos do Programa-Capital Criança, de maio a dezembro de 1997, o número de recém-nascidos agendados pelas maternidades no município foram assim distribuídos: 464 (20%) da Maternidade Carlos Corrêa, 491 (21%) da Maternidade do Hospital Regional São José, 535 (23%) da Maternidade do Hospital Universitário e



804 (36%) da Maternidade Carmela Dutra. Quanto à assistência pré-natal, 48% é realizada pela rede básica de saúde, e 52% nas demais instituições de saúde. As mulheres que tiveram acompanhamento pré-natal na rede básica municipal, com até 6 consultas, 91.3% deram à luz filhos vivos, e, entre elas, 21.3% eram gestantes entre 15 e 19 anos (SINASC/PMF, 1997).

#### **2.4. Assistência de Enfermagem pré-natal - processo em construção**

Na assistência à saúde da mulher no pré-natal, a enfermeira considera não apenas o período de gestação em curso, mas toda a história pregressa da mulher e suas possibilidades após a gravidez, até o climatério. Na realização de um planejamento local das ações de saúde, deve-se considerar além dos critérios epidemiológicos, outros organizativos, administrativos e políticos.

Pelo aumento da demanda de adolescentes que procuram os serviços de saúde, houve necessidade de revisão do ambiente do Centro de Saúde e reavaliação da competência dos profissionais para abordar os processos de gravidez na adolescência, inclusive, diante das mudanças sociais. Esta necessidade aponta para uma revisão no modelo médico (funcional) tradicional de assistência e na direção de uma abordagem mais moderna na saúde, o modelo de atenção holística (sistêmica). (Capra, 1996).

A enfermeira, pode promover a vivência desta nova abordagem com autonomia e reciprocidade social, buscando um ambiente participativo e interdisciplinar na saúde, agindo como mediadora neste processo.

Entendo que a enfermeira, enquanto profissional da saúde tem compromisso com a educação para a saúde, até porque, permanece em tempo integral nos locais de trabalho. Este compromisso se estende para além da clientela que assiste, também aos componentes da equipe de Enfermagem que, muitas vezes, não são incluídos na política institucional quanto a ações de educação continuada.

A saúde do ser mulher, adolescente e grávida passa por considerações acerca de diferentes aspectos, que vêm interferir nos estágios do ciclo vital em curso, contribuindo

para percepção individual da adolescente e sua interação no coletivo social de maneira transformadora. A gestação em adolescentes é uma prioridade dos serviços de saúde face à realidade vigente e as necessárias transformações da sociedade, requerendo por sua vez modelos assistenciais que façam face a esta realidade.

A gravidez e a adolescência, etapas no processo vital normal da mulher, requerem atenção especial quando ocorrem concomitantemente. A Enfermagem, através da enfermeira, pode atuar como mediadora interagindo com os atores do processo, a cliente - gestante e os demais componentes de sua rede social - com destaque para a família e equipe assistencial. O processo de desenvolvimento na adolescência pode ser vivido com base em diálogos abertos, com respeito humano, subsidiando a possível transformação acerca da gestação e da própria vida.

A enfermeira realiza a assistência de Enfermagem como um processo, intermediando outros processos em desenvolvimento - a gravidez e a adolescência, *“...é um processo no qual se dá um misto de medos, de competências, diferenciações de crenças onde se destacam emoções diversas”*(Carraro et all, 1993). A enfermeira entende e estimula o reconhecimento do processo dialético da gravidez na adolescência pela equipe de saúde e clientela, para uma vivência humanizada. A situação de mudança que ocorre naturalmente no desenvolvimento dos estágios, gravidez e adolescência, exige da enfermeira muita habilidade, e não apenas técnica, para deixar fluir o diálogo recíproco, respeitoso e humano. Por encontrar-se num período de vida de rápidas transformações, a adolescente grávida necessita, para o enfrentamento deste momento, um ambiente de confiança. A continuidade e o sigilo na assistência que a enfermeira oferece, é essencial, no sentido de garantir a liberdade e a confiança na relação profissional/cliente. A enfermeira facilita a interrelação das pessoas envolvidas na possibilidade de melhor preparar para o desenvolvimento do novo ser em formação, assim como, para sua chegada ao convívio familiar, na sociedade. A reciprocidade da relação enfermeira/cliente é pautada no respeito, reconhecendo a diversificação de símbolos, ritos, crenças e valores dos indivíduos e da coletividade. *“De acordo com a visão sistêmica, as propriedades essenciais de um organismo, ou sistema vivo, são propriedades do todo, que nenhuma das partes possui. Elas surgem das interações e das relações entre as partes. (Capra, 1996)”*.

A enfermeira na assistência pré-natal à adolescente grávida, considera e valoriza a livre expressão individual e coletiva no ambiente cognitivo e histórico da cliente, intermediando o crescimento do seu próprio “ser” e possibilitando o “*vir a ser*” recíproco que decorre do contato dialógico entre os seres humanos.

Com as gestantes, durante estes anos, muita coisa tenho percebido, aprendido, reconhecido, adaptado e reformulado. A prática da assistência de Enfermagem que venho desenvolvendo com gestantes, nunca esteve parada, sempre em movimento evolutivo, numa construção conjunta das clientes e profissionais, que comigo compartilham este saber/fazer em saúde.

Relembrando e revendo registros das primeiras atividades, que desenvolvi nos Centros de Saúde da PMF, percebo que, no princípio, tinha idéia de que a assistência de Enfermagem, nos grupos de gestantes, deveria ser planejada de maneira fechada, tipo curso, com temas previamente definidos e sempre vinculados à consulta médica. Em 1992, no CSII Costeira do Pirajubaé, desenvolvemos a assistência nestes moldes. Lá, todas as mulheres que entravam para o atendimento de ginecologia/obstetrícia, antes da consulta individual, fosse médica ou de Enfermagem, participavam de reuniões de grupo, que eram subdivididos em Grupos de Planejamento Familiar, Gestantes e Prevenção do Câncer Ginecológico e de Mamas.

Durante este período foi possível observar o quanto as atividades educativas de grupo facilitavam a assistência integral das clientes e suas famílias. Nos grupos, muitas vezes, eram detectadas possibilidades e realidades das clientes, que numa consulta individual pouca chance teriam de aparecer, pois surgiam da troca de experiências e informações suscitadas das discussões no grupo; assim, o diagnóstico com posterior prescrição de cuidados era mais efetivo e resolutivo.

Além disso, a abordagem interdisciplinar é de grande valor na assistência às clientes, contando para isso, com os profissionais médicos, psicólogos, nutricionistas e dentistas, além da enfermeira e do pessoal auxiliar de enfermagem e administrativo.

A captação da demanda era feita de forma espontânea, através de visitas domiciliares e colocação de avisos na comunidade. Constatou-se, mais tarde, a necessidade de se vincular as reuniões de grupo às consultas médicas no pré-natal, para

maior garantia de presença da clientela. Inicialmente constituí grupos fechados, ou seja, com determinação das integrantes, época de início e final das atividades, como curso. Com o tempo, observando a demanda espontânea, todos os dias tínhamos novas clientes, em diferentes idades gestacionais, que também, por sua vez, tinham seus bebês, passando a outra categoria, a de puérperas. Ainda, a alta rotatividade de profissionais dificultava a continuidade da atividade em grupos fechados. Quanto ao conteúdo programático desenvolvido nas reuniões, criei uma lista de temas básicos para discussão.

A aplicação do método descrito acima, mostrou-me que, em vista de diversos componentes, não era viável realizar uma aproximação, em termos de integração entre clientes, profissionais e serviço.

Mudei a estratégia. A captação continuou equivalente, mas os grupos agora são abertos e os temas desenvolvidos são definidos, geralmente, durante o momento da reunião de grupo, através da colocação e exploração de idéias das participantes, e com a minha intermediação, buscamos um consenso. Os temas básicos, até o presente, têm sido:

1. A importância do acompanhamento de saúde no pré-natal;
2. Noções de anatomia e fisiologia dos órgãos reprodutores;
3. A gravidez - estou mesmo grávida?, aspectos psicológicos, data provável do parto, o desenvolvimento da gravidez por trimestres, o contato com o bebê ainda no útero, atividades físicas, técnicas de respiração e relaxamento, sexualidade, a participação do pai e/ou acompanhante, alimentação, sinais de alerta;
4. Amamentação - a importância, o preparo dos seios, como amamentar;
5. O parto - os diferentes tipos de parto, sinais de parto, o trabalho de parto, a hora do nascimento, o parto natural, maneiras de aliviar os desconfortos e obter maior segurança durante o pré-parto;
6. Pós-parto - aspectos físicos, psicológicos e práticos;
7. Cuidados com o recém-nascido.

Geralmente, iniciamos com a apresentação de cada participante, inclusive dos profissionais de saúde; os temas são colocados ao grupo, que discute e traz outras

expectativas. Neste primeiro contato se define o assunto da reunião naquele dia, e algumas vezes, até os próximos assuntos a serem abordados. Procura-se agendar as mesmas gestantes para o encontro seguinte, que provavelmente contará com novas participantes, o que é falado às participantes para que assim possam perceber o caráter aberto do grupo.

Em 1994, transferida para o CSII Itacorubi, tentei implantar o mesmo sistema de atendimento do CS II Costeira. Mas a realidade era outra, principalmente, em termos de equipe de trabalho e espaço físico para desenvolvimento das atividades. Modifiquei a proposta. Comecei a dispensar mais atenção ao pré-natal, respondendo à demanda e à organização prévia do serviço. Defini duas tardes na semana para o atendimento das gestantes, com as reuniões de grupo ocorrendo antes dos atendimentos individuais. Tentei separar as gestantes por semestre gestacional, para o atendimento em dias diferentes; também suas idades chamava a atenção; o número de adolescentes grávidas aumentava, às vezes, mãe e filha grávidas buscavam atendimento no mesmo período.

Entre os trabalhos científicos da Enfermagem, enfocando o pré-natal de adolescentes encontrei Patrício, 1990, que relata, em seu estudo, o processo de gravidez da adolescente sendo vivido de forma única em cada família, em razão de sua cultura e classe social. Assim, suas atitudes frente à gravidez, foram determinadas por suas crenças, valores e recursos que possuíam para o enfrentamento do processo. Analisando as dimensões e complexidades dos cuidados de Enfermagem na aplicação de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural, a mesma autora, evidenciou que o desenvolvimento de uma prática educativa torna possível a satisfação do cliente e do próprio enfermeiro através da troca de experiências.

Refletindo sobre minha experiência profissional e o que tenho lido sinto a necessidade de ter uma concepção ampla do processo de vida, na possibilidade de assistir em saúde de maneira integral. A gestação, na adolescência, apresenta componentes especiais que exigem da parte de quem se dispõe a compartilhá-los, seja por proximidade afetiva, familiar ou profissional, um posicionamento.

*Said, 1995*, em dissertação de Mestrado - “No ser com, o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação”, demonstra que,

*“elementos como empatia, presença, autenticidade, disponibilidade para trocar experiências e saberes, calar e ouvir, comprometimento, ausência de atitude apriorista, confiança, preservação da integridade, transparência e da individualidade do outro, são atributos necessários ao enfermeiro se ele quiser realmente encontrar o outro pelo diálogo, buscando seus papéis, comportamentos, estilos de vida, visão de mundo, que consolidaram o seu viver-com-os-outros-no-mundo”.*

Em outra experiência de cuidado de Enfermagem e educação em saúde, estudantes de graduação de Enfermagem assistindo a adolescentes grávidas, através de referencial teórico, cujo eixo central é o amor, aprenderam que suas clientes são seres em transição, com necessidades específicas, que requerem atenção especial. Portanto, deveriam cuidar de forma integral, individualmente e em grupo, desenvolvendo atividades especiais que suprissem suas necessidades e fortalecessem sua auto-estima, (Valverde, 1997).

*“Quando o homem compreende sua realidade, pode levantar hipóteses sobre o desafio desta realidade e procurar soluções. Assim pode transformá-la e com seu trabalho pode criar um mundo próprio: seu eu e suas circunstâncias, Freire, 1994.”*

A enfermeira no pré-natal da adolescente grávida atua junto as relações que ocorrem entre os sujeitos do processo de gestação/ adolescência, isto é, relações que traduzem mudanças e transformações de uma realidade individual e coletiva. Portanto, a assistência de Enfermagem é um processo em construção, *“(...)conscientização dos indivíduos com quem se trabalha, enquanto com eles também se conscientiza(...)*Freire, 1994”, a percepção e o aprendizado de novos papéis é vivido pela adolescente grávida em cumplicidade com o profissional enfermeiro.

## O REFERENCIAL TEÓRICO

### 3.1 Construtivismo – uma aproximação

O referencial teórico é fundamental para a análise, reflexão e para a atuação em uma ação específica. O referencial traça as linhas em que as ações devem-se desenvolver a fim de atingir as metas, para o alcance dos objetivos previstos. É uma referência para o enfoque de um problema de uma maneira particular; serve tanto para orientar a prática, como a sua análise.

No desenvolvimento deste estudo, busquei conhecer um pouco mais a respeito do construtivismo, pois, seus pressupostos me pareciam “casar” com aquilo que estava observando e realizando na Assistência de Enfermagem no pré-natal de adolescentes.

Entendo que a questão educativa permeia as atividades de Enfermagem, estimulando o aprendizado do cuidado e auto-cuidado à saúde. A assistência de Enfermagem no pré-natal à adolescente grávida pressupõe a presença da menina/mulher e sua rede social, sujeitos de um processo de mudanças e transformações. A enfermeira atua como mediadora no processo de educação em saúde, promovendo conhecimento e aprendizagem para a vivência da gravidez na adolescência.

*“A concepção construtivista da aprendizagem e do ensino torna acessíveis (...) aspectos da cultura que são fundamentais para o desenvolvimento pessoal, e não só no âmbito cognitivo; a educação é o motor do desenvolvimento, considerado globalmente, e isso também supõe incluir as capacidades de equilíbrio pessoal, de inserção social de relação interpessoal e motoras.(...) o que leva a aceitar que*

*esta é fruto de uma construção pessoal, mas na qual não intervêm apenas o sujeito que aprende; os “outros” significativos, os agentes culturais, são peças imprescindíveis para essa construção pessoal, para esse desenvolvimento ao qual aludimos” (Coll, 1997)”.*

A aprendizagem depende do ritmo individual do sujeito e das relações que ocorrem entre ele e outros sujeitos no meio ambiente sócio-cultural. Muitos estudos a respeito da origem do conhecimento desenvolvem-se, principalmente, nas áreas da filosofia, educação, psicologia, sociologia, antropologia; o homem sempre teve interesse na origem e nas formas de aplicação do seu conhecimento.

*“Ainda que correndo o risco de redução, é possível afirmar que as teorias sobre o conhecimento humano podem ser classificadas em três grandes tendências: a inatista que concebe o conhecimento como um dado da própria natureza humana ou de uma dádiva divina; a empirista que entende o conhecimento como decorrência das impressões (“gravações”) na mente dos dados provenientes da experiência; e a interacionista, que reconhece o conhecimento como resultante das interações do sujeito (com todas as características hereditárias) com o meio (com todos os seus condicionantes sociais e culturais) (Rosa, 1994.)”.*

No construtivismo a idéia é de que nada a rigor está pronto, acabado, o conhecimento não é dado como algo terminado. Constitui-se pela interação do indivíduo com o meio físico e social, com o simbolismo humano, com o mundo das relações sociais, e se constitui por força de sua ação e não por qualquer dotação prévia, da bagagem hereditária ou do meio.

*“O construtivismo tem princípios interacionistas(...); é um movimento enraizado na mudança, promove a interação aluno-matéria de aprendizagem, num ambiente de autonomia e reciprocidade social, isto é, num ambiente democrático e de dialogicidade. (Matuí, 1995)”.*

É possível compreender os processos de interação que ocorrem entre pensamento (intelecto) e atividade (ação) através da visão histórico-social das relações humanas.

*“Estudos de fundamental contribuição para a compreensão do desenvolvimento infantil foram*



*realizados por Lev. Semionóvich. Vygotsky (1896-1934) e Henri. Wallon (1879-1962). Ambos se dedicaram a pesquisar a construção do ser humano e a contribuição da educação sistematizada neste processo que é dialético e histórico.*

*Vygotsky e Wallon construíram suas teorias sobre o desenvolvimento infantil partindo da mesma concepção de ser humano e de realidade. Ambos conceberam o sujeito a partir do materialismo histórico e dialético, entendendo que sua relação com a realidade se dá através de mediações que permitem que ele seja transformado pela natureza, que por sua vez é transformada por ele. Assim a mediação se processa através da utilização de instrumentos e signos que possibilitam pela interação social a transformação do meio e dos sujeitos (Sarapiquí, 1997)".*

### **3.2 Meu olhar sobre Vygotsky e Wallon**

O reconhecimento de linhas básicas do pensamento de grandes teóricos da educação pelos enfermeiros, pode promover nova abordagem no processo de educação em saúde desenvolvido pela Enfermagem.

O processo educativo permeia todas as atividades profissionais da enfermeira.

*"Embora a educação, por si, não conforme a prática profissional, a luta por um novo perfil de formação, através de práticas educativas transformadoras, pode ser um dos elementos estratégicos, junto a outros, para a configuração de novos saberes e modelos de prática profissional em Enfermagem que partam do questionamento social e da crítica ao exercício profissional vigente (Mandú, 1994)".*

Os dois autores, sustentam que, a inteligência é construída a partir das relações recíprocas do homem com o meio. Consideram que, nas relações do processo educativo, existe uma figura de mediação, que facilita e encaminha o melhor aproveitamento e desenvolvimento entre os sujeitos no processo ensino-aprendizagem. *"Wallon e Vygotsky concordam que o sujeito é determinado pelo organismo e pelo social que estrutura sua*

*consciência, sua linguagem, seu pensamento, a partir da apropriação ativa das significações histórico-culturais, (Vieira,1993).* A mediação ocorre dialeticamente nas relações entre o orgânico e o social, o indivíduo e o meio, estabelecendo uma interação que permite a superação de dicotomias: aprendizagem/desenvolvimento e indivíduo/sociedade.

A diferença entre os dois autores está naquilo que é considerada a principal ação mediadora no processo de desenvolvimento: *“para Vygotsky é a linguagem, enquanto que para Wallon, é a emoção, considerada por ele uma linguagem anterior à própria linguagem, a primeira forma de comunicação (Sarapiquá, 1997 apud Vieira1996 )”*

As idéias dos dois autores citados esclarecem e fortalecem a questão de que *“(...)o diálogo do aluno é com o pensamento, com sua cultura corporificada nas obras e nas práticas sociais e transmitidas pela linguagem e pelos gestos do professor, simples mediador, Chauí,1980 apud Rosa,1995”.*

O processo de conhecimento está diretamente relacionado com a aprendizagem que ocorre como *“resultado da atividade (pensamento) do sujeito e depende, basicamente, do desenvolvimento de suas estruturas cognitivas. Numa palavra, é o resultado do esforço inteligente de conhecer o mundo (Rosa,1995)”.*

Lev Semenovich Vygotsky (1896-1934) era russo , graduou-se em Direito, Filologia e Medicina. Lecionou literatura, psicologia e pedagogia nas Universidades de Gomel, Moscou e Leningrado. No período de 1925 a 1934, iniciou estudos sobre a crise da psicologia, apontando uma alternativa dentro do materialismo dialético para o conflito entre as concepções idealista e mecanicista.

Vygotsky reconheceu a *“natureza social” (Lopes, 1996)*, o homem nasce e vive em micro e macros grupos, impregnados pela cultura, advindo dessa convivência o desenvolvimento da inteligência

Os estudos de Vygotsky e seus colaboradores (Luria e Leontiev) trouxeram propostas sobre temas como: a relação entre pensamento e linguagem, natureza do processo de desenvolvimento da criança e o papel do conhecimento na relação ensino-aprendizagem.

*“A perspectiva teórica de Vygotsky pode ser compreendida em termos de três temas gerais, que estão presentes em todas as suas obras: (a) o uso de um método genético, ou de desenvolvimento; (b) a afirmação de que o funcionamento mental superior no indivíduo provém de processos sociais; e (c) a afirmação de que os processos sociais e psicológicos humanos são moldados fundamentalmente por ferramentas sociais, ou formas de mediação (Wertsch, 1993)”*.

Um dos pontos principais explorados em sua obra é a questão da *formação dos conceitos*. As proposições de Vygotsky acerca do processo de formação dos conceitos nos remetem à discussão das relações entre pensamento e linguagem, à questão da mediação cultural no processo de construção de significados por parte do indivíduo, ao processo de internalização e ao papel da escola na transmissão de conhecimentos de natureza diferente daqueles apreendidos na vida cotidiana. (Oliveira, 1992)

Vygotsky tem como um de seus pressupostos básicos a idéia de que o ser humano constitui-se enquanto tal na sua relação com o outro social, na sua relação com o mundo. A ação do ser humano é mediada por símbolos e instrumentos criados e extraídos da sua cultura. O autor expõe a noção do cérebro como sistema aberto, cuja estrutura e modos de funcionamento são moldados ao longo da história da espécie e do desenvolvimento individual - o cérebro pode servir a novas funções, criadas na história do homem sem que sejam necessárias transformações morfológicas no órgão físico. O funcionamento do cérebro humano é como um *sistema funcional*; as funções mentais são organizadas a partir da ação de diversos elementos que atuam de forma articulada, cada um desempenhando um papel dentro de um sistema funcional complexo (Oliveira, 1992). As áreas do cérebro e os componentes utilizados a partir dele no desempenho de certas funções podem variar conforme as possibilidades do indivíduo num determinado momento.

O ser humano pode vivenciar de maneiras diferentes os diversos estágios do seu ciclo vital. Muitos destes estágios se repetem e conforme o indivíduo viveu e percebeu sua passagem por eles, maior ou menor facilidade de vivência e desenvolvimento ele poderá atingir.

Vygotsky (1991), entende: “*um processo de desenvolvimento prepara-se dialeticamente para o seguinte, transformando-se e mudando-se para um novo tipo de desenvolvimento.*”

No processo sócio-histórico de desenvolvimento humano a *mediação* é ferramenta importante, segundo Vygotsky. Para ele, o conceito de mediação inclui dois aspectos complementares. Um deles é o processo de representação mental, isto é, a idéia da existência de um conteúdo mental de natureza simbólica que representa os objetos, as situações e eventos do mundo real no universo psicológico do indivíduo. (Oliveira, 1992) Este aspecto possibilita que a pessoa, sem a vivência de certa situação concreta, imagine, faça planos, transcenda o tempo e o espaço.

Vygotsky entende que a *linguagem é o sistema simbólico* básico dos seres humanos na mediação entre sujeito e objeto de conhecimento. O outro aspecto da mediação colocado pelo autor é o de *intercâmbio social*, isto é, a cultura dá ao indivíduo os sistemas simbólicos de representação da realidade, e é por meio destes que ele ordena e interpreta a realidade.

*“Ao longo do seu desenvolvimento o indivíduo internaliza formas culturalmente dadas de comportamento, num processo em que atividades externas, funções interpessoais, transformam-se em atividades internas, intrapsicológicas. As funções psicológicas superiores, baseadas na operação com sistemas simbólicos, são pois, construídas de fora para dentro do indivíduo. O processo de internalização é assim, fundamental no desenvolvimento do funcionamento psicológico humano (Oliveira, 1991, 1992)”.*

Para Vygotsky, a evolução intelectual é caracterizada por saltos qualitativos de um nível de conhecimento para outro. A fim de explicar esse processo, ele definiu o conceito de *zona de desenvolvimento proximal*, explicitado como a “*distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação ou com a colaboração de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes (Vygotsky, 1991)*”. Pode-se dizer que zona de desenvolvimento proximal é o espaço de aprendizado entre o desenvolvimento

potencial e o real, isto é, o aprendizado está próximo mas ainda não foi atingido. O desenvolvimento real é aquilo que o indivíduo é capaz de fazer sozinho pois já domina o conhecimento.

Henri Wallon (1879-1962), autor considerado construtivista, era francês, viveu e morreu em Paris, vinha de uma família de tradição universitária e republicana e foi criado numa atmosfera humanista. Foi médico na primeira guerra mundial e trabalhou para a resistência na segunda, chegou a filiar-se ao partido comunista. Presidiu uma comissão que elaborou um projeto, bastante avançado, de reforma socialista no ensino francês, que ainda hoje, permanece parcialmente irrealizado.

Os estudos de Wallon partem da suposição de que é possível ter acesso à gênese dos processos psíquicos, observando os vários campos de atividades e momentos da evolução psíquica da criança. *“Ele procura mostrar quais são, nas diferentes etapas, os vínculos entre os campos de domínio afetivo, cognitivo e motor, e suas implicações no todo que é a personalidade (Galvão, 1995)”*. Salienta-se a importância que este autor dá às interações com o meio, ele considera que o sujeito constrói-se nas interrelações com o meio ambiente em que vive; por isso, se torna imprescindível contextualizá-lo.

Pelo fato das idéias de Wallon terem como fundamento filosófico e como método de análise, o materialismo dialético, representa uma possibilidade para solucionar contradições que outras teorias mecanicistas apresentam. Sua teoria é complexa, trata do *“processo de desenvolvimento de uma perspectiva abrangente, realiza um verdadeiro vaivém de um campo a outro da atividade infantil, e entre as várias etapas que compõem o desenvolvimento (Galvão, 1995)”*.

Após a guerra, realizando atendimentos a ex-combatentes com lesões cerebrais, Wallon pôde rever algumas concepções neurológicas dos atendimentos anteriormente feitos a crianças deficientes e seu interesse pela psicologia da criança se consolida. Em 1948, cria a revista *Enfance*, para pesquisadores em psicologia e educadores. Como psicólogo, cada vez mais se aproximava da educação, considerava estreita a relação entre a pedagogia e a psicologia. Uma relação de reciprocidade na saúde, educação e vida.

Wallon preocupava-se em mostrar a psicologia como ciência, neste sentido, relaciona seus fundamentos, objetivos e métodos com as principais correntes do

pensamento filosófico ocidental e contradiz as concepções reducionistas que limitam a compreensão do psiquismo humano à dualidade espírito-matéria. Sua proposta é de que, através da consciência, o sujeito refletindo sobre suas sensações e imagens mentais, pode ter a explicação da realidade psíquica.

Para Wallon toda a função psíquica supõe um equipamento orgânico, mas adverte que, há que se considerar que o objeto da ação mental vem do exterior, isto é, do grupo ou do ambiente em que o indivíduo se insere. A tênue fronteira que separa os fatores de natureza orgânica dos de natureza social, dá ao homem, sujeito, duas disposições: uma interna e outra externa ao seu cotidiano de vida. Ele admite a contradição como constitutiva do sujeito e do objeto. O ser humano é indissociável do biológico e do social; sua existência se dá entre as necessidades do organismo e as da sociedade, entre o mundo da matéria e da consciência. A psicologia deve unir o espírito à matéria, o orgânico ao psíquico; a psicologia genética - estuda a gênese dos processos psíquicos. Wallon vê a análise genética como um método na psicologia geral, concebida como o conhecimento do adulto através da criança. Ele propõe o estudo do desenvolvimento humano integrado. Define vários campos funcionais nos quais distribui a atividade infantil: afetividade, motricidade e inteligência. Sua proposta é o estudo da criança contextualizada em seu próprio meio ambiente. Ele acredita que, quanto maior o número de planos de comparação utilizados, mais completa a explicação dos fenômenos estudados, por isso, buscou os conhecimentos da neurologia, psicopatologia, antropologia e a psicologia animal.

Com a psicologia animal, aproveitou para discutir o significado e o impacto da linguagem no desenvolvimento, comparando resultados de experiências com chimpanzés. Com suporte da antropologia, salientou a influência do meio cultural, sobre o desenvolvimento do homem. Aplicou o material descritivo de pesquisas no campo da psicologia da criança, em especial as teorias de Piaget e Freud.

Para Wallon, o principal instrumento da psicologia genética é a observação; só é possível entender as atitudes das crianças se conhecermos o contexto do seu ambiente. Ele adverte que a observação vem carregada da subjetividade do observador, portanto,

recomenda que este deve, previamente, explicitar as influências sobre seu olhar e reflexões.

Segundo Wallon, o desenvolvimento infantil ocorre de forma dinâmica. Cada idade estabelece um tipo particular de interação entre a criança e seu ambiente. Conforme a idade, ela interage mais ou menos com um ou outro aspecto do seu contexto, absorvendo dele o que precisa para seu desenvolvimento. O meio em que a criança se desenvolve é heterogêneo e dinâmico; por isso, estabelece-se um caráter bastante relativo no processo interativo de desenvolvimento.

Existe uma seqüência relativamente fixa de fatores orgânicos no desenvolvimento infantil, sendo que dependem muito de condições individuais e de existência. O biológico é mais determinante no início da vida. Com o tempo, a determinação do social, ganha mais espaço. No estágio da adolescência os determinantes sociais e afetivos são salientados. Para o desenvolvimento de atividades intelectuais mais complexas, não somente o sistema nervoso precisa estar amadurecido; é preciso a interação com o “alimento cultural”, isto é, a linguagem e o conhecimento.

Wallon define que a passagem de um estágio para outro no desenvolvimento da criança se dá, não apenas como uma ampliação, mas como uma reformulação; e, nestes momentos, pode manifestar-se uma crise, observada na conduta. As mudanças de humor e posicionamento frente às questões do cotidiano são frequentes na adolescência.

Na perspectiva “walloniana”, o desenvolvimento infantil é um processo cheio de conflitos, que ele vê como propulsores do desenvolvimento, a isto chama: *fatores dinamogênicos*

Para Wallon, o desenvolvimento da pessoa se constrói progressivamente; as fases ou estágios se sucedem, predominando alternadamente, fases afetivas e cognitivas. Ele descreve cinco estágios da psicogenética, apresentando as características do desenvolvimento de forma descontínua e assistemática.

No desenvolvimento destes diversos estágios, Wallon preconiza uma predominância funcional, quando prevalece o caráter intelectual nas etapas onde há ênfase na elaboração do real e no conhecimento do mundo físico; e a dominância do caráter

afetivo, das relações com o mundo humano, nas etapas onde ocorre a construção do eu. *Predominância funcional* são momentos alternados de acúmulo de energia e outros, de dispêndio de energia, subjetivos/cognitivos.

O processo de desenvolvimento infantil assemelha-se ao movimento de um pêndulo que, oscilando entre pólos opostos, mostra características próprias em cada estágio. No plano intelectual, o período entre os sete e os doze anos é aquele em que o sincretismo recua ante a análise e a síntese; a criança se aproxima da objetividade da percepção e do pensamento dos adultos. Do ponto de vista afetivo, a criança está mais solta, é capaz de escolher, por exemplo, um colega para o jogo e outro para o trabalho. As conversas são sobre aventuras comuns. Daí, resulta uma diversidade e uma reversibilidade de relações e situações. A objetividade conquistada é colocada em xeque na *época da puberdade*. No plano afetivo, o *eu* volta a ter importância considerável; e, no plano intelectual, a criança supera o mundo das coisas em direção ao mundo das leis, do que é certo e do que é errado. No estágio da *adolescência*, a crise pubertária impõe a necessidade de uma nova definição da personalidade, desestruturada devido às modificações corporais desencadeadas pela ação hormonal. Emergem, então, as questões pessoais, morais e existenciais, retomando a afetividade.

A idéia de Wallon não trata a criança fragmentariamente. Ela é um conjunto indissociável e original. Na sucessão das idades, ela é um único e mesmo ser em metamorfose. Por ser feita de contrastes e conflitos, sua unidade será ainda mais suscetível de ampliação e reconhecimento.

*“Wallon e Vygotsky concordam que o sujeito é determinado pelo organismo e pelo social que estrutura sua consciência, sua linguagem seu pensamento, a partir da apropriação ativa das significações histórico culturais Sarapiquí, (1996)”*.

Na assistência de Enfermagem, durante o processo de gestação, reconheço possibilidades de aplicar o construtivismo, compreendendo a mediação da enfermeira pautada no diálogo, na reciprocidade, respeito, naturalidade e humanidade, para o desenvolvimento da menina/mulher/mãe. Além disso, considerando que, o ser humano vive seu processo evolutivo pautado nos componentes orgânico e social, estabeleço:



- Na mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente, o *componente orgânico* manifesta-se nas categorias de *humanidade e naturalidade*. É possível observar o desenvolvimento natural, humano da adolescente identificando *zonas de desenvolvimento proximal* (Vygotsky) e *fatores dinamogênicos* (Wallon).

- O *componente social*, na mediação da enfermeira e a adolescente grávida, manifesta-se na *dialogicidade, reciprocidade e respeito* que permeia a relação profissional/cliente. É possível identificar a relação mediadora nos símbolos e sinais da interação, na *linguagem - internalização*, (Vygotsky), e na manifestação da *emoção, afetividade - estágio da adolescência*, (Wallon).

## DOS CAMINHOS METODOLÓGICOS

### 4.1 Local e população

Este estudo ocorreu no Serviço de Saúde Pública do Município de Florianópolis/SC, mais especificamente no Centro de Saúde II do bairro Itacorubi.

A rede municipal de saúde, em Florianópolis, conta em 1998 com 47 Centros de Saúde. Destes, 31 são Centros de Saúde I (CS I), que oferecem serviços médicos de clínica geral e atendimentos básicos de Enfermagem; 16 são Centros de Saúde II (CS II), que servem de referência, na rede, para ginecologia, obstetrícia, pediatria e puericultura; e ainda, 2 Policlínicas com oferta de serviços especializados.

Todos os CS II da rede municipal possuem no seu quadro funcional, médicos que fazem atendimentos em clínica geral, obstetrícia e pediatria. Dispõem de enfermeira, odontólogo, auxiliares e técnicos de Enfermagem, pessoal administrativo e de limpeza.

O Centro de Saúde II do Itacorubi localiza-se em área central da ilha. A população que o freqüenta é bastante diversificada em termos de procedência e nível sócioeconômico, predominando a classe média e baixa. A população total do bairro, segundo projeção para 1997, do Centro de Informação para a Saúde (CIS/PMF), é de 8374 habitantes, sendo 4081 a população masculina e 4292 a população feminina; a população total, na faixa etária de 10 a 19 anos, é de 1643 habitantes. A área física do CSII é composta de três consultórios médicos, sendo um de ginecologia com banheiro, um consultório odontológico, uma sala de espera com balcão de recepção, uma farmácia, uma sala de vacinação, uma copa e dois banheiros.

O centro de saúde desenvolve alguns trabalhos de colaboração e assistência em conjunto com a Creche Municipal e com um Centro de Educação Complementar situados no bairro. Além disto, presta assistência esporádica a outras instituições presentes no bairro como a APAE e Desafio Jovem (Centro para recuperação de jovens com dependência química).

Em dezembro de 1996 os arquivos do Centro de Saúde tem cerca de 6.000 prontuários de pacientes cadastrados, sendo que destes, aproximadamente 70% são de mulheres.

Nos últimos três meses do ano de 1996, atendemos a uma demanda de cerca de 150 mulheres, sendo que destas 1/3 eram gestantes, observamos empiricamente, um aumento no número de grávidas adolescentes.

Segundo dados do SINASC / PMF, entre janeiro e agosto de 1997, no bairro do Itacorubi, nasceram 14 bebês de mães adolescentes, sendo que a maior parte, 9, foram de parto normal.

Dados do Programa Capital Criança/PMF, apontam que de maio a dezembro de 1997, 21.3% das gestantes atendidas em consultas pré-natal, no Município, eram adolescentes de 15 a 19 anos.

## **4.2. Momentos na construção e desenvolvimento do estudo**

O estudo aconteceu no CSII Itacorubi, durante assistência de Enfermagem pré-natal a adolescentes grávidas; realizei a coleta de dados, partindo de planilha de campo utilizada durante a prática assistencial, de entrevistas semi-estruturadas aplicadas às clientes e, ainda, em fontes secundárias.

Para a interpretação e análise dos dados colhidos, transcrevi as planilhas de campo e as entrevistas realizadas, considerando as etapas descritas a seguir:

- Reconhecimento das idéias fundamentais da perspectiva construtivista na abordagem da assistência de Enfermagem durante o processo de gestação;

- Compreensão da Assistência de Enfermagem pautada no diálogo, na reciprocidade, respeito, naturalidade e humanidade, para o desenvolvimento da menina/mulher/mãe.

\*A coleta de dados foi realizada segundo instrumento (Anexo 1) criado para a entrevista. Em seguida, num primeiro movimento de síntese criei um quadro suporte para análise dos dados, onde identifiquei os pressupostos do pré-natal à luz do construtivismo nas situações da prática assistencial. (Quadro - Suporte para análise dos dados-Anexo 2)

Partindo da reflexão sobre o referencial desenvolvido, e da primeira análise dos dados acima referida, defini 5 (cinco) categorias para o estudo. Estas categorias foram descritas e se manifestaram em atitudes na interrelação dos participantes do processo de assistência de Enfermagem pré-natal na adolescência. A análise conclusiva foi realizada a partir da observação dos resultados do primeiro movimento de síntese e de nova crítica aos dados colhidos nos registros da prática assistencial realizada, tomando como referência as categorias definidas - Naturalidade, Reciprocidade, Dialogi cidade, Humanidade e Respeito. (Figura 1).

*Naturalidade*, segundo Ferreira (1986), é qualidade ou caráter de natural, referente à natureza, que segue a ordem regular das coisas, lógico, inato, instintivo, reações naturais, próprio, peculiar do homem, espontâneo, provável, presumível. Para Japiassu (1991), natural é relativo à natureza, que procede da natureza, que está de acordo com as leis da natureza.

A adolescência e a gravidez são estágios naturais no ciclo vital da menina/mulher. Manifestam-se como crises, propiciando crescimento e desenvolvimento do indivíduo, assim como uma série de mudanças junto a sua rede de relações sociais. O construtivismo pressupõe a mediação, através de instrumentos que possibilitam, pela interação social, a transformação do meio e dos sujeitos. Essa transformação pode ser intermediada pela Enfermagem que promove a naturalidade do processo, de acordo com as leis da natureza. O construtivismo pressupõe um caráter de desenvolvimento natural do ser humano que é mediado por relações do seu meio sócio-cultural.

A naturalidade emerge como categoria observando-se o caráter provável e natural do ciclo vital da mulher e a promoção da saúde da adolescente grávida através da relação mediadora da enfermeira/cliente.

*Reciprocidade*, é qualidade de recíproco, que implica troca, permuta entre duas pessoas ou entre grupos (Ferreira,1986). Reciprocidade é confiança mútua, o *estar com o outro*. “*Ser com os outros(...) o que sou depende da precisa relação que mantenho com os demais ao mesmo tempo que eles são o que são por sua relação comigo (Vasconi,1994)*”.

As interações na assistência de Enfermagem pré-natal da adolescente grávida são ações partilhadas, o que pressupõe a troca entre os parceiros com diferentes apropriações. O processo evolutivo do ser humano se dá na interrelação com o outro, e, se desenvolve a partir de relações recíprocas com o meio em que vive.

A *reciprocidade* emerge como categoria pelo valor na formação do vínculo relacional da Enfermagem/cliente; é base para o processo construtivista do desenvolvimento na adolescência.

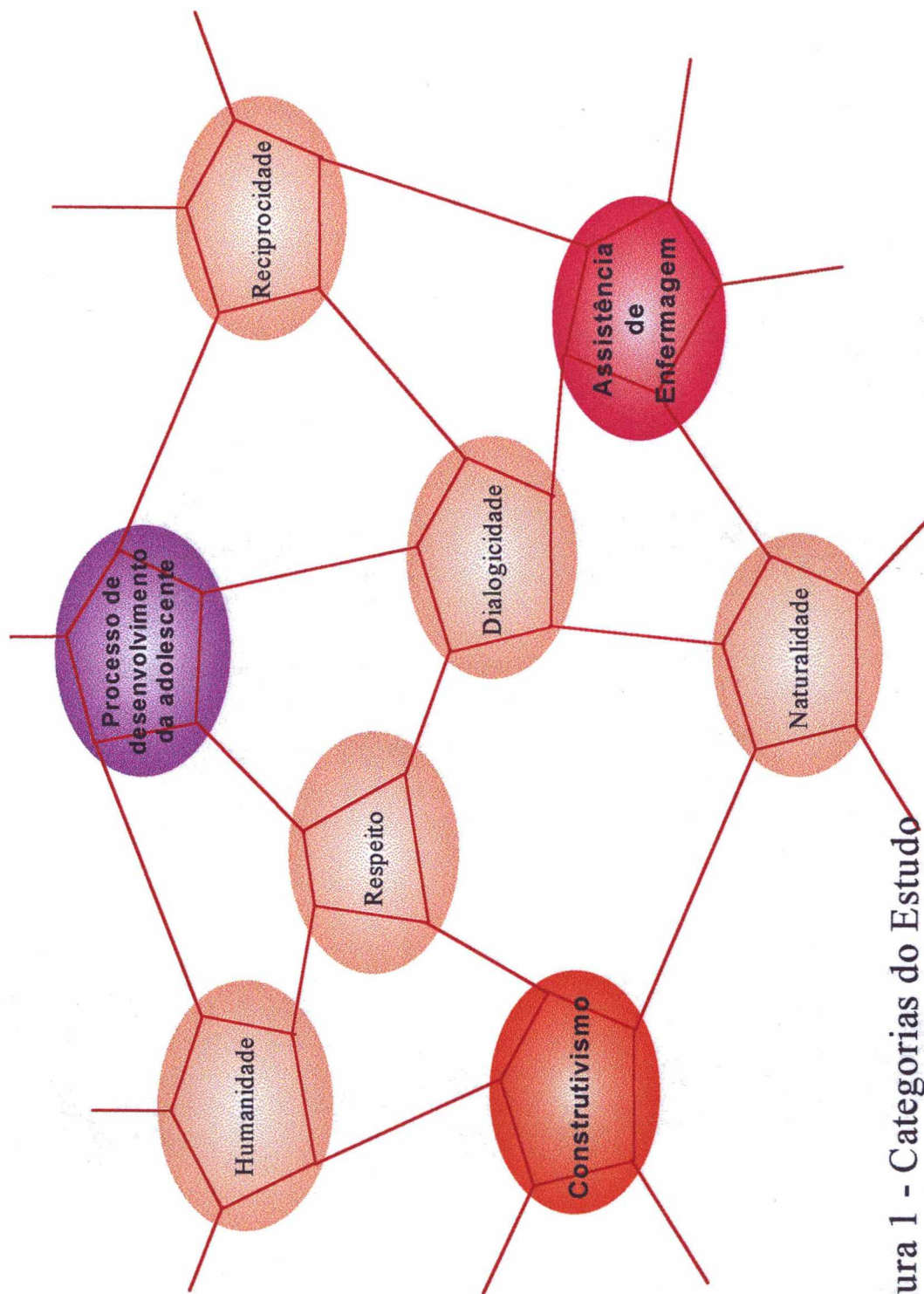


Figura 1 - Categorias do Estudo

**Dialogicidade**, é o ato do diálogo, a ação, o dialogar. Diálogo, segundo Ferreira (1986), é a fala entre duas ou mais pessoas, conversação, colóquio. É troca ou discussão de idéias, de opiniões, de conceitos, com vista à solução de problemas, ao entendimento ou à harmonia, comunicação.

É o diálogo que assegura o caráter aberto da relação entre os sujeitos da assistência de Enfermagem durante o pré-natal. Ocorre na situação de mediação social e simbólica entre enfermeira e clientes, sendo basicamente uma atividade interpessoal com possibilidade de se prolongar nas atividades intrapessoais, o discurso interior de pensar o mundo. Dá-se num clima de liberdade e cooperação em que os sujeitos são autônomos e não autômatos, num ambiente de reciprocidade que denote o caráter aberto da assistência.

Segundo Freire(1994), *“Somente o diálogo comunica(...) e quando os dois pólos do diálogo se ligam assim, com amor, com esperança, com fé no próximo, se fazem críticos na procura de algo e se produz uma relação de empatia entre ambos”*.

A enfermeira interage com a adolescente grávida e sua rede social, mediando a compreensão dos processos de vida, mudança e transformação, por vezes contraditórios, desvelando com os sujeitos, a leitura crítica da realidade num movimento participativo.

A dialogicidade emerge como categoria neste estudo, partindo-se da compreensão de que o diálogo é básico nas relações humanas, e, conforme sua qualidade, propicia o desenvolvimento construtivo da adolescente grávida.

**Humanidade**, termo utilizado, aqui, no sentido de natureza humana, o gênero humano, não no sentido de benevolência ou clemência. (Ferreira,1986)

O construtivismo pode orientar a assistência de Enfermagem pré-natal considerando as peculiaridades da natureza humana. O conhecimento dos instrumentos para lidar com as mudanças próprias a cada estágio do ciclo vital são adquiridos, na concepção histórico-social, pela habilidade do ser humano em captar o significado da realidade pelas suas relações sociais - econômicas, políticas, culturais e ideológicas.

*“A humanidade do ser humano é revelada no processo de cuidar e ser cuidado, sendo essencial para o seu desenvolvimento e realização, Motta,1995”*.

A humanidade é possível de ser evidenciada na referência de Said,1995:

*“(...) valores crenças e atitudes influenciam decisões importantes a respeito da maternidade pois envolvem não apenas o racional, mas os sentimentos, a intuição, as dúvidas, a curiosidade, as incertezas, o entusiasmo, a impulsividade, o medo, a ansiedade em relação a riscos concretos ou imaginários”.*

Humanidade emerge como categoria no estudo, referindo-se à observação e intervenção da assistência de Enfermagem na saúde da adolescente durante processo de transformação de papéis e meio, considerando-se as características do ciclo vital normal da mulher.

**Respeito**, entendido nesta abordagem no sentido de relação, referência, consideração, importância. (Ferreira, 1986)

O ser humano tem como base, para seu desenvolvimento harmônico, as relações pautadas no respeito, reconhecendo a diversificação de símbolos, ritos, crenças e valores dos indivíduos e sociedade. O respeito na relação entre a enfermeira e suas clientes, bem como os demais componentes da assistência pré-natal, dá o suporte ético. Pressupõe o entendimento, atitudes e comportamentos que se constroem diariamente e a cada momento da prática assistencial. O respeito permeia a mediação no diálogo que ocorre naturalmente e com reciprocidade, no processo de desenvolvimento da gravidez da adolescente.

Citado por Santos ( 1997), Loriger (1993) refere –

*“o diálogo possui os seguintes pressupostos: 1. Aprende-se a respeitar os pontos de vista dos outros; 2. Aprende-se a respeitar que o próprio ponto de vista tem o mesmo valor e peso dos outros; 3. Aprende-se a respeitar as regras combinadas; 4. Aprende-se que regras podem ser discutidas e modificadas, mas que são necessárias para a vida em comum; 5. Aprende-se que todos somos iguais e igualmente dignos de respeito”.*

O respeito é categoria que permeia toda a aplicação do construtivismo na assistência à saúde (enfermeira/cliente/rede social) durante o processo de gravidez na adolescência



### 4.3. Descrição dos dados coletados

A apresentação da Proposta de Assistência de Enfermagem à adolescente grávida à equipe de saúde do Centro de Saúde do Itacorubi, ocorreu em abril de 1997, em reunião com a equipe de saúde. Estavam presentes: a Coordenadora do Centro de Saúde, que é auxiliar de enfermagem e pedagoga, uma técnica de enfermagem, a faxineira, uma das auxiliares administrativas, a psicóloga estagiária e a médica, que realiza os atendimentos em clínica geral e em saúde da mulher.

Havia preparado um esquema para apresentação da proposta de forma participativa. Em vista de não termos toda a equipe do Centro de Saúde presente e de dispormos de pouco tempo para a colocação da proposta, o grupo achou mais conveniente que a mesma fosse apresentada de forma expositiva para, em seguida, salientar, discutir e esclarecer alguns pontos.

Por sugestão do grupo, iniciei a apresentação da Proposta de Prática Assistencial de Enfermagem às adolescentes grávidas, retomando a nossa prática usual no atendimento pré-natal. Já tínhamos, por rotina, definidas as terças e quintas feiras para o atendimento às gestantes; as reuniões de grupo continuariam acontecendo antes das consultas individuais; a única mudança seria quanto ao agendamento de gestantes adolescentes ( 12 a 20 anos ) nas quintas-feiras, e, das restantes, nas terças-feiras. A idéia foi bem aceita pelo grupo que comentou ter realmente percebido um aumento na procura do serviço por adolescentes.

Questionei o conhecimento dos presentes a respeito do construtivismo e de como essa concepção teórica se aplicaria no atendimento de Enfermagem à adolescente grávida. A Coordenadora do Centro de Saúde fez comentários, pois já havia estudado o tema durante sua formação em Pedagogia. Outras comentaram a importância de atender e ensinar a partir daquilo em que a pessoa já acredita, já sabe. Também foi lembrada a necessidade de se trabalhar em equipe para "...não ficar mais trabalho para um e menos para outro, e que todos orientem coisas básicas da mesma forma para não confundir a cabeça das gestantes...".

O espaço disponível para a realização das reuniões de grupo é um consultório pequeno que precisa ser preparado no dia dos encontros. A faxineira ficou responsável

pela colocação de cadeiras no consultório nos dias de atendimento das gestantes, e, as auxiliares, conforme realizam a triagem das clientes, encaminham-nas para a sala do grupo; desta forma, elas já têm a oportunidade de se aproximarem, podendo iniciar uma troca de informações e experiências.

Comentou-se da possibilidade de mediação durante os atendimentos e visitas domiciliares, a fim de verificar a situação da gestante e família, puérpera e filho em casa, salientando os componentes normais, o desenvolvimento da gravidez e/ou o bebê em casa, sua interação com o meio social, ou se for o caso, auxiliando no enfrentamento de uma situação de perda.

Aproveitando o encaminhamento da discussão, coloquei que um dos objetivos da minha prática profissional é a busca de um estado de equilíbrio na saúde de meus clientes. Entendo que a enfermeira utiliza-se do diálogo, da intuição, da experiência e da técnica para promover a interação da gestante com os serviços de saúde, no sentido de assistir os processos vitais normais. Poderá, assim, acompanhar, levantar, orientar e/ou resolver possibilidades afetadas, considerando o meio socio-cultural específico de cada cliente.

O grupo de profissionais, colegas presentes, em princípio, me pareceram sensibilizados com a proposta de atender às gestantes dentro dessa visão, não muito diferente daquilo que vínhamos desenvolvendo; apenas, agora, eu estava me propondo não somente atender, mas observar e analisar nossa prática à luz do construtivismo. Fiquei um pouco intrigada, pois não senti nenhuma resistência, e nem muito interesse; pareceu-me ser mais uma “coisa nova/velha”, outra tentativa de assistir às gestantes...Será que pensaram que daria mais trabalho ou, no fundo, não estavam acreditando realmente naquilo que falavam?!?

A primeira reunião do grupo de gestantes aconteceu na mesma semana; participaram sete gestantes, sendo cinco dentro da faixa etária do estudo. Além das clientes participamos ainda, a psicóloga e eu. A reunião iniciou com as apresentações, de forma rápida, dizendo-se o nome, idade, se era primeira gravidez, quantos filhos já possuía e o tempo da gravidez atual. Logo após falei sobre a importância do acompanhamento pré-natal, e pedi às que já tinham vivido outra gravidez, falassem a respeito de sua experiência.. O grupo, a princípio, ficou um pouco retraído, mas logo que duas ou três manifestaram suas opiniões, as outras relaxaram, fazendo pequenos comentários,

mostrando-se atentas, sorrindo. A conversa dirigiu-se principalmente para as questões do início da gravidez, ...a dificuldade do dar-se conta de estar realmente grávida, a gravidez não planejada, a difícil tarefa de contar...para o namorado, para a família..., e ainda os sintomas específicos do primeiro trimestre da gravidez. Manifestaram também o desconhecimento a respeito do parto e o medo da dor.

As clientes colocavam suas observações e eu estimulava a participação de todas, bem como, esclarecia algumas questões, utilizando-me de desenhos e recortes que eram mostrados e em seguida entregues a elas para manuseio e análise. A reunião teve a duração de mais ou menos uma hora e trinta minutos com todas as participantes; a partir de então, elas eram chamadas para a consulta individual, sendo que após esta, algumas retornaram ao grupo.

Segundo Madalena Freire, 1997,

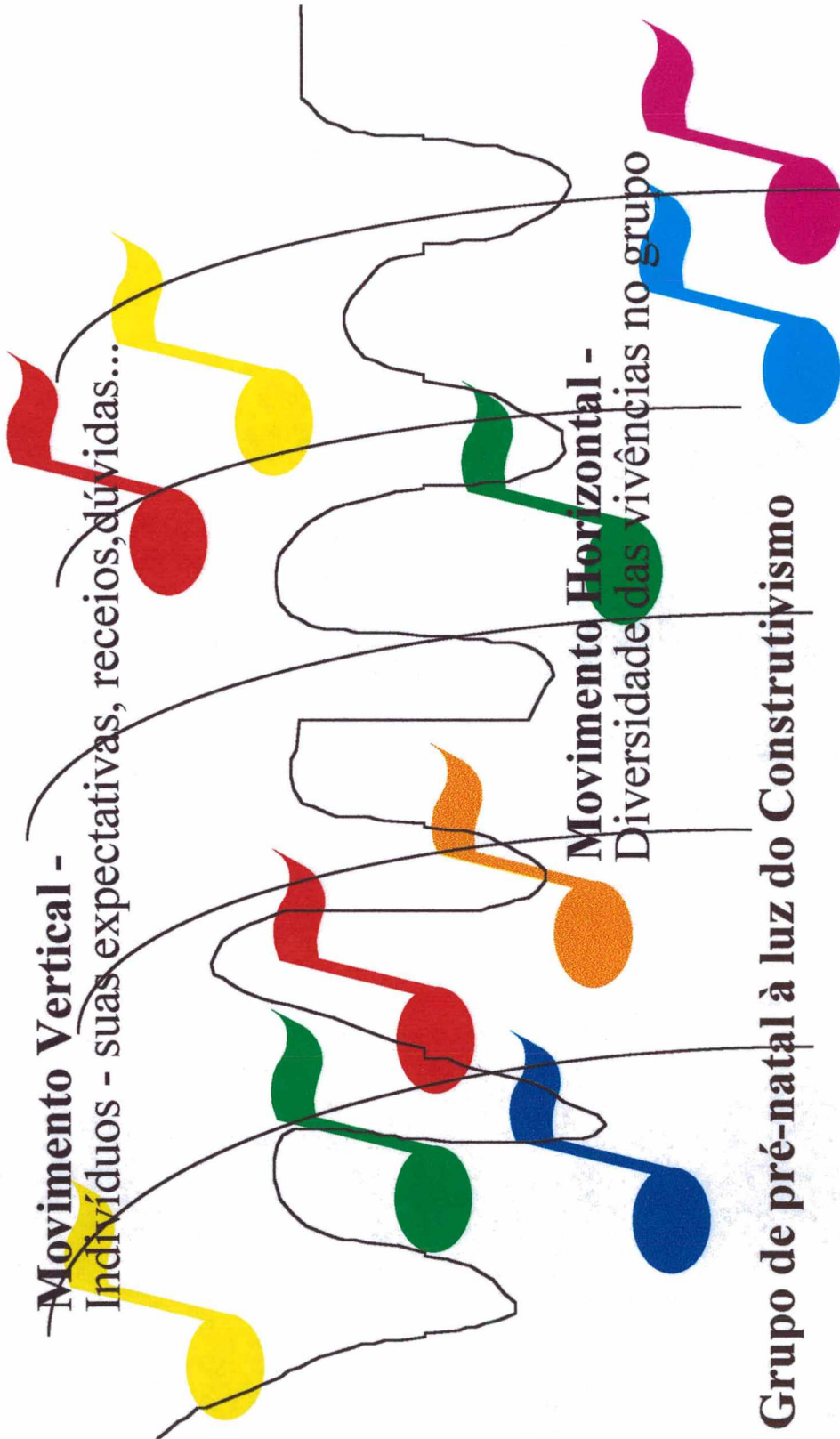
*“Grupo é o resultado da dialética entre a história do grupo (movimento horizontal) e a história dos indivíduos com seus mundos internos, suas projeções e transferências (movimento vertical) no suceder da história da sociedade em que estão inseridos”.*

Nos encontros de grupo no pré-natal, percebeu-se um “movimento horizontal” que se mostra pela diversidade de vivências do grupo e outro “movimento vertical” que são as expectativas, receios, ansiedades, medos, fantasias de cada indivíduo no contexto em que estão inseridos. É importante verificar que esse movimento vertical faz parte da história de vida de cada mulher; entretanto, o pré-natal, à luz do construtivismo, estimula e intermedia relações horizontais onde os “círculos” de interação se reconhecem como fonte mútua de informação, troca e ajuda (Figura 2).

Cito, como exemplo, a situação de uma “cliente inibida” que se movimentava na cadeira visivelmente à procura de uma posição melhor para acomodar seu corpo e barriga de 8 meses; ela já havia comentado sentir dor nas costas. Uma outra, mais desinibida, conta ao grupo quando e como se posiciona, com auxílio de almofadas, para aliviar as dores nas costas. Uma terceira fala do alívio que sente, quando o companheiro lhe faz massagens na região lombar e mostra como ele faz isso, pedindo àquela primeira para massageá-la

**Movimento Vertical -**

Indivíduos - suas expectativas, receios, dúvidas...



**Grupo de pré-natal à luz do Construtivismo**

Figura 2

*“Assim, o enfermeiro e os usuários dos serviços de saúde podem ser pensados como seres significadores, o que lhes facilita a possibilidade de compartilharem significados que permeiam crenças, valores e atitudes face a questões de saúde e vida, no sentido de aumentarem suas potencialidades de interpretação e compreensão do cotidiano pela construção de caminhos próprios e singulares que se consolidam na troca de experiências pelo ser com (Said, 1995)”*

Durante o desenvolvimento da atividade prática, quando colhi os dados deste estudo, foram realizadas 13 reuniões de grupo de gestantes, com uma média de participação de 5 clientes por dia; em algumas ocasiões, com a participação de gestantes adolescentes com as demais. Houve dois feriados e dois dias de paralisação do serviço em dia de atendimento às gestantes. Registrei 16 gestantes adolescentes em acompanhamento pré-natal no CS II Itacorubi, nos meses de abril, maio e junho deste ano.

Além das reuniões nos dias determinados para o atendimento clínico, ocorreram, também, reuniões extras para a mostra de vídeo sobre a Maternidade do Hospital Universitário. Participaram destas oportunidades, cinco gestantes. Um destes encontros foi realizado em horário noturno a fim de possibilitar a participação dos companheiros, que segundo elas não vêm junto nos atendimentos, em função do horário de trabalho. Neste encontro específico, participaram 3 casais adolescentes, das 19.30h às 21.30h, a troca de informações foi intensa, extrapolou o assunto mostrado na fita de vídeo. Os parceiros foram muito participativos, encaminhando a maioria das discussões.

Foram feitas seis entrevistas com as adolescentes grávidas, segundo instrumento específico (Anexo 1), sendo duas realizadas no Centro de Saúde, três em visita domiciliar e uma no trabalho da gestante conforme suas preferência. As entrevistas foram gravadas com o consentimento das gestantes.

Para a análise dos dados inicialmente transcrevi as fitas com o conteúdo das entrevistas enquanto seguia as anotações nas planilhas de campo e fazia uma crítica com relação aos pressupostos definidos.

Optei por chamar as clientes gestantes por nomes que transmitissem a idéia de energia armazenada, possibilidade de desabrochar e crescer.

### 4.3.1 Entrevista A

**Avelã, 18 anos, gesta I, companheiro Pinhão, 18 anos.**

Cumprimentamos-nos, já nos conhecíamos das reuniões de grupo e de algumas conversas em sala de espera. Peço permissão para gravar, sem problemas. *Respeito*

Começo perguntando alguns dados de identificação, seguindo o instrumento...Estado civil? Casada, solteira como que é? "... amontoada", ela responde. Eu confirmo o que já havia entendido: Estás morando com ele? *Humanidade*

Na seqüência, pergunto detalhadamente sobre seu conhecimento do processo de gravidez, parto e pós-parto; ela responde:"...não pensava ficar grávida com essa idade....achava que estaria namorando.....mas agora já que Deus mandou...!" *Naturalidade*  
*Humanidade*

Acha que deve ver a gravidez como fato positivo, não como muita gente que "fica doente". Não sabe muito bem como é, pois é a primeira vez. Sobre o parto, a princípio, diz que só saberá depois de passar por ele. Acredita ser uma grande alegria, o bebê com ela...mas fica pensando se vai conseguir ver o filho...Teve convulsões quando pequena e tem medo de acontecer algo com ela no parto, que a impossibilite de ver o filho. Tomava remédios. Pergunto se já falou isso para a médica do pré-natal. Já, lá na Maternidade, também falaram que ia dar tudo certo, ela diz. Fala que o marido diz para ela pensar positivo, que o bebê vem para casa com eles. Tenho vontade de falar sobre isso, mas esclareço que, como estou fazendo uma entrevista, não é como no grupo, aqui tenho que seguir um roteiro. Fico em dúvida se posso deixar fluir este assunto ou se me prendo ao roteiro; mas, na verdade, se estou trabalhando à luz do construtivismo, por que não deixar fluir? *Dialogicidade*  
*Reciprocidade*

Seguindo, perguntei sobre o conhecimento do processo de gravidez, diz que vem de mulheres da família que já passaram por isso. Na sua opinião, a gravidez é um pedaço da gente. Diz estar sentindo uma grande mudança nela mesma desde o início da gravidez ".....porque eu, antigamente, era uma adolescente, e agora? Agora!! Eu vou ser Mãe, muda muita coisa! Eu era muito criança, aí depois que eu comecei a trabalhar, não sei como é que foi...mudou, todo mundo fala que eu fiquei mais adulta, parece que o bebê tá mudando!". *Humanidade*  
*Naturalidade*

Desejava a gravidez, mas não foi planejada. Começa a explicar que ela queria, ele não. Mas depois que ficou grávida mudou sua relação com o companheiro, grávida se sente mais casada. Peço que me fale mais disso, o que entende sobre isso. Fala que agora não é só passatempo, tem que ter mais compreensão um com outro....

*Naturalidade  
Humanidade  
Reciprocidade*

Como foi a reação das pessoas com a notícia da gravidez?

Todo mundo falava que só faltava eu! E o companheiro, que a princípio não queria, foi quem pegou o resultado; ela foi a última a saber. A relação com o companheiro passa por transformações, segue o padrão que a sua rede social dita: “casado é diferente de namorado”.

Deixou a escola quando se juntou. Não quis mais ir! Pretende estudar de novo, não sabe como. Na escola teve aula de educação sexual, mostraram como a gente é por dentro....falaram que tem muita menina jovem, 11,12 anos ficando grávida, mostraram como prevenir a gravidez e a AIDS. Pergunto se achou interessante as aulas; ela responde que sim, mas eu não exploro mais a resposta, vou direto a outra pergunta; poderia dispensar mais um tempo com o assunto da escola. Vou direto à questão do trabalho, trabalhava até ficar grávida, ele não quis mais. “Pai bobo!” Aqui me parece que ela concorda com ele.

*Reciprocidade*

Os confidentes são o marido e uma prima que já teve filho. Sobre a assistência de saúde, acha muito boa,; quem indicou foram as primas que já fizeram pré-natal ali, participaram dos grupos que ela acha muito importantes porque “fala de muita coisa com outras pessoas. O conhecimento que tem sobre o processo que está vivendo tem por base a sua rede de relações próximas.

*Dialogicidade  
Humanidade  
Reciprocidade*

Quanto às expectativas que ela tem, relacionadas ao serviço de saúde, coloca em primeiro lugar o aumento do número de fichas para o atendimento.

Estimulada para falar sobre o atendimento de Enfermagem, ela fala:... “aqui no postinho?... por enquanto não vi nada de errado...falta vacina.”

*Dialogicidade  
Reciprocidade  
Respeito*

Fala que se sente à vontade mais comigo do que com as outras. Sempre “vai rolando papo Quando venho aqui”. No grupo é bom falar sobre o que a gente sente, isso alivia,”....fez eu parar de chorar”. “Os atendimentos dão uma tranquilidade.....depois do parto....podíamos conversar sobre como foi a experiência, como cuidar do bebe....acho bom

continuar”. A Enfermagem segundo ela tem.... ser igual “pela frente e por trás, conversar do mesmo jeito com todas, aqui eu sinto isso...”. As reuniões poderiam ser de 15/15 dias, a troca de informações com as outras é muito bom.

Como vê o trabalho da enfermeira, como me coloco? Responde que estou “no lugar certo”, que não estou sendo só enfermeira, estou sendo uma amiga de todas! Na sua opinião, enfermeira é aquela que sabe conversar e sabe lidar com as pessoas”. Acha bom ter consulta individual de enfermagem e visita domiciliar.

*Reciprocidade  
Respeito*

#### 4.3.2 Entrevista B

**Noz, 17 anos, gesta I, 5 meses de gravidez, companheiro, Pistache, 20 anos.**

A entrevista ocorreu em visita domiciliar. Colocamos-nos à vontade, oferecem-me água, peço para gravar, tudo bem.

*Respeito*

Ele está junto, muito cuidadoso com ela e comigo, mostra-se bastante interessado, vai participar.

*Reciprocidade*

Dessa vez, pergunto, inicialmente, o que conhece sobre gravidez; depois estendo a pergunta para o parto e pós-parto. Ela responde:”....ter um filho...passar todo um transcurso....”.

*Humanidade  
Naturalidade*

No meio disso, o “Guga”(Gustavo Kuerten-tenista catarinense que participava do torneio de Roland Garaud) ganha o jogo e o pessoal da casa vibra...me parece um ambiente harmônico e alegre. Descubro que Pistache é professor de tênis. Voltando ao assunto, lembro do transcurso....ela fala que tudo muda muito, a barriga cresce e ela não se imaginava grávida antes de engravidar; mas é tudo muito bonito! Enquanto fala, percebo que sua fisionomia muda; quando se refere ao estar grávida, já está mais “adulta”. Conversamos sobre como era antes; saíam mais à noite, têm uma turma de amigos...as coisas estão mudando, conversam sobre as mudanças, “isso ajuda”.

*Humanidade  
Naturalidade  
Reciprocidade*

Sobre o parto, qual é idéia que ela faz? A primeira coisa de que fala é na dor. Depois relata, transparecendo felicidade, ter o filho nos braços,”... depois ele começa a crescer...quero me dar bem com ele, lhe dar coisas que eu não tive....” .Pergunto sobre o cuidado com ela mesma...não sabe...pensa mais nele, pensa que ser mãe é ter mais responsabilidade. Percebo sua preocupação com o futuro, o compromisso que está assumindo.

*Humanidade  
Respeito*



A gravidez não fora planejada, ficou muito nervosa porque não sabia como falar para a família. Depois, todos aceitaram, e tudo está normal. A família festejou quando soube ser um menino.

*Naturalidade*  
*Reciprocidade*

Pistache fica atento a tudo, mas não interfere. Seguidamente olho para ele como que pedindo que diga o que está pensando...mas já havia dito que a entrevista era com ela...ou seja, perdi a oportunidade de partilhar, neste momento, idéias com ele também.

Pergunto sobre dúvidas e receios. Fala ter receio quanto ao parto, ouvira falar de alguns cortes...ficara assustada; nessa ocasião ele fala que tentou acalmá-la. Sobre a sexualidade, fica à vontade e fala que está normal, mas que a barriga está crescendo...e ele interfere dizendo que ela se acha gorda, ela diz que sabe que engorda porque "...ela tá crescendo, se desenvolvendo..." Pergunto se acha que está feia, bonita, desejável.../ Eles riem. Ela não consegue sair como antes. Pergunto se eles conversam sobre estas coisas; ele responde que sim...pergunto se ele acha ela bonita grávida? "Eu acho, eu estou adorando ela assim!" Ela diz, rindo, que ele brinca toda hora com a barriga dela. Quanto à reação dele, também ficou com medo da família dela, depois de dar confiança a ele, pensarem que ele tinha abusado dela. Eles já iam casar mesmo"...queria ser pai mas já...assim?!?" A relação deles aparenta ser bastante dialogada e compartilhada, comigo o diálogo flui, também, facilmente.

*Humanidade*  
*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*  
*Respeito*

Falta um ano para ela acabar o segundo grau. Trabalha como doméstica, os patrões apóiam, mas não tem carteira assinada, e assim, não querem pagar a licença gestante...Saliento que ela tem o direito legal; "- ele sabe!" Tomo cuidado ao falar sobre seus direitos, procuro antes saber o que pensa quanto a isso e como está encaminhando suas questões.

*Dialogicidade*

Na turma de amigos não acreditavam quando contou da gravidez... "estás maluca!". Pergunto se tem amigos com filhos, sim, dois casais; inclusive uma tem 14 anos; essa já teve o bebê, a outra é só namorada ainda. Eles acham bom ter amigos com bebês, pois poderão continuar saindo; os programas é que vão mudar um pouco "

*Naturalidade*  
*Humanidade*  
*Reciprocidade*

A situação sócio-econômica é razoável; estão com tudo planejado, estão construindo uma casa. Volta à fisionomia aquele ar de maturidade!

*Naturalidade*

Busca informações na TV e livros, me mostra um, bem completo e ilustrado; vejo que lêem juntos.

Gosta do atendimento pré-natal, apesar de sentir que a médica, no início, era um pouco fechada, o que a deixava inibida; mas agora se sente melhor. Tento esclarecer minha pergunta sobre o que espera dos atendimentos no Posto durante este período que ela está passando. Ele responde que ela queria saber sobre gravidez; e, ela então fala que, agora com as reuniões de grupo, está tendo o que queria. Antes havia ido já duas vezes ao Posto, para o grupo, e disseram que não teria atendimento.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*

Pergunto sobre assuntos que gostaria de abordar nas reuniões, quando vem uma contra-pergunta: voltando a questão da sexualidade: "...sinto dores às vezes quando temos relações. Será que ela (bebê) não gosta? A desinformação, o medo do desconhecido, do novo pode dificultar o processo natural da vivência da gestação.

Quanto ao atendimento de enfermagem, ela afirma que gosta e é importante, não se detém muito a explicar como ou porquê; quando pergunto sobre as reuniões de grupo, fala mais ...gosta por ter dúvidas esclarecidas.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*  
*Respeito*

"A enfermeira é uma profissional que pode me ajudar"; acha que seria bom ter mais tempo, a consulta individual de enfermagem é interessante.

Quer visitar a maternidade e gostaria de ter o companheiro com ela na hora do parto. E ele quer? Sim!

Agradeço a atenção e disposição e dou início a um bate papo sobre as questões que surgiram no decorrer da entrevista a fim de esclarecer dúvidas - sexualidade, alimentação, parto... Ficamos mais uns 30 minutos vendo o livro que eles tinham; as gravuras facilitaram a compreensão, trazendo alívio de receios e medos.

#### 4.3.3 Entrevista C

**Castanha, 18 anos, gesta I, 8 meses de gravidez, companheiro Grão, 31 anos, um filho.**

A entrevista se realizou em visita domiciliar, estava me esperando; mora nos fundos de uma casa, apenas um quarto e banheiro, mas muito arrumado e limpo. Peço permissão para gravar, não se importa; logo pergunto a idade dela, ela diz ter 18 e ele 31; salienta que ele já tem um filho de casamento anterior,

*Dialogicidade*  
*Respeito*  
*Reciprocidade*  
*Humanidade*

mostra-me a fotografia do menino. Diz não estar casada, está “junta”. Percebo que me recebe como uma visita, demonstra certa preocupação com o meu bem-estar, quando falo de que gostei do “seu cantinho”, que é bonito e arrumado e aceito um copo de água, ela relaxa.

Pergunto o que sabe sobre gravidez... “ih!! Primeira vez!!” Diz que até o terceiro mês não queria a gravidez. Era verão e achava que não poderia mais usar suas roupas normais. “ Rejeitei até o bebê começar a mexer; ...aí parece que dá um negocio na gente, né?!?...Muda tudo...a gente fica mais chorona... Tirando a dor nas costas, foi uma experiência muito boa...para mim, que fico muito sozinha... é até uma companhia... até o marido fica mais atencioso com a gente. Nesta fala, ela coloca sua relação com o marido e com a idéia de ser mãe, verifico como os processos estão se sobrepondo.

*Humanidade*  
*Naturalidade*  
*Reciprocidade*

Consigo deixá-la falar, sem interromper até o momento em que acho que posso perguntar-lhe sobre parto. Começa respondendo que não tem medo, já estudou no colégio sobre isso, e que apesar de muita gente assustá-la, ela está tranqüila. Prefere o parto normal á cesárea, acha que é mais incomodo o corte da operação e não tem dúvidas quanto ao parto! Admiro-me de tanta segurança! Lembro de colocações suas nas reuniões de grupo que não me davam essa impressão, será que ela está mudando?

*Humanidade*  
*Dialogicidade*

Quanto ao pós-parto, tem medo de depressão; já teve uns dias atrás... “Tenho medo de não dar conta; filho, marido....mas, depois fica tudo normal, né?” Neste momento, sinto sua solicitação para que eu possa, com meu conhecimento e experiência, ajudá-la a compreender melhor a questão. Detenho-me no assunto por alguns minutos para esclarecer seus receios.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*

Referindo-se a cuidados com o bebê, não tem receios, pois já cuidou de vários. Trabalhava como babá.

Na seqüência da conversa, ocorrem alguns momentos de silêncio; pergunto sobre o que ela pensa de ser mãe? Ela diz: “... Ser mãe é ter um monte de responsabilidade, é tudo!”. Sobre o que ela sente estando grávida?...Senti um choque no início, mas depois... sinto uma satisfação...me realizei como mulher, não fiquei só naquela fase da adolescência; com a gravidez mudou tudo...o mundo, o pensamento...é o meu filho...é uma grande emoção”. Fala que procurou o pré-natal porque sabia que tinha que aceitar; não tentou tirar. Posso perceber o

*Naturalidade*  
*Humanidade*

cruzamento dos processos, o querer e não-querer, aceitar e sentir o responsabilidade.

Descreve como mudou a sua vida desde o início da gravidez, principalmente o jeito de pensar "...rotina por enquanto tá igual...até o corpo...eu acho bonito mulher grávida, até recebi um elogio outro dia de um cara na rua!...". Fico com a impressão de que aquele elogio lhe trouxe a certeza de que ainda é mulher desejável; me parece meio carente de afeto.

*Humanidade*

Pergunto sobre a sexualidade. "...Ai! Mudou tudo, ficou bem mais difícil, até já falei com a médica, porque, às vezes, parece que ele tá lá no canal da vagina...a gente até pára...mas nunca aconteceu...assim de doer...Tem vezes que a gente deixa para depois, conversa...acalma...e aí tenta de novo; ele perdeu um pouco a vontade, eu não. Pergunto se sabe por quê, ela acha que é coisa de homem, "...tem vontade até quando engravida a mulher; aí vem o medo de machucar...passa a vontade". A maneira que ela coloca, mostra que ela não está satisfeita, que apesar de dizer que entende, no fundo gostaria que fosse diferente. Continuo conversando sobre isso, tentando explorar mais seus sentimentos, mas ela demonstra até um pouco de receio com relação aos sentimentos do companheiro.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*

Para saber se estava grávida, fez um teste que lhe haviam ensinado, ferver a primeira urina da manhã, mas também fez o exame de laboratório; quem foi buscar o resultado foi ele, "...ele tava mais feliz que eu, ele queria mas não tava querendo me pedir para fazer um filho...".

*Humanidade*  
*Reciprocidade*

Estudou até a sétima série e já havia parado antes de engravidar; pensava em voltar a estudar, mas ficou grávida, "...aí não dá, né?!" Também, desde que casou, não trabalha mais, cuida da casa, deixa tudo arrumadinho, faz comida. "...depois que casei não saio muito de casa, não tenho amigos...ou melhor, o meu amigo é ele! Pergunto se não sente falta de amigas; diz que, às vezes, de uma amiga que mudou-se..." O dinheiro não é preocupação, não precisa trabalhar." Ele tem economias." Busca informações na TV, revistas... gosta de ler, saber das coisas.

*Reciprocidade*  
*Humanidade*

Quanto ao atendimento de pré-natal, acha que "pode prevenir complicações, dar conselhos "...não precisa ser psiquiatra...mas ajuda tanto para o bebê como para mãe". Reafirma mais uma vez, com essa colocação, que necessita atenção, carinho e compreensão. A indicação do Centro de

Saúde para o pré-natal foi feita no Hospital Universitário; lá informaram que deveria buscar o CS mais perto de sua casa. Fico surpresa e satisfeita; o sistema de referência pode funcionar! Sobre o atendimento, fala que sentiu uma certa barreira no primeiro dia, tinha muita gente “...e as moças estavam meio fechadas”. Gostou muito do exame de pré-natal, achava que era igual ao exame ginecológico e ficou emocionada em poder ouvir o coração do bebê. Referindo-se ao atendimento de Enfermagem, a princípio não gostava de enfermeiras, pois tem uma cunhada muito chata que é enfermeira. Mas, depois, foi conhecendo outras...mudou de opinião, “ao mesmo tempo é uma amiga que eu tenho no Posto...posso contar, me sinto muito bem contigo, eu falava muito de ti para ele, aí ele te conheceu no grupo e concordou comigo..., o atendimento de enfermagem é diferente do médico. Esta última afirmação me levou a perguntar porque era diferente o atendimento do médico da enfermeira”, ao que me respondeu-me “...dá para criar mais intimidade com a enfermeira, é mais de igual pra igual”.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*  
*Respeito*

Sobre as reuniões de grupo, acha bom, consegue esclarecer dúvidas, “...apesar de não ter muitas...”, gostaria de falar mais de cuidados com crianças. Os atendimentos de Enfermagem podiam continuar? pergunto. “Sim, porque eu sei tudo...mas não sou mestre, né? Acho que podia ser tipo uma visita, acompanhar...as enfermeiras, aqui na capital, têm um conhecimento mais aplicado”. Sinto, com certeza, que consegui interagir com ela, que a Assistência de Enfermagem faz parte da sua rede social. E a continuidade do atendimento é requerida.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*

### **4.3.3 Entrevista D**

#### **Soja, 18 anos , 3 meses de gravidez, solteira.**

A entrevista acontece na casa de família onde a cliente mora e trabalha como doméstica. Ao chegar, fui muito bem recebida; ela estava me esperando em companhia de uma amiga. Perguntou-me se não atrapalharia, a amiga ficar junto na entrevista; eu respondo que não haveria problemas. Percebo a proximidade das duas e me parece que ela preferiu a entrevista em casa, pela oportunidade de me apresentar o ambiente onde morava e como era bem tratada pelos patrões e amigas. A amiga, muito comunicativa, coloca que é a melhor amiga de Soja e que está aproveitando os últimos dias, pois está de mudança para o Rio de Janeiro, onde irá se casar. A rede social dá suporte para os processos em desenvolvimento. Peço permissão a ela para gravar a entrevista; ela concorda.

*Reciprocidade*  
*Respeito*

*Reciprocidade*  
*Respeito*

No início da entrevista, pergunto a ela se é casada ou solteira, responde ser solteira e que o pai do bebê irá apenas assumir o filho. “...é fogo falar isso, mas é a realidade; ele só tem 16 anos...não tem a cabeça no lugar, não tem responsabilidade”.

*Naturalidade*

Respondendo à primeira pergunta, diz não que não sabia quase nada sobre gravidez, “sabia como acontecia, quando fecundava o óvulo... não sabia que meu corpo ia mudar; para mim, essas coisas assim... é tudo novo. Tudo eu acho diferente, estranho. Qualquer dorzinha já fico com medo”. É minha primeira vez, que eu fico assim... eu não entendo nada, eu estou completamente fora... porque eu não previa jamais ficar grávida; eu não estava preparada, mas agora já estou!”. E sobre o parto e depois do parto, o que sabes? “Na verdade, não sei nada...a gente ouve as pessoas falando...tem gente que bota medo... para mim, saber mesmo, só passando por isso.

*Naturalidade*  
*Humanidade*

O diálogo fica um pouco truncado, apesar da boa receptividade a princípio. Tento explorar mais, perguntando onde ela busca informações sobre estes acontecimentos. Responde que sabe pelas amigas que já tiveram filhos, pela mãe que conta. “...se bem que, a minha mãe nunca falou muito disto. Ela já tem mais vergonha de falar sobre isto. Agora talvez não, se eu conversar com ela direitinho...”

*Humanidade*  
*Reciprocidade*  
*Dialogicidade*

Sobre a gravidez, diz que será uma experiência nova., acha que vai ser boa, pretende ser a melhor mãe possível para seu filho; tira uma idéia pela sua mãe; apenas que com ela é diferente, pois ela não estará casada. “ Vou ter que ser mãe e pai ao mesmo tempo, vou ter que estar mais do lado do meu filho ainda.” O pai vai assumir o filho, mas não vai estar perto, mora longe. Ela acha importante o carinho do pai e chegou a conversar isso com ele.

*Naturalidade*  
*Humanidade*

Esclarecendo sobre seus sentimentos pela presença da gravidez, fala que, no começo, não acreditava. Quis tirar e ele também. “...primeiro ele, né; eu sempre fui contra o aborto...mas na hora do desespero ...e eu me sentia mal, ficava desejando a gravidez...agora, com o passar do tempo, eu estou acostumada; agora, eu estou feliz, saber que tem uma vida aqui dentro de mim, que eu vou botar no mundo.”

*Humanidade*

Quanto às mudanças, pensa que, por enquanto, está tudo “normal; depois, com 8, 9 meses, com a barriga crescida, aí vai mudar muito...vou deixar de fazer muita coisa, “ é uma responsabilidade muito grande”. Não pensa muito, mas tem muito medo, às vezes. “Agora, acho que já estou levando as coisas mais normal, eu tenho que fazer isso!”. Os medos são de sentir muita dor, não passar bem, acredita que tem que pensar positivo.

*Naturalidade*  
*Humanidade*

Quanto à sexualidade, diz que “ não tem nada agora; só vontade, mas não quer nem beijo com o pai do filho”; ela gosta de outro rapaz, mas este está impedido de namorá-la porque é aprendiz de marinho e ninguém pode vê-lo com uma mulher grávida, ele poderia ser expulso da Marinha.

*Naturalidade*

A gravidez aconteceu por acaso , ela estava sem tomar comprimidos há cinco meses e teve relações no segundo dia da cartela. “Eu fiquei desesperada quando eu soube, até tomei chá para abortar, fui parar no hospital com intoxicação...quem me indicou foi uma amiga...tomei muito por causa dele, porque ele ficava forçando minha barra para abortar, ele achava que eu queria casar com ele , mas eu, mesmo que ele quisesse, não iria casar. Aí, eu falei com a minha mãe. No início eles, meu pai e minha mãe não aceitavam, mas agora estão me dando apoio e isso está sendo ótimo para mim.”

*Naturalidade  
Dialogicidade  
Respeito*

Na escola, os colegas ficaram surpresos, no início, depois, dão carinho e atenção diferenciada a ela. Os amigos se colocam disponíveis para ajudá-la tem uma melhor amiga como confidente, com ela, conversa sobre seus sentimentos e dúvidas. Afirma que com os amigos comentam que a gravidez não é doença.

*Naturalidade  
Humanidade  
Reciprocidade*

Os patrões a apoiam como se fosse filha, o que a surpreendeu. Ela tem carteira assinada e conta com os direitos da licença maternidade. Não sabe se retornará ao serviço após o parto, tem dúvidas se os patrões irão querer, pois não pensa em ficar longe do bebê enquanto ele estiver pequeno.

*Reciprocidade  
Respeito*

Quanto à questão financeira acha que dá conta com os dois salários que recebe. Depois do nascimento do bebê, pretende continuar os estudos, está agora cursando a 7ª série; pretende também, trabalhar, para isso terá que colocar o filho em uma creche. Na escola, recebeu alguma orientação sexual nos últimos dias, já estava grávida. Outras informações busca em revistas e programas de TV, mas acha que despertou para isto agora, depois de ter engravidado.

*Humanidade  
Dialogicidade*

Acha importante o acompanhamento pré-natal para conhecer as “coisas da gravidez e prevenir”. Não gosta muito de esperar para ser atendida, mas entende que no serviço público não tem como fugir disso. Acha que a Enfermagem é muito importante porque “...dá atenção para gente antes e depois da médica”; Sente-se muito a vontade com a enfermeira. Acha que a enfermeira acompanha, é mais espontânea e amiga. No grupo de gestantes, percebe mais facilidade dela e de outras em colocar seus receios e dúvidas. Acha que o atendimento de Enfermagem continua depois do parto, principalmente para atender o bebê.

*Dialogicidade  
Reciprocidade*

Gostaria de visitar a maternidade antes do parto e na hora do nascimento, talvez a mãe pudesse acompanhá-la. Esclareci que ela

poderia ter a companhia de quem escolhesse e que todas as primeiras terças-feiras, de cada mês, é realizado um encontro na maternidade do Hospital Universitário, quando, acompanhadas por profissionais do Serviço, podem visitar as dependências do Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto

#### 4.3.5 Entrevista E

**Aveia 16 anos, Gesta I, 2meses e meio de gestação, companheiro Trigo, 35 anos.**

A entrevista aconteceu na casa do casal conforme havíamos combinado. Era um sábado pela manhã, e eu estava sendo esperada inclusive com um bolo sendo assado no forno. Aveia parece um pouco ansiosa e percebo que ela gostaria que Trigo participasse da entrevista; pede-me que o convide. Ao convite, ele responde que está se preparando para viajar, mas que estará por perto e participará um pouco. Pergunto se posso gravar a entrevista e eles não se opõem.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*  
*Respeito*

Começamos falando do que ela conhecia sobre gravidez. “...eu não sei nada, agora, com o pré-natal, as reuniões, a gente vai conhecendo mais...porque, quando a gente não está grávida não se quer nem saber...mas quando é tu que está aí, tu ficas feliz, toda boba, quer comprar um monte de coisa...” Sobre o parto não sabe, acha que vai saber só depois; só pensa que “não é tão ruim, não tem tanta dor ...” Fala que quer que o bebê nasça logo ...quero cuidar dele.”

*Dialogicidade*  
*Naturalidade*  
*Humanidade*

Quando perguntada sobre o que pensa de ser mãe, fica quieta, não sabe. Tento deixá-la mais à vontade, respeito alguns momentos de silêncio. Então, ela diz que ser mãe vai mudar sua vida; tudo vai ficar diferente, vai ter uma vida melhor. A gravidez não foi planejada, no início ficou com medo, depois que contou para a mãe e foi aceita, sente-se mais tranquila. Já estava morando com Trigo fazia dois meses quando engravidou. Acha que a família aceitou melhor pelo fato de estar morando com ele.

*Humanidade*  
*Dialogicidade*

Estava trabalhando, mas agora saiu, não pretende trabalhar quando tiver o bebê para cuidar. Está estudando, mas também vai parar até o bebê fazer três meses quando deverá retornar ao estudo à noite; o bebê ficará sob os cuidados do pai.

*Reciprocidade*

Depois que engravidou, acha que mudou muita coisa na vida. “...me sinto outra pessoa, só penso naquela criança, só quero saber daquele filho, como que ele vai ser...e eu? ...sou como uma manteiga, choro por qualquer coisa...medos? ...não tenho...sabe, eu



estou grávida mas não estou nem pensando na hora da dor do parto...só estou curtindo aquele momento...eu tinha um sonho no início da gravidez, de perseguição...”Peço que me conte, “...é uma tia minha que não gosta de mim e no sonho ela e o marido me batiam, eu chorava e não sabia o que tinha feito para eles, eu ficava com muita raiva.”

*Humanidade*  
*Naturalidade*  
*Dialogicidade*

Quanto à sexualidade não sabe o que falar; sente raiva quando outros meninos olham para ela; mas, com o companheiro, acha que se sente até melhor; estão mais carinhosos um com outro e não brigam tanto. Só gostaria de que ele participasse do atendimento pré-natal; mas ele refere que os outros homens não vão e ele, então, não se sente à vontade.

*Dialogicidade*  
*Humanidade*

Na questão econômica, estão tranquilos; ele trabalha com construção civil e está no final da graduação em Arquitetura.

As informações sobre seu momento de gravidez busca com amigas e nos atendimentos, nas revistas; gosta de ler apenas sobre os cuidados com bebê pequeno. Buscou o atendimento de saúde por conta própria e foi bem atendida. Acha que a enfermeira ajuda mais que o médico a resolver seus problemas, porque tem “mais abertura”. Pergunto a ela sobre que assuntos gostaria de conversar nos encontros e ela me diz que gosta de ouvir o que as outras colocam, pois, muitas vezes, esclarece suas dúvidas. Pensa que, depois do parto, poderiam continuar os atendimentos de Enfermagem para se tratar dos cuidados com o bebê. Vê a enfermeira como uma amiga durante os atendimentos e gostou da idéia da visita em casa para a entrevista.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*  
*Respeito*

Ela gostaria de conhecer a maternidade antes do parto, e que, na hora do nascimento, a pessoa escolhida para estar com ela seria Trigo, que, neste momento, se manifesta dizendo que gostaria muito, apesar de achar que ela não tem certeza disto. Esclareço que a Maternidade do Hospital Universitário oferece, todo início de mês, a oportunidade de visita a suas dependências.

*Reciprocidade*  
*Respeito*

#### **4.3.6 Entrevista F**

**Cevada, 17 anos, Gesta I, 8º mês de gestação, solteira.**

A entrevista ocorreu no Centro de Saúde, em dia e horário previamente marcados com a gestante. Ela, apesar de parecer tímida e retraída, estava deixando transparecer um certo “ar de importante por ser entrevistada”. Pergunta se poderia gravar a entrevista e ela não se opõe.

*Respeito*

Dando início à entrevista, pergunto se é sua primeira gravidez e se está solteira ou casada; ela responde que é a primeira vez que ficou grávida e que ainda está solteira, mas que irá casar logo, antes do bebê nascer.

*Humanidade*

Sobre gravidez, parto e pós-parto tem pouca informação; acha que não sabe nada, a não ser o que está sentindo. Seu corpo mudando, o bebê crescendo, sente muita diferença. "...ser mãe é legal, é uma experiência... às vezes, eu penso: será que eu vou dar conta? Não esperava ficar grávida, acho-me muito nova; depois que ele nascer, quero cuidar muito bem dele." Manifesta receio e ansiedade com relação ao bebê; parece não querer perceber as mudanças nela. Pergunto, novamente, se nota mudanças nela além do corpo; e ela afirma que chora muito fácil.

*Naturalidade  
Humanidade*

Falando do parto, acha que pode não ser como a maioria fala que é muito doído, mas, gostaria de ter alguém junto com ela na hora. Acha que as pessoas falam muito das coisas ruins, deveriam falar das coisas boas. Em seguida, me pergunta se morrem muitas mulheres de parto. Fica claro seu medo do momento do parto; agora, está pensando mais nela, diz que "tinha" medo de morrer.

*Dialogicidade  
Humanidade*

Falando dela, conta que se acha feia, seus seios estão muito grandes e doloridos. Não gosta mais de fazer sexo, por ela não faria mas ele quer, às vezes até brigam. Ele ficou muito contente quando soube da gravidez; ela pensou até em tirar; falando com a família de ambos os lados, receberam apoio, então, decidiram ter o filho.

*Humanidade  
Reciprocidade  
Respeito*

Ela trabalha como doméstica e refere ter sido bem tratada e compreendida pela patroa. Continua trabalhando, não sabe se continuará após o parto. Estudou até a sexta série e nunca gostou muito de estudar; na escola, não recebeu orientação sexual, apenas uma palestra sobre cuidados de higiene na mulher. Não pretende voltar a estudar.

*Respeito*

Os amigos não acreditavam que ela estivesse grávida porque ela sempre foi "muito certinha"; isso a deixou envergonhada. Como confidente, tem o "namorado"; com ele, ela sente-se à vontade para falar tudo, "...ele gosta muito de criança e a gente se dá super-bem".

*Humanidade  
Reciprocidade*

Quanto à questão financeira, por enquanto, estão investindo tudo na construção da casa; moram com a sogra. Ele trabalha na construção civil e está empregado no momento. Não sabe como será depois.

Busca as informações que quer saber sobre o processo de gravidez que está vivendo, através de amigas e nas reuniões do

grupo de gestantes. Acha muito importante o acompanhamento pré-natal porque cuida da mãe e do bebê. Espera que os atendimentos ajudem a evitar problemas durante a gravidez. Sente-se à vontade conversando comigo, acha que fica meio tímida no grupo, gosta de escutar as perguntas das outras; muitas vezes, falam de questões que gostaria de perguntar, "...acho engraçado o jeito delas, dá vontade de rir." Seu maior interesse agora é saber sobre o parto. Pensa que se souber o que pode acontecer ficará mais segura, será mais fácil. Gostaria que os encontros do grupo fossem mais frequentes e só com mulheres. Lembrou-se de uma consulta que fizera com a enfermeira num dia em que estava com dores; relata que se sentiu conversando com uma amiga e que saiu dali muito aliviada.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*  
*Respeito*

#### **4.3.7 Encontro de casais grávidos**

A reunião aconteceu em dia previamente agendado e divulgado, no CS II, à noite. Participaram três casais e eu.

No decorrer das reuniões de grupo de gestantes, no período da manhã, várias vezes, foi colocado pelas participantes o interesse dos companheiros em participar de um encontro, mas, o horário matutino não possibilitava suas presenças em função do trabalho. Combinamos nos encontrar à noite. Eu percebia, nas suas colocações, o quanto gostariam de ter os companheiros ali para compartilhar com eles o que estavam descobrindo, construindo, naquele bate papo com outras "colegas de barriga" e comigo, que tinha informações técnicas sobre o processo que vivenciavam.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*

Na semana anterior ao encontro, durante as reuniões com as gestantes, perguntei, algumas vezes, sobre o assunto que elas e eles gostariam de abordar no encontro noturno. Algumas colocaram que gostariam de falar sobre o parto e também saber sobre o melhor momento de ir para a maternidade. Como já havia mostrado, uma tarde a elas, o vídeo sobre a maternidade do HU, surgiu a idéia de repassarmos a fita na presença dos companheiros, e, a partir dali, veríamos outros pontos para discussão. Concordaram.

*Dialogicidade*  
*Respeito*

O encontro iniciou às 19:30, com a permissão de todos para a gravação.

Comecei com as apresentações. Cada uma disse seu nome e tempo de gravidez; uma delas foi corrigida pelo companheiro; tínhamos 5, 7 e 8 meses de gravidez naquele grupo. Estavam presentes: Avelã e Pinhão, Noz e Pistache e Castanha e Grão.

Enquanto arrumava a televisão, gravador, gravuras e desenhos que havia trazido, percebia que eles já conversavam, se

apresentavam e trocavam experiências sobre...”a barriga que tá crescendo,...ele fica enjoado..., dor nas costas...”. Internamente, estava sentindo uma grande satisfação por estar ouvindo aquela conversa; eles estavam espontaneamente se integrando e eu fazia parte sem provocar nenhum constrangimento.

*Dialogicidade  
Humanidade*

Sugeri apresentar a fita de vídeo, salientando que poderíamos, quando quiséssemos esclarecer algo, parar a fita e conversar. Concordaram, e enquanto ligava o aparelho Avelã, que já havia assistido à fita afirma que só havia imagens de um parto normal, não mostrava cesariana. Neste momento, Pistache, companheiro de Noz, pergunta se ela, Avelã, preferia cesárea; ela responde imediatamente, espantada, que não! Passam a falar de que, no caso de cesárea, leva mais tempo para voltar ao normal, é uma operação, “...a mulher não sente o que é ser mãe!” salienta Avelã. Durante as reuniões de grupo pela manhã, muitas vezes se discutiram os prós e contras de parto normal ou cesariana; a maioria é a favor do parto natural. Ao longo da prática, pude observar que o conhecimento que elas tinham a respeito disso, foi crescendo e elas foram se apropriando de uma segurança maior quanto a sua idéia, a ponto de Avelã quase se ofender, quando o companheiro da colega lhe pergunta se preferia cesariana.

*Dialogicidade  
Reciprocidade  
Respeito*

O vídeo começa; eu falo da maternidade que é nova e que trabalha com uma filosofia de humanização do atendimento...eles prestam atenção na imagem que mostra a triagem e riem, observando a forma como chegam as gestantes ali: “...uma chega gritando, outra chorando, outra rindo...”. Grão pergunta: “...já chega na maternidade pra ganhar?” Decido interromper a fita para explorar a pergunta. Nesse meio tempo, o bebê de Castanha se mexe, modificando a forma da barriga. Elas então começam a contar o que sentem e vêm quando o bebê mexe; “...às vezes faz cócegas, às vezes, dói...”

*Dialogicidade  
Naturalidade  
Reciprocidade*

Parando a fita pergunto se lembram alguma coisa sobre outras conversas nossas, quando falamos sobre a hora de ir para maternidade...todos opinam, inclusive os companheiros; falam das contrações de 10/10’, mas concordam que não é só isso, e que varia muito. Pergunto então, na percepção deles, o que os fará ir para a maternidade? Falam da dor, do rompimento da bolsa, da perda do sinal...”aquela clara de ovo com um pouco de sangue...”. Aqui aparecem os ensinamentos da rede social mais direta de cada um, o que a mãe falou, a amiga...Ressalto que o rompimento da bolsa nem sempre é sinal de trabalho de parto. Grão confirma que o sinal mais seguro são as contrações, cada vez mais rápidas, não importando se tem ou não dor e bolsa rompida. Aproveito a colocação e pergunto se todos acham que a dor está sempre presente. Castanha acha que sim, Noz tem uma amiga que não sentiu dor, que ganhou o bebê

*Dialogicidade  
Humanidade  
Naturalidade  
Reciprocidade  
Respeito*

muito rápido sem “sofrimento”. Saliento que a dor está bastante ligada ao fato de que, culturalmente, a mulher está acostumada a ouvir que para parir é preciso sentir dor, e que a dor esta diretamente ligada ao estado de espírito da gestante durante a gravidez e o próprio parto. Se ela tem um pensamento positivo, se está segura e tranqüila, o processo flui de maneira mais fácil e gratificante; às vezes, sem dor ou com um certo controle que permite “passar” pelas contrações com segurança. Relembro, agora junto com os pais, que a gravidez, parto e pós-parto são processos fisiológicos normais, a princípio, sem complicações.

Castanha conta a história de uma amiga que rompeu a bolsa e saiu muito sangue. Percebo medo na sua colocação, e que há desconhecimento sobre o motivo que pode causar maior sangramento no trabalho de parto. Com o auxílio de uma gravura, mostrando o bebê de 9 meses no útero, começo a explicar sobre a dilatação do colo e a posição da placenta. A atenção do grupo já passa a outro assunto. Vejo que não falarei da placenta agora e que a fita continuará parada por mais um tempo. Aqui, já percebo que estou mais tranqüila ao me defrontar com mudanças de rumo na condução da mediação dialógica.

*Dialogicidade*  
*Naturalidade*

Ficam intrigados com a posição do bebê e dos órgãos abdominais na mãe, comentam a dificuldade para comer grandes quantidades, “...não tem espaço!”, também com a dor nas costas, “...o peso da barriga puxa para frente...” Noz fala das massagens e água quente nas costas que aliviam o desconforto; ressalto a possibilidade do companheiro ajudar e como ele pode fazer isso; eles se olham e riem, transmitindo a impressão de cumplicidade. Pinhão pergunta se a posição “de pé” não prejudica, respondo que não e explico o mecanismo de abertura do canal de parto e como a posição vertical pode diminuir o tempo de trabalho de parto; ele entende e comenta “...a própria gravidade ajuda, né?”. Continuam a falar das posições “...das índias, dos orangotangos...dos banquinhos que as avós usavam para dar à luz e que até hoje são guardados...”

*Naturalidade*  
*Reciprocidade*  
*Humanidade*

Voltam à dor; como ela é? Faço a analogia das contrações com as ondas do mar, que crescem, chegam no pico e, quando quebram, começam a diminuir...; tento esclarecer se acham que a respiração tem alguma influência. Pinhão lembra do “cachorrinho”; todos riem. Coloco que, em vez de pensar no cachorrinho, que traz uma idéia de cansaço e sede, podemos comparar a respiração do parto com um “beija-flor”, como suas asas batendo, a respiração deve ser, durante o pico da contração, superficial e rápida. Acham interessante e experimentamos respirar daquela forma. Pistache pergunta porque facilita, respirar desse jeito; falo da relação da respiração com a exigência física e emocional, quando conseguimos controlar a respiração; podemos com mais facilidade controlar a emoção, que é muito forte na hora do parto. Avelã fala de ter

*Naturalidade*  
*Dialogicidade*  
*Humanidade*

alguém junto, na hora, relembro que na maternidade do HU, é permitida a presença de um acompanhante se elas quiserem; parece-me que sim, pois se olham de novo com olhares cúmplices.

Noz retoma o assunto sobre o parto, perguntando se a placenta sai junto com o bebê. Volto à figura e agora consigo explicar sobre a placenta e sobre aquele sangramento que Castanha tinha contado da amiga, que, provavelmente, teria sido um descolamento prematuro de placenta. Falamos, então dos sinais de alerta para buscar auxílio, quando necessário. Castanha lembra que nos, exames de pré-natal, consegue ouvir o som do coração do bebê e o som da placenta, que é diferente. Utilizo meu conhecimento e habilidade técnica na condução do diálogo.

*Dialogicidade*

Voltam a falar do parto, Grão pergunta por que o bebê nasce “sujo”. Explico o que é e para que serve o vérnix. Comentam de bebês que nascem sem “a cerinha”. E como o bebê nasce- Pergunta Pinhão. Coloco no chão, na frente deles, uma seqüência de desenhos mostrando a evolução da dilatação do colo e os movimentos de rotação do bebê para nascer; durante a exposição, eles perguntam e parecem emocionados, “...como pode, né?!...”.

*Naturalidade*

*Dialogicidade*

*Reciprocidade*

E por que a cesariana? Lembram da jogadora de basquete Hortênsia, que optou por cesárea, sem entrar em trabalho de parto...não concordam. Saliento que a forma natural de nascimento é o parto normal e que a princípio, todas nós podemos realizá-lo, mas existem algumas situações em que a cesariana é indicada e deve ser feita e que, no caso, a gente não precisa sentir-se frustrada. Já havíamos falado sobre isto, mas a interação dialética abre espaços para o ir e vir das questões.

Pistache pergunta se no parto normal é mesmo feito um corte na mulher. Explico onde e como é feito a episiotomia; Avelã pergunta se dói; reforço que é feita injeção de anestésico local, e depois, quando estão suturando, se elas sentirem dor, devem falar, porque o médico pode injetar mais anestésico. Trago aqui a questão dos direitos do paciente na assistência de saúde, os compromissos morais e éticos.

*Dialogicidade*

*Respeito*

Avelã retorna ao assunto da placenta; se demora muito para nascer, se dói e como é essa história de que, às vezes, fica um pedaço dentro do útero. Neste momento, todos falam; parece que todos sabem de alguém que já passou por este problema. Esclareço sobre os sinais de infecção pós-parto e a importância de avaliação com profissional no caso de apresentarem os sintomas.

*Naturalidade*

*Dialogicidade*

Vejo a hora e já temos 50 minutos de conversa, e ainda não assistimos à fita de vídeo; pergunto o que acham, dão-se conta da hora e pedem para continuar o vídeo.

Durante a exposição, vão fazendo comentários"... interessam-se pela cadeira de cócoras, comentam que deve ser mais fácil...,o corte do cordão..., o bebê ao peito da mãe logo ao nascer..., esse bebê não tem muita cerinha..., o bebê se assustou?...é o reflexo..., a mamiquinha inchada...é normal, não deve espremer...e a faixa no umbigo, precisa?...acho que não,... o bebê fica com a mãe no quarto,...fica só um, dois dias na maternidade, ...o canguru ajuda o prematuro a se desenvolver, ...o pai ajuda a trocar o bebê,...o pessoal da enfermagem tá sempre por perto para auxiliar".

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*

O vídeo acaba e trocam idéias sobre animais em casa, tabus, desejos...cada um tem os seus...há alguns muito engraçados; saliento que é importante que eles tenham a sua opinião formada para que possam lidar com segurança com os diversos "palpites" que recebem durante esse período de gravidez, parto e pós parto. A auto-estima elevada favorece a vivência mais segura e prazerosa do processo de gestação.

*Humanidade*

Percebo que já estamos há quase 2 horas conversando...assuntos temos muitos..., pergunto se acham importante continuarmos com os encontros após o parto; concordam que sim. Querem falar mais sobre os cuidados com o bebê, trocar idéias... A assistência de Enfermagem pode continuar.

Agradeço a participação e me coloco á disposição. Todos me agradecem e parecem não querer parar de conversar, mas...precisamos parar. Os homens tinham muitas dúvidas, mas se sentiram bastante à vontade para colocá-las; tanto é que tive a impressão de que eles falaram mais que elas.

*Dialogicidade*  
*Reciprocidade*  
*Respeito*

Avalio que se deixássemos o tempo correr ficaríamos mais algumas horas ali,

Sáimos todos muito satisfeitos!

## A MEDIAÇÃO DA ENFERMEIRA

### 5.1 Aplicando as idéias de Vygotsky e Wallon

As idéias construtivistas foram sendo esclarecidas na prática a partir da reflexão e reconhecimento das categorias já descritas na prática assistencial de Enfermagem no pré-natal da adolescente.

As categorias na assistência pré-natal da adolescente se constroem a partir das interrelações entre os sujeitos e o meio social.

*“Enquanto arrumava a televisão, gravador, gravuras e desenhos que havia trazido, percebia que eles já conversavam, se apresentavam e trocavam experiências sobre...” a barriga que tá crescendo,...ele fica enjoado..., dor nas costas...”. Internamente estava sentindo uma grande satisfação por estar ouvindo aquela conversa, eles estavam espontaneamente se integrando e eu fazia parte sem provocar nenhum constrangimento”.* Neste momento a troca de idéias e sentimentos que ocorria entre eles, foi, para mim enfermeira da assistência pré-natal uma certeza de que aqueles casais estavam percebendo seus processos de gravidez e que era a partir disto que a ação de Enfermagem estava sendo proposta e desenvolvida.

O *diálogo* assegura a relação aberta e espontânea entre os sujeitos da assistência de Enfermagem no pré-natal da adolescente grávida.

A razão da assistência é a promoção de ações de saúde para o desenvolvimento da adolescente grávida no *seu* processo de gravidez, parto e puerpério (cuidados consigo mesma e com o recém-nascido).



*“Em seguida me pergunta se morrem muitas mulheres de parto. Fica claro seu medo do momento do parto; agora está pensando mais nela; diz que ‘tinha’ medo de morrer (Cevada)”*. O fato de ter perdido a mãe cedo lhe dá insegurança quanto à possibilidade dela ser a mãe neste momento. Sua experiência pessoal anterior orienta o cuidado de Enfermagem, a ação de saúde pressupõe **humanidade** no reconhecimento da realidade individual e dos meios para driblar com as mudanças próprias do processo.

O processo de gravidez é visto como uma possibilidade fisiológica normal, onde as mudanças e transformações vão sendo percebidas, previstas, vividas e incorporadas pelo sujeito, de forma prazerosa e gratificante, em interação com o grupo, incluído neste, a enfermeira.

*Avelã acha que deve ver a gravidez como fato positivo, não como muita gente que “fica doente”. (...) Na sua opinião, a gravidez é um pedaço da gente. Diz estar sentindo uma grande mudança nela mesma desde o início da gravidez “....porque eu, antigamente, era uma adolescente, e agora? Agora!! Eu vou ser Mãe, muda muita coisa”*.

*Para Noz e Pistache a gravidez não foi planejada; ficou muito nervosa porque não sabia como falar para a família. Depois, todos aceitaram, e tudo está normal. A família festejou que é uma menina.*

*Soja acha que a enfermeira acompanha, é espontânea e amiga na relação profissional/cliente.*

*Cevada lembrou-se de uma consulta que ‘fizera com a enfermeira num dia em que estava com dores; relata que se sentiu conversando com uma amiga e que saiu dali muito aliviada.*

Os processos em desenvolvimento, que se cruzam e sobrepõem - adolescência e gravidez - novos papéis a assumir na vivência do ciclo vital normal, são conteúdos básicos para o diálogo durante o processo de gravidez e parto. Com **naturalidade**, a adolescência e gravidez, estágios do ciclo vital da menina/mulher, se manifestam como crises, propiciando crescimento e desenvolvimento do indivíduo juntamente com mudanças nas suas relações sociais.

Nas entrevistas e reuniões de grupo, as gestantes relataram dúvidas e incompreensão a respeito do processo por elas vivido. Engravidar, para a maioria, foi “por acaso”; a gravidez

e o parto, bem como os cuidados com o bebê são situações novas que se apresentam como possibilidades emergentes. O processo de adolecer se mistura e complementa com a especificidade do estágio da gravidez.

É requisito fundamental considerar o conhecimento e vivência prévia, individual e coletiva da gestante/casal grávido, relacionada ao processo de gravidez. Assim, o cuidado pode ser construído a partir da realidade já posta e a interação profissional/cliente poderão ocorrer de forma evolutiva nos encontros/atendimentos. A mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente é partilhada, pressupõe a troca entre os parceiros com diferentes apropriações. Na abordagem construtivista a *reciprocidade* promove resultados mais efetivos em conjunto com os sujeitos do processo de mudança.

No planejamento e desenvolvimento da assistência de Enfermagem a enfermeira observa, com *naturalidade e humanidade*, a cliente e suas relações sociais mais próximas. As ações de Enfermagem no pré-natal expressam o resultado da interação dialética entre a enfermeira e a gestante, considerando as relações pessoa/pessoa, onde o saber técnico e a habilidade profissional se constituem como referenciais para o trabalho. A experiência de outras mulheres da família e amigas serve à gestante como modelo. Muitas vezes, pela diversidade de exemplos a gestante fica insegura, a enfermeira pode estimular a formação de “opinião própria”, enfatizando clareza e melhor auto estima por parte da cliente.

Os casais comentam descontraidamente: , “(...) o bebê fica com a mãe no quarto,(...)fica só um, dois dias na maternidade, (...)o canguru ajuda o prematuro a se desenvolver, (...)o pai ajuda a trocar o bebê,(...)o pessoal da Enfermagem tá sempre por perto para auxiliar”.

*Aveia acha que a enfermeira ajuda mais que o médico a resolver seus problemas, porque tem “mais abertura”.*

A enfermeira está próxima da cliente quando senta junto a ela na sala de espera para uma conversa informal, se dispõe a uma visita domiciliar para conhecer o quarto do bebê, estimula a participação do “pai grávido” nas consultas e grupo, etc. Desta forma, a adolescente tem facilidade para expor seus sentimentos, dúvidas e questionamentos.

A interação enfermeira/cliente grávida é rica em simbolismo e significados que favorecem ou não o reconhecimento do serviço de saúde como parte da rede social da adolescente grávida;

*Castanha, referindo-se ao atendimento de Enfermagem, a princípio, não gostava de enfermeiras, pois tem uma cunhada 'muito chata' que é enfermeira. Mas, depois, foi conhecendo outras...mudou de opinião, "ao mesmo tempo é uma amiga que eu tenho no Posto...posso contar, me sinto muito bem contigo, eu falava muito de ti para ele, aí ele te conheceu no grupo e concordou comigo..., o atendimento de enfermagem é diferente do médico. Esta última afirmação me levou a perguntar porque era diferente o atendimento do médico da enfermeira", ao que me respondeu "...dá para criar mais intimidade com a enfermeira, é mais de igual para igual".*

O *diálogo* se deu com base na *reciprocidade*, no *respeito*, inclusive com relação aos conflitos, buscando com *naturalidade* e *humanidade*, integrar o serviço de saúde na rede social da adolescente grávida.

*Noz fala sobre o que espera dos atendimentos no Posto durante este período que ela está passando;, Pistache complementa que ela queria saber mais sobre a gravidez, e ela então fala que agora com as reuniões de grupo está tendo o que queria. Já tinha ido duas vezes ao Posto para o grupo e disseram que não teria atendimento; faltou sensibilidade da equipe de saúde ao lidar com as mudanças de horários, em função de diversos imprevistos ocorridos.*

Paulo Freire em *Pedagogia do Oprimido* (1993) diz: *"O diálogo é este encontro dos homens, mediatizados pelo mundo, para pronunciá-lo, não se esgotando, portanto, na relação eu-tu"*.

A qualidade e intensidade da interação nas ações de saúde, durante o processo de gravidez, suscitam outras possibilidades, em termos de ações de saúde, que podem ser reconhecidas, requeridas e desenvolvidas. Todas as entrevistadas demonstraram interesse em continuar com os atendimentos de Enfermagem após o parto, principalmente, para acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos bebês.

O *diálogo* e o *respeito* durante o processo assistencial são fundamentais para a mediação ética do atendimento das necessidades da adolescente grávida. A enfermeira tem compromissos morais e éticos com o não-julgamento das decisões e perspectivas da adolescente quanto a sua rede social, com destaque para a família e possível parceiro de gestação e a própria gestação.

*“Mulheres e homens, seres histórico-sociais, nos tornamos capazes de comparar, de valorar, de intervir, de escolher, de decidir, de romper; por tudo isso, nos fizemos seres éticos.*

*Só somos porque estamos sendo. Estar sendo é a condição entre nós, para ser. Não é possível pensar os seres humanos longe, sequer, da ética, quanto mais fora dela. Estar longe, ou pior, fora da ética, entretanto, mulheres e homens é uma transgressão (Freire, 1997)”.*

A enfermeira é competente para aplicar o construtivismo em sua prática assistencial com o reconhecimento da realidade e reformulação da assistência, pautada nas categorias que emergiram deste estudo, promovendo o processo de desenvolvimento da adolescente grávida.

Segundo Madureira (1993),

*“(...) o desenvolvimento de um corpo de conhecimentos que possa ser aplicado à prática é básico para qualquer profissão, (...) as teoristas (da Enfermagem) foram ampliando a área de abrangência de seus conhecimentos individuais e passaram a utilizar a bagagem teórica de outras áreas do conhecimento humano - antropologia, física, astronomia, psicologia, sociologia, história, etc.(...) crescemos como profissão, ampliamos nosso saber científico, esclarecemos nossos valores e princípios, definimos o ser humano como centro da profissão, conquistamos uma filosofia própria que continuará evoluindo e acompanhando o desenvolvimento do homem e de seu meio(...)”.*

O ser humano, no seu processo evolutivo, se manifesta nos componentes orgânico e social.

Conforme refere Matuí (1995),

*“O construtivismo é mudança de visão: não considera o conhecimento só pelo prisma do sujeito nem só pelo prisma do objeto, mas pela óptica da interação sujeito-objeto(...) assim como uma teoria do conhecimento que engloba numa só estrutura dois pólos, o sujeito histórico e o objeto cultural, em interação recíproca, ultrapassando dialeticamente e sem cessar as construções já acabadas para satisfazer as lacunas ou carências.(...) No que se refere às estruturas mentais e à estrutura da personalidade, o orgânico já pressupõe o meio e o meio está presente no orgânico”.*

*“Wallon e Vygotsky concordam que o sujeito é determinado pelo organismo e pelo social que estrutura sua consciência, sua linguagem seu pensamento, a partir da apropriação ativa das significações histórico-culturais Sarapiquá, (1996)”.*

Na mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente grávida, o **componente orgânico** manifesta-se nas categorias de **humanidade e naturalidade**. É possível observar o desenvolvimento natural, humano da adolescente, identificando **zonas de desenvolvimento proximal** (Vygotsky) e **fatores dinamogênicos** (Wallon).

Nas palavras de Davis, citada por Lopes (1996), *“A zona proximal é a que separa a pessoa de um desenvolvimento que está próximo mas ainda não foi alcançado”*. As adolescentes, com quem convivi durante a assistência pré-natal, mostravam compreender que o momento de vida em que se encontravam era de mudança, conseguiam até prever prováveis situações futuras, mas, por outro lado, demonstraram necessidade de apoio e ajuda para assumir as mudanças reais que se tornavam realidade no decorrer do processo. O conflito entre fantasia e realidade está presente na vivência da gravidez na adolescência.

Entrevistando Soja, estimulei que comentasse sobre seus sentimentos com a presença da gravidez e ela respondeu que no começo não acreditava. *“Quis tirar e ele também...primeiro ele, né, eu sempre fui contra o aborto...mas na hora do desespero ...e eu me sentia mal, ficava desejando a gravidez...agora com o passar do tempo eu estou acostumada, agora eu estou feliz, saber que tem uma vida aqui dentro de mim que eu vou botar no mundo”*. Ela precisou fazer uma escolha para enfrentar uma nova realidade em sua vida. O desenvolvimento foi impulsionado para assumir a responsabilidade consigo mesma e com sua rede social.

É possível reconhecer **zonas de desenvolvimento proximal** nas colocações das adolescentes. Nestas situações, o desenvolvimento é ainda potencial; ela sente que está mudando; a transformação é percebida aos poucos e solicita a ajuda da rede social - humanidade.

*“...porque eu antigamente era uma adolescente. Agora vou ser mãe, muda muita coisa! Eu era muito criança, aí eu comecei a trabalhar, não sei como é que foi, tudo mudou, todo mundo fala que eu fiquei mais adulta Parece que o bebê tá fazendo mudar...”(Avelã)*

*“Senti um choque no início, mas depois sinto muita satisfação, me realizei como mulher, não fiquei só naquela fase da adolescência, com a gravidez mudou*

*tudo...Tenho medo de depressão depois do parto, de não dar conta, filho, marido...mas depois fica tudo normal, né? (Castanha)*

*“Me sinto outra pessoa, só penso naquela criança, só quero saber daquele filho, como ela vai ser?...e eu? Sou como uma manteiga, choro por qualquer coisa...” (Aveia)*

A surpresa e o despreparo que a adolescente sente pela sua própria condição de grávida, denota o “*pensamento mágico*” comum à maioria - “não vai acontecer comigo.”

*“Eu sabia como o óvulo é fecundado,...tive relações no segundo dia da cartela,... não sabia que meu corpo iria mudar.” (Soja)*

*“Não me imaginava grávida antes de ficar.” (Noz)*

Percebendo os aspectos contraditórios, a enfermeira, na interação com a gestante, pode facilitar a leitura crítica da realidade e auxiliar no esclarecimento de dúvidas, favorecendo o desenvolvimento saudável.

Em algumas colocações, elas deixaram transparecer o caráter natural do processo de gravidez como um estágio ciclo vital - ***naturalidade***.

*“Meu corpo começou a mudar...a gente fica mais chorona.” (Castanha)*

*“Sinto dores quando temos relações, será que ela (bebê) gosta?” (Noz)*

*“Meus seios estão grandes, doem, eu não quero fazer sexo, mas ele quer...a gente discute.” (Cevada)*

O conhecimento, a habilidade para lidar com as modificações características dos ciclo vitais foi, na maior parte das entrevistas, atribuído às mulheres da família.

*“O que sei sobre gravidez foi o que as mulheres da minha família me contaram, minhas primas que já fizeram pré-natal aqui” (Avelã)*

A ***humanidade*** tem instrumentos para lidar com as mudanças, características dos estágios do ciclo vital normal, podendo captar o significado da situação real, direcionando para satisfação, o prazer.

*“...meu corpo está mudando...depois que ele nascer quero cuidar muito bem dele...ser mãe é muito legal, é uma experiência,... será que vou dar conta?” (Cevada)*

*“Coerente com seu referencial epistemológico, para o qual a contradição é constitutiva do sujeito e do objeto, Wallon vê os conflitos como propulsores do desenvolvimento, isto é, como fatores dinamogênicos Galvão (1995)”.*

No reconhecimento de conflitos, podem-se identificar *fatores dinamogênicos* impulsionando o desenvolvimento. Durante a assistência, identifiquei a solicitação da gestante para auxiliá-la na compreensão de conflitos decorrentes da sua realidade em transformação, através de meu conhecimento e experiência

Na entrevista com Castanha, pergunto a ela o que sabe sobre gravidez... *“ih!! Primeira vez!!” Diz que até terceiro mês não queria a gravidez. Era verão e achava que não poderia mais usar suas roupas normais. “ rejeitei até o bebê começar a mexer, ...ai parece que dá um negocio na gente, né?!?...muda tudo...a gente fica mais chorona..., tirando a dor nas costas acho que foi uma experiência muito boa...para mim que fico muito sozinha...é até uma companhia...até o marido fica mais atencioso com a gente.”* Nesta fala, ela coloca sua relação com o marido e com a idéia de ser mãe, verifico *humanidade e naturalidade* no seu processo de gravidez.

*“(...) acho bonito mulher grávida, até recebi um elogio de um cara na rua, outro dia!...com o marido tá diferente, ele parece mais longe, às vezes, acho que é coisa de homem...tem vontade até quando engravida a mulher, ai vem o medo de machucar...passa a vontade...”(Castanha)*

Castanha manifesta o conflito de sentir-se bonita e desejada na rua, sente que passou a fase da adolescência, mas percebe que o companheiro afastou-se dela depois que a barriga começou a aparecer. A enfermeira mediadora explora as idéias colocadas, com vista a esclarecer o problema e, em conjunto com a cliente, busca uma alternativa de encaminhamento ou alívio.

Os conflitos foram percebidos na colocação do desejo de engravidar. Somente uma delas queria, as outras não queriam ser mães tão jovens; mas, por outro lado, não tinham segurança quanto à anticoncepção. Todas concordaram que no início da gestação, tinham dúvidas e que, com o tempo, com o apoio de outras pessoas - familiares, em especial com ajuda material e afetiva - foram aceitando as mudanças e sentindo as transformações.

*Soja* define como problema ter ficado grávida de um menino... “É fogo falar isso, mas a realidade é que ele só tem 16 anos, não tem a cabeça no lugar, não tem responsabilidade”

“A gravidez não foi planejada, não sabia como contar para a família...antes de engravidar não me imaginava grávida...tudo muda muito, mas é muito bonito” (Noz)

“...Não pensava ficar grávida com essa idade...achava que estaria namorando...mas agora já que Deus mandou...” (Avelã).

A ansiedade com a chegada do bebê, às vezes, impede à gestante de perceber as mudanças que ocorrem nela. Estando atenta para isso, a enfermeira mediadora busca, em conjunto, os significados: do ser mãe, deixar de ser filha, o bebê como outra pessoa no ambiente familiar e principalmente a forte ligação mãe e filho durante a gravidez. Dependendo da qualidade positiva ou negativa deste vínculo, o processo de nascimento pode vir a ser uma experiência enriquecedora, gratificante ou aterrorizante.

O *componente social*, na mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente, manifesta-se na *dialogicidade*, *reciprocidade* e *respeito* que permeia a relação profissional/cliente. Identifico a relação mediadora nos símbolos e sinais da interação, na *linguagem - internalização*, (Vygotsky), e na manifestação da *emoção, afetividade - estágio da adolescência*, (Wallon).

O construtivismo promove a interação profissional/cliente “(...)num ambiente de autonomia e reciprocidade social, isto é, num ambiente democrático e de dialogicidade (Matui, 1995)”.

Vygotsky referencia “a linguagem como o principal instrumento de intermediação do conhecimento entre os seres humanos, ela tem relação direta com o próprio desenvolvimento psicológico (Lopes, 1996)”.

“As informações intermediadas são reelaboradas numa espécie de linguagem interna (Martins apud Lopes, 1996)”.

Conforme as definições de Wallon, no estágio da adolescência, a crise pubertária impõe a necessidade de uma definição da personalidade, desestruturada devido às modificações corporais ocorridas pela ação hormonal. Emergem, então, as questões pessoais, morais e existenciais, salientando a afetividade (Galvão, 1995).



A *mediação dialógica -dialogicidade-* é um componente essencial da assistência de Enfermagem desenvolvida neste estudo. A *linguagem* utilizada foi, a princípio intuída e, à medida que o trabalho avançava, a reflexão reorientou o diálogo. Entendo aqui a reflexão como a prática da crítica, análise, adaptação e reorientação da linguagem realizada por mim no diálogo da assistência.

O *diálogo*, durante a assistência pode ocorrer em *linguagem* diversa. Os sonhos são, por vezes, lembrados; na sua descrição, a adolescente grávida coloca sensações e sentimentos característicos do processo de gravidez. Nem sempre ela consegue interpretá-los positivamente, principalmente os relatos que demonstram insegurança, devem ser discutidos.

*“Eu tinha um sonho no início da gravidez,... de perseguição: é uma tia que não gosta de mim e no sonho ela e o marido me batiam; eu chorava e não sabia o que tinha feito para eles; eu ficava com muita raiva.”* (Aveia) Conversamos sobre o sonho e ela deu-se conta de que, assim que consegui dizer à mãe que estava grávida, não mais teve aquele sonho e sentiu-se aliviada. Houve *reciprocidade* na percepção e encaminhamento da solução do problema.

A *linguagem*, sistema simbólico básico, algumas vezes, ficou prejudicada. Na mediação podia ter explorado melhor alguns momentos da assistência.

*“O parto é uma grande alegria...o bebê com a gente...tenho medo de morrer no parto e não ver meu filho.”* (Avelã)

Neste momento deixei o assunto fluir, mas logo esclareço que devo seguir o instrumento e continuar a entrevista.

*“Ele pode ficar junto na entrevista?”* (Noz referindo-se a Pistache.)

Após segundos de reflexão, respondo que sim mas que a entrevista é planejada, com o olhar centrado nela, mas ela pode ficar e participar.

No início das entrevistas, ao indagar às clientes se concordavam com a gravação do encontro manifestou-se o *respeito* à privacidade das gestantes e família. Notei, ao perguntar se podia gravar, que elas não colocaram oposição, mostrando até curiosidade; por outro lado, um pouco de receio, de que a gravação fosse como uma certa imposição para dizer a verdade.

*“Não me importo, não é nada de mentira o que eu vou dizer...”* (Avelã)

O *respeito* é suporte ético da assistência de Enfermagem. Considerei sua individualidade ao propor a escolha pela gestante, do local da entrevista. Metade delas optou pela visita domiciliar e as demais preferiram no Centro de Saúde. A enfermeira respeita a cliente, entendendo que “(...) a capacidade de discernir entre o certo e o errado, realmente, depende da capacidade do homem pensar, refletir, filosofar, então cabe exigir de si mesmo, assim como dos outros, simples ou intelectuais, o exercício do pensamento” (Arendt, 1993, citado por Lunardi 1995).

Algumas vezes, senti dificuldade em captar, nas colocações das gestantes, o que realmente elas estavam querendo dizer.

*Estado civil? Casada, solteira, como que é? “...Amontoada” Avelã responde. Estás morando com ele? Eu pergunto em seguida.* Apesar da minha ansiedade, pude perceber que meu próprio desenvolvimento se constrói progressivamente na assistência, porque somente agora tenho consciência crítica à cerca dos pressupostos do construtivismo e os caminhos que utilizei na realização deste estudo. No diálogo acima descrito, percebi que bloqueei a possibilidade de explorar significados que poderiam ser úteis na percepção da realidade da cliente. Teria sido mais coerente com a concepção construtivista, ter explorado com ela o significado para ela de “estar amontoada”.

A enfermeira mediadora se utiliza de habilidade técnica para o reconhecimento da situação da assistência e na escolha de linguagem apropriada (gravuras, palavras e gestos), a fim de facilitar uma relação de *reciprocidade*.

As fontes de informação sobre a gravidez, além da família e amigos, em geral, são as revistas e televisão. Algumas gestantes trouxeram revistas para mostrar nos encontros. As figuras auxiliam no levantamento e encaminhamento de questões, bem como na compreensão dos fatos apresentados. Utilizamos muitas gravuras, recortes de revista, fotografias e desenhos, abordando o desenvolvimento do processo de gravidez, parto e cuidados com o bebê.

Os encontros dos grupos de gestantes trazem à tona, as dúvidas e preocupações das adolescentes quanto a vivência do novo - a gravidez. Ouvindo a experiência do outro, muitos dos próprios receios são esclarecidos e a segurança é reforçada.

*Castanha*, durante os encontros do grupo mostrava-se bastante apreensiva quanto ao parto natural e na entrevista colocou:

*“O corte da cesárea incomoda muito, não tenho dúvida que o parto normal é melhor”.*

*“...é que eu sou meio tímida, gosto de escutar as outras, elas perguntam coisas que eu gostaria de perguntar,...acho engraçado o jeito delas, dá vontade de rir.”(Cevada)*

A participação nos encontros do grupo é percebida por algumas como um momento de lazer, “*é divertido*”. Vi a necessidade que elas têm de um ambiente aberto que propicia a troca de experiências para a compreensão das mudanças em curso de maneira gratificante, prazerosa, oportunidade de fazer amizades e interagir.

A enfermeira através da assistência pautada no diálogo, faz parte da rede social da adolescente. As necessidades e oportunidades de continuidade do cuidado são colocadas.

*“A Enfermagem tem que ser igual, pela frente e por trás, conversar do mesmo jeito com todas, aqui eu sinto isso. A enfermeira é aquela que sabe conversar e lidar com as pessoas.”(Avelã)*

*“Depois do parto, acho que dá para continuar cuidando dos bebês”(Soja)*

*“A Enfermagem depois do parto, também cuida do bebê.”(Aveia)*

Algumas vezes, discordava pessoalmente de situações individuais da adolescentes grávidas. Mas, a interação enfermeira/cliente respeita as possibilidades do outro, apenas interferindo, no sentido de tornar o processo vivido mais claro e positivo. Castanha me pareceu triste, sentindo-se sozinha, apesar de dizer que o marido é muito amigo. Mas ele passa o dia fora e ela não tem outras amigas. Levanto a possibilidade dela fazer outras amizades, mas ele não quer que ela saia, ela concorda, portanto, eu respeito e ofereço meu apoio no Centro de Saúde.

Processos de desenvolvimento são percebidos através da reflexão dos sujeitos, atividades intrapessoais que passam a intrapessoais - *internalização*.

*“gosto de ouvir as perguntas das outras, às vezes é aquilo que eu queria perguntar”(Cevada)*

*“O parto não é tão ruim, não tem tanta dor ...”(Aveia)*

*“Vou ter que ser mãe e pai ao mesmo tempo”(Soja)*

O sentimento de responsabilidade com o “ser mãe” e o vínculo com seu bebê apareceram logo que a gravidez passou a ser percebida como realidade.

*“Quero ter ele nos braços, depois ele começa a crescer...quero me dar bem com ele, lhe dar coisas que eu não tive...” (Castanha)*

*“Não penso muito sobre o parto ,só que não deve ser tão ruim quanto falam, quero que o bebê nasça logo, quero cuidar dele” (Aveia)*

As relações de amizade **-reciprocidade-** com o grupo de amigos são positivas pois, através delas, os sujeitos captam o significado da realidade.

*“Quando contei a meus amigos, disseram: - Estás maluca! ...eu acho bom ter amigas com bebê também, assim a gente pode continuar saindo,...os programas é que vão mudar um pouco.” (Noz)*

*“Meus amigos não acreditaram, eu sempre fui muito certinha.” (Cevada)*

Os amigos costumam ficar bastante surpresos com a notícia de uma gravidez entre eles. Depois de um certo tempo para a assimilação da idéia real, principalmente quando a barriga começa a aparecer as adolescente recebem uma atenção diferenciada. Na escola interagem discutindo aspectos da realidade da colega oferecendo apoio.

*“Como vais fazer com o bebê para continuar estudando? Tens que fazer acompanhamento de saúde; gravidez não é doença” (Noz, Aveia, Soja)*

Somente duas adolescentes, entre as que compuseram o grupo deste estudo, continuaram com os estudos durante a gravidez, das restantes uma diz não gostar de estudar e não pretende retornar à escola, as outras querem voltar a estudar assim que o bebê estiver crescido.

A situação sócio-econômica é motivo de preocupação à todas. Três das gestantes já moravam em casas separada da família de origem. As outras três ainda dividiam espaço com pais ou patrões. De qualquer forma todas mostraram um “*ar de maturidade*” ao falar dos planos de construção ou organização do seu canto, o espaço da nova família que estão formando.

Um relato interessante foi o de Soja que disse ter recebido orientações sobre métodos anticoncepcionais em aulas de orientação sexual (7ª série) após já estar grávida. Vejo a

necessidade de abordar os temas relativos à orientação sexual em séries anteriores. Crianças de 5ª e 6ª séries demonstram interesse e desinformação por questões da sexualidade humana.

Referente ao trabalho, as adolescentes que trabalhavam como domésticas, receberam apoio dos patrões. Estes concordaram com que elas continuassem empregadas, assegurando-lhes os direitos trabalhistas de licença maternidade.

O ambiente de trabalho da gestante adolescente deve ser seguro e apoiá-la no processo de mudança que está vivendo.

Ao comentar sobre direitos da gestante que trabalha, procuro antes saber o que pensam e como estão encaminhando suas questões.

Duas delas continuavam trabalhando, mas todas concordavam em parar de trabalhar fora, enquanto o bebê estivesse pequeno. Uma delas coloca a impossibilidade de trabalhar por desejo do companheiro.

*“Pai bobo, não quer que eu trabalhe” (Avelã)*

Nesta colocação, que apesar de parecer querer culpar a ele, ela aceita quase agradecendo, demonstrando *o respeito, a reciprocidade*.

A *reciprocidade* para com os companheiros foi salientada por todas, com exceção da solteira, que não mantinha uma relação de confiança mútua com o pai do bebê. Para a maioria, o companheiro é o confidente, amigo, dá segurança afetiva e material.

O estágio da adolescência traz à tona questões morais, existenciais; o processo de gravidez exacerba *as emoções, a afetividade*, e em meio a estas necessidades de definições é que está se firmando a personalidade destas meninas/mulheres. Saliento a importância de relações de diálogo aberto, uma assistência de Enfermagem de caráter participativo. Quando a mediação dialógica é pautada na confiança, reciprocidade, respeito, propiciará um desenvolvimento saudável.

*“Com a gravidez mudou tudo...o mundo...o pensamento...é o meu filho,...é uma grande emoção.”(Castanha)*

*“Casado é diferente de namorado” (Avelã)*

Várias gestantes manifestaram o desejo de ter os companheiros junto nos atendimentos de pré-natal. Nestas ocasiões discutíamos como ocorre a gravidez para eles .

Elas entendem que eles também ficam “grávidos”, mas não participam do pré-natal por ser em horário de trabalho ou por se sentirem envergonhados; acham que seriam o único homem nos encontros. Este fato abriu espaço para discussão sobre a participação dos pais nas diversas etapas da gravidez e, mais tarde, dos cuidados com o recém nascido. Quando perguntadas sobre de quem gostariam que as acompanhasse no parto, a maioria citou o marido, outras, a mãe. Com exceção de uma adolescente, todas as outras manifestaram a intenção dos companheiros em estar presente na hora do parto. O diálogo com o companheiro ocorre com características de negociação. O fato da mulher deter consigo a maior parte das transformações do período da gravidez, parece lhe propiciar um certo ‘ar de superioridade’. Ele fica com dúvidas quanto ao desejo e permissão dela.

A forma como me receberam para entrevista em suas casas, revelou que o vínculo que criamos durante a assistência de Enfermagem fora positivo, avisavam companheiros e amigas para me conhecerem, me esperavam com café e bolo, foram sempre amáveis.

Todas elas deixaram claro o sentimento de confiança e amizade para comigo. O vínculo foi firmado na *mediação dialógica* entre as gestantes e a enfermeira, manifestada pela compreensão do momento especial pelo qual estão passando

*“A enfermeira é uma profissional que pode me ajudar..., seria bom ter mais tempo...” (Noz)*

*“...é uma amiga que eu tenho aqui no Posto. A Enfermagem é diferente do médico, dá para criar mais intimidade com a enfermeira. As enfermeiras aqui têm um conhecimento mais aplicado” (Castanha)*

## **5.2 Refletindo sobre a mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente**

A mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente, com concepção construtivista, constitui-se na dialética das relações entre o orgânico e o social, o indivíduo e o meio, estabelecendo uma interação que permite a superação das dicotomias transformação/desenvolvimento e indivíduo/sociedade.

*“Uma preparação durante o pré-natal, que englobe o atendimento da gestante nas suas necessidades físicas, psicológicas e educacionais, deve propiciar o*

*reconhecimento das informações familiares positivas e desmistificar as negativas. ( Nascimento, 1997) ”.*

Reconhecem-se alguns aspectos fundamentais da mediação da enfermeira, salientando-se ações da assistência e o processo de educação em saúde.

Na assistência de Enfermagem do Pré-natal, a mediação se dá através do reconhecimento e esclarecimento do processo natural de gravidez, parto e puerpério. A gestante identifica as particularidades do seu momento de vida, interrelaciona-se com as colocações e vivências das “colegas”, e fazendo uso de signos/linguagem como instrumentos da mediação, elabora uma maneira de manejar a situação. A enfermeira, integrada com a clientela, seja em atendimentos individuais ou nos grupos educativos, pode auxiliar no levantamento de hipóteses e escolha de estratégias ou instrumentos para a melhor compreensão e vivência da gravidez normal, bem como, no esclarecimento de dúvidas e receios, no diagnóstico e encaminhamento para resolução de problemas orgânicos ou psicológicos decorrentes do período. A gestante pode solicitar à enfermeira, que junto com grupo, identifica e interpreta a situação-problema, elaborando, escolhendo individualmente ou em conjunto, uma forma de compreensão e resolução.

No período da adolescência, o indivíduo está à procura da sua própria identidade, buscando definir sua personalidade; desta forma, a estimulação dinâmica de conhecimentos inteligentes, apropriados a seu momento de vida, poderá potencializar seu desenvolvimento saudável ao encontro da maturidade. O processo vivido pela adolescente grávida se constrói a cada momento da gravidez, as mudanças fazem aparecer novos papéis aos seus sujeitos. A enfermeira mediadora interage com os sujeitos na sua rede social, durante o processo de gestação. Na assistência de Enfermagem no pré-natal, a enfermeira procura sintonizar o pensamento da gestante adolescente. Aquilo que realmente vem ao encontro de seus interesses, seu conhecimento e vivência prévia do processo de adolecer e gestar.

*“A forma internalizada da linguagem(...)uma espécie de discurso consigo mesmo(...)linguagem como instrumento de pensamento, com a função de adaptação pessoal Oliveira,(1992) ”.*

A enfermeira mediadora intermedia questionamentos e colocações, facilitando a horizontalidade das relações entre ela mesma e os participantes, e também entre eles próprios, buscando através de uma análise crítica, um novo equilíbrio. Quando estimula um ou outro

participante a colocar seus receios ou suas vivências, ou ainda faz algum esclarecimento técnico, estende ao grupo a possibilidade de compartilhar experiências comuns. A enfermeira considera que os processos em desenvolvimento concomitante - adolescência e gravidez, os sentimentos do ser adolescente e do ser adulto, se misturam. Etapas e vínculos alternam-se, a afetividade é tônica das relações durante a adolescência e gravidez, com implicações na formação da personalidade da menina/mulher.

O ambiente sócio-cultural da adolescente grávida mostra a ela as possibilidades que tem de ser e estar, de viver o novo papel, ou buscar a transformação de filha para mãe. Num processo contínuo assistemático ela internaliza comportamentos, ao mesmo tempo que constrói o seu próprio conhecimento, que, por sua vez, determina sua maneira de perceber, agir e reagir frente ao processo de gravidez.

No processo de gravidez, a gestante e sua rede social vão assimilando dados de seu contexto exterior e da sua percepção interior através da intensidade e qualidade das relações sociais, mudanças físicas, e psicológicas, originadas da presença do bebê e da possibilidade ou não de uma transformação sadia nos papéis dos principais autores do processo.

Os símbolos e significados que emergiram na interação da enfermeira/cliente grávida, favorecem ou não o reconhecimento do serviço de saúde como parte da rede social da adolescente grávida.

As ações de Enfermagem no pré-natal expressam o resultado da interação dialética entre a enfermeira e a gestante, considerando as relações pessoa/pessoa, onde o saber técnico e a habilidade profissional se constituem como referenciais para o trabalho. O diálogo é firmado com base na reciprocidade, no respeito, inclusive com relação aos conflitos.

*“Cuidar é atender às necessidades do cliente, contemplando aspectos psicológicos, biológicos, sociais e culturais, estimulando sua independência, favorecendo a sua participação neste processo (Zampieri, 1997)”.*

Conforme a qualidade e intensidade da interação nas ações de saúde durante o processo de gravidez, surgirão outras possibilidades, em termos de ações de saúde, que podem ser reconhecidas, requeridas e desenvolvidas na assistência. A intermediação interdisciplinar dos profissionais da equipe de saúde que atende a adolescente é medida facilitadora de um processo de desenvolvimento mais saudável.



*“(...)num projeto interdisciplinar os sujeitos desenvolvem a criatividade a partir da sua liberdade de expressão. Nesse processo de construção conjunta, todos têm possibilidades de desenvolver suas potencialidades (Patrício, 1995)”*.

A enfermeira tem compromissos morais e éticos com o não-julgamento das decisões e perspectivas da adolescente, o diálogo durante o processo assistencial é básico para a mediação ética do atendimento. A atitude ética na Enfermagem exige uma postura profissional que integre compromisso e conhecimentos, ou seja, é preciso considerar a relação estreita entre a dimensão ética e educativa, não restritiva no campo da educação em saúde. Os aspectos éticos implícitos no processo educativo da assistência pré-natal à adolescente grávida, estão de acordo com seu contexto social, histórico e cognitivo. Assim, oferecem-se às adolescentes grávidas, várias possibilidades para que, com sua liberdade de decisão e participando como sujeitos do ato educativo, façam escolhas próprias a respeito de sua saúde.

*“Não se pode imaginar que sempre a necessidade completa estará satisfeita, cabendo a cada sujeito definir o grau de satisfação admitido com o resultado da ação desenvolvida para satisfazê-la (Leopardi, 1995)”*.

A enfermeira, quando aplica referencial construtivista, promove, juntamente com as gestantes, o processo de desenvolvimento na adolescência. Através do diálogo aberto e recíproco, a mediação da enfermeira está fundamentada no respeito, na humanidade, naturalidade do processo de gravidez na adolescência.

*“(...) se a capacidade de discernir entre o certo e o errado realmente dá capacidade ao homem de pensar, refletir, filosofar, então cabe-lhe exigir de si mesmo, assim como dos outros, simples ou intelectuais, o exercício do pensamento (Arendt citado por Lunardi, 1995)”*.

### **5.3 Comentários sobre a Assistência aplicada**

O processo assistencial de Enfermagem à adolescente grávida deu-se através de ações de cuidado e educação em saúde.

*“O papel de educador do enfermeiro em salas de aula e/ou em eventos, como também no seu desempenho profissional, é evidenciado uma vez que o educar permeia todas as suas atividades (Mandú, 1994).*

A enfermeira da assistência pré-natal intermediou as relações entre a adolescente grávida e o grupo, família e serviço de saúde. A assistência de Enfermagem no pré-natal de adolescentes é um dos apoios da rede social da qual a mulher faz parte e interage; funciona como “suporte” e não como “definidor de regras”.

Na Assistência de Enfermagem no pré-natal foi requisito básico a consideração do conhecimento e vivência prévia, individual e coletiva da gestante, relacionadas ao processo de gravidez. O cuidado foi construído a partir da realidade já posta, e, a interação profissional/cliente ocorreu de forma crescente a cada encontro/atendimento.

No ambiente do pré-natal, a enfermeira atuou como mediadora, intermediando as relações das gestantes, por meio da dialogicidade, com respeito, buscando reciprocidade, naturalidade e humanidade para o desenvolvimento da mulher/mãe

*“Uma das tarefas mais importantes da prática educativo-crítica (e da assistência de saúde) é propiciar as condições em que os educandos em suas relações uns com os outros e todos com o professor ou professora (enfermeira) ensaiam a experiência profunda de assumir-se (Freire, 1997)”.*

O processo de gravidez foi visto como uma possibilidade fisiológica normal, onde as mudanças e transformações são previstas, percebidas, vividas e incorporadas pelos seus sujeitos principais, de forma prazerosa e gratificante, em interação com o grupo.

Com freqüência nos atendimentos de saúde, durante a gestação, pode ser visto, que, tanto para clientes como para profissionais a tendência é priorizar situações de desequilíbrio, de risco, de doença. Nesta oportunidade, salientou-se o lado natural e humano no desenvolvimento do processo de gravidez na adolescência; falou-se de prazer, de bem-estar, da possibilidade de vivenciar um momento, que, apesar de difícil, pode ser muito gratificante. Isso refletiu-se no aproveitamento que a adolescente teve a partir dos encontros no pré-natal. Nos encontros, foram salientados os pontos positivos, sua auto-estima fortaleceu-se e com isso ela pôde sentir-se sujeito do seu processo de gestação.

*“(...)mas a compreensão do valor dos sentimentos, das emoções, do desejo, da insegurança a ser superada pela segurança, do medo que, ao ser “educado” vai gerando a coragem (Freire, 1997)”*.

Apesar de se ter estimulado uma maior integração dos diversos profissionais da equipe de saúde, numa efetivação do já existente discurso da interdisciplinaridade, viu-se, na prática, que sua aplicação está ainda no plano das idéias. Foram poucos os movimentos no sentido de uma prática interdisciplinar. Os profissionais que recebem e atendem a mulher deveriam estar sensibilizados pela idéia de que a gravidez, em princípio, é parte do processo vital normal da mulher, e de que as ações de saúde a serem desenvolvidas durante este, são orientadas para um desenvolvimento positivo. Nesta oportunidade, isto ocorreu de maneira individualizada; os diferentes profissionais pouco reconheceram a importância das relações interdisciplinares, quando seria possível a interação de idéias e saberes técnicos, ampliando-se a assistência.

*“Sem dúvida, a vivência com diferentes equipes tem demonstrado que a abordagem interdisciplinar exige antes de mais nada uma postura pessoal. Isso vale dizer que a “disciplina” também inclui os padrões cultural-afetivos dos sujeitos envolvidos (Patrício, 1996)”*.

De maneira geral, esteve-se aberto às trocas; com confiança mútua, respeitando-se a individualidade, condição e desejo de cada participante. A dúvida e o desconhecimento não se caracterizaram como barreiras na medida em que foram espontâneos; foi através do seu reconhecimento e esclarecimento no contexto social e simbólico da gestante e sua rede social, durante o processo de gravidez, que as clientes tiveram maior possibilidade de manejar e compreender as modificações e transformações do período.

*“A curiosidade, como inquietação indagadora, como inclinação ao desvelamento de algo, como pergunta verbalizada ou não, como procura de esclarecimento, como sinal de atenção que sugere alerta, faz parte integrante do fenômeno vital(Freire, 1997).*

A enfermeira utilizou-se da sua intuição e do conhecimento técnico para coletar dados que contribuíram para o diagnóstico, planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações de Enfermagem no pré-natal às adolescentes. As gestantes tiveram a possibilidade de avaliar seu processo utilizando-se da intermediação da enfermeira, compartilhando, obtendo apoio e respeito em momentos tão decisivos.

O diálogo ocorreu na situação de mediação social e simbólica entre os participantes do processo de gravidez, que estiveram presentes no CSII ou nos demais encontros. Num clima de liberdade e troca, os sujeitos participaram ativamente e dialeticamente, no seu contexto social amplo e também no contexto mais específico dos serviços de saúde. O diálogo transcendeu as atividades interpessoais a intrapessoais ampliando idéias interiores de pensar o mundo. Os pensamentos individuais foram compartilhados no grupo e reelaborados na troca e apreensão do novo que surge após cada discussão.

Conforme as concepções de Vygotsky *“sobre o processo de desenvolvimento: o indivíduo humano, dotado de um aparato biológico que estabelece limites e possibilidades para seu funcionamento psicológico, interage simultaneamente com o mundo real em que vive e com as formas de organização desse real dadas pela cultura (Oliveira, 1992)”*.

A assistência estimulou a gestante para a tomada de consciência de si e do seu contexto sócio histórico, de se fazer sujeito para responder aos desafios da vida como indivíduo e em sociedade.

*O processo de formação do pensamento é despertado e acentuado pela vida social e pela constante comunicação que se estabelece entre as pessoas, a qual permite a assimilação da experiência de muitas gerações. (baseado em Vigotsky, 1989)*

## CONSIDERAÇÕES SOBRE O ESTUDO

### 6.1 Contribuições e limitações para a Mestranda

Com o desenvolvimento do curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem na Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, busquei conhecer, reconhecer e aprofundar conhecimentos que vinham ao encontro de minhas expectativas para o crescimento pessoal e profissional.

Este estudo me proporcionou a oportunidade de rever minha prática. Através da análise crítica, busquei clareza e sistematização das idéias. Procedi revisão de estudos, que, além de sustentar minha prática, me proporcionassem revelar, ao mesmo tempo, que eu crescera como pessoa e profissional no modo de trabalhar. Foi muito gratificante aplicar e reconhecer, nas ações práticas os pressupostos construtivistas, com a possibilidade clara e emergente de aplicação na Assistência de Enfermagem no Pré-natal à adolescente. As categorias explicitavam-se à medida que avançava no aprofundamento teórico e prático dos objetivos propostos.

Na assistência de Enfermagem, o respeito às clientes foi valor presente. Com humanidade e naturalidade, abro espaço para o diálogo, base da ação de Enfermagem.

Revendo os dados e resultados do estudo, percebo limitação quanto à reciprocidade na assistência proposta. Exemplifico com minha dificuldade de ouvir algumas colocações das gestantes nas entrevistas; fiquei presa ao instrumento da entrevista, dificultando a troca com as diferentes apropriações das clientes. Também, quanto à participação dos companheiros nas entrevistas, apesar de concordar que sua presença era importante, não consegui facilitar a abertura do espaço para o diálogo recíproco ou mesmo ampliar o roteiro para possibilitar maior intercâmbio de idéias.

Quanto ao desenvolvimento do trabalho interdisciplinar na assistência da adolescente grávida, ainda se faz necessário estudar mais; tornar mais claro as relações de trabalho, conquistar parcerias, para um estudo mais sistemático; interagindo, por fim, a prática com o conhecimento, na superação de barreiras. A equipe do Centro de Saúde, a começar por mim, possivelmente, não estava preparada para a troca interdisciplinar efetiva. Entretanto, já há um discurso favorável a esta prática, mas as ações de saúde ainda serem desenvolvidas de forma individualizada e não compartilhada.

Entendo que minha maior limitação, neste estudo, foi a falta de prática acadêmica para organizar todos os nexos dos estudos que realizava, ao nível teórico e o registro da prática levada a efeito. Assim sendo, tive dificuldade para, com clareza, apresentar a concepção construtivista – o marco conceitual, com os componentes do processo de desenvolvimento na adolescência e a assistência de Enfermagem. Isto acabou acontecendo, após muitas idas e vindas nas leituras, conversas e prática. Foi, através da análise e crítica realizadas comigo mesma e na troca com colegas, clientes e orientadora, que consegui encontrar “o padrão que une”(Batson In Capra,1988). O movimento de aproximação e afastamento do tema é próprio do construtivismo e, à medida que avançava no alcance dos objetivos do estudo, podia perceber cada vez mais a congruência dos pilares de sustentação teórica que havia proposto. Assim, certifiquei-me de que o caminho era possível e que por ele podia ainda ampliar o conhecimento e a ação mediadora na assistência de Enfermagem.

## **6.2 Contribuições e limitações para a Assistência**

Este estudo foi desenvolvido na rede básica de saúde do Município de Florianópolis, onde trabalho há 13 anos. Nestes anos todos, desempenhei diversas atribuições - atividades a nível central e local, de planejamento e implementação da assistência. O aprofundamento teórico e prático que este estudo promoveu, poderá ser aplicado a outras especificidades da assistência, tanto neste Município como em outros serviços, que entendem a saúde como componente fundamental da democracia e da cidadania.

Atualmente, é prioridade explícita da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, o atendimento às mulheres e criança. Para 1998, estão sendo propostos treinamentos e

reciclagens dos profissionais, desde nível superior ao nível elementar, na área de atenção a este grupo populacional.

Os pressupostos que estabeleci para esta dissertação, vêm ao encontro das diretrizes definidas para a melhoria da qualidade e resolutividade das ações de saúde oferecidas à população do município de Florianópolis.

O artigo 196 - Da Saúde - na Constituição Federal do Brasil diz: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

No serviço básico de assistência à saúde temos como objetivo primário servir de porta de entrada para o SUS (Sistema Único de Saúde), enfatizando cuidados de prevenção e promoção da saúde, além de encaminhar a demanda aos serviços especializados.

O SUS nas suas diretrizes prevê a universalidade, equidade e integralidade das ações de saúde, bem como a acessibilidade da população à serviços organizados em rede hierarquizada, de complexidade crescente gerenciados por descentralização técnico-administrativa com a participação da comunidade na tomada de decisões. O referencial teórico escolhido, proporciona também respeitar estes princípios do SUS, o que também favoreceu à reflexão sobre os dados.

O marco referencial estabelecido, sugere-me a idéia do todo, do desenvolvimento que se transforma de modo integral, que depende de condições individuais e coletivas. A assistência de Enfermagem à adolescente grávida considera, como base para sua ação, o diálogo pautado na realidade do processo de desenvolvimento, específico dos estágios vitais. E isto, me estimula uma revisão mais aprofundada sobre a lógica construtivista e a educação para a saúde, principalmente, considerando meu interesse no trabalho interdisciplinar.

Por outro lado busquei, com as ações educativas de Enfermagem exploradas e descritas nesse estudo, atender o grupo de adolescentes grávidas, considerando os diversos componentes do processo de gestar e adolecer, oferecendo possibilidades às clientes de aprenderem e crescerem como indivíduos autênticos e autônomos.

O artigo 205 - Da Educação - refere: “A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao

pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da sua cidadania e sua qualificação para o trabalho”.

*“A noção de direitos nos remete à definição de cidadania, compreendida não só pela existência formal de direitos civis, políticos e sociais, mas pela possibilidade efetiva de exercê-los” (Escorel, 1989).*

Compreendo ser fundamental o papel da educação em saúde que a Enfermagem pode promover. A atuação da enfermeira como mediadora - **diálogo recíproco** e com **respeito** no processo de mudança e transformação que vive a adolescente grávida, pode assegurar o desenvolvimento **humano** e **natural** da menina/mulher durante o pré-natal.

Como salienta Cabral & Tyrrell, 1998, a respeito de resultados de abordagem de pesquisa qualitativa em Enfermagem : *“O importante é manter uma atitude flexível e aberta admitindo que outras interpretações possam ser sugeridas, discutidas e igualmente aceitas - Ludke & André, 1986”*

Registro, assim, uma etapa do processo de que participo, de “assistir-ensinar-aprender” e de reconstrução da cidadania da adolescente grávida.

Finalmente, à par das limitações do estudo, considero que ofereço a mim mesma, e a outros profissionais, um exercício teórico-prático, que, com a ótica do construtivismo, sugere a necessidade do diálogo e da intermediação, para o desenvolvimento do ser que, neste caso, é a adolescente.



## **BIBLIOGRAFIA CONSULTADA**

- BECKER, ELIZABETH K. **A assistência de saúde no pré-natal, enfocando a gestante e o serviço.** Trabalho acadêmico apresentado na disciplina de Fundamentos da Administração de Enfermagem. Mestrado em Assistência de Enfermagem. UFSC. Junho, 1996.
- BECKER, ELIZABETH K. **A integralidade na assistência de Enfermagem no pré-natal no município de Florianópolis.** Projeto de Pesquisa apresentado na disciplina de Metodologia Científica. Mestrado em Assistência de disciplina de Metodologia Científica. Mestrado em Assistência de Enfermagem. UFSC. Julho, 1996.
- BECKER, ELIZABETH K. **Assistência de Enfermagem às adolescentes grávidas: Proposta de Prática Assistencial.** Disciplina de Prática Assistencial. Mestrado em Assistência de Enfermagem. UFSC. Abril, 1997.
- BECKER, ELIZABETH K. **Relatório da Prática Assistencial de Enfermagem Pré-natal à Adolescentes Grávidas.** Disciplina de Prática Assistencial. Mestrado em Assistência de Enfermagem. UFSC. Agosto, 1997.
- BEMFAM, DHS, Pesquisas Demográficas e de Saúde, Instituto para o Desenvolvimento de Recursos Humanos. **Pesquisa Nacional sobre Saúde materno Infantil e Planejamento Familiar, Brasil, 1986.** BEMFAM, 1987.
- BEMFAM, IBGE, MS, DHS, USAID, FNUAP, UNICEF. **Pesquisa Nacional sobre Demografia e Saúde.** Rio de Janeiro: BEMFAM, 1996.
- BERTOLDO, I. E. Bohn et all. **Maternidade do Hospital Universitário: Humanizando o atendimento.** ( Mimeo), 1996.
- CABRAL, Ivone Evangelista, TYRRELL, Maria Antonieta Rubio. **O objeto de Estudo e a Abordagem de Pesquisa Qualitativa na Enfermagem In: Pesquisa Em Enfermagem Novas Metodologias Aplicadas.** Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro, 1998.
- CAPRA, Fritjof. **Sabedoria Incomun.** São Paulo: Cultrix, 1988.
- CAPRA, Fritjof **A Teia da Vida.** São Paulo:, Cultrix, 1996.
- CARVALHO, Marcus Renato. **Modelos Assistenciais de Unidades Básicas de Saúde e**

- Integralidade.** Dissertação de Mestrado em Saúde Pública. FIOCRUZ ENSP, 1991.
- CERROS, Oscar A. Valverde. **Sexualidade Adolescente: un reto para los educadores.** Salud para todos: Artículo nº15, Asociación Demografica Costarricense, 1997.
- CEAP/UNICEF, **Mis Brasil 2000.** Folder. Rio de Janeiro: Know Sense, 1997.
- CIARI JUNIOR, Cyro. **Gravidez como processo.** Notas de aula do Curso de Doutorado em Saúde Pública na FSP - USP, registrado por M<sup>a</sup> de Lourdes de Souza. São Paulo, 1978.
- COLL, C., E. MARTÍN, T. MAURI, M.MIRAS, J. ONRUBIA, I. SOLÉ, A. ZABALA. **O construtivismo na sala de aula.** : Editora Ática. São Paulo, 1997.
- COLLIERE, Marie-Françoise. **Promover a vida: Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** Printipo - Industrias Gráficas Lda.- Damaia, 1989.
- COMISSÃO DE CIDADANIA E REPRODUÇÃO. **Boletim: Olhar sobre a mídia: Direitos Reprodutivos.** Ano I, Nº 1, 1996.
- CONSTITUIÇÃO FEDERAL-1988:
- COSTA, Ana Maria. **O PAISM: Uma Política de Assistência Integral à Saúde da Mulher a Ser Resgatada.** Comissão de Cidadania e Reprodução. São Paulo. 1992.
- CRISPIN, Jaques. **Grávida aos Quinze.** Revista Isto é, nº 1301, p. 37. Set. 1994.
- DANTAS, Heloysa. **A afetividade e a construção do sujeito na psicogenética de Wallon.** In: PIAGET, VIGOSTSKY, WALLON. **Teorias psicogenéticas em discussão.** São Paulo : Summus, 1992.
- DOCUMENTO OFICIAL. **Gestão 1997 a 2000: Prefeitura Municipal de Florianópolis.** : Mimeo, 1997
- DRAPER J, Fields S, Thomas H, Hare MJ. **Antenatal visits. A comparative study between integrated and shared antenatal care.** J Obstet Gynaecol 1986;7:1-6.
- ECKERT, Rosely e OLIVEIRA, Maria Emília. **Florence Nightingale - A Teoria** : Mimeo, Trabalho acadêmico apresentado na disciplina de Fundamentos Filosóficos e Teóricos. Mestrado em Assistência de Enfermagem. UFSC, de 1996.
- ENKIN, Murray; KEIRSE, Marc J. N. C. and CHALMERS, Iain. **A Guide to Effective Care in Pregnancy and Chilbirth** : Oxford University Press.
- ESCOREL, Sarah. **Saúde Uma Questão Nacional. In: Reforma Sanitária - Em busca de uma teoria.** São Paulo: Cortez Editora, 1989.
- ESTATUTO MUNICIPAL DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - PMF/1994.
- FAZENDA, I. C. A. **A interdisciplinaridade: história, teoria e pesquisa.** Campinas: Papirus, 1994.

- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2ª ed.: Editora Nova fronteira. Rio de Janeiro, 1986.
- FONSECA, Adriana Dora. **Assistência de Enfermagem a Mulheres Internadas por Complicações Associadas ao Aborto Provocado**. Dissertação de Mestrado, UFSC 1996.
- FRANÇA, Eida Mª de Oliveira et all. **Perfil Epidemiológico de recém nascidos de mães residentes em Florianópolis, segundo declaração de nascidos vivos - 1994**. Monografia. Florianópolis, 1995.
- FREIRE, Madalena et all, **Grupo - Indivíduo, saber e parceria :malhas do conhecimento : Espaço Pedagógico**. São Paulo, 1997.
- FREIRE, Paulo. **Conscientização: Teoria e Prática da Libertação: Uma Introdução ao Pensamento de Paulo Freire**. : Moraes. São Paulo, 1980.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do Oprimido**. 22ª ed. Rio de Janeiro. Paz e Terra, 1993.
- FREIRE, Paulo. **Educação e Mudança**. Tradução de Moacir Gadotti e Lilia Lopes Martins: Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1994.
- FREIRE, Paulo **Pedagogia da Autonomia: Saberes Necessários à Prática Educativa**: Paz e Terra. Rio de Janeiro, 1997.
- GADOTTI, Moacir. **Pensamento Pedagógico Brasileiro**.: Editora Ática S A. São Paulo, 1988.
- GOMES, Cândido Alberto. **O Jovem e o Desafio do Trabalho**.: EPU. São Paulo, 1990.
- HALL, Joane E., WEAVER, Barbara Reding. **Salud Comunitári: De Sistemas**. Organizacion Panamericana de la Salud, 1990.
- HAKASSON A, **Comparison between the outcome of antenatal care led primarily by district physician or by obstetrician**. Scta Obstet Gynecol Scand 1988; 67:639-43.
- HCHC, **Second Report. Maternity care**. Vol I. London: House of Commons Health Department, 1992.
- HMSO, **Changing childbirth: the report of the expert maternity group**. London: House of Commons Health Commitee, 1993.
- HORWITZ, Nina. **Países em desenvolvimento, trabalho integrado de cientistas sociais e pessoal da saúde. Ciências Sociais e Medicina: Atualidades e Perspectivas Latina Americanas**. : CEMICAMP/ UNICAMP. Campinas, 1995.
- ICRW International Center For Research On Women. **Vulnerabilidad y Oportunidad: Los adolescentes y el VIH/SIDA en el mundo en desarrollo**. Washinton: USAID, 1996.
- JEMMOTT, John B. **Teens safe-sex programs reduce HIV risk**: The Journal of the American Medical Association, 1998.

- JAPIASSÚ, Hilton, MARCONDES, Danilo. **Dicionário Básico de Filosofia** 2ª ed : Jorge Zahar Editor. Rio de Janeiro, 1991.
- KITZINGER, Sheila. **A experiência de dar à luz.**: Martins Fontes. São Paulo, 1987.
- LOEFFLER, Carin I. et all. **Na construção de um projeto político-pedagógico: a redescoberta do conceito de grupo através da ação-reflexão.** Trabalho acadêmico apresentado na disciplina de Avaliação Curricular. Mestrado em Assistência de Enfermagem. UFSC, novembro de 1996.
- LOPES, Josiane. **Vygtsky - O teórico social da inteligência.** Nova Escola: Fundação Vitor Civita. Ano XI - n° 99, 1996.
- LORIERI, Marcos Antônio. **O diálogo na Comunidade de Investigação.** Revista Philos. v 1, n.1,1993.
- LUDKE, M., André M. E. D. A. **Pesquisa em Educação: Abordagens qualitativas.**: EPU. São Paulo, 1986.
- LUNARDI, Valéria Lerch. **Uma crítica da Moral da Obediência para a Busca de uma Moral Autônoma da Enfermeira.** Texto e Contexto Enferm. Florianópolis: v 4, n 2, 1995.
- MADUREIRA, Valéria Silvana Faganello. **O Conceito "Enfermagem" suas Definições na Ciência e no Senso Comum.** Texto e Contexto Enferm. UFSC,1993.
- MALDONADO, Maria Tereza e DICKSTEIN, Julio. **Nós Estamos Grávidos.** 8. ed. São Paulo: Saraiva,1996.
- MANDÚ, Edir Nei T. **Significado Político Pedagógico da Avaliação do Ensino Aprendizagem.** Texto e Contexto Enferm.: UFSC, 1994
- MARCON, Sônia Silva. **Vivenciando a Gravidez.** Dissertação de Mestrado. UFSC.1989.
- MATUI, Jiron. **Construtivismo: Teoria sócio-histórica aplicada ao ensino.** São Paulo: Moderna, 1995.
- MENDONÇA, Nadir Domingues. **O Uso Dos Conceitos : Uma Questão De Interdisciplinaridade.** Petrópolis: Vozes. 4ª edição, 1994.
- MEYER, Dagmar Extermann. **Do poder ao gênero: uma articulação teórica analítica.** In.: Lopes, Meyer & Waldow Genero e Saúde. Artes Médicas, 1995.
- MINAYO, M. C. S. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa qualitativa em Saúde:** HUCITEC / ABRASCO. São Paulo, 1992.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. **"Bases para Ação Programática"**,1983.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE/MINISTÉRIO DA CRIANÇA. **Estatuto da Criança e do Adolescente,** 1991.

- MONTICELLI, Marisa. **O Nascimento como um Rito de Passagem: Uma Abordagem Cultural para o Cuidado de Enfermagem às Mulheres e Recém Nascidos**. Dissertação de Mestrado. PEN / UFSC, 1994.
- MOTTA, Magda Loureiro; SILVA, João Luis Pinto E. **Gravidez na Adolescência**. Módulo III, 3º Programa de Estudos em Saúde Reprodutiva e Sexualidade: NEPO/CEMICAMP. Campinas, SP, 1994.
- MOTTA, M<sup>a</sup> da Graça Corso da. **Princípios da Teoria de Piaget como instrumento no processo de cuidar a criança**. Texto e Contexto Enferm. Florianópolis.: UFSC,1995.
- NASCIMENTO, M<sup>a</sup> da Graça P. do; SANTOS, O.M.B.; SOUZA, M<sup>a</sup> de Lourdes. **Vivenciando o processo do nascimento**. Texto e Contexto Enferm. Florianópolis: UFSC, 1997.
- NETO, Francisco Baptista. **Comportamento Sexual do Adolescente Escolar de Florianópolis - SC**: Fundação Maurício Sirostsky Sobrinho. Florianópolis. 1992.
- NETO BAPTISTA, Francisco. **O adolescente de Santa Catarina: A geração dos Anos 90: PROMOVER**, 1990.
- NETWORK, Family Health International. **Adolescent Reproductive Health**. : USAID Vol 17 n° 3, 1997.
- NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistencia Pré-Natal. Prática de Saúde a Serviço da Vida**.: Hucitec. São Paulo, 1994.
- ODENT, Michel. **Gênese do Homem Ecológico: O instinto reencontrado**. São Paulo: Tao. 1981.
- OLIVEIRA, Marta Kohl. **Vygotsky e o Processo de Formação dos Conceitos**. In: **Piagetm Vygotsky, Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão**. SUMMUS. São Paulo, 1992
- OLIVEIRA, Marta Kohl. **O Problema da Afetividade em Vygotsky**. In: **Piagetm Vygotsky, Wallon: Teorias Psicogenéticas em Discussão**. SUMMUS. São Paulo, 1992
- OLIVEIRA, Zilma de Moraes Ramos de (org). **A criança e seu desenvolvimento: perspectivas para se discutir a educação infantil**. Cortez. São Paulo, 1995.
- PARÂMETROS CURRICULARES NACIONAIS. LDB. **Convívio Social e Ética: Orientação Sexual**. : MEC, 1995.
- PATRICIO, Z. M. **A interdisciplinaridade no processo de cuidar indireto através da educação**. In: **Administrar é trabalhar com gente**. Florianópolis, 1996.
- PATRICIO, Z. M **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de Enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Dissertação de Mestrado. UFSC, 1990.

- PATRICIO, Z. M. **Ser Saudável na Felicidade-Prazer: Uma Abordagem Ética e Estética pelo Cuidado Holístico-Ecológico**. Florianópolis: UFSC/UFPEL, 1995.
- RCOG, **Report of the RCOG working party on antenatal and intrapartum care**. London: Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 1982.
- RODWELL, MARY K. **Construtivismo**. Palestra proferida na UFSC, org. PEN/NFR. Florianópolis, 1997.
- ROCHA, Maria Isabel Baltar da. **O Congresso Nacional e a Questão do Aborto**. Relatório Preliminar de Pesquisa. NEPO/UNICAMP, Fundação MacArthur, Campinas, 1994.
- ROGERS, Martha E. **An Introduction to the Theoretical basis of nursing**. Philadelphia, F. A Davis Co., 1970.
- ROSA, Sanny S. da. **Construtivismo e Mudança**: Cortez, São Paulo, 1994.
- SAID, Fátima Aparecida. **No “ser com”, o cuidar pelo re-significar do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação**. Dissertação de Mestrado. UFSC, 1995.
- SANTOS, Pedro Floriano dos. **A Enfermagem na Comunidade: Uma Estória na História do Bairro Nossa Senhora das Graças, Itajaí, Santa Catarina**: Dissertação de Mestrado. UFSC/UNIVALE, 1997.
- SARAPIQUÁ, Escola. **Projeto Pedagógico**. Florianópolis, 1997.
- SILVA, Yolanda F. e S., Franco, Maria C., org. **Saúde e doença: Uma abordagem cultural da Enfermagem**. Florianópolis : Papa Livro, 1996.
- SOUZA, Maria de Lourdes de. **Mortalidade Materna em Florianópolis, 1975-1979 - Obituário Hospitalar**. Tese apresentada a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo para obtenção do título Doutor em Saúde Pública, 1982.
- SPITZ, Christian. **Adolescentes Perguntam** : Summus, 1997.
- STRASBURGER, Victor C. **Ginecologia Básica Da Adolescente : Guia para o Consultório**. Editora Santos. São Paulo, 1992.
- STERN C. **El embarazo en la adolescencia como problema público: una visión crítica**. Salud Publica Mex 1997;39:137-143.
- TAKIUTI, Albertina Duarte. **Atendimento na rede básica de saúde**. In: **Adolescência e Saúde** : Comissão do Adolescente. 2ª ed. Secretaria do Estado de São Paulo, 1994.
- TAKIUTI, Albertina Duarte. **A Adolescente Está Ligeiramente Grávida. E Agora? Gravidez na Adolescência**: Iglu editora. São Paulo.
- TELES, Maria Luiza Silveira. **Filosofia para jovens: Uma iniciação à Filosofia**. Petrópolis. Vozes, 1996.

- TODATEEN. **Adolescentes...** São Paulo: Alto Astral, Outubro, 1996.
- THOMAS H, Draper J, Fields S, Hare MJ. **Evaluation of na integrated community antenatal clinic.** J R Coll Gen Pract 1987; 37:544-7.
- TUCKER JS, Hall MH, Howie PW, et al. **Should obstetricians see women with normal pregnancies? A multicentre radomized controlled trial of routine antenatal care by general practitioners ánd midwives compared with shared care obstetricians.** BMJ, 1996; 312:554-9.
- VALVERDE, MARIA MARLENA MONTES. **Assistência às Adolescentes Grávidas: Um desafio amoroso à Enfermagem.** Tese de Doutorado em Filosofia da Enfermagem, UFSC. 1997.
- VASCONI, Rubem PhD. **A Saúde como Desafio Ético In: Anais do Iº Seminário Internacional de Filosofia e Saúde : SEFES, Florianópolis, 1994.**
- VIEIRA, Laura Helena Chaves Nunes. **O desenvolvimento infantil na perspectiva do materialismo dialético.** (mimeo) Florianópolis, 1996.
- VIEIRA, Laura Helena Chaves Nunes. **Análise crítica do artigo - Desconstruindo o Construtivismo Pedagógico de Thomaz Tadeu da Silva. Concurso Público para professor assistente. Departamento de Psicologia - CFH/UFSC (mimeo).** Florianópolis, 1993.
- ⇒ VYGOTSKY, L. S. **A Formação Social da Mente.:** Martins Fontes. São Paulo, 1991.
- WALLON, Henry. **Psicologia e Educação na Infância:** Editorial Estampa. Lisboa, 1975.
- WALLON, Henry. **As origens do pensamento na criança :** Ed. Manole. São Paulo, 1989.
- WERTSH, J. V. **Vygotsky y la formacion social de la mente.** Barcelona, Ediciones Paidós, 1988.
- XAVIER, D; ÁVILA, M. B.; CORRÊA, S. **Questões Feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral.** Recife, PE (mimeo). 1986.
- ZAGURY, Tania. **O adolescente por ele mesmo.** 7ª ed.: Record. Rio de Janeiro, 1996.
- ZAMPIERE, Maria de Fátima Mota. **Mulheres cuidando de mulheres: em busca de uma enfermagem Humanizada.** Texto&Contexto. Vol 6, nº1. Florianópolis, 1997.



ANEXOS



## Anexo 1

### *Entrevista (qualitativa) com as adolescentes grávidas na assistência de Enfermagem, à luz do Construtivismo, no CS II Itacorubi Maio/Junho de 1997.*

Nome:

Idade:

Estado civil:

Gesta:

Para:

Idade gestacional:

Endereço:

Data:

#### **I. Percepção dos processos, gravidez e adolescência**

- \* o que conhece sobre gravidez , parto e pós-parto?
- \* por quem sabe?
- \* o que pensa de ser mãe?
- \* sentimentos individuais durante a gravidez;
- \* desejava a gravidez?
- \* mudanças na vida desde a gravidez;
- \* receios e medos da gravidez e parto;
- \* sexualidade na gravidez.

#### **II. Rede Social**

- \* reação do parceiro e da família a esta gravidez;
- \* a escola e o trabalho frente à gravidez;
- \* a experiência de amigos com a gravidez;
- \* pessoa que mais compartilha suas aspirações e dificuldades;
- \* situação sócio-econômica;
- \* estudou até que série?
- \* teve aulas de educação sexual na escola?
- \* a TV, rádio ou revistas lhe dão informação sobre a gravidez na adolescência?

#### **III. Percepção da assistência de Enfermagem**

- \* o que pensa sobre o acompanhamento pré-natal?
- \* quem indicou o Centro de Saúde?
- \* quem a recebeu no CS?
- \* foi bem atendida?
- \* o que espera do atendimento pré-natal no CS?
- \* como vê o atendimento da Enfermagem?
- \* sente-se à vontade na relação com a enfermeira?
- \* consegue trocar idéias?
- \* que assuntos gostaria de abordar nos atendimentos?
- \* o atendimento da Enfermagem facilita ou não o entendimento de dúvidas, posicionamentos e tomada de decisão frente aos processos de adolescência e gravidez?

- \* acha que os atendimentos de Enfermagem continuam após o nascimento do bebê?  
Como?
- \* acha que a Enfermagem age com naturalidade, respeito, humanização?
- \* acha importante a reunião de grupo de gestantes? Por quê?
- \* com que frequência gostaria de participar das reuniões de grupo?
- \* consegue se colocar e trocar experiências com as outras?
- \* como poderíamos registrar esses encontros?
- \* está satisfeita com os atendimentos?
- \* como é a assistência de Enfermagem?
- \* como a enfermeira se coloca nos atendimentos?
- \* acha importante a consulta de Enfermagem individual e a visita domiciliar?
- \* gostaria de visitar a maternidade?
- \* gostaria que alguém estivesse contigo na hora do parto? quem?

## *Anexo 2*

### *Quadro 1 - Suporte para análise dos dados*

#### **Pressupostos do pré-natal à luz do construtivismo**

1-Desenvolvimento do processo fisiológico normal da gravidez, parto e puerpério, percebido, previsto, vivido e incorporado pelos sujeitos em interação com o grupo.

2-Os processos em desenvolvimento que se cruzam, base para a dialogicidade.

3-Conhecimento e vivência prévia da gestante/casal grávido sobre o processo de gravidez, construído a partir da realidade.

4-Rede social, base para a assistência de Enfermagem.

5-Relação pessoa/pessoa, interação dialética enfermeira/gestante, simbolismos e significados na assistência de Enfermagem, serviço de saúde, parte da rede social.

6-Mediação dialógica: reciprocidade, respeito, naturalidade, humanização.

7-Outras ações de saúde surgidas a partir da interação enfermeira/gestante.

8-Compromissos morais e éticos no processo assistencial para a intermediação ética.

9-Revisão da práxis

#### **Identificação dos pressupostos na prática assistencial**