

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL**

O CUIDADO NA FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA:

uma abordagem cultural

Sonia Maria Könzgen Meincke

Florianópolis, julho de 1999

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL- REPENSUL**

**O CUIDADO NA FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA:
uma abordagem cultural**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

**Orientadora: Dr^a Zuleika Maria Patrício
Orientanda: Sonia Maria Könzgen Meincke**

Florianópolis, julho de 1999

M514c

Meincke, Sonia Maria Könzgen

O cuidado de enfermagem na família da adolescente grávida solteira: uma abordagem cultural / Sonia Maria Könzgen Meincke. – Florianópolis: UFSC, 1999. -194p. – Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)

1. Cuidados de enfermagem-
Adolescência-Gravidez-Família l. t.

CDD 610.736

Catálogo na fonte: Carmen Lúcia Lobo Giusti CRB-10/813

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

**O CUIDADO NA FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA:
uma abordagem cultural**

SONIA MARIA KÖNZGEN MEINCKE

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de título de

MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

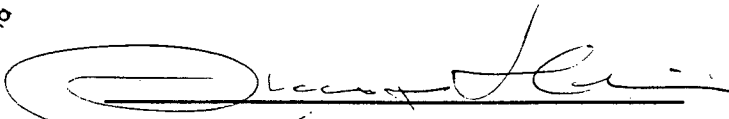
e aprovada em 09 de julho de 1999, atendendo as Normas da Legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem-Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

BANCA EXAMINADORA


UFSC - Curso de Pós-Graduação
em Enfermagem
Profa. Dra. Denise E. Pires de Pires
Coordenadora



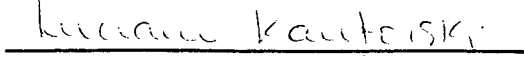
Dr^a. Zuleica Maria Patrício – Presidente



Dr^a. Afacoque Lorenzini Erdman



Dr^a. Marta Cezar Vaz



Dr^a. Luciane Prado Kantorski

Dedico este trabalho aos meus pais, que consagraram parte de suas vidas ao meu desenvolvimento, crescimento e aperfeiçoamento, não medindo esforços para que eu pudesse continuar os meus estudos e atingir minhas metas. Hoje termino mais uma etapa. Aos meus pais, muito obrigada pela força e estímulos constantes.

“... tudo posso naquele que me fortalece...”

Filipenses 4:13

AGRADECIMENTOS

Em especial, a **Deus** por proporcionar-me forças para percorrer essa caminhada.

À professora Doutora **Zuleika Maria Patrício**, pelo incentivo recebido e pela disponibilidade de ter sido minha orientadora.

Aos meus pais, **Udo e Edi**, que, nos momentos de minha ausência junto aos meus filhos, ajudaram a supri-la.

Ao meu marido **Celso**, pelo apoio para realizar este curso, por seu incentivo, estímulo, críticas e por assumir nossa família nos momentos de ausência.

Aos meus filhos, **Débora e Gustavo**, pela compreensão e respeito nos momentos de ausência para a dedicação aos estudos. Obrigada por vocês fazerem parte de minha vida de forma tão carinhosa e especial.

A toda a minha **família e aos amigos** pelo carinho demonstrado, vibrando e motivando a seguir e alcançar o resultado final. Muito obrigado pelo carinho recebido.

À amiga **Eda**, uma presença constante em todos os momentos dessa caminhada, agradeço o apoio, o incentivo e as sugestões, bem como a participação, o compartilhar dos instantes de tristezas e a soma nas alegrias. Foi sempre um ombro amigo em que encontrei amparo.

À amiga **Celmira**, pelo estímulo, pelo apoio constante em todos os momentos dessa trajetória e pela disponibilidade de ouvir-me sempre que necessitava bem como pelas sugestões sempre bem vindas.

À professora **Francisca Dias de Oliveira Almeida**, amiga e colega de disciplina, agradeço o incentivo e a disponibilidade em todos os momentos nos quais necessitei ausentar-me para realizar esse estudo, não medindo esforços para compensar e auxiliar-me.

À **Profª Drª Luciane Prado Kantorski**, pelo estímulo e incentivo recebidos. Suas contribuições foram valiosas e representaram para mim, além do aperfeiçoamento para esse estudo, uma atenção e carinho muito grande, pois sempre encontrava-a disposta a ouvir-me quando necessitava.

À profª **Drª Marta Cezar Vaz**, pela atenção, carinho e incentivo constantes nessa caminhada.

À professora **Maria Beatriz Oliveira Dias**, pela disponibilidade para realizar a supervisão no campo de estágio

de meus alunos nos momentos em que necessitei.

À **profª Vanda da Rosa Jardim**, no seu jeito tranqüilo e discreto de ser, agradeço a atenção, o apoio e o carinho recebidos, durante essa caminhada.

Às **colegas** da turma II do Mestrado Expandido Repensul Pólo II da Universidade Federal de Pelotas, agradeço a oportunidade do convívio, em especial as amigas **Hedi Crescência Heckler Siqueira** e **Mariene Portelia** pela oportunidade de conhecê-las, compartilhar as alegrias e dividir as dúvidas vivenciadas nessa caminhada.

As **colegas** da turma II do Mestrado Expandido Repensul Pólo II da Universidade Federal de Rio Grande, fica a saudade dos encontros. Agradeço a todas a oportunidade da convivência, em especial a **Helena Vaguetti**.

À **Profª Drª Maria de Lourdes Souza**, pela disponibilidade e arrojo de ser mentora e proporcionar à nossa região o Mestrado Expandido através da REPENSUL, sem o qual não teria sido possível a realização desta qualificação.

À **CAPES**, pelo Programa Institucional de Capacitação Docente e Técnicos / PICDT, proporcionando-me auxílio financeiro, a qual oportunizou esta qualificação.

Aos **servidores técnico-administrativos** da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia e da Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação da Universidade Federal de Pelotas e da Pós-Graduação de Enfermagem da

Universidade Federal de Santa Catarina,
agradeço a atenção.

Aos **colegas** do Departamento de
Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal
de Pelotas por terem oportunizado esta qualificação.

Ao **Danilo Carvalho**, pela
disponibilidade em auxiliar-me a dar os
primeiros passos na área da informática e
pela constante boa vontade em atender
minhas solicitações para a realização
desse estudo.

Ao professor **Marchiori Quevedo** pelo
auxílio nas correções de português.

À bibliotecária **Carmen Lúcia
Lobo Giusti** da Biblioteca Setorial da
Faculdade de Medicina e Enfermagem,
agradeço a disponibilidade de revisar
esse trabalho.

À **Marinez Ferreira**, por ajudar a atenuar a
minha ausência juntos aos meus filhos nos
momentos de estudos e por ter a disponibilidade de
auxiliar-me.

Agradeço em especial a todas
**as adolescentes grávidas e suas
famílias** que estiveram envolvidas neste
estudo, sem cuja valiosa disponibilidade
e colaboração, este estudo não seria
possível.

SUMÁRIO

AGRADECIMENTOS	6
RESUMO	13
ABSTRACT	14
1 INTRODUÇÃO	15
2 APRESENTANDO O TEMA	19
3 APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL	34
4 O PROCESSO DE CUIDAR NA DINÂMICA FAMILIAR:	
Implementando o Marco Conceitual	53
4.1 A Trajetória de Selecionar e Encontrar os Sujeitos do Estudo	57
4.2 Desenvolvendo o Processo de Enfermagem:	
Vivenciando a Gravidez da Adolescente na Família	62
4.2.1 Aplicando as Estratégias para Levantar os Dados	63
4.2.2 Conhecendo o ambiente da Adolescente Grávida Solteira e Seus	
Sujeitos	79
4.3 Realizando o Diagnóstico: Compreendendo e Cuidando	98

4.3.1	Cuidando da Adolescente Grávida e sua Família	99
4.3.2	Registrando os Dados Levantados	133
4.3.3	Avaliando os Cuidados	135
4.3.4	Seguindo os Princípios Éticos	135
5	A GRAVIDEZ DA ADOLESCENTE NO AMBIENTE FAMILIAR: CONVIVENDO COM A PRESENÇA CONSTANTE DE UMA AUSÊNCIA	139
5.1	O Significado da Gravidez da Adolescente no Ambiente da Família.....	141
5.2	O pai do filho da adolescente: uma ausência presente.....	150
6	O SIGNIFICADO DA APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NA PRÁTICA ASSISTENCIAL COM AS ADOLESCENTES: REFLEXÕES FINAIS	160
7	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	169
ANEXO 1	.....	187
ANEXO 2	.....	189
ANEXO 3	.....	191
ANEXO 4	.....	192
ANEXO 5	.....	194
ANEXO 6	.....	196
ANEXO 7	.....	198

LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - O Inter-relacionamento dos conceitos.....	41
FIGURA 2 – A Cidade de Pelotas.....	55
FIGURA 3 – O ambiente de Vanessa (casa do tio Antônio).....	80
FIGURA 4 – O ambiente de Vanessa (casa do tio João).....	80
FIGURA 5 – A casa de Vanessa.....	81
FIGURA 6 – O ambiente de Daniela.....	84
FIGURA 7 - O quarto de Daniela.....	85
FIGURA 8 - O ambiente de Luana.....	87
FIGURA 9 – O genograma da família de Vanessa.....	91
FIGURA 10 – O genograma da família de Daniela.....	94
FIGURA 11 – O genograma da família de Luana.....	97
FIGURA 12 - Expectativa 1 de Luana.....	120
FIGURA 13 - Expectativa 2 de Luana.....	121
FIGURA 14 - Expectativa 1 de Daniela.....	123
FIGURA 15 - Expectativa 2 de Daniela.....	125
FIGURA 16 - Expectativa 3 de Daniela.....	126
FIGURA 17 – Expectativa 1 de Vanessa.....	128
FIGURA 18 – Expectativa 2 de Vanessa.....	130

RESUMO

A gravidez na adolescência tem merecido ultimamente vários estudos pois a ocorrência da mesma nessa fase da vida humana tem aumentado consideravelmente. A Enfermagem também encontra-se preocupada com essa temática e portanto neste trabalho descreve-se a elaboração, a implementação e a avaliação de um marco conceitual de abordagem cultural para cuidar da adolescente grávida solteira, a família e o companheiro, que vivenciam a situação de gravidez na adolescência. É um estudo qualitativo caracterizado como pesquisa de campo de enfoque participante. O marco conceitual foi elaborado a partir dos pressupostos da autora com base em idéias de enfoque cultural, especialmente baseados em Madeleine Leininger no que se refere ao cuidado cultural. Nesta perspectiva, a prática assistencial desenvolvida foi baseada no cuidado de Enfermagem aos sujeitos do estudo respeitando as crenças, valores e práticas de saúde, momento em que buscava também investigar como era realizado por esta população o cuidado popular, bem como em que momentos buscavam o cuidado profissional. A implementação dessa prática foi desenvolvida no período de outubro a dezembro de 1997, com três adolescentes grávidas solteiras e respectivas famílias, residentes em um bairro periférico da cidade Pelotas – Rio Grande do Sul. Na análise dessa prática, a autora validou que o Processo de Enfermagem desenvolvido permitiu que se consolidasse a proposta de integração de aspectos culturais no desenvolvimento dos cuidados populares e profissionais, a nível de preservação, acomodação e repadronização durante a prática assistencial.

ABSTRACT

Teenage pregnancy has been worthy of many studies, since its occurrence in this phase of human life has increased considerably. Nursing has also been concerned about this the, thus in this study we describe the makeup implementation, and evaluation of a conceptual landmark of cultural approach to take care of the single pregnant teenager, as well as her family and partner, who experience the situation of teenage pregnancy. It is a qualitative study characterized as field research of participating approach. The conceptual landmark was designed from the conjectures of the author based on ideas of cultural approach, especially Madeleine Leininger with reference to cultural care. From this outlook, the developed aiding practice was based on nursing care to the subjects of the study taking into account the beliefs, values and health practices, at this moment we also tried to investigate the way in which popular care was performed by this population, and when professional care was sought for. The implementation of this practice was carried out between October and December 1997, with three single pregnant teenagers and their families living in a suburban area of the city of Pelotas- Rio Grande do Sul. In the analysis of this practice, the author validated that the developed nursing practice made possible the consolidation of the integration proposal of cultural aspects in the development of the popular and professional care, at preservation, accommodation and restandardization levels, during the aiding practice.

1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um ponto que atualmente vem sendo bastante abordado tanto pelos profissionais da saúde como pela mídia.

Antigamente, já existiam referências aos casos de gravidez na adolescência, porém era norma as jovens casarem cedo e em seguida engravidarem, devido a inexistência de métodos anticoncepcionais, pois a pílula anticoncepcional surgiu na década de 60.

A adolescência é um período em que a jovem está em plena transição da infância para a idade adulta. Por si só a adolescência já é uma fase em que inúmeras alterações ocorrem tanto em nível biológico quanto em psicológico e sócio-cultural, e concomitante a essa etapa existe uma gravidez, também considerada fase de transição para as mulheres, em que também existem inúmeras transformações, portanto é uma dupla transição enfrentada pelas jovens.

As mudanças nos padrões de comportamento experimentadas pelos adolescentes nas últimas décadas aumentaram consideravelmente os casos de gravidez na adolescência.

Atualmente, os dados do Ministério da Saúde mostram que uma em quatro mulheres que dão à luz nas maternidades tem menos de vinte anos, ou seja, representam 25 % das parturientes.

Quando comecei o mestrado desde o início demonstrei interesse em trabalhar com este fenômeno: a gravidez na adolescência, pois já vinha despertando em mim há algum tempo inquietudes no meu fazer de enfermeira, tais como os motivos que as levavam a engravidar nesse período da vida. Sabia, através dos relatos das jovens atendidas nos serviços de pré-natal em que trabalhava, que algumas era por opção e outras não. Até que ponto realmente era uma opção? Uma criança exige cuidados constantes e por isso sempre questioneei, pois os adolescentes gostam de divertir-se, e uma criança alteraria esses momentos. E foi a partir do desenvolvimento das atividades de docência na disciplina prática, ou seja, o Estágio Supervisionado de Enfermagem Obstétrica e Berçário, no campo de pré-natal que se aguçaram mais ainda.

Em Pelotas, não existe um programa em nível municipal direcionando atenção específica à saúde do adolescente.

Os dados populacionais do censo demográfico realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE, em 1996, mostram que Pelotas possui 311.803 habitantes, tendo um percentual feminino de 52,33 % (163.183 habitantes), representando a população feminina de adolescentes o contingente de 28.868 habitantes ou 17,69 % da população total. Urge a necessidade de uma atenção a essa população.

Sei que seria uma meta do município para 1996, conforme Hallal (1995), porém até a data da realização dessa prática assistencial não havia nenhum programa. Dentre as 47 unidades sanitárias que a prefeitura possui,

existem em torno de 2 desenvolvendo atividades de grupo, com a finalidade educativa na área das doenças sexualmente transmissíveis, anticoncepção e sexualidade.

Já a Universidade Católica de Pelotas possui um serviço de atendimento ambulatorial específico a esse grupo, as adolescentes grávidas.

Em relação à atenção à saúde das adolescentes grávidas quase nada é feito, em termos de Assistência de Enfermagem, e muito menos a sua família e companheiro, principalmente no que diz respeito a esse último elemento, participe da gravidez.

Aproveitei, então, o momento do mestrado na disciplina de Prática Assistencial para desenvolver um estudo a fim de conhecer como as adolescentes grávidas se cuidam em seu contexto familiar sob uma abordagem cultural, a fim de transcender o modelo biomédico que trago arraigado desde minha formação ao longo desses dezessete anos de trajetória profissional.

A seleção dos sujeitos ocorreria num contato inicialmente na unidade sanitária, local onde realizo estágio com os acadêmicos do curso de graduação da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, porém no período previsto para o início da prática não havia sido agendada nenhuma adolescente grávida. Efetuei um levantamento das mesmas e comecei a realizar as visitas domiciliares nos meses de outubro a dezembro de 1997. A disponibilidade e interesse das adolescentes grávidas em participar do estudo era investigada. Após o aceite, realizava o primeiro encontro e agendava o próximo, a fim de conhecer o cuidado desenvolvido no ambiente familiar durante o processo de gravidez, respeitando a cultura dos mesmos.

Identifiquei que as adolescentes grávidas realizavam cuidados durante o processo de gravidez, embasadas na visão de mundo a qual foi transmitida principalmente pela família entre as gerações bem como procuravam o cuidado profissional nas situações mais complexas.

Ao realizar a prática assistencial, desejava focar no estudo a adolescente grávida, a família e, se possível, o companheiro da adolescente para conhecer suas crenças, valores e práticas de cuidar no **processo de gravidez**.

Desde o nascimento, o ser humano está inserido numa determinada cultura, mas cada um aprende de maneira singular, valores e crenças, hábitos e costumes, os quais orientaram suas ações em sua percepção de significados objetivos e subjetivos, atribuídos à sua experiência e a sua visão de mundo.

Ao passo que trabalhar com o pai não foi possível por fatores alheios a minha disponibilidade, como por exemplo: transferência para Porto Alegre de um deles; o fato de outro vir esporadicamente a Pelotas nos finais de semana e no período da realização dessa prática, devido a compromissos agrícolas, e por último a ausência de um pai adolescente do contexto. Dessa forma surge a necessidade neste estudo de discutir trabalhos que contemplem essa temática e clareiem mais o tema "*o companheiro da adolescente grávida durante o processo de gravidez uma ausência-presente*".

Almejo que esse estudo sirva de subsídios para os profissionais que se interessam pelo tema, que seja utilizado como recurso didático pelos acadêmicos de enfermagem bem como contribua com a promoção da qualidade de vida dos adolescentes, seus filhos e famílias envolvidas nesse processo.

2 APRESENTANDO O TEMA

A temática gravidez na adolescência hoje, no Brasil, está sendo bastante enfocada. Destaco os estudos realizados por: Luz (1983, 1989, 1995); Barroso (1986); Takiuti (1986, 1994, 1997, 1998); Patrício (1990); Desser (1993); Rodrigues (1993a); Bressan (1994); Cericatto (1994); Araújo (1996); Garcia (1996); Nunes (1996); Danziatto (1997); Valverde (1997); Dimenstein (1998) e Zagonel (1998).

Contextualizando esse tema, apresento a seguir à sua situação no país.

Em seu artigo, Nunes (1996) baseia-se no levantamento do IBGE realizado em 1994 e apresenta que o número de adolescentes grávidas cresceu desenfreadamente: 391 % em 18 anos.

Segundo os dados obtidos do IBGE - Censo Demográfico de 1996, o número de habitantes no país era de 157.070.163, com um contingente feminino de 79.627.298 mulheres, ou 50,69 %, do qual um total de 17.008.416 ou 21,36 % são adolescentes, na faixa dos 10 - 19 anos.

Takiuti (1998) ressalta que um milhão de adolescentes engravidam por ano, correspondendo a 20 % do total de bebês nascidos vivos. Em cada 100 mulheres que engravidam 20 são adolescentes. A mesma autora enfatiza que, embora as taxas de fecundidade da mulher brasileira tenham diminuído de modo significativo desde a década de 70, a proporção de nascidos vivos de mães menores de 20 anos, não parou de crescer. Em 1976, era de 11,7 %, passando para 12,7 % em 1980, 15,3 % em 1988, 16,0 % em 1990 e 17,6 % em 1994.

O Ministério da Saúde – Assistência à Saúde da Mulher no Ciclo Gravídico-Puerperal, Sistema Único de Saúde - SUS, 1994-1996 ratifica que a taxa de fecundidade no país está em declínio, apresentando uma redução em todas as faixas, exceto entre 15 e 19 anos. A coordenadora do programa de saúde do adolescente do estado de São Paulo, Takiuti (1997), ressalta que o número de meninas brasileiras que engravidam com menos de 14 anos triplicou nos últimos trinta anos. Hoje em cada 100 adolescentes grávidas, uma tem menos de 14 anos. E isso acontece independente da classe social.

O relatório da UNICEF sobre o **Progresso das Nações 1998** chama a atenção para a situação do nosso país em relação à gravidez na adolescência, colocando-o na 62ª posição em todo o mundo por apresentar a incidência de 71 casos em cada mil jovens com até 19 anos.

Ao mapear os dados emergentes é preciso dar atenção aos índices oficiais que vêm sendo divulgados.

A incidência de gravidez na adolescência, conforme trabalhos publicados pelo Ministério da Saúde em 1996, vêm aumentando consideravelmente ano a ano. Esses dados estatísticos mostram que as meninas adolescentes foram

responsáveis por 22,3% dos partos em 1993; 23,2% dos partos em 1994; 24,4% dos partos em 1995; e 25,7% representando 707.456 ocorrências, do total dos partos ocorridos no Brasil pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em 1996.

Os dados estatísticos do Ministério da Saúde de 1996 mostram que as regiões onde há maior incidência de partos em adolescentes são a região norte com 32,4%, a centro-oeste com 29,6% e a nordeste 26,7%, ao passo que as regiões sudeste e sul possuem, igualmente, um percentual menor: 23,5% de partos.

Dimenstein (1998) ressalta que esses números são subestimados, pois registram apenas os dados do SUS. Nas favelas e bairros periféricos, ainda atuam parteiras em larga escala. Acrescento ainda, os partos que são realizados por parteiras, comadres ou parentes em zonas rurais que também não estão contemplados naqueles números.

Luz (1995) coloca que as mães adolescentes são presenças constantes no cotidiano do cuidado de Enfermagem. O debate que se tem hoje, no Brasil, sobre a adolescência, insere-a na emergência dos problemas sociais tais como: menor de rua, extermínio de menores, o uso de drogas ilícitas por adolescentes, os problemas ligados à saúde reprodutiva e o desemprego estrutural.

À medida que Rodrigues (1993a) comenta sobre a gravidez nessa etapa da vida humana, reforça a necessidade de o país preparar-se para o atendimento específico dessa clientela, pois consideram que, no ano 2000, aproximadamente setecentos mil partos serão de adolescentes. Em 1996, conforme dados do Ministério da Saúde, as adolescentes já foram responsáveis por 707.456 partos, ultrapassando a projeção realizada. E a previsão realizada para 1997 era de 965.566 partos em gestantes na idade de 10-19 anos, conforme esse mesmo órgão

do governo em 1996. A falta de dados oficiais recentes não permitiu que se averiguasse tal previsão.

Observa-se que esses números estão aumentando consideravelmente.

A que cifras chegaremos no ano 2000 ?

Urge a necessidade da atenção dos profissionais para esse fenômeno, a fim de oferecerem uma assistência mais direcionada a essa clientela, pois em nosso país, a taxa de mortalidade materna é 30 % maior entre as adolescentes, do que entre as mulheres de 20 a 29 anos.

Complicações da gravidez (incluindo parto e puerpério) é a décima causa de óbitos em adolescentes brasileiras, sendo que, entre as adolescentes de 15 a 19 anos, é a sexta causa (Rodrigues, 1993 a). Somam-se a isso, ainda, as intercorrências que acontecem e são freqüentes durante a gravidez na adolescência como a toxemia, anemia e infecções.

E é nesse sentido que Rodrigues (1993a, p. 218) refere preocupação com um atendimento específico a essa clientela, porque "a cada dólar gasto no pré-natal, três são gastos na falta deste".

Entretanto, a gravidez na adolescência pode ser vista como fenômeno sociocultural.

Diante desses dados, é importante que essa população seja merecedora de uma atenção específica, razão pela qual considero relevante abordar o assunto "gravidez na adolescência".

A seguir exponho algumas idéias e também autores que comentam sobre essa etapa da vida, a ocorrência da gravidez nessa fase de transição da vida humana, ou seja, de criança para a idade adulta, o fenômeno da gravidez na

adolescência dentro do contexto familiar, bem como a Enfermagem prestadora de cuidados inserida nesse ambiente cultural respeitando a cultura dos seres humanos.

O termo adolescência em sua raiz etimológica é derivado do latim "adolescere" e significa crescer, crescer até a maioridade. Souza (1985); Aberastury (1984); Cadete (1994) e Acetta (1995) definem que é uma passagem evolutiva própria do ser humano pois só é verificada na nossa espécie.

A adolescência é entendida como a fase intermediária entre a vida infantil e a adulta; o corpo, a forma de pensar e o papel dos jovens na sociedade em que vivem, sofrem modificações intensas nessa fase, ocorrendo intenso crescimento e desenvolvimento no qual manifestam-se marcantes transformações anatômicas, fisiológicas, psicológicas e sociais, sendo assim difícil ser definida essa fase com precisão, especialmente quando se tenta estabelecer limites nítidos de início e término (Vitiello, 1992; Rodrigues, 1993b).

É uma fase evolutiva de grandes transformações que implica uma experiência de crescimento biológico, sócio-cultural, psicológico e cognitivo (Luz, 1995).

No entanto, o conceito de adolescência pode variar, de acordo com o país e a cultura admitida, sendo atualmente unânime na literatura que a compreensão da adolescência é biológica, social e cultural, considerando a característica psicológica e a maturidade psicossocial dos jovens. Ou seja, o ser humano precisa ser visto na sua plenitude e em constante processo de desenvolvimento e amadurecimento.

Em face dessas características, diferentes aspectos podem ser utilizados para delimitar a adolescência, embora devam ser empregados em

conjunto, pois se isolados não representariam o aspecto global dessa fase do desenvolvimento.

Ao reportar-me ao Estatuto da Criança e do Adolescente (1997, p. 9) Lei nº 8.069 de 13/07/1990, no Brasil considera-se criança *“a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade”*.

Mesmo admitindo as ambigüidades da adolescência, o critério mais utilizado para identificar essa etapa da vida humana tem sido o cronológico. A Organização Mundial de Saúde - OMS (1975), baseando-se também em critérios fisiológicos (aparecimentos dos caracteres sexuais), psíquicos (evolução da fase infantil para a adulta) e sociais (evolução do estado de dependência para o de relativa independência), fixou o período na segunda década de vida - dos 10 aos 20 anos incompletos. Atualmente, esse critério cronológico é o mais aceito pela maioria dos autores, porque abrange a quase totalidade dos acontecimentos característicos dessa etapa.

A adolescência, há algum tempo atrás, era considerada **meramente** (grifo meu) como uma etapa de transição. Era assinalada por modificações físicas, especialmente caracteres sexuais secundários (surgimento de pêlos, mudança de voz, crescimento das glândulas mamárias, entre outros) e, **quando muito** (grifo meu), pela menção a certas incômodas “mudanças de temperamento” (Souza, 1985).

O adolescente no contexto da família ou da sociedade, sofre a reação do meio. A sociedade, como a família, é um universo de regras, leis, costumes, uso e práticas de valores aceitos, o qual tem um papel estruturador para o adolescente que necessita aprender como conviver com as constantes mudanças sociais

predominantes nos dias de hoje, bem como com as incertezas futuras e ambigüidades existentes (Luz, 1995).

Reforça ainda Luz (1995, p. 380) que:

“a adolescência apresenta-se como um período importante do ser humano, constituindo etapa decisiva de um processo de transição, em cujo transcurso ele procura encontrar um lugar no espaço social”.

A adolescência nas últimas décadas, vem sendo representada mais amplamente. Para alguns autores, a adolescência significa o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação da personalidade. É a fase de descobertas, em que o mundo interior das fantasias se depara com a realidade da vida.

Ressalta Souza (1985, p.127) que:

“é uma idade não só com características biológicas, mas com uma psicologia e até mesmo uma sociologia peculiares. Não é sem razão que se afirma que todas as grandes mudanças culturais da história da humanidade ocorreram no limiar entre a adolescência e a idade adulta!”.

Sob esse enfoque, o espírito crítico e a inconformidade com a realidade são traços característicos do adolescente, que exercita sua inteligência no questionamento de tudo que o cerca. Ele experimenta uma necessidade irresistível de rebelar-se contra a autoridade e procura a independência.

Na adolescência, assim como na gravidez, a mulher passa por alterações físicas e psicossociais importantes, por isso alguns autores consideram a gravidez na adolescência um somatório de crises (Rodrigues, 1993 a).

Tal afirmação vem ao encontro de Maldonado (1997, p. 22) que considera a existência de três períodos críticos de transição, no ciclo vital da mulher:

"os quais constituem verdadeiras fases do desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério".

Esses períodos de transição são biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, estado temporário de equilíbrio instável devido às grandes perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos e mudança de identidade.

No mundo atual, a gravidez na adolescência é encarada como problema para mãe e filho, contudo não tem o mesmo significado em todos os países (Rodrigues, 1993 a). Cada país possui uma cultura própria, que irá aceitar ou não o fenômeno de acordo com seus padrões de crenças e valores.

A gravidez na adolescência é vivida, também, conforme a cultura e a classe social à qual a jovem pertence, pois a vida sexual efetiva dos adolescentes, depende das características psíquicas individuais e está relacionada com a cultura sexual dominante (Luz, 1995).

Em outras palavras, a gravidez é um período de transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento, bem como a adolescência. Portanto, a

gravidez e também a adolescência envolvem a necessidade de reestruturação e reajustamento em várias dimensões: em primeiro lugar, verifica-se mudança de identidade e uma nova definição de papéis - a mulher passa a se olhar e a ser olhada de uma maneira diferente.

Analisando as associações de idéias presentes, o tema adolescência e, dentro dele, a maternidade e a paternidade, nessa fase da vida, constituem um objeto de estudo complexo. A literatura biomédica se reporta a idade cronológica e qualifica a reprodução dos seres humanos nessa faixa etária como um problema, isto é, algo que necessita mais estudos para promover o bem estar do grupo social.

O ser humano é um ente que não vive sozinho ele necessita de um grupo para viver, por conseguinte nasce como membro de uma família. Nesse grupo, o viver é constituído de vários processos, entre eles, o processo de gravidez.

A família possui um ciclo de vida, à semelhança dos indivíduos, salienta Cartana (1988), pois passa por etapas de desenvolvimento, cada uma das quais com características próprias, e nas quais certas tarefas deverão ser desempenhadas para que passem à fase seguinte .

Maldonado (1997, p.29) considera a família como:

“um sistema organizado, com uma estrutura peculiar, canais de comunicação e elementos característicos. Portanto, qualquer evento que ocorre com uma das partes desse sistema atinge o sistema inteiro; logo, a gravidez é uma experiência que pertence à família como um todo”.

Ainda Maldonado (1997, p. 28-29) considera importante enfatizar que:

“o nascimento de um filho é uma experiência familiar. Logo, para se atingir o objetivo de oferecer uma assistência pré-natal mais global, é necessário pensar em

termos de mulher grávida, mas também de família grávida”.

Estudos revelam que a reação familiar da gravidez da adolescente varia de acordo com a cultura, a partir de seus valores sociais, mas em geral a reação dos pais é negativa no início. A aceitação, quando existe, é lenta e gradual. Em atitude extrema, alguns pais chegam a expulsar a filha de casa, episódio menos presente nas famílias de alto nível socioeconômico (Rodrigues, 1993 a).

Esse fenômeno, a gravidez na adolescência, não deve ser visto como doença que pode ser curada pelo parto ou aborto; é importante avaliar a maturidade da adolescente e se a gestação é realmente desejada (Rodrigues, 1993 a). Ressaltam ainda esses autores que poucas gestações alcançam bons resultados, e estes dependem do apoio encontrado pela gestante no meio em que vive, da sua noção de maturidade e, ainda, dos motivos que a levaram a engravidar.

Fala-se tanto na adolescente grávida, porém o pai de seu filho não é mencionado? A escassa literatura e estudos que abordem o assunto corrobora tal questionamento.

Um dos aspectos importantes que envolvem esse questionamento refere-se à questão da participação dos pais na educação do filhos. Trindade (1997, p. 26) coloca que:

“esta posição é recente, uma vez que até por volta da década de 70 as mães eram as responsáveis por essa função. A psicanálise, por exemplo, considera que tanto a figura materna como a paterna são importantes para a formação do psiquismo humano. Além disso, em nível sócio-cultural, a identificação é importante de modo a

propiciar um modelo para homens e mulheres se comportarem na sociedade”.

Em suma pode ser dito que a participação do homem na educação e no cuidado com os filhos é reconhecida.

Pontuando a realidade dos fatos, o companheiro ou namorado da adolescente grávida solteira é, geralmente, uma pessoa que está à margem do processo, pouco se tem feito por ele, geralmente pai adolescente.

A literatura acerca da temática paternidade na adolescência é escassa. Ratifica Trindade (1997) que também apresentou dificuldade na obtenção de literatura brasileira sobre o tema, quando realizou estudo com pais adolescentes.

Barroso (1986) salienta que a maioria dos trabalhos realizados abordam a adolescente grávida; o pai adolescente é deixado à parte.

Nos relevantes estudos que realizaram sobre a gravidez na adolescência, Barroso (1986); Rodrigues (1993 a); Garcia (1996); Valverde (1997) e Zagonel (1998) enfocaram a adolescente nos seus trabalhos, pois ela era o foco no fenômeno; ao pai adolescente foram feitas referências indiretas pois não era o objeto do estudo.

Ratifica Barroso (1986) que os pais dos bebês ou companheiros das adolescentes quase sempre permanecem à margem do processo.

Ainda reforça Barroso (1986, p. 78) que “o pai é um personagem *invisível*”, e caracteriza-o como co-responsável pela gravidez da adolescente. É o grande ausente do processo, ou porque efetivamente não participa das conseqüências do seu ato, ou porque os grupos que tratam dos estudos da adolescente grávida não têm demonstrado grande interesse por ele.

Ao mesmo tempo em que se observam as sugestões dos autores no sentido de se criarem programas e serviços, Barroso (1986) salienta que o *alvo visado* é geralmente a adolescente, os pais ou companheiros das gestantes adolescentes não são considerados.

O pai do filho da adolescente grávida solteira é um ente importante no processo de gravidez pois também é responsável por esse fenômeno. Entretanto, Patrício (1990, p. 218) acentua que o homem:

“o parceiro desse evento? Não faz parte. Nem ao menos de preocupação, pois não fica nem sabendo...”

A gravidez na adolescência precisa ser vista na cultura em que a adolescente e sua família estão inseridas.

Godoy (1995, p 28) identifica cultura como:

“o conjunto de conhecimentos, crenças e idéias adquiridas e utilizadas por um grupo particular de pessoas para interpretar experiências e gerar comportamento”.

Para Hoebel (1995, p.4), a cultura é determinada por :

“valores, padrões de comportamento e conhecimento apreendidos e vivenciados pelas pessoas e é expressa no seu modo de viver”.

Nesse sentido, Laplantine (1995, p.120) afirma que:

“cultura é o conjunto dos comportamentos, saberes e saber fazer característicos de um grupo humano ou de

uma sociedade dada, sendo estas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem”.

Helman (1994, p. 22) comenta que há várias definições antropológicas para a cultura, mas a mais famosa é de Tylor's que a define como:

“um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade”.

Ao reportar-me à antropologia, busco a origem da cultura e a encontro em Laraia (1989, p. 56): Claude Levi- Strauss, antropólogo francês, relatou que a cultura surgiu no momento em que o ser humano convencionou a primeira regra, a primeira norma. Para esse antropólogo, *“essa seria a proibição do incesto, padrão de comportamento comum a todas as sociedades humanas”*, isto é, proibindo a relação de seres humanos do sexo masculino com certas categorias do sexo feminino (mãe, filha e irmã).

Leslie White, antropólogo norte-americano, considerou que a passagem do estado animal para o humano ocorreu *“quando o cérebro do homem foi capaz de gerar símbolos”*. Foi o símbolo que transformou nossos ancestrais antropóides em homens e fê-los seres humanos. Todas as civilizações se espalharam e se perpetuaram somente pelo uso de símbolos. Acrescenta o autor que toda cultura depende de símbolos, sendo o exercício de simbolização que cria a cultura e o uso de símbolos que torna possível a sua perpetuação. Sem o símbolo não haveria cultura, e o ser humano seria apenas animal, não um ser humano.

O comportamento humano é simbólico, visto que os seres humanos compreendem significados que os objetos recebem de cada cultura como por exemplo: a cor *preta* entre nós significa *luto* e entre os chineses é o *branco* que exprime esse sentimento. Desse modo para perceber os significados de um símbolo é necessário conhecer a cultura que o criou (Laraia, 1989).

A cultura é como *“uma lente através da qual o homem vê o mundo”* (Laraia, 1989, p.69). É um processo permanente pelo qual os homens orientam e dão significado às suas ações, cuja dinamicidade ocorre a partir das reorganizações das representações na prática social (Patrício, 1990).

Prossegue Patrício (1990, p. 69) que:

“praticamente todas as culturas têm pontos de vista sobre saúde- doença e comportamentos de cuidados próprios. Através da cultura, o ser humano determina suas necessidades e obtém recursos para o atendimento dessas necessidades, incluindo o cuidado de saúde”.

Chauí (1995, p. 292) coloca que *“a palavra **cultura** vem do verbo latino **colere**, que significa cultivar, criar, tomar conta e cuidar.* A cultura e cuidado apresentam-se inteiramente relacionados, ao encontro do qual vem também a colocação de Schwartz (1998, p.33).

O homem desde os tempos mais antigos se cuidava e auxiliava outros indivíduos e comunidade (grupo) a se cuidarem, portanto o cuidado é inerente ao ser humano e essencial na vida.

Collière (1999, p.27) salienta que desde que surgiu a vida:

*existem cuidados, porque é preciso **tomar conta** da vida para que ela possa permanecer. Os homens, como todos os seres vivos, sempre precisaram de cuidados, porque cuidar, tomar conta, é um ato de vida que tem primeiro, e antes de tudo, como fim, permitir à vida continuar, desenvolver-se, e assim lutar contra a morte: morte do indivíduo, morte do grupo, morte da espécie.*

Waldow (1995), ao reportar-se ao cuidado humano, comenta que, no quadro atual, as sociedades no mundo inteiro passam por mudanças, e ressalta que as pessoas buscam novas alternativas na tentativa de combater a previsão de Habermas de que os interesses se tornam mais técnicos do que humanos, parecendo portanto oportuno resgatar-se o cuidado humano. A Enfermagem tem procurado tornar esse cuidado mais humanizado e procura dentro do possível realizá-lo no contexto familiar do ser humano, berço de todo cuidado para a manutenção da saúde, sobrevivência e cura da doença. O resgate desse saber para a profissão é extremamente oportuno, adequado e se revela mais valioso no momento em que são respeitadas as crenças, valores e práticas de saúde dos seres humanos.

A prática assistencial desenvolvida foi alicerçada num marco conceitual que contém conceitos, os quais abordarei a seguir, que foram elaborados com uma abordagem cultural a fim de subsidiar esse estudo.

3 APRESENTANDO O MARCO CONCEITUAL

Querendo transcender minha prática assistencial até então desenvolvida, decidi sair do enfoque biomédico que trago arraigado comigo desde minha formação acadêmica há 17 anos. Procurei nesse estudo usar um referencial que desvelasse as questões de saúde-doença com foco na cultura. Após algumas leituras das Teorias de Enfermagem apresentadas na Disciplina de Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem, identifiquei-me com a teórica Madelaine Leininger¹, cujas idéias me fizeram vivenciar uma realidade diferente daquela com que estava acostumada.

A teoria de Madeleine Leininger (1978, 1985, 1991a, b, d, e) enfoca o cuidado humano na diversidade e universalidade das diferentes culturas.

Durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a uma profissão, ou ofício, mas diziam respeito a qualquer pessoa que ajudava outra pessoa a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação

¹ Enfermeira americana e doutora em Antropologia. Em sua teoria, procura sistematizar a relação Cultura-Cuidado

com a vida do grupo (Collière, 1999). O cuidado ajudava o indivíduo a crescer, a conhecer outros, a enfrentar desafios do tipo saúde e doença.

O cuidado é uma prática universal, porém varia entre as diversas culturas do mundo, sendo que ao longo da história vem sendo influenciado por diferentes contextos físicos, culturais e sociais. Essas atividades de cuidar estão relacionadas a sua cultura (valores, crenças e práticas em saúde).

O ciclo histórico demonstra que ambas, a família e a enfermagem, cuidam baseadas na visão de mundo diferentes enquanto significados (valores, crenças e práticas).

Na realização da prática, escolhi algumas idéias da Teoria de Enfermagem: Cuidado Transcultural – Diversidade e Universalidade de Madeleine Leininger, por ela considerar o cuidado e a cultura na qual o homem ou o grupo e, conseqüentemente, a família estão inseridos.

Assim que, Leininger considera importante que a Enfermagem entenda que há dois **sistemas de saúde: o sistema popular e o profissional**, devendo a enfermeira estabelecer um elo entre os mesmos.

A fim de proporcionar um melhor entendimento desse capítulo, considere pertinente rever alguns conceitos e definições de marco conceitual, mostrar os pressupostos e os conceitos do marco que foram utilizados e suas inter-relações.

Existem vários autores que já apresentaram e discutiram suas definições sobre o **Marco Conceitual**, entre os quais citamos: Willians (1979), Fawcett (1984), Neves (1984), Trentini (1986) e Silva (1993). Dentre esses, destaco que *marco conceitual* é:

uma construção mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo da investigação. Essa construção mental poderá ser feita a partir de teoria, a partir da organização do conhecimento existente documentado pela revisão de literatura. A finalidade dessa construção mental, independente de sua designação, é proporcionar suporte teórico para o desenvolvimento dos vários passos do processo de pesquisa (Neves, 1984 p. 213).

O Marco Conceitual facilita a comunicação entre os profissionais, fornecendo uma abordagem mais unificada à prática.

Como os marcos conceituais, as teorias também são formadas por conceitos e proposições, porém apresentam os fenômenos mais especificados e concretos. O modo como os conceitos são tratados na teoria é que determinará o nível de alcance da mesma (Trentini, 1986).

Reforça ainda Trentini que as teorias são os instrumentos mais apropriados para guiar uma prática profissional, sendo que Meleis (1985, p.97) relaciona uma infinidade de definições de teoria, mencionando que, entre elas, a mais aceita no meio científico é a de Kerlinger, para a qual teoria é:

“um conjunto de interpretações (conceitos), definições e propostas inter-relacionadas, que apresentam numa visão sistemática dos fenômenos, especificando relações entre variáveis, com o propósito de explicar e prever os fenômenos”.

Dessa forma, as teorias são os instrumentos apropriados para guiar uma prática profissional, seja ela em nível de assistência, ensino ou pesquisa. Sendo assim, a escolha de uma teoria para aplicação prática não determina de forma linear que os conceitos do autor sejam utilizados totalmente, mas sim que eles possam ser

interpretados para estabelecer conexão com a visão de mundo de quem está trabalhando com eles (Patrício, 1990).

Conceitos, segundo Meleis (1985, p.157), "*são uma imagem mental da realidade tingida com a percepção, experiência e capacidade filosófica do pesquisador*". Eles atuam como um reservatório, uma entidade organizadora, e ordenam a observação e percepções.

Os conceitos fundamentais para a Enfermagem são os elementos indicadores da natureza e da realidade concreta da profissão, a saber: "**Pessoa, Ambiente, Saúde e Enfermagem**" (Meleis, 1985, p.137).

Ao encontrar uma teoria de Enfermagem cujos elementos se identificam em determinados pontos comuns com meus conceitos, faz-se necessário apresentar alguns pressupostos básicos da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

No léxico², encontra-se que pressupostos são circunstâncias ou fatos como antecedente necessário de outro. São as idéias que antecedem a formulação de conceitos, sendo o quadro referencial do autor. Corroborando Filho (1994) que são afirmações feitas de modo apriorístico, e que não, necessitam de demonstração, ou dispensam ser demonstradas, ou ainda, não é possível demonstrá-las. Os pressupostos de Madeleine Leininger (1978, 1985, 1991 b) são:

- *Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos.*
- *O cuidado próprio, e outros padrões de cuidado, existem entre as culturas.*

² Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. 1986

- *O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas.*
- *O cuidado humanizado é a característica central, dominante e unificadora da enfermagem.*
- *Não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado, mesmo sem haver a cura.*
- *A razão da existência da Enfermagem é que ela é uma profissão de cuidado, com conhecimentos disciplinados sobre este.*
- *O cuidado sob uma perspectiva transcultural é essencial para desenvolver e estabelecer a Enfermagem como uma profissão universal.*
- *Os componentes do cuidado transcultural, e as características das diferenças e semelhanças, ainda devem ser identificados, descritos e conhecidos, para sua caracterização estrutural e funcional na enfermagem.*
- *Os conceitos e as práticas de cuidado do ser humano podem ser identificados em todas as culturas.*
- *As práticas de cuidados da saúde, profissionais e populares são derivadas da cultura e influenciam as práticas e os sistemas de Enfermagem.*

Os meus Pressupostos Pessoais que destaco são os seguintes:

- a) ser humano adolescente, do sexo masculino ou feminino, é um indivíduo político, único, racional, romântico, histórico, que necessita de outros seres humanos para viver e ser feliz. Cronologicamente, encontra-se numa etapa de transição, de criança para adulto, sendo que essa etapa é vivida diferentemente de acordo com os valores culturais que traz consigo desde o momento de seu desenvolvimento, valores com os quais ele aprende a viver e auxiliar outros a viverem;
- b) o processo de adolescer pode ser visto como um momento de vida sofrido, tanto para a adolescente, como para a sua família. E, quando ocorre uma gravidez nesse período, esse sofrimento pode ser intensificado;

- c) a gravidez na adolescência pode intensificar conflitos já existentes entre pais e filhos, pois a adolescente estava se preparando para uma relativa independência e, com esse fenômeno, volta a depender dos pais, já que necessita de ajuda financeira como apoio para poder criar seu filho;
- d) a saúde-doença da adolescente grávida solteira é determinada pela capacidade de adaptação ao processo que está vivendo, enquanto momento de descobertas permeadas de novidades biológicas e sociais;
- e) a Adolescente Grávida Solteira, a família e o seu companheiro vão ou não se envolver nesse processo, conforme a sua cultura;
- f) a Enfermeira é um ser humano que também possui crenças e valores. No desenvolver das ações de cuidado de Enfermagem, ela está constantemente interagindo com outro ser humano (adolescente), que possui valores e crenças muitas vezes diferentes dos seus;
- g) a realidade mostra que é comum a Adolescente Grávida ser abandonada pelo pai de seu filho, o qual geralmente não assume a paternidade;
- h) a participação do pai do filho da Adolescente Grávida Solteira no processo de gravidez é importante para o bem-estar do binômio adolescente grávida-filho;
- i) é necessário que a Enfermagem, ao prestar cuidados, focalize a cultura da Adolescente Grávida Solteira, sua família e companheiro.

Conceitos do marco conceitual e seu inter-relacionamento

Na elaboração dos conceitos, procurei adequar as idéias de Leininger às minhas concepções e àquelas encontradas nos demais autores, para realizar este trabalho. Portanto, os conceitos foram revistos e apropriados, pois busquei suporte teórico em outros autores que têm trabalhado com abordagens culturais, a fim de tornar tais conceitos adequados.

Sob esse enfoque, ressalta Patrício (1990, p. 54) que:

“a escolha ou opção de teorias para a aplicação prática, não determina, de forma linear, que os conceitos dos autores sejam utilizados totalmente”.

O Marco Conceitual da prática foi constituído pelos **conceitos gerais** de Ser Humano, Ambiente, Saúde e Doença, Cuidado, Enfermeiro e Família. Os **conceitos específicos** referentes ao tema são: Adolescente, Adolescente Grávida Solteira, Companheiro da Adolescente Grávida Solteira, Família da Adolescente Grávida Solteira e Enfermagem na Família da Adolescente Grávida Solteira.

Na figura nº 1, apresento o inter-relacionamento dos conceitos, em que a Enfermagem participa do cuidado ao ser humano (adolescente, companheiro, família), adaptando-se ao ambiente, ou seja, ao que é cultural (pois o ser humano possui crenças e valores que fundamentam suas práticas de saúde). A Enfermagem detecta condições de saúde-doença e cuida compreendendo a cultura.

Figura nº 1: Inter-relacionamento dos Conceitos.

Essa figura mostra o inter-relacionamento dos conceitos, na qual ao centro aparece a Enfermagem mesclada de todas as cores dos conceitos evidenciando que ela é ser humano e que cuida de outros seres humanos no próprio ambiente que é cultural, detectando situações de saúde-doença e realizando cuidados respeitando as crença e valores.



O **SER HUMANO** é um ser único, indivisível, possui características próprias com as quais se relaciona com os outros e com o mundo, compartilhando crenças, valores e práticas, pois vive num ambiente cultural com o qual interage do

início ao fim da vida. É representado pelo ser humano de sexo masculino e pelo ser humano de sexo feminino. Esse **ser humano** não vive sozinho; ele nasce como membro de uma família e é nela que, na maioria das vezes, aprende inicialmente a interagir social e culturalmente. O seu processo de evolução percorre etapas de desenvolvimento de acordo com sua cultura, sexo, classe social e características biológicas.

O ser humano é pensante, elabora significações a partir de sua visão de mundo, é ativo, suas ações geram uma cultura que orienta novas ações transformando a si próprio e ao ambiente em que vive, conseqüentemente, é susceptível às influências dos elementos de todo o ambiente. Integra um grupo familiar cujos valores corrobora, que possui necessidades e executa cuidados de saúde, individuais e grupais, durante todo o seu crescimento e desenvolvimento (compreendidos dentro de crenças e valores originados de sua cultura, e por influência de outras culturas). É político pois possui capacidade e liberdade para pensar e agir, buscar, criar e manter recursos no ambiente para atender suas necessidades e alcançar seu bem-estar. (Elaborado a partir de Boehs, 1994; Patrício, 1990; Monticelli, 1997 e Schwartz, 1997).

O **AMBIENTE** é a natureza física e o contexto sócio - cultural, no qual o ser humano vive. São elementos dinâmicos, interdependentes e inter-relacionados, cuja dinâmica influencia e é influenciada pelo ambiente maior, representado pelo "mundo". A **natureza física** é representada pela flora, fauna, ar, terra, rios, mares e demais elementos do universo. O **contexto cultural** é representado por todas as culturas apresentadas pelos seres humanos, gerando o **contexto social** e influenciando-o constantemente.

Esse contexto é representado pelos elementos sociais (incluindo o grupo familiar com seu espaço físico e cultura própria): históricos, econômicos, legais, tecnológicos, religiosos e educacionais, bem como de produção de alimentos e de cuidados à saúde (popular e profissional). Da relação sócio-cultural com a natureza é gerado o contexto físico, representado pelas transformações elaboradas pelos seres humanos.

O ambiente está em constantes mudanças, observadas através da história geral e particular. Essas mudanças ocorrem por influência da natureza física (através das leis naturais do universo) e influência dos homens através de ações, geradas pelas suas necessidades e utilização de recursos individuais e coletivos. O contexto sociocultural e o contexto físico (natureza e elementos produzidos pelo ser humano) influenciam a vida dos seres humanos, à medida que podem auxiliar ou limitar o atendimento das necessidades durante todo o processo de crescimento e desenvolvimento (Patrício, 1990, p.67-68). O ambiente interfere nos comportamentos de cuidado e nos recursos para o bem estar do ser humano. É importante participar do seu ambiente para conhecê-lo melhor.

Cultura refere-se aos *“valores, crenças, normas e modos de vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de formas padronizadas”* (Leininger, 1985, p.238). Os **valores** que integram uma cultura são *“forças difundidas e profundamente enraizadas guiando os pensamentos, decisões e ações das pessoas, variando marcantemente em função de um ser humano para outro dentro de uma mesma cultura e com tendência a se modificarem durante os estágios do desenvolvimento”* (Patrício, 1990, p. 69).

SAÚDE - DOENÇA entende-se Saúde como sendo “um estado de bem-estar” que é definido, valorizado e praticado culturalmente e que reflete a capacidade que os indivíduos (ou grupos) possuem para realizarem suas atividades diárias, em modos de vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados. (Leininger 1991, p.48). Assim, ter saúde é possuir *recursos*, inserindo-se os econômicos, para o atendimento das *necessidades* na saúde e na doença (incluindo o *cuidado popular* e o *cuidado profissional*) para recuperação de sofrimentos e vivência do seu processo de desenvolvimento com capacidade de efetuar as tarefas de vida (incluindo a do cuidado) bem como para alcançar, com satisfação, os objetivos e padrões de vida desejados (Patrício, 1990).

A família, como *cellula mater* integrante de uma sociedade, salienta-se por possuir um importante papel, ou seja, como um instrumento de cuidado na prevenção, manutenção e recuperação da saúde de seus membros e do seu conjunto. É uma transmissora de valores morais, éticos, políticos, sociais, como também de hábitos e costumes, ou seja, o cuidado à saúde e a visão sobre o processo saúde-doença. A doença é compreendida por situações nas quais o ser humano apresenta dificuldades para atender as suas necessidades.

A exteriorização dessas situações far-se-á através de seu corpo-mente das relações com os outros indivíduos e o ambiente. Poderá ser expressa por queixas de sofrimento e de incapacidade de realizar suas tarefas e expectativas, e por sinais de disfunções e incapacidades físicas, psicoespirituais e socioculturais nos aspectos de crescimento e desenvolvimento. O sentimento e a compreensão da doença, bem como os cuidados com ela, são determinados pela cultura que o ser

humano elaborou e pelos recursos disponíveis para esses cuidados (elaborado a partir de Leininger, 1985; 1991b; Patrício, 1990; Silva, 1996).

O **CUIDADO** refere-se às atividades, as ações de assistência, apoio, ou facilitadoras dirigidas a outro indivíduo ou grupo com necessidades evidentes ou previstas, a fim de aliviar ou melhorar as condições ou modos de vida humanos (Leininger 1978, 1985, 1991 b). Enfatiza Patrício (1990) que o ato de cuidar se constitui em *necessidade e recurso do Ser Humano*. Ato de cuidar ajudam, protegem e favorecem o desenvolvimento reduzem estresses e conflitos possuem dimensão biológica, psicoespiritual, sociocultural e ecológica. Esses atos são influenciados pela cultura, pelo conhecimento, nível de desenvolvimento, tempo, estresse e preocupação, e pela afetividade da pessoa em relação às necessidades do cuidado e outros recursos disponíveis para sua efetivação.

O cuidado é representado por vários elementos ou “constructos do cuidado”. Leininger³ identificou, até o momento da publicação de seu livro, 175 constructos sobre como as pessoas entendem, usam e interpretam esse cuidado em aproximadamente 54 culturas estudadas. Constituem as atividades, os processos e as decisões, sendo que alguns fazem parte do próprio objetivo e metodologia do “processo de cuidar”. Dentre eles destacamos alguns, tais como: confortar, comprometer-se, prevenir, esclarecer, informar, reforçar, desafiar, executar ações técnicas, promover conhecimentos, dialogar, ouvir atentamente. A necessidade de cuidado pode ser atendida de duas formas: pelo próprio ser humano e pelos outros seres humanos, na família e em grupos sociais, dentro de um contexto popular de

³ Leininger, Madeleine. Culture care diversity and universality: a theory of nursing, 1991

saúde e dentro do sistema profissional de saúde - pelo profissional enfermeiro (Patrício, 1990).

Sistema de saúde profissional são "*conhecimentos e habilidades profissionais de cuidado, saúde, doença, bem-estar e outros formalmente ensinados, aprendidos e transmitidos, prevalecendo em instituições profissionais, geralmente com pessoal multiprofissional, com finalidade de servir consumidores*" (Leininger, 1991 b, p. 48).

Sistema de saúde popular ou leigo refere-se aos "*conhecimentos e habilidades tradicionais ou populares (baseadas na família), culturalmente apreendidos e transmitidos, utilizados para prover atos que assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outros indivíduos, grupos ou instituições com necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de aliviar ou melhorar os modos de vida humanos, as condições de saúde e a manejar as inabilidades e a morte*". (Leininger, 1991 b, p.48).

O **cuidado popular** reflete crenças/valores, práticas e recursos locais, sendo que a maioria dessas práticas são desenvolvidas através de experiências da vida diária (rituais que dão sentido a vida e morte no universo) e se relacionam com a estrutura social (parentesco, religião, economia e política). O **cuidado profissional** tem sua base no aspecto personalizado, através da visão holística do ser humano, a partir de suas necessidades, problemas, crenças/ valores, expectativas, atitudes e recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos de cuidado empiricamente conhecidos e também nos elementos do *cuidado popular*, sendo principalmente fundamentado no *processo de cuidar*. A prática do Enfermeiro é subsidiada por processos de educação (Patrício, 1990).

A **EDUCAÇÃO** é um processo singular de troca de experiências, conhecimentos, valores, crenças, símbolos, rituais, práticas de cuidados em saúde e possibilita mudanças para um viver melhor e mais criativo. A *educação para a saúde* é o instrumento mais eficiente das ações profiláticas. O processo educativo é o elemento básico que vincula informações e experiências (Rezende, 1984). É pela educação que o homem se humaniza. Dessa forma, ela se torna possível porque o ser humano não é um produto acabado e é na permanente busca da conclusão que o homem aspira à educação.

Nessa concepção, os homens se descobrem seres históricos, trazendo no seu desenvolvimento toda uma prática de cuidar à saúde, sendo também história, inacabada, mostrando que a educação é um fazer permanente, na razão da inconclusão do homem (Aranha, 1989). A **prática educativa** numa perspectiva cultural é alicerçada na educação como uma realização dialógica para a prática do cuidado, ou seja, o diálogo supondo troca, sem imposição de saberes. Dessa maneira, o educador já não é mais o que apenas educa para a saúde, mas o que, enquanto educa, é educado, pois conhece e aprende outras maneiras de cuidar, em diálogo com o educando que, ao ser educado, também educa. Ambos fazem parte do processo ensino aprendizagem sendo a participação do educando o parâmetro do processo educativo.

O **ENFERMEIRO / PRÁTICA DE ENFERMAGEM** é um profissional da saúde que presta cuidados profissionais pretendendo ajudar o ser humano na saúde e na doença (incluindo o momento da morte), durante todo o seu processo de crescimento, desenvolvimento e na conquista de melhores condições de bem-estar. Esses cuidados são fundamentados no conhecimento, na compreensão de si próprio

e da realidade de saúde e doença do ser humano, de seus valores e crenças culturais, práticas de cuidados e necessidades, expectativas, queixas e recursos, como indivíduo ou como grupo social, em determinado ambiente.

Esse profissional constitui-se em um dos recursos do ser humano. A prática do enfermeiro está condicionada aos meios de que dispõe, ou seja, suporte para o cuidado, fundamentado em conhecimentos das Ciências Biológicas e Humanas alicerçando assim a capacidade crítica e reflexiva de viver do ser humano (Baseado em Patrício, 1990).

Desse modo, Gelain (1994, p.30) comenta que *“um cliente, quer numa unidade de internação, quer numa unidade de terapia intensiva, ou mesmo no convívio familiar ou na coletividade, tem pontos de vista, valores, crenças que ninguém tem o direito de subestimar”*. Baseando-me portanto nas colocações acima citadas, a prática do Enfermeiro (cuidado) é desse modo permeada por atitudes éticas, pois todos os conceitos preenchem os princípios éticos.

A **FAMÍLIA** é um sistema interpessoal formado por seres humanos que interagem por motivos de afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica, que, durante todo o processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos elaborados a partir de um sistema de crenças, valores e normas, estruturados na cultura do grupo social ao qual pertence, em outras influências e determinações do “ambiente” em que vivem, incluindo os valores e normas de outras culturas.

Durante seu processo de viver, a dinâmica familiar apresenta mudanças representadas por aquelas mudanças esperadas no decorrer do desenvolvimento, e pelas mudanças situacionais ou acidentais, originadas no ambiente familiar e externo

(Patrício, 1990). As condições socioeconômicas precárias podem influenciar o ambiente de famílias limitando o processo saúde - doença dos seus membros, pois não conseguem corresponder ao grupo social. O berço do cuidado humano, através dos tempos, tem sido a família. É no seio dela, desde o nascimento até a morte, que o cuidado é considerado importante para a manutenção da saúde e sobrevivência.

O **ADOLESCENTE** é o ser humano complexo, cheio de pluralidades, que se encontra na segunda década do ciclo da vida, vivenciando a transição da infância para a idade adulta, a qual, para muitos, uma fase conflitante. É um indivíduo único psicossocial e fisicamente, apresentando características específicas da idade e diferenças importantes. É um ser fascinante, diferente, desafiante, ingênuo, que quando manejado com cuidado, é altamente generoso e colaborador e, se maltratado, vira uma “fera”, um “furacão”, um “desastre”. Na busca de sua individualidade e no confronto com a cultura, o adolescente muitas vezes se diferencia, critica, questiona, contesta, traz idéias e propostas novas, o que em algumas culturas tem gerado situações de mal-estar.

Os aspectos biológicos, sociais e psicológicos atuam intensamente nessa etapa da vida. Dentre os psicológicos destacamos a impulsividade, característica normal e saudável dos adolescentes, mas que aumenta os riscos a que estão expostos, inclusive de gravidez. Outras características que também aumentam o risco são: a necessidade de auto-afirmarem a identidade sexual, interesse em coisas proibidas e conflito com padrões tradicionais, desejo de sentirem-se adultos, fácil influência dos grupos de amigos, relacionamento sexual romantizado e pouca capacidade de prever conseqüências (elaborado a partir de

Aberastury 1984; Patrício, 1990; Rodrigues, 1993a; Acetta, 1995; Carcelen e Souza, 1996; Gauderer, 1996).

A ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA é um ser humano do sexo feminino, que faz parte de uma “família” e que engravida durante a fase da adolescência, ou seja, antes dos 20 anos, muitas vezes, dentro de uma cultura, em que a gravidez fora do casamento não se constitui em norma cultural. A *gravidez na adolescência* é um fenômeno universal, seu significado está condicionado à cultura das pessoas envolvidas e ao ambiente histórico em que ocorre.

Em nossa cultura, atualmente a adolescente grávida solteira é aquele ser humano do sexo feminino que engravida sem possuir ainda maturidade física, psicológica e social à tarefa de ser mãe, sendo o processo de gravidez vivido, diferentemente, conforme a cultura e a classe social, na qual se insere. Praticamente, todas as adolescentes sofrem alterações em seu *bem estar* (variando de intensidade durante todo o processo de gravidez), fazendo com que necessitem de cuidados de saúde referentes às características dessa fase da vida, assim como, também de cuidados referentes ao *processo de gravidez*.

O **processo de gravidez da adolescente grávida solteira** é o período compreendido desde o início da gestação até o primeiro mês de vida do recém-nascido. Nesse processo ocorre uma seqüência de reações e transformações na adolescente, nos membros da família e na própria dinâmica familiar, por conseqüência e atitudes da própria adolescente, dos familiares e das demais pessoas de sua rede social (Patrício, 1990).

O **PAI DO FILHO DA ADOLESCENTE** é o ser humano do sexo masculino, participante do processo de gravidez da adolescente como o pai de seu

filho. Geralmente adolescente, também cheio de pluralidades, vivenciando a transição da infância para a idade adulta. É seu namorado ou companheiro que nem sempre convive com ela, embora sem ser casado, o que não é padrão para algumas culturas. Na maioria dos casos de gravidez na adolescência, ele é um ser que não é participante ativo do processo de gravidez, deixando-a sozinha nesta fase, da qual foi co-participante. Ficando a cargo da adolescente grávida e sua família, a responsabilidade pelo filho de ambos que ela está gerando.

A FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA é a família que habita um contexto físico comum (ou contextos que possam relacionar-se) e que está vivenciando o processo de gravidez da adolescente grávida. Durante esse processo a família enquanto grupo está potencialmente sujeita a mudanças na dinâmica e no seu bem estar. O *processo de gravidez* é um período na vida da família que poderá vir acompanhado de sentimentos de gratificação e de prazer, mas também de situações de crise, cuja intensidade, complexidade e solução poderão variar durante todo o processo de acordo com a cultura da adolescente e de sua família com a classe social à qual pertencem e conforme as atitudes de cada membro da família em relação à adolescente, principalmente, levando-se em consideração o significado do fenômeno da gravidez no contexto sociocultural em que se inserem. O enfrentamento dessa situação e a continuidade do processo de crescimento com saúde dependerão dos recursos que possuem, especialmente, dos cuidados de que dispõem. A família da adolescente grávida solteira é muito importante, no processo de tomada de decisão, sobre manter ou não a gravidez e na apresentação de comportamentos de cuidados à adolescente (Patrício, 1990).

A ENFERMAGEM NA FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA

SOLTEIRA representa a **prática do cuidado de enfermagem** às famílias que estejam vivenciando o *processo de gravidez da adolescente solteira* que residam em um contexto físico comum ou em contextos diferentes, mas em que haja inter-relacionamento constante. São cuidados dos quais a família sente necessidade, e, para os quais aceita a colaboração da enfermagem, a qual prevê cuidados nas situações de saúde e de doença à família e a cada membro individualmente, em todas as dimensões.

É uma prática de cuidado que focaliza o contexto da gravidez, baseado na cultura da família, em que se orienta sobre os cuidados, considerando-se a classe social, crenças, valores, práticas, queixas e expectativas, necessidades e recursos para a prevenção, tratamento em situações de saúde e doença, para um crescimento e desenvolvimento pleno. A Enfermagem interage com a família numa troca de saberes, na qual ambas, a família e a Enfermagem, podem sair enriquecidas, utilizando recursos para o atendimento das necessidades ou aproveitando os já existentes em cada indivíduo, no grupo e no ambiente, visando ao bem estar individual e familiar (Patrício, 1990).

Os conceitos proporcionam uma base para o desenvolvimento desse estudo. Ao encerrar este capítulo percebo o quanto é importante o cuidado de Enfermagem no contexto sociocultural através de uma abordagem cultural a essa clientela (adolescente grávida solteira e família).

A seguir faço a apresentação da implementação do marco conceitual através do processo de cuidar na dinâmica familiar.

4 O PROCESSO DE CUIDAR NA DINÂMICA FAMILIAR:

Implementando o Marco Conceitual

O **processo de cuidar** fundamenta-se na interação entre enfermeiro e cliente a partir de uma forma de comunicação envolvendo, além daqueles que constam no “cuidado”, os seguintes **elementos**: tolerância, disponibilidade, comparecimento, autenticidade, presença, preocupação, comprometimento, confiança, diálogo, valorização, autenticidade, preservação da individualidade e integridade do outro, troca de experiências, simpatia, sinceridade, esperança, coragem, o ouvir atentamente, o não julgar, refletir, o aceitar responsabilidade, o responsabilizar, aceitação de expressões de sentimentos negativos, participação nas decisões e no próprio cuidado, observação, estimulação, proposta, aprovação ou negociação de modos de cuidar, estímulo ao auto-cuidado, análise, comparação e execução baseadas em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e maneiras culturais próprias dos indivíduos, focalização dos recursos presentes e

daqueles necessários ao bem viver, bem como dos recursos de que o enfermeiro necessita para prestar os cuidados planejados (Patrício, 1990).

Descrevo, a partir desse momento, os procedimentos para a aplicação do Processo de Enfermagem desde a trajetória de busca e seleção dos sujeitos do estudo, passando pelos procedimentos éticos e identificando a vivência pela família da gravidez da adolescente.

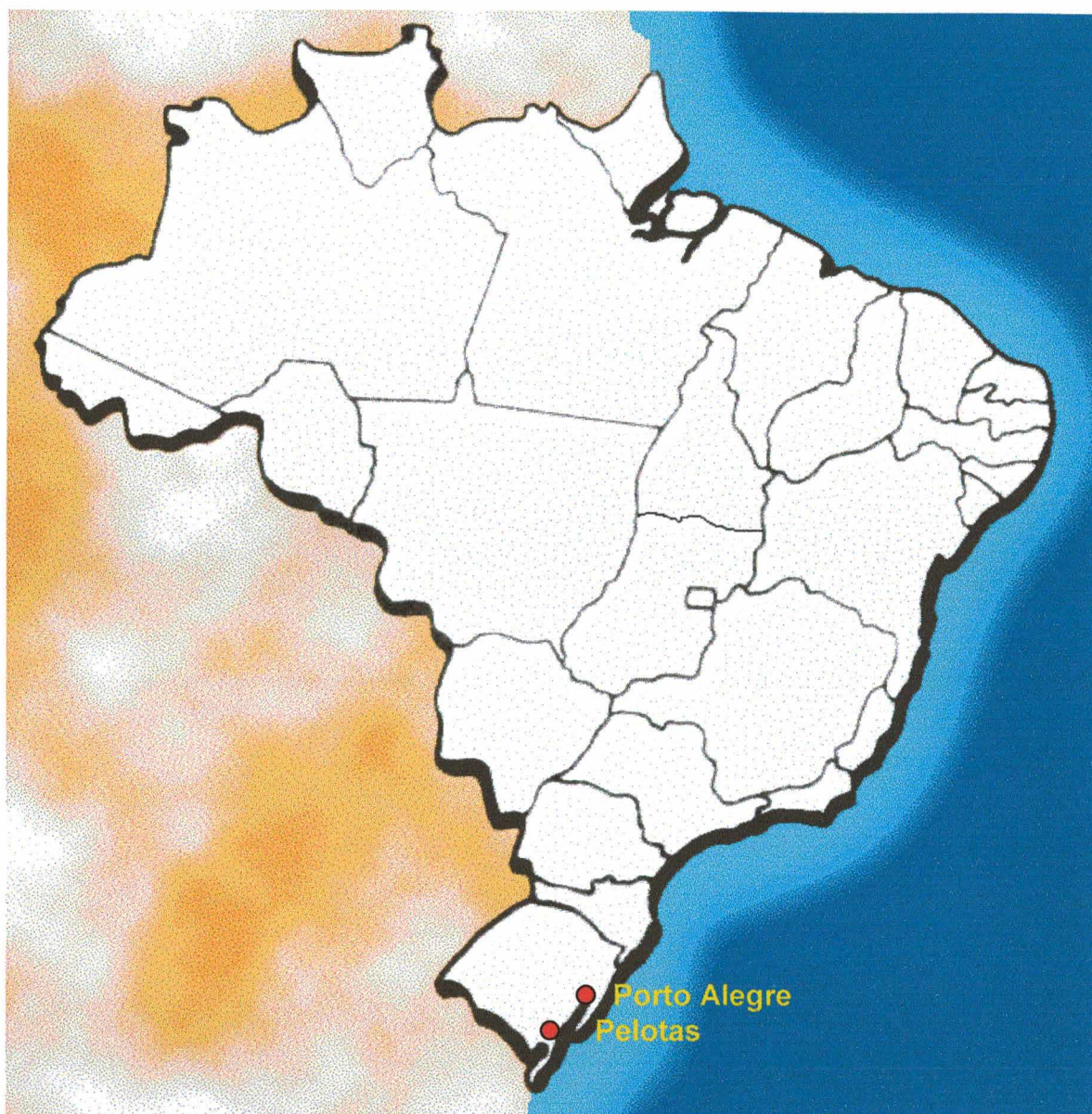
Para realizar esse Processo de Enfermagem, utilizei uma abordagem qualitativa pois busquei conhecer os significados do cuidado no contexto da família da adolescente grávida solteira e apoiei-me num referencial cultural para ampliar minha visão de mundo como enfermeira e ser humano, em virtude de querer transcender o modelo biomédico.

Essa prática assistencial, enquanto processo de cuidar, foi desenvolvida no município de **Pelotas**, no período de outubro a dezembro de 1997.

A cidade de Pelotas (Figura nº 2) é um município do Estado do Rio Grande do Sul o qual é parte integrante da Região Sul do Brasil. Essa cidade está situada às margens do Canal São Gonçalo que liga as Lagoas dos Patos e Mirim, e tem por limites: ao norte, o município de São Lourenço do Sul; ao sul, o município de Rio Grande; ao leste, a Lagoa dos Patos; e ao oeste, o município de Canguçu, num total de 1.924 Km quadrados de área. Dista 254 Km de Porto Alegre, capital do estado do Rio Grande do Sul.

Conhecida como “Princesa do Sul”, a cidade caracteriza-se por uma sociedade de fortes tradições culturais. É nacionalmente conhecida como “Capital do Doce”, pela qualidade de seus doces artesanais.

Figura nº 2 - A cidade de Pelotas



A população do município está estimada em 311.803 habitantes, de acordo com os dados do censo demográfico do IBGE de 1996.

O clima subtropical úmido e a proximidade com o Oceano Atlântico proporcionam temperaturas amenas e densos nevoeiros de maio a agosto. Embora o

inverno londrino, um verão tipicamente brasileiro leva as pessoas a desfrutarem de belezas naturais como a praia do Laranjal na Lagoa dos Patos.

As principais atividades econômicas giram em torno do Comércio Varejista, Indústria de Transformação e Indústria de Beneficiamento. Destaca-se a tradição na cultura do pêssego, morango e aspargo, e também a concentração de curtumes, sendo uma das maiores centralizadoras de peles e couros do Brasil.

Pelotas possui uma estrutura de saúde quantitativamente privilegiada, pois são duas Universidades formadoras de recursos humanos e um conjunto de serviços ambulatoriais e hospitalares, públicos e privados.

O sistema de saúde local está organizado em três níveis de complexidade. No nível primário de atendimento, o município conta com 53 unidades sanitárias distribuídas entre zona urbana e rural. No nível secundário, o atendimento é realizado pelos 5 ambulatórios a saber: Secretaria Municipal de Saúde e Bem-Estar, Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas, Hospital Universitário São Francisco de Paula, Sociedade Portuguesa de Beneficência e a Santa Casa de Misericórdia de Pelotas, além dos serviços credenciados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). No nível terciário, o município conta com 5 hospitais gerais e 2 hospitais psiquiátricos.

O município possui vários bairros populosos, sendo o bairro Fragata um deles, onde se encontra localizada a unidade sanitária na qual seria iniciado os primeiros contatos com as adolescentes. É uma unidade sanitária do SUS que presta atendimento das 8 às 22 horas, nas áreas de: clínica médica, materno-infantil, fisioterapia e odontologia.

Junto à equipe de atendimento do turno da manhã, desenvolvo minhas atividades de supervisão com os acadêmicos do 6º semestre do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Pelotas, na disciplina de Estágio Supervisionado em Enfermagem Obstétrica e Berçário, campo de Pré-Natal. Essa unidade mantém campo de estágio para os Cursos de Graduação de Enfermagem e de Nutrição da Universidade Federal de Pelotas. A demanda de atendimentos desse serviço nos três turnos perfaz uma média de três mil atendimentos por mês, sendo a pediatria e a clínica médica as que possuem maior demanda de clientes.

4.1 A Trajetória de Selecionar e Encontrar os Sujeitos do Estudo

Na realização da prática assistencial, adotei os limites cronológicos preconizados pela OMS - ou seja, dos 10 a 20 anos incompletos, razão pela qual as três adolescentes grávidas deveriam estar na referida faixa etária, assim como deveriam residir no perímetro urbano e freqüentar o Programa de Pré-Natal da Unidade Sanitária PAM – Fragata na cidade de Pelotas.

Na ocasião da coleta de dados, ocorreu que, em duas semanas, nenhuma adolescente grávida compareceu à unidade básica; sendo assim, realizei um levantamento das adolescentes grávidas no Programa de Pré-Natal junto ao fichário do mesmo, no qual identifiquei dez.

Após ter realizado o levantamento das adolescentes grávidas, organizei todo o material em termos de endereço e selecionei primeiro as que ficavam nas imediações da unidade sanitária, a fim de facilitar meu deslocamento.

Optei por trabalhar com três adolescentes e suas famílias por representarem um terço da população, a fim de poder contemplar a disponibilidade de tempo da autora para a realização deste estudo bem como a efetivação dessa prática.

Nos estudos qualitativos o número da amostra é definido também qualitativamente. A quantidade de sujeitos é determinada pela necessidade que o estudo requer. O importante é a abrangência, a profundidade que se dá ao abordar os objetos de estudo – os fenômenos sociais (Patrício, 1996).

Segundo Leininger (1991 b, p.30), “*você não precisa medir tudo para conhecê-lo*”, razão pela qual decidiu-se por essa clientela pois a finalidade era conhecer o cuidado no contexto familiar.

Ressalta Minayo (1998, p. 22) que:

“a abordagem qualitativa aprofunda-se no mundo dos significados das ações e relações humanas, um lado não perceptível e não captável em equações , médias e estatísticas”.

Para tanto utilizei técnicas de colher dados que permitiam dar conta de captar a maior parte da complexidade do fenômeno, como a observação participante e a entrevista.

Dentre as diversas formas de abordagem técnica do trabalho de campo, destaca Minayo (1998) a entrevista e a observação participante. A entrevista é a técnica que se caracteriza por uma comunicação verbal que reforça a importância da linguagem e do significado da fala, servindo como um meio de coleta de informações sobre determinado tema. A observação participante favorece o

contato direto do observador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos.

Encontrando as adolescentes

Na terceira semana de setembro, ocorreu a apresentação do projeto da Prática Assistencial, a qual desejava, com ansiedade, iniciar e desenvolver, porém apresentava-me receosa pois era algo novo a ser vivenciado.

No início de outubro, iniciei as visitas domiciliares. As três primeiras adolescentes grávidas que aceitassem participar da minha proposta de prática assistencial, seriam então minha população de estudo.

As três adolescentes grávidas que comporam esse estudo foram: **Luana, Vanessa e Daniela**, nomes fictícios escolhidos por elas a fim de protegerem a identidade.

Quando retornava da casa de **Vanessa**, pela terceira vez consecutiva depois de novamente não a tê-la encontrado, senti-me um pouco desanimada. Estava começando a ficar angustiada e ansiosa, pois o tempo estava passando e continuava difícil encontrá-las nas residências.

Vivenciei então, nesse sentido, a realidade de o profissional buscar o cliente e não o contrário, como é o mais comum de ser vivenciado por nós, profissionais de saúde.

Luana, a terceira adolescente grávida, quando fui procurá-la, identifiquei a casa, porém não cheguei. A aparência da casa era péssima mas o que me causou mais medo é que havia vários homens parados na frente. Fiquei com medo, pois temia ser assaltada.

Não queria desistir tão fácil e então resolvi, mais tarde, passar novamente na frente da casa de **Luana**, naquela nova tentativa encontrei apenas um casal, então resolvi chegar, pois me senti mais segura.

Iniciava a minha primeira visita domiciliar! Enfim, consegui achar a primeira adolescente grávida do meu estudo...Luana.

Quando encontrei movimento e identifiquei que havia pessoas no endereço de **Vanessa** fiquei mais satisfeita; fui informada e orientada que ela morava nos fundos, ou seja, na terceira casa, fui encaminhada até ela que me reconheceu como a *“enfermeira que trabalha com as gestantes no posto”*.

Expliquei o motivo da visita e expus o trabalho tendo **Vanessa** aceitado em participar do estudo, mas continuávamos na rua e em pé. Fiquei em dúvida se realmente ela iria participar. Foi quando decidi perguntar-lhe: Podemos conversar agora? Informou-me que estava ocupada. Porém apresentava-se com aspecto de quem estava deitada e havia levantado porque fora chamada. Respeitei sua colocação e atendi o pedido de retornar mais tarde, para realizar o encontro.

Retorno mais tarde no horário combinado. Convidou-me então para irmos até a sua casa, onde o encontro foi efetivado.

Agora, já havia conseguido a segunda adolescente grávida para o meu estudo ... Vanessa. Comecei a sentir-me melhor.

Vanessa, num encontro agendado, solicitou para não conversar pois sua mãe estava fazendo faxina na casa. Respeitei seu pedido e aproveitei o horário para tentar falar com **Daniela**.

Daniela veio me atender. Apresentei-me, expus meu trabalho (anexo 1), os objetivos e finalidades. Ouviu atentamente minha explicação e também prontamente aceitou em participar do estudo, assinando o consentimento livre e esclarecido (anexo 2) como o fizeram as outras duas adolescentes.

Enfim, consegui encontrar as três gestantes adolescentes do meu estudo:

... Vanessa, Daniela e Luana... !

Como necessitava dos sujeitos para efetivar meu estudo tive que me submeter às condições das adolescentes e suas famílias. Procurei sempre realizar as visitas com agendamento prévio. Houve visitas que não puderam ser efetivadas pois quando chegava nas residências, as adolescentes não podiam atender-me naquele momento, marcávamos então algumas horas após, ou outro dia. Na medida em que precisava delas, *aceitava então as suas condições e adequava as minhas atividades para poder realizar o presente trabalho.*

Aproveito esse momento do estudo para fazer uma analogia com o nosso atendimento, enquanto profissionais de saúde em nossos locais de trabalho: impomos também horários e dias para atendimento, e a clientela, como necessita e somente dispõe dessa assistência, se submete às normas do serviço para ser atendida.

4.2 Desenvolvendo o Processo de Enfermagem:

Vivenciando a Gravidez da Adolescente na Família

A implementação do marco conceitual na prática foi baseada no processo de enfermagem, que representou a operacionalização do marco.

O Processo de Enfermagem, segundo Stanton (1993), constitui-se na essência da prática do profissional de Enfermagem, sendo o **instrumento** e a **metodologia** da profissão, auxílio dos profissionais para a tomada de decisões, a previsão e a avaliação das conseqüências. É uma atividade intelectual, por meio da qual a prática de Enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistemática.

A ciência da Enfermagem, segundo Iyer (1993, p. 10), está baseada numa ampla estrutura teórica, e *“o Processo de Enfermagem é o método, através do qual essa estrutura é aplicada à prática da profissão”*.

Para aplicação do processo de enfermagem, baseei-me em Patrício (1990, p. 147), a qual salienta que a elaboração do processo possui três componentes básicos os quais se interligam e se complementam num ir e vir constante. São eles: **levantamento dos dados, diagnóstico de enfermagem e plano de cuidados de enfermagem**. Todo esse processo é desenvolvido com a participação ativa do sujeito através do diálogo reflexivo.

A Interpretação dos dados levantados conduz a identificação de necessidades a serem atendidas. O diagnóstico é que dirige o plano de cuidados, e qualquer mudança no mesmo produz uma alteração no plano de cuidados. Esse processo, segundo Patrício (1990), é todo conduzido por técnicas de pesquisa qualitativa.

Nesse estudo, o **Processo de Enfermagem** foi elaborado a partir das interações entre o enfermeiro e o cliente (indivíduo, família, comunidade). Essas interações se fundamentaram nos elementos e nas *estratégias* de cuidar e tinham como objetivo atender as necessidades de cuidado do cliente (Patrício, 1990).

4.2.1 Aplicando as Estratégias para Levantar os Dados

No léxico¹, encontro que **estratégias** são *meios disponíveis com vista a conseguir à consecução de objetivos específicos*.

O levantamento dos dados, segundo Stanton (1993), é a primeira fase no processo de Enfermagem.

Para a realização do levantamento dos dados utilizou-se uma abordagem qualitativa.

Segundo Minayo (1998), essa abordagem preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, pois trabalha com o universo de significados, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações humanas.

Leininger (1991b) ressalta em sua Teoria do Cuidado Transcultural que essa abordagem tem a finalidade de preservar e conhecer os significados e padrões de cuidados.

Complementando, salienta Triviños (1995) que a fonte direta de dados é o ambiente, razão pela qual se realizou o levantamento de dados dessa prática assistencial no domicílio das adolescentes grávidas, tendo em vista que queria

¹ Ferreira, Aurélio Buarque de Holanda. Novo Dicionário da Língua Portuguesa, 1986.

conhecer como era praticado o cuidado no contexto familiar durante o processo de gravidez.

Os dados foram obtidos através da técnica de observação participante sendo definida por Haguette (1992, p.71) como:

“um processo no qual a presença do observador numa situação social é mantida para fins de observação científica”.

Minayo (1998) refere-se a técnica de observação participante como aquela que se realiza através do contato direto do observador com o fenômeno observado para obter informações sobre a realidade dos atores sociais em seus próprios contextos. Nesse processo de observação, o observador, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto, estando nesse fato a importância de poder captar uma variedade de situações ou fenômenos que não são obtidos por meio de perguntas, sendo observados na própria realidade, transmitindo o que há de mais importante e evasivo na vida real.

Dentre os principais momentos da realização do estudo com a técnica de observação participante, enfatiza Minayo (1998) que um deles é a entrada no campo. Nesse momento, as capacidades de empatia e de observação por parte do observador, e a aceitação do mesmo pelo grupo são fatores importantíssimos para a realização desse procedimento metodológico.

Leininger (1991 c, p.93) salienta que o observador *“ao entrar num mundo **estranho** (grifo meu) requer algumas disponibilidades, vontades para arriscar e se tornar confortável, próximo com estranhos”*, desenvolvendo habilidades para ser

um astuto observador. A técnica de observação participante utilizada por Leininger deriva-se da tradicional aproximação participante-observador usada na antropologia, tendo a modificado pois adicionou a reflexão para atender aos propósitos e objetivos da etnoenfermagem².

O modelo Observação-Participação-Reflexão (O-P-R) proposto pela teórica leva o observador a dedicar um tempo fazendo apenas observação para após se tornar um participante. Leininger (1991 c, p.93) ressalta que *“o modelo (OPR) ajuda o observador a se aproximar das pessoas, estudar o contexto total e obter dados exatos das pessoas”*

O método de cuidar preconizado pela teórica incorporava técnicas de O-P-R mas na prática vivenciada não foi possível separar as etapas. O estudo foi desenvolvido com observação, participação e reflexão sendo desenvolvidas sem separação distintas.

Em estudo qualitativo não se estabelece, a princípio a quantidade de dados ou encontros a serem realizados, no entanto devido a exigüidade de tempo para a realização da prática assistencial com entrega do relatório final, me propus a realizar com cada uma das gestantes e suas famílias cinco visitas domiciliares, totalizando quinze encontros. Porém, devido a necessidade de colher mais dados, realizei visitas além do número ao qual havia me proposto: assim em torno de vinte e oito encontros foram efetivados, dentre os quais quatro foram para realizar agendamento.

² Etnoenfermagem, segundo Leininger, *“é o estudo das crenças, valores e artificios dos cuidados de de enfermagem, tal como são cognitivamente percebidos e conhecidos por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistemas de valores”* (George, 1993, pag, 287).

O processo de cuidar ocorria na dinâmica familiar através de visitas domiciliares, o que Leininger (1991 d, p. 404) enfatiza ser importante pois destaca que *“as famílias necessitam de cuidado em seu próprio contexto cultural”*.

A duração de cada visita tinha um tempo estipulado de uma hora, o que fora combinado no início, porém várias vezes este excedeu, pois o encontro estava transcorrendo muito bem, e eu não me sentia à vontade de encerrá-lo. Porém, sempre reafirmei meu compromisso inicial do tempo estipulado, que na maioria das vezes não consegui cumprir, mas em nenhum momento, isto foi citado como incômodo ou transtorno pelas adolescentes grávidas e suas famílias.

Senti inicialmente dificuldades em realizar as entrevistas com **Vanessa** principalmente em vista de ela só me responder com monossílabas. Numa determinada visita, quando a encontrei olhando TV, senti vontade de levantar e ir embora, mas lembrei: *“...tenho que participar com os adolescentes em suas atividades...”*.

Pensei: **“ela quer olhar o filme, então vou olhar com ela”**. Foi bom, pois no intervalo do filme ela começou a conversar sobre o mesmo, bem como fazia algumas perguntas e eu aproveitava esses momentos também. Depois desse fato, a TV mesmo ligada na maioria dos encontros não influenciou mais tanto. No episódio citado, observa-se uma intervenção de acomodação da autora, em que o profissional ajusta-se à situação a fim de interagir com o sujeitos do estudo.

Comecei a **“entrar na dela”**, quando estava olhando os filmes. Na coleta dos dados foram utilizadas estratégias para desenvolver a técnica de

interação³, as quais foram baseadas em Patrício (1990, p.151-168), aplicadas da seguinte maneira:

a) coletando os dados no domicílio

Foi no ambiente familiar que ocorreu o contato inicial com as adolescentes. Primeiramente para conhecê-las, realizar os procedimentos éticos necessários e começar a efetivação desta prática.

Os dados obtidos com as adolescentes grávidas e suas famílias foram coletados todos no domicílio porque era uma forma de conhecer melhor o ser humano participando de seu ambiente.

b) utilizando o primeiro momento da coleta de dados para iniciar o processo de interação;

Como ponto inicial da interação, havia a preocupação desde o primeiro encontro quanto à maneira de vestir-me. Procurava trajar-me de maneira a não agredir a família e também preservar meus valores enquanto ser humano nesse processo.

A interação acompanhou as demais fases do processo, pois permitiu aos seres humanos compartilhar experiências e significados. Através dela foi possível efetivar a prática assistencial;

c) expondo os objetivos do trabalho a gestante, discutindo-os e solicitando a participação, garantindo sempre o sigilo e anonimato dos dados. Combinando as visitas domiciliares em dias e horários adequados a adolescente grávida e sua família.

³ é uma dinâmica de relações entre duas ou mais pessoas que é permeada pela cultura.

No primeiro encontro costumava falar sobre o projeto e discutia com a adolescente a metodologia do estudo. A garantia do anonimato e do sigilo foi combinada com a adolescente e família que escolheram nomes fictícios para sua identificação nesta prática.

No que tange aos horários das visitas domiciliares, todos os sujeitos solicitaram que fossem realizadas no turno da tarde, não especificando preferência do dia da semana. A frequência das visitas e os horários eram combinados a cada encontro em função da disponibilidade dos sujeitos e da minha, pois continuava a desenvolver suas atividades de docência.

A fixação dos horários para as visitas no turno da tarde, muitas vezes não compatíveis com a minha disponibilidade, proporcionou uma certa dificuldade da minha parte na participação em momentos diferentes do cotidiano das famílias para a coleta de dados.

Além disso, em certos momentos houve interferências, o que impedia uma interação mais próxima com a cliente, tendo ocorrido algumas vezes nas famílias do estudo, em função da presença de amigos, vizinhos, parentes e principalmente a interferência da televisão, como no caso de **Vanessa**.

No entanto, essas interferências também propiciaram a identificação de muitas crenças, valores e práticas, favorecendo tanto o levantamentos de dados quanto o entendimento de alguns comportamentos dos sujeitos do estudo, de forma mais informal, mais participante.

A presença de uma amiga na residência de **Vanessa**, durante uma visita, favoreceu o entendimento dos motivos que faziam com que a adolescente expressasse atitudes de revolta, quando se falava no nome do pai de seu filho.

Como não queria gerar conflito, aguardava outra oportunidade para retornar ao assunto. Pôde-se a partir desse encontro tentar compreender as atitudes de **Vanessa**, nunca antes verbalizadas, que naquele momento se expressou na seguinte fala:

E o Alex sabes alguma notícia?

Ele não tem vindo [...]

Vera (amiga): Ele diz que o filho não é dele, que se fosse... ele assumiria"

(Vanessa, 9ª visita)

Comecei então a compreender e entender o significado das atitudes de **Vanessa**, que antes não oferecia oportunidades para aprofundar alguns assuntos.

d) utilizando a linguagem da cliente, estimulando ambiente de liberdade para acomodarem-se e expressarem-se a seu modo

Em alguns momentos tive dificuldade de compreender o significado de certas palavras ou expressões que as clientes utilizavam. Nessas oportunidades procurava esclarecer com eles o significado e, posteriormente, quando surgia uma oportunidade, expressava-me da mesma maneira.

Naqueles momentos em que utilizavam expressões que comumente são identificadas como "palavrões", procurava agir naturalmente, nem reprimindo, nem estimulando, apenas compreendendo sem julgar;

e) estabelecendo e fomentando desde o primeiro momento uma relação de confiança, através do respeito à individualidade (crenças, valores, limitações e potencialidades).

No que tange o respeito pelas crenças foi observado que **Daniela** sentia-se muito à vontade quando se referia as práticas de saúde e crenças utilizadas e comentava rindo comigo: “ *era isso que tu querias ouvir !* ”

Procurei ser honesta desde o primeiro encontro, não fazendo julgamentos, procurando ver através da visão de mundo dos sujeitos, demonstrando interesse, preocupação, cumprindo acordos, falando de mim se houvesse interesse, sendo autêntica.

“Chovia torrencialmente em Pelotas e para completar o caos de tanta água, o transporte coletivo estava de greve, sobrecarregando ainda mais o trânsito.

Como amanhã não poderei visitá-la pois estarei sem carro e não há previsão do término da greve dos ônibus, fui avisá-la de minha impossibilidade e também agendar um novo encontro”

(Notas de campo, Daniela, 5ª visita)

O dia estava chuvoso, mas como havia agendado a visita com Vanessa, resolvi cumprir com meu compromisso. Chegando lá, havia poças de água, tive que ir passando por cima de tábuas para não molhar meus pés; onde não havia tábuas pisava direto no barro e dentro da água.

(Notas de campo, Vanessa, 6ª visita)

A confiança é fundamental para a interação e para o próprio propósito do cuidado. O sentimento de confiança nas interações com a família foi acontecendo de forma gradativa, sendo observado num dos últimos encontros no seguinte diálogo com **Daniela** :

“Tu só trabalhas no Posto?

Por que queres saber? [...]

É que se tu trabalhasse no hospital eu queria ganhar a Flávia contigo!

(Daniela, 4ª visita);

f) atentando para captar as crenças e valores da família, distinguindo-os daqueles valores colocados por outras culturas, que estivessem interferindo nas suas questões de saúde e doença.

Todas as três gestantes do estudo e suas famílias apresentavam valores desenvolvidos ou elaborados a partir de influências originadas de interações com outras pessoas, ou através da televisão. Percebia-se essas interações nas situações em que comentavam e também durante a realização dos encontros.

“Qual a maternidade que tu sugere que a Daniela tenha a Flávia?”

“A maternidade que vocês acreditam que seja a melhor! O melhor para mim pode não ser para vocês.”

“Sabes que eu ganhei as gúrias no ‘hospital A’, a minha sobrinha Marisa ganhou no ‘hospital B’, onde foi muito bem atendida, além de ser tudo limpinho, tem UTI Pediátrica.”

(Mãe de Daniela, 2ª visita);

g) Utilizando os conhecimentos das Ciências Biológicas, da Antropologia e da Sociologia para auxiliarem-me na investigação e fazer a análise.

Essa estratégia foi importante na realização desta prática pois houve a necessidade de buscar subsídios na literatura e com colegas para retornar e aprofundar as questões. Cito, por exemplo, os ocorridos na família de Daniela quanto a fatos intercorrentes na gravidez, bem como o suporte da antropologia e da sociologia para um melhor entendimento das questões relacionadas aos valores, crenças e práticas de saúde dos seres humanos enquanto cultura;

h) usando os sentidos, durante os contatos com a família (visão, olfato, audição e tato). Estive atenta para as expressões verbais e não verbais, procurando identificar sua linguagem e seus sentimentos.

Tive a oportunidade de aguçar meus sentidos mais ainda a fim de perceber e sentir o ambiente no qual estava inserida. Principalmente no que diz respeito ao corpo das pessoas, através de suas linguagens não faladas, como nos seguintes registros:

*Esse aí...[...] não precisa nem falar
Vamos falar de outra coisa [...]*

(Vanessa, 9ª visita)

No que tange a compreender o ambiente, descrevo algumas situações em que me adequei ao meio para não demonstrar meus sentimentos:

“tento não demonstrar em expressões não verbais mas tinha que me cuidar com as moscas devido a grande quantidade que existiam naquele dia voando na cozinha, fiquei me cuidando para não entrarem na minha boca quando falava”

(Luana 8ª visita - Notas de campo)

“quando vi aquelas pulgas no gatinho com o qual Vanessa brincava no chão perto de minhas pernas fiquei apavorada, queria coçar-me mas não podia, não queria demonstrar aversão e causar constrangimento”

(Vanessa, 8ª visita- Notas de campo);

i) iniciando o levantamento de dados pela adolescente grávida e os componentes da família eram incorporados, no estudo, à medida que os ia conhecendo.

Essa estratégia foi um meio oportuno para iniciar a prática, pois, à medida que ia progredindo a confiança na autora, os demais membros da família iam incorporando-se automaticamente no estudo, favorecendo o conhecimento gradativo, meio de colher dados para abordagem desses membros. Isso ajudou-me em várias situações, como por exemplo na família de **Luana**. Foi através dos relatos dessa adolescente que pude chegar para conversar com sua tia, mais especificamente sobre a solicitação de emprego e dificuldades frente a separação do marido.

j) vendo cada membro da família individualmente, procurando não perder o sentido da unidade familiar.

Os membros da família foram incorporados ao estudo à medida que ocorriam os encontros.

No desenvolvimento da prática não foram percebidas contradições entre os membros da família quanto às práticas de cuidados;

l) evitando interferir na dinâmica da adolescente ou da família. Voltando à entrevista ou observação, para completar os dados.

Desde o primeiro encontro foi investigado junto a adolescente qual era o melhor horário para a realização dos encontros. A própria escolha do horário e turno por parte dos sujeitos do estudo já foi uma maneira de não interferir na dinâmica familiar.

Houve necessidade em alguns encontros de retornar num outro horário ou dia:

“eu ia almoçar, mas primeiro eu converso com a senhora e depois almoço”

(Não consegui que ela almoçasse, aceitou apenas após comprometer-me em retornar mais tarde para conversarmos).

(Luana, 2ª visita)

" eu 'tava te esperando para dizer que hoje não vou pude conversar porque a mãe 'tá limpando lá dentro"

(Vanessa, 2ª visita);

m) procurando reforçar os aspectos positivos dos indivíduos e da família, durante o levantamento de dados e demonstrando consideração com suas queixas.

A utilização dessa estratégia favoreceu a interação com os membros da família e a coleta de dados, pois era uma forma de cuidar, reforçando o valor do ser humano.

*"E a sua tia conseguiu emprego ?
Acho melhor ir na casa dela, ela quer conversar com a senhora".*

(Luana, 6ª visita);

n) mantendo atitude aberta e curiosa, uma vez que tais atitudes facilitavam o aprendizado sobre a cultura, suas mudanças, conflitos, "estresses" e história, os quais auxiliam o enfermeiro no entendimento do porquê dos valores, crenças e práticas culturais.

Tentei através dessa estratégia manter a atitude aberta e curiosa, levantando as crenças, valores e práticas culturais. Obtive alguns dados dentre os quais destaco os seguintes:

Natanael (4 anos) estava brincando na rua quando vai entrar em casa, passa por cima da cabeça de Fernanda (3 anos), Luana fica indignada e briga com ele:

“ tu sabe que não se pode passar por cima da cabeça de criança. E nem se deixa passar por baixo dos braços e pelo meio das pernas dos adultos ?

Tu sabes disso !”

“Mas por que não pode fazer isso Luana ?”

“Ah! Todo mundo diz que se fizer isso a criança não cresce!”

(Luana , 4ª visita);

o) evitando fazer perguntas em demasia ou insistindo sobre o assunto que tinha gerado constrangimento. Aguardava outra oportunidade, após fortalecimento da interação.

Durante a realização desse estudo foram poucos os momentos que senti ter gerado constrangimento ao cliente. Cito, como exemplo, o primeiro encontro com **Luana** quando perguntei pelo namorado:

“não tenho, e o filho vai ser só meu!”

(Luana, 1ª visita)

Vanessa procurava também desconversar toda vez que tentava falar sobre o pai de seu filho.

Nas situações em que ocorriam constrangimentos, procurava não gerar mais conflitos e aguardava um momento mais apropriado para levantar os dados;

p) participando nas visitas domiciliares das atividades da família, para observar suas crenças, valores e práticas relacionadas às atividades.

Na família de **Luana**, a maioria dos dados foram levantados na cozinha. O encontro com Verônica, tia de Luana, que solicitou falar comigo, efetivou-se também na cozinha enquanto fazia um bolo de aniversário para uma prima.

Saliento que todos os encontros foram realizados na cozinha das adolescentes grávidas tendo em vista que as residências não possuíam salas ou varandas.

Já na casa de **Daniela** participei das atividades de reforma do ambiente para a chegada da Flávia e da comemoração do aniversário de Samanta, irmã de **Daniela**.

Percebi serem momentos muito importantes para o pai da adolescente Daniela, Marcos Antônio, a chegada da neta e o aniversário da filha;

q) evitando fazer anotações durante a entrevista ou durante a observação.

Essa estratégia consegui realizar bem com **Daniela e Vanessa**.

No entanto, com **Luana** não foi possível, pois no dia em que começou a falar os nomes das pessoas de sua família bem como daquelas que moravam no mesmo terreno, eram tantos nomes, que minha memória não conseguiu gravar.

Porém, para não gerar constrangimento, pois não conseguiria gravar todos nomes, solicitei, nessa ocasião, permissão para anotar alguns nomes e tópicos, tendo a adolescente permitido sem maior objeção. Percebi que não gerei nenhum tipo de inibição ou constrangimento, pois o encontro transcorreu normalmente;

r) executando outra técnica para coletar dados.

Além das estratégias citadas acima, utilizei, durante a entrevista, outra técnica, como gravuras de revistas a fim conhecer figuras que representassem as expectativas das gestantes adolescentes naquele momento.

Quando iniciava a falar sobre essa técnica, sentia que gostavam.

Utilizei algumas revistas que eram usadas, mais antigas e de conhecimento geral (Isto É). As outras eram novas, sendo *aquelas que as adolescentes gostam e compram (Atrevida, Querida)*, pois tive o interesse e o cuidado de informar-me com um vendedor de revistas para saber quais eram as mais procuradas por essa clientela. Comprei algumas, tendo estas realmente chamado mais a atenção de todas as adolescentes do estudo além das irmãs mais novas e amigas que estavam presentes quando apliquei a técnica.

Solicitei a Luana, então, que retirasse da revista uma figura a qual representaria um desejo, uma expectativa dela para aquele momento.

Olha as revistas e pergunta-me se realmente é para recortar.

“A senhora comprou só para isso ?”

“Sim, faz parte do meu trabalho, pois preciso que retires figuras que neste momento represente um sonho, uma expectativa tua ?

Não te preocupa com as revistas.”

(Luana, 6ª visita)

Peço a **Vanessa** colaboração para mais uma etapa de meu trabalho.

Mostro-lhe as revistas e explico o que deverá fazer. O entusiasmo foi tanto, que nem prestou atenção no que eu havia solicitado inicialmente. Queria era ver e ler o que

estava nas revistas novas, perguntou-me duas vezes o que queria enquanto olhava as revistas e após então atendeu ao pedido.

(Se encanta com as revistas Contigo e Atrevida, lendo as reportagens sobre novelas e seus artistas. Fica olhando os artistas que apareciam nas reportagens e...ri)

(Notas de Campo, Vanessa, 9ª visita)

“o que tu me pediste para fazer mesmo ?”

(Repito novamente o pedido.

Fica olhando e falando que não sabe o que quer. depois de algum tempo começa a recortar).

(Vanessa, 9ª visita)

A **Daniela** também faço a mesma solicitação. Porém inicialmente não entende, solicita mais esclarecimentos, como pode ser observado na seguinte fala:

“Como assim ? Não entendi !

(Explico novamente.

Procura, [...] olha as revistas.

Enquanto conversávamos, Daniela continua a olhar as revistas, após começa a recortar).

(Daniela, 6ª visita)

Todas as gestantes adolescentes recortaram gravuras que representavam suas expectativas, sendo após investigado o significado da mesma.

A coleta de dados foi desenvolvida pela observação, interação, culminando pela identificação do **Diagnóstico de Enfermagem**. A interpretação dos dados foi realizada com base no conhecimento científico e experiência da autora.

4.2.2 Conhecendo o Ambiente da Adolescente Grávida Solteira e Seus Sujeitos

A apresentação do ambiente de cada uma das adolescentes bem como os genogramas das famílias, proporciona um melhor entendimento do contexto no qual foi desenvolvido esse estudo. Com o objetivo de proteger a identidade dos sujeitos, saliento que todas as adolescentes grávidas autorizaram a publicação das fotografias e assinaram o anexo nº 3.

Genograma, segundo Bowen (1980), é um mapa diagramático dos componentes de uma família ao longo de três gerações. Esse instrumento é composto por diversos símbolos, representando os relacionamentos familiares e características dos membros. Foi utilizado com objetivo de fornecer uma visão geral e captar a configuração familiar conforme vivenciada pela adolescente.

A representação gráfica foi feita juntamente com a adolescente e às vezes algum membro da família estava presente. Essa representação foi muito valiosa para identificar o que as adolescentes consideravam como família:

a) o ambiente de Vanessa

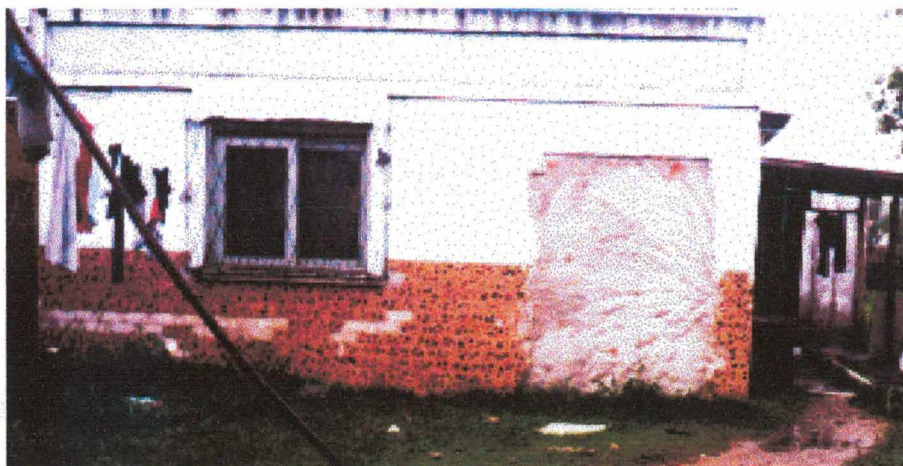
No terreno onde está localizada a residência de **Vanessa** existem três casas. A casa da frente (figura nº 3) era de madeira, apresentando precárias condições de conservação. Quando se olha de longe a residência, percebe-se que ela está inclinada para a direita.

Figura nº 3 – Ambiente de Vanessa (casa do tio Antônio)



No mesmo pátio, mais para o meio existe outra casa (figura nº 4), porém de alvenaria, e também com precárias condições de conservação.

Figura nº 4 – Ambiente de Vanessa (casa do tio João)



Para chegar a casa de **Vanessa**, passei por cima de tábuas que estavam no chão para caminhar-se por cima, devido a água parada da chuva, barro e umidade. Até chegar à residência da gestante, passei por restos de comida (arroz) e lixo. Existiam também panelas com restos de comida que estavam em cima de

uma caixa, um fogão velho que se encontrava entre a casa do meio e a casa de **Vanessa**. Atrás da residência, existe um pátio que está cheio de lixo, vegetação alta, garrafas plásticas, panelas, pedaços de tábua, entre outros dejetos.

Figura nº 5 – A casa de Vanessa



A casa de **Vanessa** (figura nº 5) é uma peça de madeira que possui, aproximadamente, 3 x 2,5 metros. Moram ali, ela e a mãe. Numa das paredes, está encostada uma beliche, essa parede se encontra revestida com um material parecido com paviflex para fechar as frestas e impedir que entre água da chuva. Nas outras paredes, também existem frestas, através das quais se enxerga a rua.

Existe na peça um balcão com pia, um fogão, uma geladeira, um armário revestido com plástico e fechado com zíper, uma cômoda, sobre a qual há uma TV preta e branca pequena, um sofá de dois lugares que, à noite, se transforma em cama para sua mãe e um guarda-roupa de duas portas, em cima deste, existe uma banheira de nenê.

Essa residência localiza-se numa rua não pavimentada de um bairro periférico de Pelotas, ficando a mais ou menos meia quadra de uma das ruas principais do bairro, a qual é pavimentada com paralelepípedos, na qual passa transporte coletivo com horários regulares e freqüentes. Essa rua pavimentada liga-se com a avenida principal do bairro, que é asfaltada.

Em sua casa há luz elétrica, porém não existe água encanada dentro de casa, sendo utilizado o tanque da casa do tio João, para lavar a louça e as roupas. A água que é utilizada para beber e fazer a comida era armazenada em galões de plástico. O banheiro e chuveiro utilizados pela gestante e sua mãe são o da casa de João, o tio que mora na casa do meio.

O terreno onde está localizada a casa era de propriedade de sua avó, falecida em setembro, e conforme **Vanessa** agora é da mãe e dos seus tios.

Perto da casa de **Vanessa**, existem padarias, igrejas, salão paroquial, farmácias, "bailão", supermercado, escola, bancos, posto policial, lojas de confecção, de materiais de construção, de eletrodomésticos, fábrica de móveis e um posto médico, porém este é de atendimento particular.

O atendimento médico utilizado é do Sistema Único de Saúde (SUS). Anteriormente, a família era usuária do Posto de Saúde FRAGET, porém, após o fechamento deste, passaram a utilizar os serviços do PAM - Fragata, o qual fica um pouco mais distante de sua casa. No entanto, a gestante afirma:

"... não vale a pena ir de ônibus, pois mal a gente sobe....e já tem que descer em seguida, ...então eu vou a pé..."

Comenta que leva em torno de 20 a 30 minutos, isso porque caminha tranquilamente.

No último encontro que tive com **Vanessa**, informou-me que estariam se mudando para outra casa, a qual é maior, tem dois quartos, sala e cozinha.

*“Esta aqui é muito pequena !
Como a mãe vai começar a receber a pensão da vó, a gente vai morar de aluguel uns tempos, enquanto isso a mãe vai construir um chalé pré-fabricado aqui, porque aqui o terreno é nosso. A gente não vai pagar aluguel sempre”*

b) o ambiente de Daniela

A casa de **Daniela** é de alvenaria e também fica no fundo do terreno. Na frente existe um bar (figura nº 6), no espaço entre este e a sua casa, existe uma área coberta com telha de amianto; nesse local, encontrava-se uma churrasqueira, onde também aproveitam o espaço para guardar garrafas vazias e o botijão de gás do fogão da cozinha.

Existe água encanada, luz elétrica na residência, a qual possui dois quartos, uma cozinha e um banheiro. Dentre os utensílios domésticos destaco que há na residência uma televisão colorida, dois aparelhos de som, geladeira, fogão.

Figura nº 6 – O ambiente de Daniela



Desde quando iniciei as visitas, o quarto de **Daniela** e Samanta (figura nº 7) sofreu várias modificações, pois estava sendo arrumado por Marcos Antônio, devido aos preparativos para o aniversário de Samanta em 11 de novembro, e a chegada da neta, conforme ele comentava.

O quarto foi pintado de um amarelo claro, o teto, a porta e a janela foram pintados de branco. Recebeu também cortinas brancas, as quais eram penduradas num suporte dourado bem delicado. Nos interruptores colocou espelhos novos, no estilo colonial, e também o quarto ganhou um novo lustre.

Marcos Antônio demonstrava um desejo de deixar as filhas bem acomodadas na residência.

“...se a Daniela depois quer sair com o carrinho aqui na rua para passear com o nenê, é muito desparelho. Por isso eu vou continuar com a calçada, na época quando fiz aquela que ‘tá no lado da casa da frente, não deu para vir até aqui, agora eu quero terminar para deixar elas melhor acomodadas ...”

(Daniela, 3ª visita)

As camas receberam colchas novas e também colchões. Na lateral, acima de uma das camas, foram montadas três prateleiras de vidros onde foram colocados brinquedos, bichinhos de pelúcia dentre outros.

Figura nº 7 – O quarto de Daniela



Marcos Antônio demonstra um prazer e alegria de fazer as arrumações no quarto das meninas. Cada vez que eu chego e ele está, sempre me convida para olhar o que havia sido feito e comenta ainda o que irá fazer. O quarto, realmente, ficou “uma graça” depois de pronto.

A residência de **Daniela** localiza-se numa rua sem pavimentação, ficando distante em torno de 400 metros da avenida principal de um bairro periférico da cidade de Pelotas. Existem perto de sua casa, lojas de confecção, farmácia,

padaria, bailão, danceterias, unidade sanitária, fábricas de doces, empresa de transporte coletivo, supermercado, escolas, posto policial. O transporte coletivo é de fácil acesso e com horários regulares e freqüentes.

O atendimento médico utilizado é o do Sistema Único de Saúde (SUS). Ela é usuária assim como sua família do Posto de Saúde - PAM – Fragata, que fica um pouco mais distante de sua casa, em torno de uns 1000 metros.

O terreno é próprio. Seu pai aluga a parte da frente da casa (onde há o bar) e o aluguel é dado às filhas, para auxiliar nas despesas;

c) o ambiente de Luana

A casa de **Luana** localizava-se numa rua, que não é pavimentada ficando distante mais ou menos uns 500 metros da avenida principal de um bairro periférico de Pelotas. No pátio, de onde mora a gestante existem outras casas pequenas (figura nº 8), todas são de madeiras com alguma parte de alvenaria, apresentando precárias condições de conservação e construção.

Moram neste mesmo pátio, cinco famílias, num total de 25 pessoas, sendo 14 adultos e 11 crianças.

A casa de **Luana** possui luz elétrica e água encanada.

O atendimento médico utilizado é o do SUS. A adolescente grávida é usuária do Posto de Saúde - PAM – Fragata, que fica distante de sua casa em torno de uns 800 metros e algumas pessoas de sua família utilizam um outro Posto a uma distância de uns 3 quilômetros.

Figura nº 8 – O ambiente de Luana



Existem perto de sua casa lojas de confecção, farmácia, padaria, empresa de transporte coletivo, supermercado, salão de baile, discoteca, clube de futebol, escola, lanchonetes, associações de bairro e de idosos. O transporte coletivo era de fácil acesso e com horários regulares e freqüentes.

Não querendo interferir no ambiente...mas interferindo!

Percebi durante as visitas agendadas que as casas das gestantes estavam sempre arrumadas. Quando não avisava, e ia para agendar um encontro, as casas de Luana e Vanessa não se encontravam tão arrumadas, já de Daniela sempre encontrei organizada.

Numa visita, para avisar de minha impossibilidade de comparecer ao encontro marcado para o dia seguinte, chego à casa de **Vanessa** e a encontro

deitada na cama, sem lençóis, deitada diretamente em cima da esponja, sendo que a casa não estava organizada como nos outros dias de visita.

Notei que elas se preocupavam e procuravam organizar a casa, com a minha chegada, como comenta **Daniela**:

“...Tu sabes que eu me deitei para sestar um pouco e botei a televisão para me acordar, eu não ouvi nada, quando me acordei eram 3 horas e lembrei a Sonia vem aí e está tudo desarrumado, a cozinha tinha louça e panela para lavar e arrumar, levantei e fui arrumar...”

Percebi que, quando era agendada a visita na casa de **Luana**, a mesa geralmente apresentava uma toalha que possuía aspecto de nova, a qual cobria totalmente a mesa, porém nos dias em que fui para realizar agendamento havia um pequeno pedaço de tecido que não possuía bainha, apenas havia sido rasgado e estava sendo utilizado como toalha.

Contextualizando as semelhanças e diferenças no ambiente das adolescentes grávidas:

Todas as adolescentes grávidas participantes deste estudo moram em terreno próprio, suas casas, na maioria, se localizavam no fundo do terreno, somente uma casa ficava no lado direito do terreno. Todas têm na sua residência luz elétrica, e a maioria tem água encanada, somente uma não possui, dentro da casa, porém há no pátio. O banheiro fica dentro da própria casa, com exceção de uma cujo banheiro fica na casa do tio no mesmo pátio. Todas as adolescentes não moram com seus pais.

A Adolescente **Vanessa** é uma jovem de 16 anos de cabelos longos, de coloração castanha. Estudou até a 6ª série do 1º grau, parou porque detestava estudar. No início das visitas, apresentava 28,4 semanas de gestação, quando terminei o trabalho ela estava na 37ª semana de gravidez.

Renato, seu irmão, tem 11 anos, a irmã Viviane tem 17 anos e a mãe Laura possui 40 anos.

Laura trabalhava de doméstica, no horário das 7 às 21 horas, ganhando um pouco mais de um salário mínimo por mês para sustentar os dois filhos, **Vanessa** e Renato, pois Viviane não morava com ela.

Luis Antônio, o pai, faleceu por “problemas da bebida”. **Vanessa** não sabia explicar maiores detalhes, nem em que atividade ele trabalhava, referia apenas que havia deixado uma pensão para os filhos. **Vanessa** salientava que ela e seus irmãos receberão essa pensão de um salário mínimo, por mês, até atingirem os 18 anos.

Laura, a mãe, possui dois irmãos homens falecidos e seis irmãos vivos, sendo 4 mulheres e 2 homens. No terreno onde estava localizada a casa, residem também, neste mesmo local, os irmãos João e Antônio.

Na casa da frente, reside Antônio, que era casado com Isabel, os quais possuíam dois filhos, Giovani e Gabriel.

No momento em que iniciei a visitar **Vanessa**, ela encontrava-se triste com a morte da avó materna, Vera (57 anos), que havia falecido há apenas um mês devido a diabetes. A gestante reforça, na sua tristeza, a indignação quando comentou que a avó fazia controle médico mensalmente pois possuía uma assistência médica diferenciada tendo em vista que era viúva de militar. E ressalta a

jovem que " *nunca foi visto que ela tinha açúcar no sangue* ", e reforça mais: ... "o *médico era particular!* "

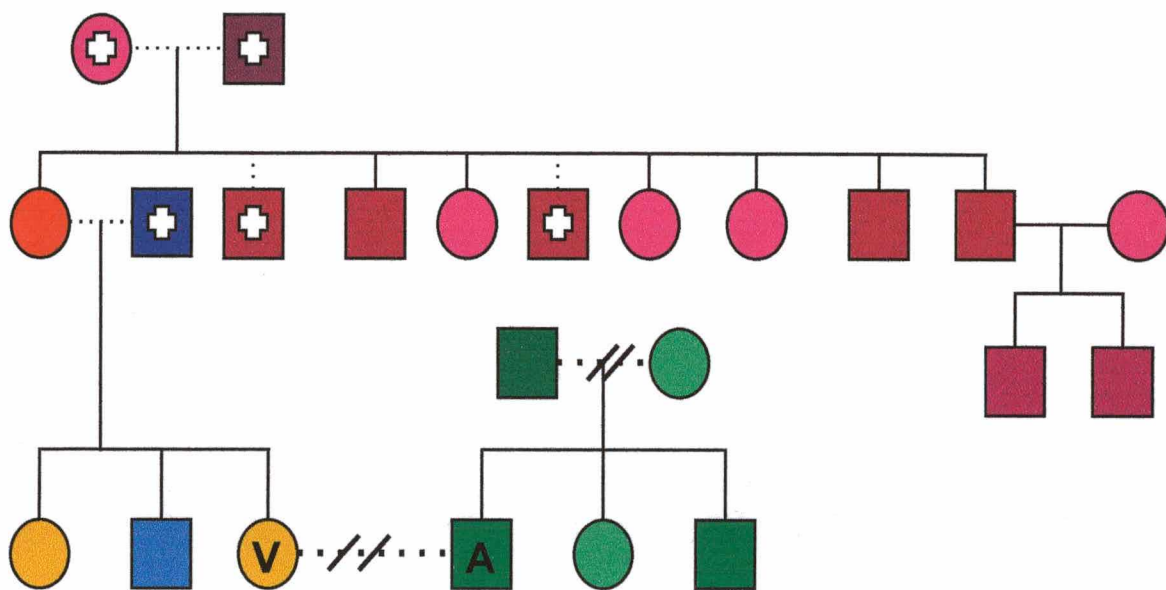
João, o irmão solteiro de Laura, morava na casa do meio, que pertencera a sua mãe Vera. Nesta mesma casa também residia Renato, irmão de **Vanessa**.

No momento em que começou a sair para os bailes e discotecas, **Vanessa** conheceu **Alex** num baile, quando tinha 13 anos. Na data do desenvolvimento deste trabalho, Alex possuía 18 anos, estudava à noite, pois trabalhava num supermercado do bairro. Namoravam há três anos, encontrando-se somente nos finais de semana. Começaram a ter relações sexuais há mais ou menos cinco meses antes de ela engravidar.

Vanessa informou que tomou anticoncepcional, durante dois meses, e que fora sua mãe quem lhe indicou, mas como começou a sentir-se mal, resolveu parar e aí ... engravidou.

O genograma da família de **Vanessa** é representado, conforme a figura nº 9 na próxima página.

Figura 9 - Genograma da família de Vanessa.

**Legenda:**

	= vó materna falecida		= mãe		= Vanessa	
	= vô materno falecido		= pai falecido		= Alex	
Relacionamento			= sexo feminino		= sexo masculino	
Separação por óbito =						= falecimento
Separação = .//.						

Adaptado de Patrício (1990, p. 186).

A Adolescente **Daniela** é uma jovem de 16 anos, simpática, sorridente, alegre, bonita, vaidosa e de pele morena, apresenta cabelos longos de cor preta. Quando iniciei a visitá-la já se encontrava com 32 semanas de gestação, e concluí a prática quando ela estava completando as 40 semanas.

Daniela iniciou a ter relação sexual aos 13 anos.

É uma adolescente que cursou a 1ª série do 2º grau, mas não conseguiu terminar, pois quando se descobriu grávida, decidiu freqüentar somente o primeiro semestre, pois não poderia ir até o final do ano porque estaria ganhando o nenê:

“...eu poderia ter continuado e só faltar as últimas aulas, quando fosse ganhar o nenê, mas ninguém me orientou...”

Ela mora com a mãe Maria, que tem 37 anos, e com a irmã Samanta, a qual possui 12 anos. O irmão Flávio tem 20 anos, porém, mora com seu tio Luis, em Curitiba.

Seus pais são separados. Maria não possui companheiro, encontrava-se sozinha, criando suas filhas. É uma jovem senhora, que trabalha de doméstica cuidando de uma criança.

O pai, Marcos Antônio, de 43 anos de idade possui outra família. Marcos Antônio era uma pessoa simpática, falante, muitas vezes, tinha a impressão que nem respirava, da maneira como falava rápido.

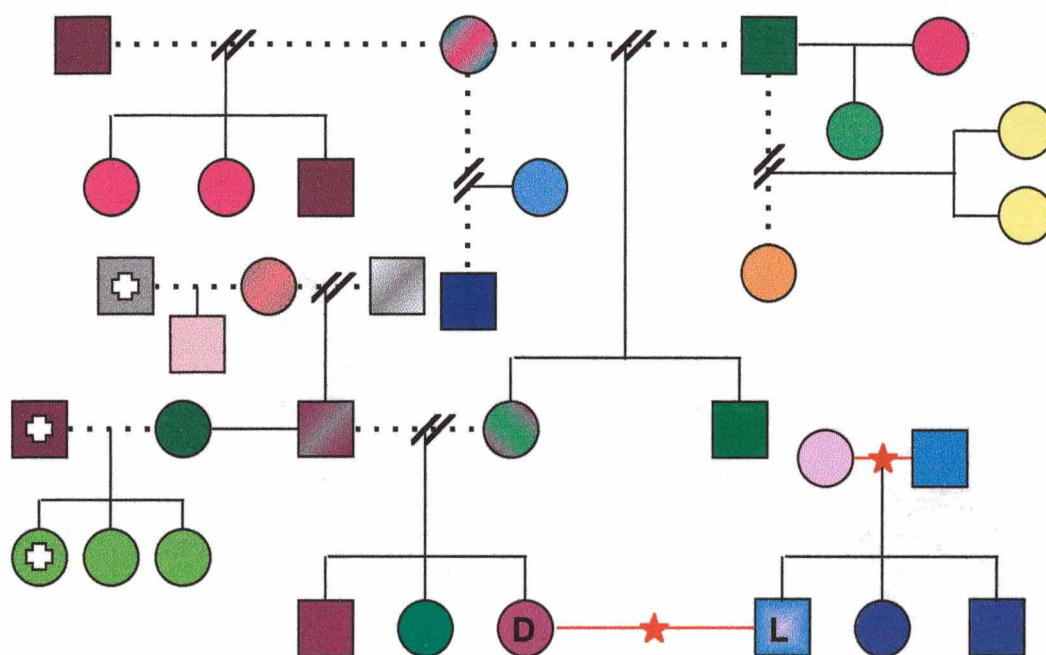
Marcos Antônio vive com Milena, a qual é viúva, e possui três filhas do primeiro casamento. Milena possui um *treiler* de lanches numa das principais

avenidas do centro de Pelotas. Marcos Antônio e ela trabalham juntos todas as noites, chegando em casa sempre de madrugada. Informava Marcos Antônio que só dormia até o meio-dia, pois queria arrumar a casa das meninas para o aniversário de Samanta e a chegada da neta. Comentava que era um prazer, nem sentia cansaço.

Daniela conheceu **Leonardo** (apelidado de **béco**) com quase 15 anos, a partir desse momento começaram a namorar. Seu namoro acontecia somente aos finais de semana, quando ia para a casa de **Leonardo**, onde ficavam juntos. **Béco** mora e trabalha em Arroio Grande.

O genograma da família de **Daniela** é representado conforme a figura nº 10 na página a seguir.

Figura nº 10: Genograma da família de Daniela.



Legenda

○ = sexo feminino	■ = avô materno	● = avó materna
□ = sexo masculino	■+ = avô materno falecido	● = avó paterna
⊕ = falecimento	●D = Daniela	■L = Leonardo
Relacionamento	● = mãe de Daniela	■ = pai de Daniela
Separação por óbito =		
Separação = ..//..		
Relacionamento finais semanas = —★—		

Adaptado de Patrício (1990, p. 186).

Com a Adolescente **Luana**, iniciei a realizar minha prática assistencial. É uma jovem de 18 anos, de cor morena, simpática, simples e meiga. Estudou até a 5ª série do 1º grau. Comecei a visitá-la quando estava com 15,6 semanas de gravidez, e terminei quando se encontrava com 24 semanas.

Possui dois irmãos, a Sindel, que tem 13 anos, e Roberto, 16 anos.

O pai, Mário, tem 41 anos, é viúvo, mora no centro e não com Sindel e Luana. Trabalha como operador de máquinas num areal. Junto com ele reside o irmão Roberto.

A mãe, Tereza, faleceu com a idade de 29 anos por bronquite. Luana referiu que ela tinha “muita falta de ar”. A data do falecimento de Tereza era muito bem marcada para **Luana**, pois sua mãe faleceu 2 dias antes de seu aniversário, momento em que faria 11 anos.

Após a morte da mãe, a tia Ana (irmã de Tereza) ficara com as duas meninas para criar. Ana é casada com Luis e tem um filho de 4 anos, o Natanael.

Eles moram numa casa de quatro peças, onde residem Sindel, Luana, Ana, Luis, Natanael e o avô Jorge. São dois quartos de madeira, uma cozinha e um banheiro de alvenaria, ainda faltando acabamentos. **Luana** comenta:

“... O pai veio aqui esses dias e falou com a tia e o tio. Pediu pra olharem uma casa pra alugar, pra desocupar a casa, que ele vai aumentar a casa. Ali onde é de madeira vai ser de tijolos [...] nós queria que eles fizessem a parte de fora e depois a gente derrubava as paredes de madeira, mas o pai disse que não dá, fica difícil...”

(Luana, 6ª visita)

Luana conhece **André** desde pequena pois moram na mesma rua, são vizinhos, há vários anos. A irmã de **André** é casada com um de seus tios.

Quando perguntei a **Luana** há quanto tempo começaram a namorar respondeu:

“... há muito tempo [...] uns cinco meses antes deu engravida...”

(Luana, 1ª visita)

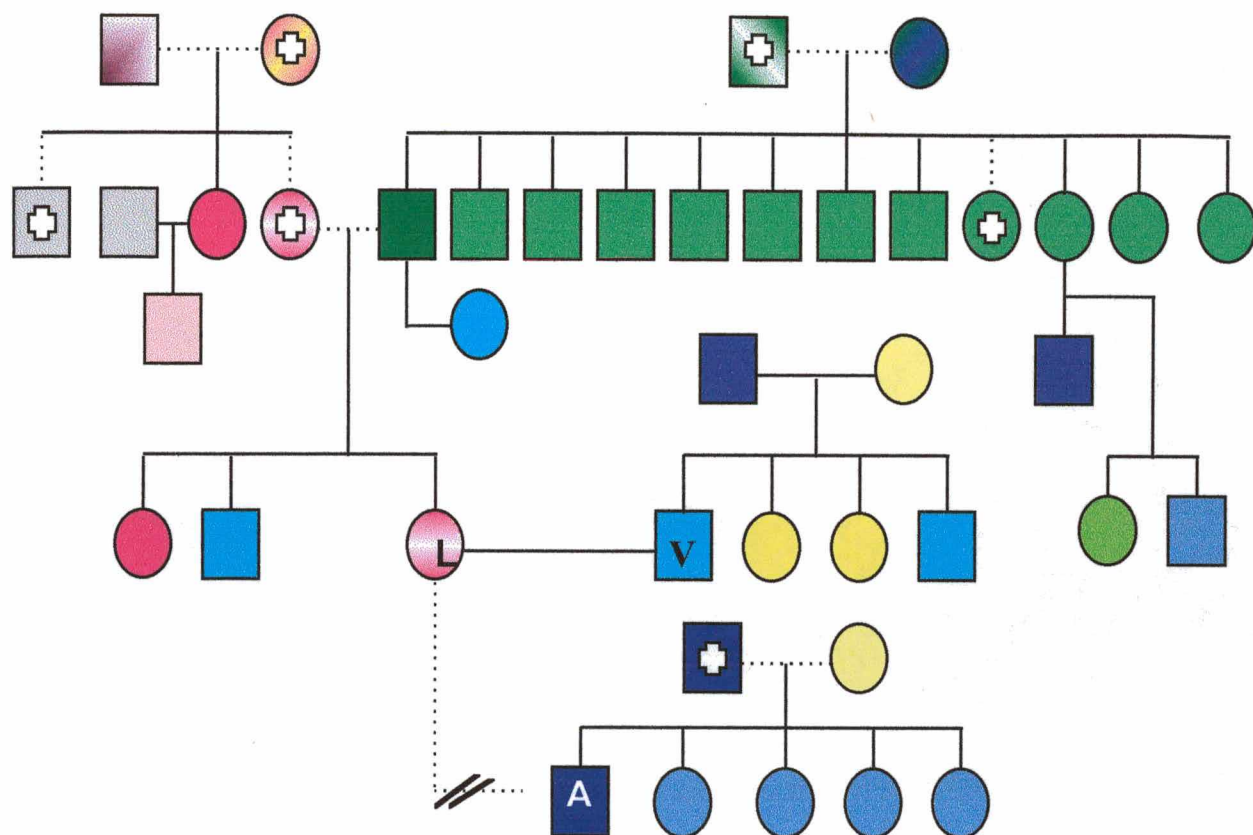
André possuía 17 anos, estava na 5ª série do 1º grau e encontrava-se aguardando ser chamado para o serviço militar quando completasse os 18 anos, informava **Luana**.

André não procurou mais **Luana** depois do diagnóstico de gravidez.

Vinícius surge na vida de **Luana**, aceitando a gravidez dela e então começam a namorar.

O genograma da família de **Luana** é representado pela figura nº 11 na página seguinte.

Figura nº 11: Genograma da família de Luana.



Legenda:

○ = sexo feminino	■ = avô materno	⊕ = avó materna falecida
□ = sexo masculino	■⊕ = avô paterno falecido	● = avó paterna
⊕ = falecimento	○L = Luana	■V = Vinícius
Relacionamento	○⊕ = mãe de Luana (falecida)	■ = pai de Luana
Separação por óbito =	■A = André	
Separação = ..//..		

Adaptado de Patrício (1990, p. 186).

4.3 Realizando o Diagnóstico: Compreendendo e Cuidando

O **Diagnóstico de Enfermagem**, conforme Stanton (1993, p. 28), é “a identificação das respostas humanas e limitações de recursos do cliente, com o objetivo geral de identificar e direcionar os cuidados do profissional de Enfermagem”. Identificando a situação real (situação presente) ou potencial (situação futura), uma deficiência ou preocupação do cliente.

Acrescentam ainda Stanton (1993, p. 29) que “os Diagnósticos de Enfermagem devem ser listados em ordem de prioridade levando em conta tanto as opiniões do Enfermeiro quanto as do cliente”. O profissional Enfermeiro determina prioridade, com base na experiência profissional anterior e no conhecimento científico. Os diagnósticos de Enfermagem baseiam-se tanto nas preocupações dos clientes, quanto nas situações reais ou potenciais tais como disfunções fisiológicas ou de problemas comportamentais, psicossociais ou espirituais.

Nesta prática, o **Diagnóstico de Enfermagem** realizado emergiu das situações de saúde-doença, identificadas ou relatadas pelas adolescentes grávidas e suas famílias, situações essas que requeriam cuidados de enfermagem, em âmbito de preservar, acomodar ou repadronizar práticas em saúde, segundo Leininger (1978, 1985, 1991 b).

Para Patrício (1990) diagnosticar significa analisar os dados com a finalidade de identificar as situações de saúde-doença representadas por crenças, valores, conhecimentos, expectativas, queixas e práticas de saúde, bem como os

recursos de que se dispõe para o cuidado. A interpretação dessas situações mostra as necessidades de cuidado do cliente e as possibilidades (recursos) de ações de enfermagem.

4.3.1 Cuidando da Adolescente Grávida e sua Família

O plano de cuidados de Enfermagem visou atender às necessidades de cuidados dos indivíduos nas situações de saúde-doença, considerando suas crenças, valores, práticas e, principalmente, recursos para os cuidados.

Essas situações que requeriam cuidados de enfermagem, em âmbito de preservar, acomodar ou repadronizar práticas em saúde, segundo Leininger (1978, 1985, 1991 b), consistiam em:

* **Preservação (ou manutenção) Cultural do Cuidado** – refere-se àqueles fenômenos de assistência, de facilitação ou de capacitação, com base cultural, que auxiliam os indivíduos a preservar ou manter saúde favorável e estilos de vida relativos a cuidado com a saúde.

* **Acomodação (ou adaptação/negociação) Cultural de Cuidados** – refere-se àqueles fenômenos de assistência, facilitação ou capacitação, de base cultural, que refletem maneiras de adaptar-se, negociar ou ajustar à saúde e modos de vida do indivíduo ou cliente .

* **Repadronização (reestruturação) Cultural do Cuidado** - refere-se a projetos reconstruídos ou alterados para ajudar os clientes a mudarem padrões de saúde ou de vida, que lhes são significativos.

Destaco parte do Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem (anexo nº 4), a partir do qual realizei cuidados de acomodação e (anexo nº 5) desenvolvi cuidados de preservação.

No que tange às **práticas de saúde**, Helman (1994) observa que o conhecimento popular é advindo do senso comum, esse conhecimento é reconhecido como práticas populares e faz parte da cultura das populações, manifestam-se em função de valores, crenças e comportamentos que vêm impondo sua marca de geração em geração, influenciando as distintas concepções de saúde e de doença, e as formas terapêuticas utilizadas para seus problemas de saúde.

As práticas populares, de acordo com Silva (1996, p.88), são "*todos os recursos utilizados pelas famílias, pessoas leigas e por terapeutas populares, onde a apreensão do saber se constrói no cotidiano e se transmite de geração à geração, e cujo fazer não está ligado a serviços formais de saúde*".

Ainda apóio-me nos autores acima citados, os quais evidenciam que as práticas populares caracterizam-se pela busca de métodos não convencionais ou formais utilizados pela medicina alopata, tem sido um dos meios mais usados pelas famílias para cuidar de seus membros

Em suma, pode se dizer que a família tem sido, através do tempo, o berço do cuidado humano. E é no seu seio, desde o nascimento até a morte, que o cuidado é importante para a manutenção da saúde e sobrevivência entre seus entes. Em outras palavras, sabe-se que o ser humano, desde as civilizações mais antigas, tem procurado manter-se saudável, utilizando-se das mais diversas alternativas, objetivando a manutenção da saúde e a cura de doenças. Essas alternativas sempre estiveram ligadas às crenças e conhecimentos historicamente determinados.

O ciclo histórico demonstra que as famílias, as igrejas, as associações comunitárias, entre outras, têm sido meios de trocas e difusão das práticas populares em saúde.

A mulher é, ao mesmo tempo, de acordo com Silva (1996), uma usuária de práticas populares e agente na sua divulgação no próprio seio familiar, bem como na sua rede de suporte social. Ela indaga, investiga e, se preciso, informa aos filhos (principalmente às filhas), noras, netas e vizinhas, quanto às práticas bem sucedidas. Quanto maior o sucesso vivenciado, maior será o prazer na divulgação das mesmas.

As práticas de saúde populares identificadas neste estudo advêm do uso de plantas medicinais (chás) para a prevenção e a cura da doença.

Atualmente pode-se reconhecer como é importante discutir e recuperar o uso de práticas populares, pois há inúmeras situações em que nos deparamos com o conhecimento popular sobre prevenção, cura e reabilitação da saúde. O uso deste é advindo do senso comum e faz parte da cultura dos seres humanos.

A utilização de práticas populares pelos sujeitos desse estudo foi realizada em situações menos complexas.

Os pacientes, salienta Helman (1994), escolhem o que lhes parece a fonte apropriada de aconselhamento e tratamento para a doença. Males como gripes são tratados por parentes, e os médicos tratam as doenças graves.

Com a adolescente grávida **Luana** e sua família observei que, quando é detectado que a situação necessita de uma solução fora do âmbito de prática popular de saúde, eles procuram o sistema profissional de saúde, pois sabem que para as amigdalites de Sindel há medicação específica, o antibiótico, então não utilizam nenhum medicamento caseiro.

Em outras palavras, também fica evidente na família da adolescente grávida **Daniela**, conforme relato de Marcos Antônio, o qual coloca que a mãe de suas filhas é uma pessoa extremamente preocupada com a saúde das filhas e que realiza alguns cuidados caseiros como chás, mas quando detecta que a situação é mais grave não perde tempo, pois procura logo recursos no sistema oficial de saúde.

Isso vem ao encontro de Queiroz (1991, p .34), que afirma :

“a mulher percebe, muito mais do que o homem, sintomas de doenças, assim como procura mais intensamente por soluções dentro ou fora do âmbito da medicina oficial, tanto para ela como para seus filhos [...] Desse modo, ela se expõe a todo um universo que pressupõe várias linguagens e modos de perceber, classificar e agir sobre certos sinais e sintomas corporais”.

Ao reportar-me às práticas de saúde das adolescentes grávidas e suas famílias, destaco a seguir algumas situações:

“Quando alguém fica doente, o que vocês fazem ?”

“A gente leva para o médico!”

“Vocês usam alguma coisa antes de levar ao médico ?

“Depende se for gripe, a gente dá chá de limão e faz vapor com eucalipto cidrão para a tosse. E também para a tosse a gente usa o chá da folha da ameixa.

(Luana, 5ª visita)

Enfatiza Silva (1996, p. 88) ainda que as práticas se têm mantido nas diversas culturas e sempre foram utilizadas no seio familiar, como primeiro recurso para minimizar ou prevenir males.

Qualquer sociedade complexa possui seus próprios meios de explicar e tratar as doenças, como também definir quem cura. É no meio popular da sociedade, onde as doenças são, primeiramente, reconhecidas e definidas, para após serem iniciadas as atividades de tratamento.

As pessoas escolhem quem consultar nos sistemas popular e/ou profissional. Coloca Helman (1994) que as escolhas são influenciadas pelo contexto em que ocorrem, os tipos de assistência disponíveis, a necessidade ou não de pagar por estes serviços e as condições financeiras do cliente para arcar com estas despesas.

Ressalta ainda Helman (1994, p. 72) que a família é:

“a sede primeira da assistência à saúde em qualquer sociedade. [...] Os principais responsáveis pela assistência a saúde são as mulheres, geralmente as mães ou as avós, que diagnosticam as doenças mais comuns e tratam-nos com os recursos que tiverem à disposição.”

No que se refere aos cuidados iniciais, estes são realizados no ambiente familiar. A família, quando precisa de um suporte maior ou mais seguro,

procuram o sistema profissional de saúde, o que pode ser identificado nas falas a seguir:

*E o Roberto tem bronquite, quando ele se ataca ele faz nebulização, agora mesmo ele tem feito, ele vem aqui fazer nebulização, a Carla tem nebulizador. A Sindel quando tem amigdalite a gente leva no médico".
(Luana, 5ª visita)*

*"Sabia que o Roberto está com sarampo desde 5ª feira".
"Ele se vacinou quando pequeno?"
"Tomou todas as vacinas..."
"Como foi que ficaram sabendo que era sarampo?"
"Ele foi no médico na 6ª feira, pois ele tinha febre e tinha aquelas manchas em todo o corpo."
"Aí o médico falou que era o sarampo, mandou ele tomar chá de sabugueiro e deu atestado pro colégio."
(Luana, 6ª visita)*

Simões (1995) ressalta que a utilização de plantas medicinais é uma prática generalizada usada pela medicina popular. Ela é resultante do acúmulo de conhecimentos empíricos sobre a ação dos vegetais, por diversos grupos étnicos. No Brasil, além da assimilação dos conhecimentos indígenas, as contribuições trazidas pelos escravos e imigrantes representaram papel importante para o surgimento de uma medicina popular rica e original, na qual a utilização de plantas medicinais ocupar lugar de destaque.

Ao debruçar-me sobre as práticas de saúde desenvolvidas pelas adolescentes grávidas e suas famílias, saliento que as intervenções de Enfermagem foram realizadas em nível de preservação e os elementos do cuidados utilizados foram: ter consideração; trocar idéias; demonstrar interesse; ouvir atentamente; valorizar; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; respeitar; compreender;

trocar experiências; promover conhecimentos; dialogar; demonstrar estar dando atenção.

As práticas de saúde fazem parte da cultura dos seres humanos sendo influenciadas pelas crenças, valores e recursos.

No que diz respeito às **crenças**, destaco no léxico¹ que:

“ é aquilo em que se crê, que é objeto de crença, convicção íntima. Forma de assentimento que é objetivamente insuficiente, embora subjetivamente se imponha com grande evidência”.

No que Collière (1999, p. 273-274) ratifica que crenças:

“são uma forma de conhecimento integrado, interiorizado a partir dos hábitos de vida, [...] os quais representam, desde os primórdios da humanidade, todo um conjunto de maneiras de ser, visando assegurar a continuidade da vida. [...] Toda a crença é um hábito de vida, um costume a que aderiu um grupo e as pessoas que o constituem. [...] Todo hábito de vida, à medida que se repetem e se reforçam, arrastam a adesão do grupo que crê ser boa uma ou outra maneira de fazer e, portanto desejável, ou má e, portanto não desejável. São assim os hábitos de pensamento que se tornam em crenças.”

Convivendo com as adolescentes grávidas e suas famílias, identifiquei **crenças** que a seguir menciono.

Observo, em **Luana**, seus dentes cariados e proponho uma revisão odontológica, mas a crença de que o período gestacional é impróprio para a mulher não deixa efetivar tal conduta.

Nesse momento, utilizei-me da atenção e do diálogo para intervir e negociar a **acomodação** através de troca de idéias e orientação, inicialmente não foi possível mas respeito, pois irá solucionar a situação precária do seus dentes, após o nascimento do filho.

“A senhora sabe, eu falei com o pai e ele acha que agora não era bom eu tratar os dentes.

Ele disse que depois ele paga particular.”

“Mas por que não é bom agora ?”

“Ah, porque eu 'tô grávida !”

“Eu respeito a opinião de vocês, mas a gestante pode tratar os dentes na gravidez.

Então tu queres que eu suspenda o horário que havia sido marcado ?”

“Sim, o pai depois vai me dar o tratamento particular.”

(Luana, 6ª visita)

O péssimo estado de seus dentes desencadeou um processo doloroso. Notei, então, que a crença foi alterada quando começou a sentir dores. Quando realizava a última visita, sua tia e ela solicitaram-me que intercedesse na unidade sanitária para realizar novo agendamento para tratamento odontológico, pois Luana estava apresentando fortes dores de dente e agora queria tratá-los.

Respeito a solicitação e proponho-me a agendar a consulta odontológica. Consigo então acomodar a situação.

A adolescente **Daniela** indica que a religião é um ingrediente cultural fundamental como é evidenciado na fala a seguir:

“Tu sabes que eu não sou batizada na igreja? Só fui batizada em casa. O outro casal que era pra batizar na

¹ Ferreira, Aurélio Buarque de H. *Novo dicionário Aurélio*. Editora Nova Fronteiral 1986

igreja nunca podia, não tinha tempo, até que um dia se separaram.

Cadê a responsabilidade que eles assumiram?

Há pouco tempo atrás encontrei a Carmem, me chamando para eu ir cumprimentar pois era minha dinda. Fiquei furiosa, pois nunca se interessou em batizar, agora, quer se chamada de dinda.

Por isso que eu acho que os padrinhos têm que ser da família.

Eu pedi para o Béco me batizar pois aí o dia que a mãe morrer, ele vai me cuidar. Sabe o que ele disse: que não precisava ele me batizar pra cuidar de mim, ele já tem esse compromisso”.

“Mas qual é o papel dos padrinhos ?”

“É de cuidar a criança na falta dos pais”.

(Daniela, 2ª visita)

O batismo representa para a adolescente um momento da afirmação e do compromisso dos padrinhos frente a criança, família e a comunidade que eles serão os responsáveis e guardiões no caso da ausência dos pais. Nesse momento **preservo**, pois o batismo também para mim é importante.

Ainda na fala de **Daniela** distingo ser o corpo humano mais do que um organismo físico oscilando entre a saúde-doença: ele é também o foco de uma conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico.

Em toda a sociedade ressalta Helman (1994, p.31) que o corpo humano:

“tem uma realidade social e uma física, isto é, a forma e o tamanho do corpo de uma pessoa, assim como seus adornos, comunicam informações sobre a posição que ela ocupa na sociedade.”

A vestimenta é também importante para indicar a posição social e ocupação do ser humano na sociedade salienta Helman (1994). A mulher grávida

está num estado de transição de mulher para o de mãe indicando a mudança de sua posição no seu ambiente.

“Quando eu saio gosto de sair bem bonita, coloco sapato de salto e tudo. Gosto de sair bonita”.

(Daniela, 2ª visita)

A atitude de **Daniela** quanto a procurar sair bem arrumada é **preservada** pois ela é vaidosa. Quanto a usar sapatos de salto alto na gravidez procuro dialogar, e orientar que os sapatos altos devem ser usados com parcimônia, devido a sua influência sobre o equilíbrio da grávida, o qual está modificado pela lordose fisiológica que desloca o centro da gravidade. Procuro **acomodar** através da troca de idéias, por meio da qual sugiro o uso de salto mais baixo e com base larga, o que **Daniela** ouve atentamente e com o que concorda.

As crenças e práticas mantêm-se nas diversas culturas e sempre foram utilizadas no meio familiar, como primeiro recurso para minimizar ou prevenir males.

Com a adolescente **Daniela**, identifico o seguinte:

“Amanhã eu e a mãe vamos comprar, no Centro, as roupas amarelas para a Flávia usar no primeiro dia.”

“Por que as roupas do primeiro dia têm que ser amarelas?”

“Para não dar o amarelão. Eu não sei como vocês chamam ?

Eu também tenho que colocar uma roupa amarela usada de uma criança sadia, tem gente que não acredita, mas a mãe usou em nós e não deu amarelão em nenhum.

Dizem que o amarelão vem e enxerga o amarelo da roupa e vai embora.”

(Daniela, 2ª visita)

Procuro respeitar e **preservar** as crenças de **Daniela** e através do diálogo e troca de idéias explico o mecanismo da ocorrência da icterícia.

As crenças sobre a fisiologia e os perigos da gravidez têm aspectos sociais quanto físicos. Helman (1994) salienta que elas separam as mulheres grávidas, como uma categoria especial de ser humano, cercadas de tabus e costumes que, segundo a cultura em que vivem, existem para protegê-las, além de contribuir para explicar retroativamente qualquer dano físico do recém-nascido.

A adolescente **Vanessa** exemplifica com a seguinte fala:

*“Eu não gosto de colocar moeda perto da barriga ou
chave!
Mas por que?
Dizem que o nenê nasce com marca.”*

(Vanessa, 4ª visita)

Sob esse enfoque no que diz respeito às concepções expressas em relação às crenças encontradas nas famílias das adolescentes grávidas, saliento que foram respeitadas. E as intervenções de Enfermagem que ocorreram foram em nível de preservação ou negociação do modo de cuidar e os elementos utilizados foram: ter consideração; trocar idéias; demonstrar interesse; ouvir atentamente; estar presente; dispensar atenção; respeitar; aceitar; ter participação nas decisões e no próprio cuidado; demonstrar sentimentos de ternura; focalizar os recursos presentes e necessários ao bem estar.

Na vertente em que venho desenvolvendo o estudo, saliento que os **valores** são forças que variam de um ser humano para outro, entre os grupos e dentro de uma mesma cultura e com tendência a se modificarem durante os estágios do desenvolvimento.

É nesse sentido que Mendras (1983, p. 106) evidencia:

“os valores variam com as civilizações e, no interior de uma mesma civilização, com os grupos e categorias sociais [...] O valor é transcendente e absoluto para aquele que o serve”.

Apóio-me ainda em Mendras (1983, p. 107), o qual considera que os valores se organizam num “ideal” que a sociedade propõe a seus membros. Tal ideal orienta os pensamentos e os atos. Numa sociedade eles são organizados num sistema de valores que deve ter certa coerência, ainda que implique certas contradições.

Analisando as associações de idéias presentes, ressalto a seguir os **valores** identificados durante esse estudo nas adolescentes grávidas e suas famílias:

“Olha o que eu ganhei? (Mostrando-me o carrinho de nenê)

“A pessoa que me deu o carrinho perguntou se eu aceitava esse usado, claro que sim! Porque assim ela não iria gastar tanto e além do mais ela pode me dar mais algumas coisas”.

(Convida-me para ir até o quarto e conhecer o enxoval da Flávia).

“Essas roupinhas aqui são usadas mas nem parece, eu ganhei da patroa da mãe”. (Mostra as novas que comprou, o edredom infantil que ganhou do pai, cobertor, jogos de cama, travesseiro, cesta de toalette, entre outros.[...])

Vai indo para a cozinha e eu a acompanho. Leva um álbum de fotografia nas mãos.

Começa a mostrar suas fotos, seus quinze anos e o seu chá de cegonha).

“Elas fizeram horrores me pintaram, a mãe ficou braba com os desenhos feios que foram feitos na minha barriga dá um olhada nessa foto, o que parece”.

(Daniela, 3ª visita)

(Chamou a minha atenção que em cima da cama antes só existia um urso grande

Hoje encontrei vários bichinhos de pelúcia: mais ou menos uns 15.

Elogiei que a cama estava toda enfeitada).

"Na outra casa onde dorme meu irmão, tem mais, eu acho que tenho uns 90 bichinhos [...]"

Alguns eu ganhei, outros eu comprei e também tirei alguns nas máquinas".

(Vanessa, 3ª visita)

"Sabe o meu tio do Rio aquele que aparecia de sunga nas fotos? Ele morreu domingo, tinha 42 anos, [...] o que eu sei é que estourou uma "bolsa" dentro da barriga.

Não foi ninguém para o enterro, é muito longe. Sai muito caro e não dava tempo".

(Vanessa, 4ª visita)

"Tô de namorado!"

(No primeiro instante pensei que ela estivesse reatado com o André).

"É, que jóia!"

"Iniciei o namoro na 2ª feira".

"E como é ele?"

"Ele é "branco", alemão, tem 19 anos, é tri-legal, ele trabalha no Mercado, ele é padeiro! Ele me aceitou de barriga e tudo.

Eu não gostava de namorar branco."

"E como ele se chama?"

"Vinícius.

André anda falando para os amigos dele que o Vinícius é trouxa, assumindo um filho que não é dele, fica gozando".

"Ele é muito amigo do tio Luis e da Ana. Ele vinha seguido aqui eu nunca havia prestado atenção nele, ele disse que já me cuidava há tempo.

Eu nunca olhei para ele, sabia que tinha namorada.

Eu tô gostando dele, ele é muito bom pra mim. Ontem ele não veio por causa da chuva, mas hoje de manhã ele passou aqui para saber como eu 'tava.

O pai está muito contente, pois conhece ele há tempo.

Ele já me deu de presente um cobertor e um xale pro meu filho..."

(Luana, 4ª visita)

"tu falaste que não gostava de namorar "branco", podes me explicar melhor?"

“É que eu sempre dizia que se só existisse um preto na terra era ele que eu ia namorar. Branco eu não queria. Eles não me chamavam a atenção.”

“E agora com o Vinicius, como está sendo?”

“Ah, eu tô gostando!”

(Luana, 5ª visita)

No que se refere aos valores, durante a realização deste estudo saliento o vivenciado na família de **Vanessa**, tendo sido o que chamou bastante a minha atenção:

“Aquele vento de sábado para Domingo [...] batia tudo [...] essa janela é de correr [...]

A mãe tinha ido numa festa aqui na casa do lado nos fundos, chegou tarde e não quis desarrumar esse sofá. Pegou uns acolchoados e fez uma cama e deitou no chão.

O vento foi tão forte que a janela caiu e bateu no braço dela. Eu não vi nada.

Com o vento, a parede se mexia e começou a empurrar a minha cama, mexeu tanto com ela que caiu.[...] Ai eu acordei.”

“E tu não te machucaste?”

“Não, o colchão é duro.”

“Ficaste com medo?”

“Não, fazer o quê!”

[...] Olha o que eu ganhei de presente da mãe?”

(Mostra-me um urso de pelúcia enorme, lindíssimo)”. “Não dá nem para dar um abraço de tão grande que ele é.

Também ganhei essa aqui”. (Mostra-me uma ursinha toda branquinha com lacinhos rosa nas orelhinhas, vestindo um vestidinho estampado em tons de rosa e por cima um casquinho rosa de cetim com babadinhos).

“Uma combinação perfeita, um doce de bichinho.”

“Olha, quando se aperta em seu bracinho toca essa música.

Sabe [...] saiu caro,[...]” (Levanta-se e pega a nota e mostra-me a nota)

“O urso custou R\$ 130,00 e a ursinha R\$ 25,00.

Vai dar 5 prestações de R\$ 30,00.”

Esses valores para mim eram supérfluos e bem diferentes da realidade vivida, pois a mãe trabalhava de doméstica numa casa desde às 7 horas até às 21

horas, para receber 140 reais, conforme relatava **Vanessa**. A renda familiar era acrescida de mais dois salários mínimos provenientes da pensão do pai que os filhos ganhavam devido ao falecimento.

Foi difícil entender aquela mãe dando presentes tão caros a sua filha e continuarem a viver numa casa com uma peça apenas e necessitando de melhorias. Mas Mendras que já foi referenciado nesse estudo enfatiza que "*o valor é transcendente e absoluto para aquele que o serve*".

Na vertente em que desenvolvi essa prática, os **recursos** foram os meios utilizados (inclusive os econômicos) pelas gestantes adolescentes e suas famílias para a manutenção e o atendimento da saúde-doença. Evidencio a seguir algumas situações identificadas:

"a senhora sabe eu tive que ir pro hospital no domingo, eu tava meio boba".

"ela teve um problema de pressão..."

"sabe, é o meu filho Mário e o Roberto, quem dá os meus remédios.

Desde quando o meu marido morreu eu dependo deles. Eu não recebo nenhuma pensão.

Eu entrei com os papéis no advogado para ver se eu recebo como pensionista...

Naquele tempo não existia a lei de amaseado receber pensão. Hoje já pode! ..."

"Onde a senhora consulta para tratar a pressão?"

"Eu consulto com a doutora Renata, lá no Posto dos Trilhos."

"A senhora tem ido consultar?"

"Nem sei quando foi a última consulta da vó?"

No posto não tem remédio..."

"já tinha uns quatro dias que não tomava o furosemida e o da pressão"

"É o metildopa."

"Terminou e eu não quis pedir pros filhos".

(Avó de Luana, 5ª visita)

"Fala pra ela, Luana, que tu tivesse dor de dente. Será que pode marcar outra consulta pra ti lá no posto? Sabe, ela não foi conhecer os pais do Vinícius por que tem vergonha dos dentes que tão estragados".

(Luana, 8ª visita)

Nas situações acima, saliento que as interferências efetivadas com esses seres humanos, a partir de sua visão de mundo, foram em nível de acomodação pois estavam habituados no seu modo de vida, em que utilizavam apenas seus próprios e poucos recursos. Nessa fase do trabalho senti a importância e falta do suporte do Ministério da Saúde subsidiando as medicações essenciais para tratamentos dos pacientes crônicos (cardíacos, hipertensos, diabéticos entre outros) no que se refere a distribuição gratuita das medicações, destacando-se as anti-hipertensivas. Observei que a precariedade de recursos para aquisição das medicações levaram a avó de Luana desenvolver uma crise hipertensiva ocasionando necessidade de atendimento hospitalar, ainda bem que esse episódio não deixou sequelas.

Ainda complemento com os demais **valores** identificados como:

"Com o dinheiro da mesada do pai, ele dá 10, 15 reais para cada filho e durante a semana ele manda 2 reais para se precisarmos de algo. Eu aproveito e compro presunto, morango, banana e faço batida para min e para o Natanael, que também precisa pois está em desenvolvimento.[...]

O pai me dá a mesada e todo mundo dá alguma coisa".

(Luana, 2ª visita)

"Eu estou me sentindo bem, estou gostando de estar grávida, já tenho algumas coisas. Tenho uma amiga que gosta muito de min e me ajuda bastante."

(Luana, 1ª visita)

"No início da gravidez tu estavas trabalhando?"

"Sim, mas saí porque eu tinha muita dor aqui em baixo da barriga e fiquei com medo de perder, aí eu saí. O pai me dá a mesada e todo mundo dá alguma coisa."

(Luana, 2ª visita)

"É a Angeiita que dá comida para ti e a Sindel?"

"Não, o pai manda todo final de mês um sacolão de alimentos para nós, e a gente ganha R\$ 15,00 para comprar coisa boa para a gente durante a semana, como queijo, mirabel, bolacha, banana, leite, etc. Só quando ele tem crediário, ele manda R\$ 10,00. Agora mesmo ele 'tá pagando as nossas japonas que ele nos deu no inverno. Então ele manda um pouco menos."

(Luana, 5ª visita)

Luana e sua irmã contam com a ajuda e apoio de seus familiares para sobreviverem. No que se refere a **Luana** e sua gravidez, observo que ela conta também com o apoio de amigos, o que vem ao encontro de Silva (1996), o qual ressalta que as redes de suporte sociais compostas por amigos, vizinhos e colegas de trabalho tornam-se, às vezes, mais efetivas do que a própria rede familiar para apoio social e por vezes até financeiro.

Ao mapear os **recursos** utilizados pelas famílias das adolescentes grávidas, distingo que foram aqueles próprios da família como um grupo social e aqueles existentes no sistema oficial de saúde. As intervenções de Enfermagem realizadas foram em nível de acomodação já citadas anteriormente e de preservação as citadas acima. Os elementos do cuidados utilizados foram: comprometer-se; prevenir; agir para, ter consideração; trocar idéias; esclarecer; informar; orientar; demonstrar interesse; ouvir atentamente; valorizar; estar presente; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; respeitar; compreender; promover conhecimentos; dialogar; demonstrar estar dando atenção; dedicar-se; demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar); executar medidas de prevenção da doença e de

promoção à saúde; auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos próprios direitos.

Emergiram, nessa prática, algumas questões complexas de **queixas**, as quais foram relatadas pelas adolescentes grávidas e suas famílias durante a realização deste estudo e que não tive coragem de interferir, pois eram questões próprias da família e estaria interferindo em seu modo de vida sem poder apresentar soluções. Após reflexões acredito que cuidei, pois usei elementos do cuidado como **escutar, dar atenção, valorizando o ser humano em suas queixas, estando aberto a**. Destaco as seguintes situações:

“Sabe que aquele dia que eu não tava em casa. Eu sai com a tia naquela chuva, nós ainda pegamos o ônibus errado tivemos que descer lá na avenida.

Cheguei em casa toda molhada.

Sabe que o tio me deu um choque, bem aqui na minha barriga, (mostrando a região do hipocôndrio esquerdo), ficou até roxo.”

“Mas como ?”

“Ele bebe e depois fica brigando com todo mundo. Ele tem aqueles aparelho que os seguranças usam em baile quando dá briga para separar as pessoas.

Aquilo é 180 watts.

[...] sábado ele disse que ia botar fogo na casa, eu nem dormi enquanto a mãe não chegava.

Desde sábado nós ficamos sem luz, ele cortou, hoje ele ligou.

Ele liga a luz direto da rua. Quando a vó dava o dinheiro para ele pagar a luz e a água, eles gastavam o dinheiro e não pagavam nada. Aconteceu que a luz foi cortada e depois ele ligou direto da rua.

Quando ele não bebe, ele é legal para conversar nem parece o mesmo.

Por isso que a gente vai se mudar daqui !

Quando a vó era viva, ele deu uma surra na vó”.

(Vanessa, 8ª visita)

Nesse momento senti uma indignação enorme pois usei só os elementos de cuidar: **escutar, dar atenção**. O ideal teria sido conversar com o tio, e encaminhá-lo para um atendimento, mas como?

Não fui apresentada a ele, sei sobre seu comportamento a partir das informações de **Vanessa**. A porta da casa desse senhor encontrava-se sempre fechada, apesar de escutar vozes quando passava. Perguntei-me que direito tenho eu, em tão curto espaço de tempo, intervir em situações tão delicadas sem ter sido convidada e/ou solicitada para dar ajuda. Bem como não senti liberdade para tal. Estava iniciando a estabelecer vínculos, na família da adolescente **Vanessa**. Como poderia invadir um ambiente sem ter sido chamada?

Esse tipo de situação merecia uma intervenção (repadronização) que demandava mais tempo, ou seja, precisava estabelecer mais vínculos e eu estava iniciando a conhecer a família e não obtive e também não senti liberdade para tal.

Na família de **Vanessa**, observo que ela vivia num contexto conturbado pois encontrava-se desamparada pelo pai de seu filho, o tio que poderia dar-lhe apoio era um ser que ainda a agredia além de o irmão ser também outra ameaça pois estava investindo contra ela.

“Sabe que esse gato aqui, o meu irmão me atirou ele contra a minha barriga no sábado, olha o que ele fez na minha barriga.

Mostra-me a barriga toda arranhada. São escoriações leves mas são umas quantas.”

“Mas como ele te arranhou a barriga ?”

“Eu tava com um top e ele atirou o gato em mim.”

“Mas por que ele fez isso ?”

“Porque ele é louco, sem vergonha, tihoso”.

(Vanessa, 8ª visita)

Noto tristeza no momento em que **Luana** relata as perdas sofridas quando referiu-se a madrinha, pois a considerava um familiar muito amado e respeitado.

“Desde 5ª feira eu não como tanto. Fiquei, triste, nervosa, a minha madrinha Vanda, com 38 anos, que morava aqui no lado de casa, começou na 4ª feira com dor de cabeça, a cunhada veio aqui em casa e pegaram remédio para dor de cabeça, mas não adiantou, ela tinha tanta dor que agarrava a cabeça com as duas mãos, a dor era na nuca. Levaram ela para o hospital, arreventou uma veia na cabeça, ele teve um derrame e na 5ª feira ela morreu. Era uma dinda que eu gostava”.
(Luana, 1ª visita)

No que tange ao verbalizado por **Luana** senti que sofreu e ainda sofre pela precocidade do falecimento da mãe e do afastamento do pai.

“A mãe faleceu com 29 anos, por bronquite. Sei que ela tinha muita falta de ar. Eu ia fazer onze anos. Meu pai depois foi morar na Barroso”.
(Luana, 2ª visita)

Aproveitei também os momentos dos encontros enquanto implementava o processo de cuidar para trocar idéias, discutir e orientar sobre: o processo de gravidez, parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido, revisão pós-parto e os métodos anticoncepcionais.

Durante a coleta dos dados no que se refere às **expectativas**, realizei uma técnica específica (vide p. 62). Utilizei revistas das quais as adolescentes grávidas retiravam gravuras que representassem suas expectativas naquele momento da entrevista.

A primeira adolescente com a qual utilizei essa técnica foi **Luana**.

Luana, inicialmente, fica espantada quando solicito que recorte das revistas as gravuras. Ressaltando que eram novas, bem como investigava se realmente eu havia comprado para aquela atividade. Explico que fazia parte do estudo. Após aceita realizar a atividade.

Olha todas as revistas e para em frente de uma que é um casal que possui um criança no meio sendo beijada (figura nº 12).

Tive a impressão de que seria a figura a ser escolhida. Luana começa a recortá-la.

Podes me explicar o que é essa figura ?

Luana responde: *“ é eu, o meu filho e o Vinícius. É que eu quero viver com o Vinícius e criar o meu filho junto com ele”*.

Na página seguinte mostro a figura que representa a primeira expectativa referenciada por Luana.

Figura nº 12 – Expectativa 1 de Luana.



Noto nesse momento a importância que está sendo Vinícius na vida de Luana, desde o carinho, apoio, atenção e companheirismo que está recebendo bem como assumindo junto com ela a gravidez. A partir da visão de mundo e dos dados levantados, percebo que Luana está mais contente pois terá alguém com quem dividir a educação do seu filho. Observo ainda a ausência sentida pela adolescente grávida de um pai, tendo em vista que a morte da mãe separou toda a família, ficando as filhas separadas do pai e sendo criadas pelos tios. Destaco a importância que Vinícius tem para Luana, pois está partilhando com ela esse momento de sua vida.

Após retirar a primeira figura, **Luana** continua a atividade, olha as revistas e pára diante de uma casa (figura nº 13) que também tive a impressão de que iria recortar.

Começa então a recortá-la.

Figura nº 13 – Expectativa 2 de **Luana**



Pergunto-lhe: o que significa essa gravura ?

Luana responde-me: “ *é que eu quero ter uma casa para mim e o Vinícius, para viver com ele e criar o meu filho*”.

Sonia: Mas a casa tem que ser que nem essa, um sobrado ?

Luana: *Não, recortei essa pois não achei outra, o que eu quero é somente uma casa !*

Para **Luana** ter uma casa é algo muito importante, pois desde que a mãe morreu vive com os tios e o avô. Percebi que naquele momento era algo que desejava muito para ela, o filho e o companheiro, um lugar só deles.

Gostarias de escolher mais outra figura que representasse outra expectativa tua? – pergunto.

Luana olha as revistas, revê todas novamente e continua a olhar. E comenta: *“não estou achando”*.

Não estás encontrando o que tu queres? O que procuras?

Luana: *“é uma figura de alguém trabalhando, quero conseguir um bom trabalho para poder ajudar a tia e arrumar a casa ”*

Então, indago: mas me diz: o que é um bom emprego?

Luana: *“Ah, é trabalhar num banco. Eu gostaria de ajudar a construir uma casa melhor para nós, sei que a tia Ana quer muito isso, mas ‘tá difícil”*.

A preocupação de Luana em trabalhar tem o significado de ajudar a tia Ana, pois em sua visão de mundo, a partir da remuneração que ganharia, iria ajudar a melhorar e até ampliar a casa pois sabe ser algo que a tia deseja muito. Essa admiração que sente pela tia é advinda da atenção, carinho e tudo que a mesma fez por Luana, que em contrapartida deseja retribuir.

A **segunda adolescente** com a qual realizei a técnica para levantar as expectativas foi **Daniela**, que após ouvir as explicações começou a olhar as revistas.

Daniela procura, olha as revistas e acha uma gravura, porém é em duas folhas a que gostaria de destacar.: *“Ah, essa aqui (figura nº 14), mas não dá é muito grande e está em duas folhas, ...uma folha só não dá ! ”*

Respondo-lhe que poderia destacar pois eu faria uma redução para utilizá-la no trabalho.

Figura nº 14 – Expectativa 1 de Daniela



Tu podes me explicar esta figura ?- dirijo-me a ela.

Daniela responde-me: *“É eu e o bécó recebendo todos contentes, na maternidade, a Flávia da doutora . Olha como ela é linda”*.

Noto a importância que representa a chegada de Flávia e o partilhar desse momento com o companheiro.

Enquanto conversávamos continuava a olhar as revistas. Proponho: *“Gostaria de escolher mais alguma?”*

Daniela: *"Eu quero tanta coisa que nem sei o que escolher".*

Olha as revistas e continua procurando.

"Acho que é essa aqui. (figura nº 15) ... É sim !"

O que significa essa figura ?

Daniela: *"Essa é a minha casa que eu vou morar com o béco e a Flávia.*

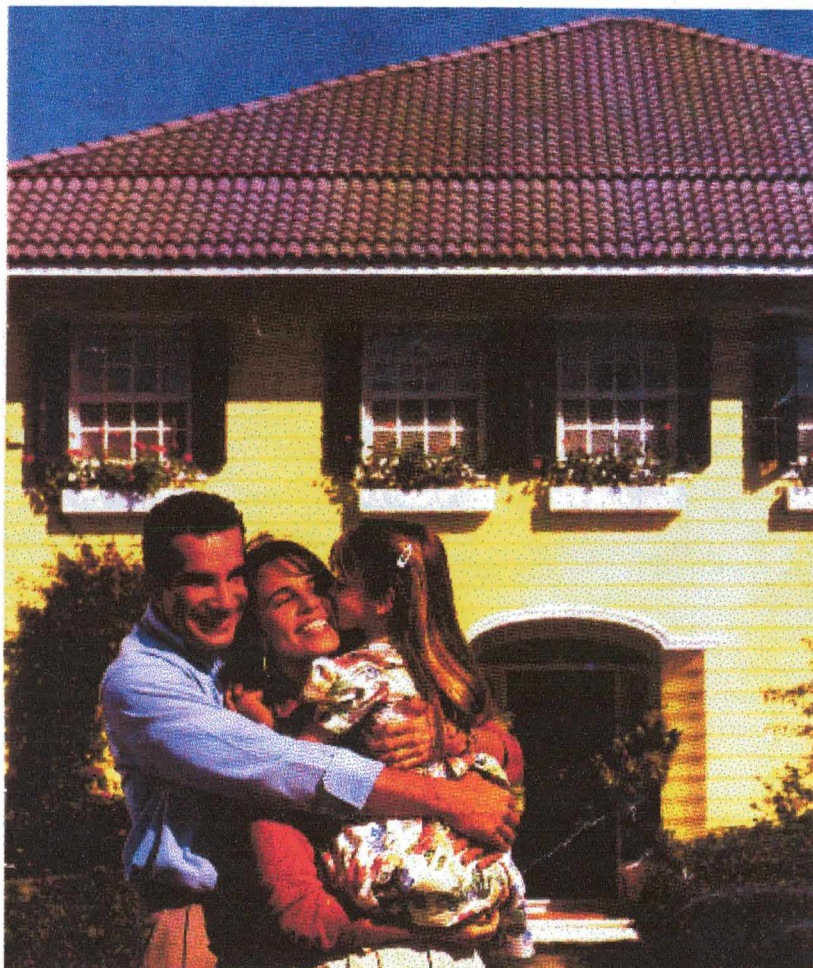
Olha nós na frente !"

E a casa tem que ser amarela e assobradada?

Daniela: *"Não, é uma casa que eu quero ter para morar com o béco e a minha filha. É aquela que ele vai construir para nós com o dinheiro que ele vai conseguir com a plantação de melancia."*

Percebo em Daniela que a casa representa a constituição do lar junto ao companheiro e à filha que está para nascer.

Figura nº 15 - Expectativa 2 de Daniela.



Enquanto falamos continuava a olhar as revistas.

Terias mais alguma coisa que gostarias de destacar ?

Numa determinada página pára e olha. É uma figura de um casamento.

“Queres retirar essa (figura nº 16) ?”

Daniela: *“Não, eu não vou mais casar na igreja, eu já vou ter tido um filho, não sou mais pura.”*

Como assim ? quero saber.

Daniela: *“Eu não era mais virgem, para poder casar de vestido de noiva.”*

Mas por que tu um dia não podes casar na igreja ?- questiono.

Daniela: *“É, quem sabe um dia, porque no civil, a gente vai casar”.*

É, eu não sabia que já existem planos para casamento- finalizo.

Daniela: *“Sim, o Béco já falou”.*

Figura nº 16 – Expectativa 3 de Daniela.



No que diz respeito ao casamento, distingo a partir das colocações de Daniela, a importância do casamento religioso ao qual ela não se dá o direito de

usufruir vestida de noiva por não ser mais virgem. No entanto, demonstra alegria e satisfação quando informa que irá casar-se no civil.

Ao reportar-se ao casamento, salienta Beattie (1980, p. 141-142) que em quase todas as sociedades:

“ é uma relação institucionalizada de importância crucial. É quase sempre mais do que simplesmente uma união sexual legalizada entre um homem e uma mulher, embora quase sempre seja isto. Ratifica que o casamento é uma união entre um homem e uma mulher tal que as crianças nascidas da mulher são reconhecidas como prole legítima dos dois cônjuges”.

Ao iniciar a falar sobre a técnica com **Vanessa**, esta se encanta com as revistas, lendo as reportagens e vendo os artistas que aparecem. A tal ponto de não ouvir o que pedi para ela fazer.

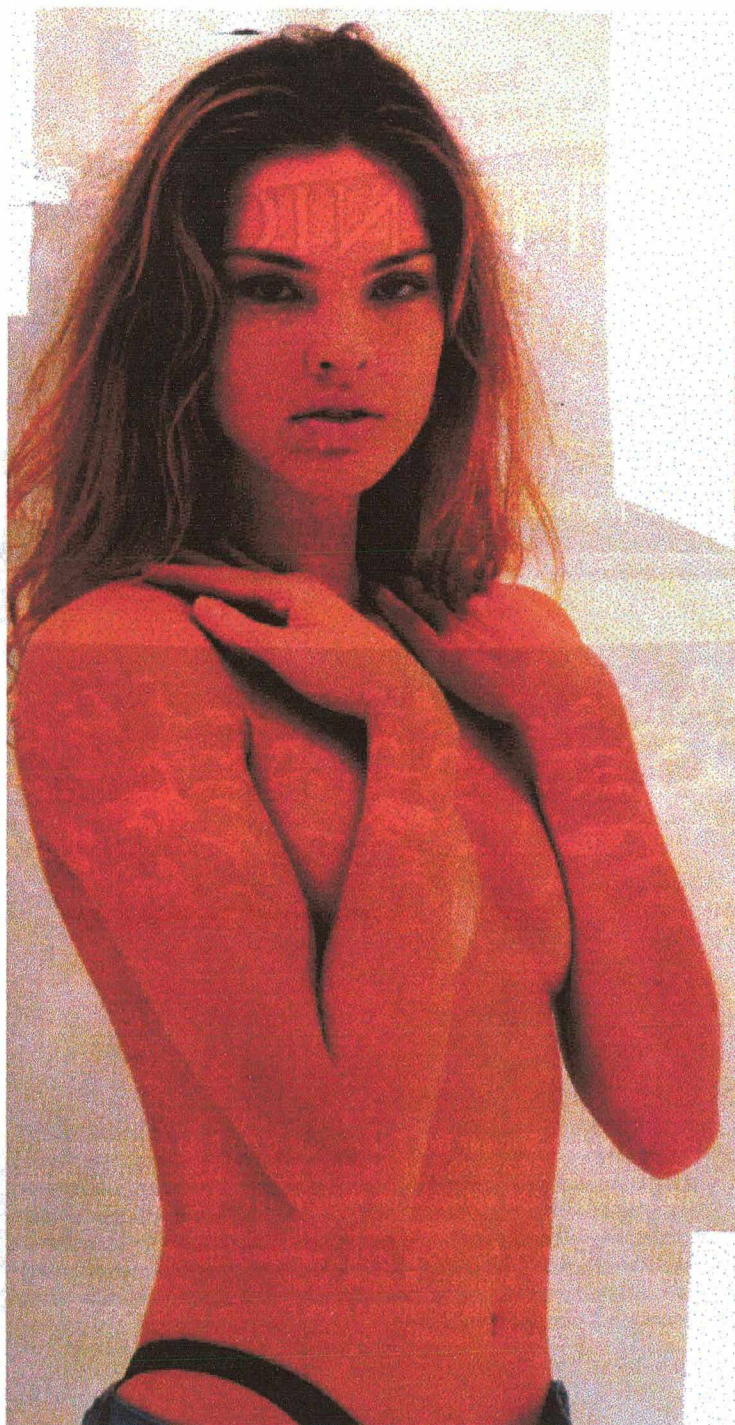
Vanessa: “ *O que tu me pediu para fazer ?*”

Repito novamente o pedido. Ela fica olhando e falando que não sabe o que quer. Olha uma manequim com um corpo bonito e diz :

Vanessa: “ *eu queria ter um corpo desses !*”

“Então, recorta essa figura (figura nº 17).”

Figura nº 17 - Expectativa 1 de **Vanessa**.



Por que queres um corpo assim?- pergunto.

Vanessa: *“Porque o meu tá feio, depois que eu ganhar, vou ter que ficar gorda porque senão vai aparecer todas as estrias, nesse verão não vai dar pra usar biquíni, vou só usar short”.*

Aproveito a oportunidade e ressalto que o corpo dela está com o ganho ponderal dentro do normal para o período gestacional e que após o bebê nascer a mulher perde peso. E se mesmo assim ela continuar com uns quilos a mais poderá optar por uma dieta para dentro do possível retornar a aparência corporal anterior a gravidez.

Reporto-me aos estudos realizados com as adolescentes grávidas os quais referem que elas 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 para a gravidez. Essas transformações corporais rapidamente ocorridas, de um corpo em formação para o de uma mulher grávida, são vividas com certo espanto pelas adolescentes. Por isso, é muito importante a aceitação e o apoio quanto às mudanças que estão ocorrendo, por parte dos pais, amigos e principalmente do companheiro.

Continua a olhar as revistas e procurando ler as reportagens dos artistas que realizam as novelas.

Gostaria de acrescentar mais um?- proponho.

“Não sei o que colocar ! “... Ri.

Começa novamente a olhar as revistas. Procura, olha as figuras mas relata não encontrar. Procura mais algumas e diz: *“ esta aqui poderia ser”* (figura nº 18).

O que significa essa gravura ?

Vanessa : *"Parece lá fora, adoro aquela calma. Eu gostaria de morar lá".*

Figura nº 18 - Expectativa 2 de Vanessa.



A expectativa levantada por Vanessa é uma atitude bem diferente daquela vivenciada anterior à gravidez. Faço tal colocação baseada nos próprios relatos da adolescente. Nos finais de semana, comentava Vanessa que não conseguia ficar em casa pois gostava muito de sair. Percebo o quanto este fenômeno, a gravidez, está exercendo modificações em seu modo de vida, a tal ponto de querer ir morar na zona rural. Vejo que há algo maior, o qual está permeando essa atitude, a ausência do pai de seu filho e a não aceitação da paternidade são elementos muito relevantes e que a adolescente grávida não fala, mas demonstra em suas atitudes de revolta e indiferença.

Outras expectativas levantadas na prática realização dessa prática:

Durante a realização dessa prática, mais expectativas foram levantadas além da técnica acima citada. Destaco a seguinte:

“O pai disse que vai me dar o quarto do nenê, o carrinho e também vai ajudar a aumentar a casa, vai fazer mais uma peça, um quarto para min, a minha irmã e o nenê. “

“Quantas peças tem a casa, Luana ?”

“Três peças.”

“Quantas pessoas moram aqui ?”

“Aqui mora eu, a minha irmã, a tia Angelita, o tio Maurício, o Fabricio que tem 4 anos, e o meu avô.”

(Luana, 1ª visita)

Enquanto o profissional busca os dados, ele também sofre intervenções

Nessa prática de cuidar, à medida que eu buscava os dados também **sofria intervenções**. As intervenções sofridas foram as preconizadas por Leininger, a saber:

- em nível de *acomodação*:

* *A fixação dos horários para as visitas no turno da tarde, muitas vezes não compatíveis com a minha disponibilidade proporcionava uma certa dificuldade minha para a coleta de dados, mas como necessitava, tinha que me adaptar.*

* *“Naquele dia, tinha que me cuidar para as moscas não entrarem na minha boca quando falava devido a grande quantidade desses insetos que existia voando na cozinha. Tive que me ajustar ao ambiente.”*

(Notas de campo - Luana, 8ª visita)

- em nível de *repadronização*:

* *A realidade do profissional buscando o cliente para mim, nesse momento, não era comum de ser vivida. Nesse momento tive que mudar meus hábitos.*

* *Senti uma angústia muito grande quando estava procurando as adolescentes e não estava conseguindo encontrá-las, pois vivenciava a experiência de a clientela vir buscar o atendimento.*

Constatei que também o ambiente, nesse sentido, sofria várias intervenções, durante o desenvolvimento do processo de cuidar. Percebi que mesmo não querendo intervir no contexto, pois meu objetivo era conhecer como o cuidado era desenvolvido no processo de gravidez da adolescente, noto que interferi, devido ao mesmo ser preparado para os dias das visitas.

Identifiquei que os sujeitos do estudo realizavam acomodação no ambiente em virtude da minha visita, dentre as quais cito algumas:

“Tu sabes que eu me deitei para sestar um pouco e botei a televisão pra me acordar, eu não ouvi nada, quando acordei eram 3 horas e lembrei a Sonia vem aí e está tudo desarrumado, a cozinha tinha louça e panela pra lavar, arrumar, levantei e fui arrumar.

Terminei, fui tomar um banho porque a gente sua e fica toda grudenta.

Tu imaginas que quando fui tomar banho não tinha água! Nós não temos caixa d’água então quando falta água é aquilo”.

(Daniela, 4ª visita)

“Na última visita havia uma toalha nova que cobria toda a mesa redonda, desta vez estava com um toalha que era um pedaço de pano que havia sido rasgado e estava sendo aproveitado como toalha”.

(Notas de campo, Luana, 4ª visita)

A implementação dos cuidados foi caracterizada pelos elementos ou “constructos do cuidado” (vide p. 45).

O planejamento e a implementação das ações de cuidado foram compartilhados com a gestante e família, dentro do possível.

4.3.2 Registrando os dados levantados

Após os encontros, as anotações mais importantes, para não serem esquecidas, eram feitas por mim, muitas vezes dentro do ônibus, dentro do carro, ou logo em seguida, quando chegava na minha residência.

As anotações de campo, segundo Trivinões (1995, p. 154), representam:

*“as descrições de fenômenos sociais e físicos, explicações levantadas sobre as mesmas e a compreensão da totalidade da situação em estudo. Este sentido tão **amplo** faz das anotações de campo uma expressão quase sinônima de todo o desenvolvimento da pesquisa. Num sentido **restrito** [...] são todas as observações e reflexões que realizamos sobre expressões verbais e ações dos sujeitos, descrevendo-as, primeiro, e fazendo comentários críticos, em seguida, sobre as mesmas”.*

O diário de campo, conforme Minayo (1998, p. 63-64) ressalta, é:

um instrumento ao qual recorremos em qualquer momento da rotina do trabalho que estamos realizando. [...] Nele diariamente podemos colocar nossas percepções, angústias, questionamentos e informações que não são obtidas através da utilização de outras técnicas. [...] Sobre ele o pesquisador se debruça no intuito de construir detalhes que no seu somatório vai congrega os diferentes momentos da pesquisa. Demanda um uso sistemático que se estende desde o primeiro momento da ida ao campo até a fase final da investigação. Quanto mais rico for em anotações esse diário, maior será o auxílio que oferecerá à descrição e à análise do objeto estudado.

Após, essas anotações prévias que serviam de roteiro para realizar as anotações no “Diário de Campo”, eu as digitava no anexo nº 6 e os dados eram analisados. Essa digitação era demorada, pois eram tantos os dados que iam aparecendo na minha mente, que jamais pensei que seria capaz de armazenar tanta informação, sem realizar anotações. À medida que emergia um dado, este puxava um outro, parecia **“um desenrolar de um novelo de lã”**.

Esta atividade, o diário de campo, foi efetuada com o objetivo de registrar os dados tais quais eles se apresentavam. Assim, os dados obtidos nas observações, processo de cuidar e entrevistas foram fielmente registrados a fim de manter a linguagem própria dos informantes.

Adotei neste estudo o diário de campo, nele constando as notas do observador e as reflexões obtidas. Essas formas de registrar as observações de campo são preconizadas por Leininger (1991c) e foram utilizadas por Patrício (1990,1997); Monticelli (1997); Bielemann (1997) e Schwartz (1998).

Foram utilizados, além dos Diários de Campo (anexo 6), os instrumentos a saber: Carta de Apresentação (anexo 1), Consentimento Livre e

Esclarecido (anexo 2), Tópicos norteadores para a entrevista com a adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro (anexo 7).

4.3.3 Avaliando os Cuidados

A avaliação era identificada através das evoluções das situações de saúde - doença, e realizada durante o processo de cuidar, observando se o cliente aderiu ao cuidado e o reflexo deste na sua situação de saúde - doença, individual e familiar. A avaliação da adesão do cliente ao cuidado foi dentro das condições socioeconômicas e culturais disponíveis, como também daquelas que procurei orientar para conseguirem recursos.

4.3.4 Seguindo os Princípios Éticos

Durante todo o desenvolvimento deste estudo, como já foi mostrado anteriormente, a minha preocupação estava direcionada aos **princípios éticos**.

Ressalta Lunardi (1994, p.48) que:

“a ética se ocupa de um objeto próprio: a moral. A moral não é ciência, mas objeto da ciência, sendo pela ciência estudada, investigada e explicada. A ética é a ciência da moral. Ética e moral relacionam-se como uma ciência e o seu objeto. Moral vem do latim: mores ou mos, significando costume ou costumes: um conjunto de regras ou normas que se adquire por hábito. Ética vem do grego ethos, significando modo de ser ou caráter, entendida como uma forma de vida adquirida ou conquistada pelo homem. As palavras ética e moral estão relacionadas pois ambas referem-se diretamente ao comportamento

humano. A ética desenvolve-se a partir de uma concepção filosófica do homem. Homem, como um ser histórico, social, como um ser que transforma, de modo consciente, o mundo que o rodeia e no qual está inserido, transformando sua própria natureza”.

Complementa Gelain (1994) que a ética, então, deixa de ser, apenas, um conjunto de normas que dirigem os atos humanos e apresenta-se como responsabilidade ética, a problematização da prática como busca de alternativas mais adequadas à promoção do cliente, dos direitos e deveres dos profissionais e da coletividade.

Ressalta ainda Gelain (1994, p. 30) a definição de Vasquez sobre ética, que *“é a ciência do comportamento moral dos homens em sociedade”*, salientando que *“o comportamento prático moral surge da conotação e compromisso social do homem e a ética aparece”*.

Diante disso, para a realização desse estudo apoiei-me nas seguintes legislações: Resolução N° 196/ 96 Sobre pesquisa envolvendo seres humanos e alguns artigos do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1998, p. 36) que são deveres de ação profissional os quais se encontram no Capítulo IV, Dos Deveres do nosso Código de Ética:

*“Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão;
Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente;
Solicitar consentimento do cliente ou do representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa e atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito à privacidade e intimidade e a liberdade*

*de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar;
Ser honesto no relatório dos resultados de pesquisa”.*

De acordo com esse mesmo Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (1998, p. 34) em seu Capítulo I, artigos 1º e 3º, ressaltou:

“a Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos legais [...]

o profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”.

Atendendo aos princípios básicos de Enfermagem, foi percorrido o seguinte caminho para seguir os procedimentos éticos a saber:

- Foi contatado com a chefia da Unidade Sanitária para informar e discutir sobre o presente trabalho, bem como a médica gineco-obstetra para interação e parceria;
- Os princípios relativos à livre escolha de participar do estudo foram respeitados e basearam-se em Contandriopoulos et al. citados por Padilha (1995, p. 127):

*Não foi exercida nenhuma pressão, constrangimento ou influência indevida sobre a gestante adolescente;
Foi concedido um período razoável de reflexão a gestante adolescente;
Foi informado a gestante que ela era livre para se retirar, quando quisesse.*

- As gestantes, companheiros e familiares que participaram da prática foram identificadas através de nomes fictícios que as

adolescentes grávidas escolheram, a fim de protegerem a identidade.

- Foi realizada uma explanação oral do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo 2), em que era informada a natureza do estudo, seus objetivos, método, benefícios previstos, e o incômodo que poderia acarretar. Todas as gestantes que aceitaram em participar do estudo assinaram o termo;
- Foi assegurada a privacidade através do anonimato;
- O ser humano mereceu respeito e consideração frente a suas crenças e valores.

Pelas características do referencial que guiou esse estudo todo o processo de cuidar foi desenvolvido através de princípios éticos.

5 A GRAVIDEZ DA ADOLESCENTE NO AMBIENTE FAMILIAR: CONVIVENDO COM A PRESENÇA CONSTANTE DE UMA AUSÊNCIA

É consenso para a maioria dos enfermeiros considerar o indivíduo, a família e a comunidade como clientes da Enfermagem.

A família em todas as suas nuances tem sido olhada por vários grupos, dentre os quais destaco o grupo GAPEFAM (Grupo de Assistência Pesquisa e Educação em Saúde da Família), o qual está vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sendo liderado pela Dra. Ingrid Elsen.

A família é uma unidade de cuidados composta por seres humanos que interagem trazendo crenças, valores e práticas, apreendidos no decorrer do processo de crescimento e desenvolvimento, fazendo parte de seu patrimônio cultural.

A Enfermagem quando cuida da família interage com a mesma, no próprio ambiente, onde são construídos os significados. Essa interação favorece uma troca de saberes, da qual Enfermeiro(a) e família saem enriquecidos(as). Esses seres humanos interagem nesse processo, pois trazem consigo diferentes

crenças, valores e práticas que foram apreendidos no sistema popular e / ou no profissional de saúde.

Assim é imprescindível uma atuação competente dos profissionais e compromissada com esses seres humanos-família em busca de uma vida familiar de mais qualidade, dignidade e solidariedade.

Complementa ainda Elsen (1994, p. 50) que:

“cuidar da família é complexo pois envolve compreendê-la em sua totalidade”.

A família é considerada complexa porque desempenha diversas funções, ora perdendo ora adicionando outras, sendo que as mais importantes permanecem como a reprodução da espécie, a criação e a socialização dos filhos e a transmissão do patrimônio cultural (Schwartz, 1998, p 40).

Durante milhares de anos, a prática de cuidados na família ligava-se fundamentalmente às atividades da mulher, pois era ela que tinha o encargo de **tomar conta** de tudo que mantém a vida cotidiana nos seus mais pequenos pormenores (Collière, 1999).

A mulher possui seu papel culturalmente definido de prestadora de cuidados de saúde na família e é a responsável pela perpetuação da espécie, pois está gerando, criando, socializando os filhos e transmitindo o aporte cultural. Ao homem cabe o papel, também culturalmente definido, de mantenedor da família, saindo para trabalhar e trazer os recursos para sobrevivência dela.

Nesse sentido, esse estudo identificou que no momento que algum ente da família apresentava alguma alteração de saúde, era a mulher em todas as famílias, geralmente a mãe, a pessoa que se preocupava com o cuidado.

Tal observação corrobora com Silva (1996, p. 82-88), os quais destacam:

“as questões de saúde e educação da família sempre ficam com a mulher [...] é ela a pessoa fundamental na procura, na utilização e disseminação de práticas populares em saúde, dado a seu papel culturalmente definido, de uma pessoa preocupada com o bem-estar familiar.”

Isso vem ao encontro de Collière (1999, p. 104), que afirma:

“as mulheres constroem o seu papel social a partir de um conjunto de atividades que visam assegurar a continuidade da vida. São essas atividades que guiam as suas atitudes e comportamentos.”

Portanto, a mulher quando engravida na adolescência, geralmente, enfrenta sozinha esse processo de gravidez, pois o pai de seu filho comumente está ausente desse processo, gerando nela sensação de desamparo.

Esse comportamento de assumir o filho sem o apoio do(a) companheiro(a) parece um papel atribuído pela sociedade somente à mulher:

Como fica evidente nos relatos apresentados, nessa prática, o processo de cuidar das adolescentes grávidas e suas famílias foi pautado num contexto cultural sendo respeitadas as crenças, valores, práticas de saúde dos seres humanos. Conforme Leininger, a Enfermagem tem como base o cuidado do ser humano e tenta compreendê-lo em seus muitos contextos.

5.1 O Significado da Gravidez da Adolescente no Ambiente da Família

A reprodução da espécie, a criação e a socialização dos filhos e a transmissão do patrimônio cultural são elementos que compõem a família, tendo uma cultura de significados na família.

Vanessa é uma jovem que não fala muito de sua situação, quando questionada sobre algo mais pessoal sobre o fenômeno vivenciado, responde com monossílabos e procura desconversar. Respeito sua atitude, vindo a corroborar com a afirmação de Gelain (1997) que “*é antiético obrigar o cliente a falar o que não quer*”.

Somente consegui entender suas atitudes numa das últimas visitas, quando estava presente uma amiga a qual realizou comentários sobre a situação do pai do filho da adolescente estar se negando a assumir a paternidade.

No entanto, **Vanessa** tinha prazer em mostrar o enxoval do nenê, as roupinhas presenteadas, e as que tinha comprado.

Quando pergunto a **Vanessa** sobre como sentiu-se, quando ficou sabendo que estava grávida, responde-me:

“fazer o quê, eu não queria , mas aconteceu!”
(Vanessa, 1ª visita)

Notei na sua fala um ar de amargura, tristeza, pois não era aquilo que queria, porém como aconteceu, aceitou.

Antes de engravidar, **Vanessa** dizia que “vivia na rua” (ia a baile, discoteca, visitava as amigas, passeava bastante) e depois que engravidou isto mudou.

Salienta que não gosta mais de sair pois não pode “...*dançar e se sacudir nos bailes...*”, pois aos pequenos esforços apresenta dores (contrações), e além do mais, queixa-se de que fica ‘toda molhada’ de tanto que transpira, “...*eu não gosto de ficar toda suada...*”. Observei uma mudança dos hábitos de lazer, devido à atual situação.

Apesar de a gravidez não ter sido planejada, ela realiza cuidados para a manutenção da mesma.

“tomei remédio até pouco tempo...não posso fazer força que aparece as dores ... a mãe que limpa a casa.”

(Vanessa, 2ª visita)

As dores que **Vanessa** referia eram contrações que aos pequenos esforços apareciam, tanto que ela refere na pag. que os afazeres que dispendiam maior esforço eram realizados pela mãe.

Ao falarmos sobre o recebimento da notícia de sua gravidez pelas famílias, comenta que sua mãe já desconfiava e lhe falava, porém **Vanessa** não acreditava que pudesse ter engravidado.

A mãe já havia demonstrado preocupação com a prevenção da gravidez, pois foi ela quem indicou à **Vanessa** o anticoncepcional, contudo a jovem não usou a medicação por muito tempo, pois estava lhe causando efeitos colaterais:

“Tomei Nordette durante 2 a 3 meses mas comecei a apresentar vômitos e tonturas,.. aí parei... e ... engravidei.”

(Vanessa, 1ª visita)

Quanto à família de **Alex**, informou que a mãe dele, Lizete, aceitou bem, mas o pai, Paulo, não gostou.

Paulo é separado de Lizete. Mora em Porto Alegre e vem a Pelotas seguido, para visitar os filhos. Esse episódio pode ter influenciado na repentina solicitação de demissão de emprego do **Alex**, favorecendo então a ida do rapaz a Porto Alegre para trabalhar lá.

O significado da gravidez para Danieia no momento em que desconfiou da gravidez:

"Foi meio estranho, pois antes de engravidar dizia para o "Béco" (apelido de Leonardo) que gostaria de engravidar, que queria ter um filho. Mas quando começou a atrasar a menstruação, comecei a ficar preocupada e a falar para o "Béco"... que ainda não tinha vindo... Ele dizia que talvez estivesse atrasada, que em seguida viria. Ele foi a farmácia e comprou um destes testes, sei que não é muito seguro, deu positivo, mas eu queria era fazer um exame mesmo. Fui na Doutora ... pedir para fazer os exames e realmente ter certeza."

(Danieia, 1ª visita)

Danieia apresentava uma prática para a prevenção da gestação, porém, devido a uma alteração no volume de seus seios, decidiu fazer uma pausa com o anticoncepcional e utilizar outro método, o que se evidencia a seguir:

"Eu 'tava tomando "Mercilon" e como meu seio 'tava aumentando muito resolvi parar para ver se era do remédio. Usamos a camisinha e a tabela. Só que a camisinha rasgou, mas eu não fiquei preocupada, pois não estava nos meus dias férteis".

(Danieia, 1ª visita)

Nota-se que a gravidez de Danieia também não fora planejada, mas depois ela estava desejando muito, apresentava-se feliz em todos os momentos que convivi com ela. Havia uma ansiedade e um desejo enorme de que aquele parto ocorresse dentro da normalidade, pois estava desejosa de conhecer logo sua filha Flávia:

*"sabe ...terça-feira, eu fiz o ultrassom que a Doutora ... conseguiu pra mim, deu bem para ver o sexo...
(Daniela fala toda contente)*

“É uma menina, vai se chamar Flávia, em homenagem a meu irmão que mora no Paraná, Flávio, acho que ele vai ficar contente”

(Daniela, 1ª visita)

A gestante comentou que a notícia da gravidez fora recebida pelas famílias assim:

“Com a mãe, desde o início eu comentei do atraso da menstruação, ela aceitou bem.... não acredita até hoje que a camisinha rasgou...”

...Com o pai foi mais difícil de contar, sabe como é pai, tem mais respeito, ele veio umas quantas vezes aqui e eu não tinha coragem de contar. A mãe e o pai não se falam, não tinha como ele ficar sabendo.

Mas a mãe contou para o meu avô e ele falou para o pai, que ficou chateado por ficar sabendo pelos outros. Ele vinha aqui em casa a cada dois dias e como eu não contava ele começou a espaçar mais as visitas. Ai eu disse para a mãe já que fui eu que fiz eu que tenho que falar.

Um dia ele chegou e a Samanta mostrou para ele os presentes do nenê. Ai eu contei”.

(Daniela, 1ª visita)

No entanto, na família de Leonardo houve uma preocupação com Daniela, por ela ser muito jovem para engravidar, o que é evidenciado a saber:

“a mãe dele falou que eu era muito nova, mas que agora não adiantava mais. Aceitou depois”.

(Daniela, 1ª visita)

A preocupação da mãe de seu companheiro é corroborada, pela do pai Marcos Antônio, pois quando lhe perguntei sobre a gravidez de Daniela, comentou que:

“não gostei muito pois achei um pouco cedo, queria que ela estudasse mais.”

(Daniela, 3ª visita)

Notava-se em Marcos Antônio, uma dúvida com relação ao companheiro de **Daniela**, principalmente, na questão de Leonardo assumir a paternidade:

"eu também pensei que o rapaz não iria assumir, e não queria que minha filha ficasse sozinha".

(Daniela, 3ª visita)

No transcorrer da gravidez de sua filha, à medida que presenciou que o companheiro estava assumindo a situação da gravidez, ficou mais tranqüilo. Saliou, porém, que esse relacionamento não era obrigado a dar certo, somente pela gravidez de **Daniela**:

"sei que eles estão assumindo juntos mas também não é obrigado a dar certo, se não der... eu estou aqui pra ajudar".

(Daniela, 3ª visita)

Demonstrou sempre, nos momentos que convivi com eles, um carinho muito grande pelas filhas:

"são minhas filhas, são muito queridas, meigas e sinceras. Apesar de não estar junto com elas, eu venho aqui quase todos os dias. Adoro elas, elas sabem disso".

(Daniela, 3ª visita)

A família de **Daniela** estava aparentemente muito contente, pois vários eram os preparativos para a vinda de Flávia.

Daniela e **Samanta**, as duas irmãs, estavam “curtindo” esta gravidez: ressaltava a gestante que não via a hora de a filha nascer, pois elas chegavam a “brincar” com isso:

“ essa semana eu e a Samanta pegamos um cobertor e uma babita e enrolei como se tivesse alguém dentro e andava pela casa [...] A Samanta deu uma ajeitada que parecia a bundinha. Eu dizia: só o que “tá faltando aqui é o rosto”.

(Daniela, 2ª visita)

Percebia-se que Daniela, em alguns momentos, apresentava-se em plena fase de transição da infância, segundo a situação acima vivenciada. Porém em outros momentos possuía maturidade, alternâncias evidentes nesta fase do desenvolvimento.

Na família de Luana, em alguns instantes do trabalho, notei uma mágoa muito grande com relação a situação que estava vivenciando e a André.

Quando transou com André, **Luana** manifesta que pensou :

*“foi a primeira vez, eu achei que não iria **pegar barriga**”*

(Luana, 1ª visita)

Luana continua falando sobre o assunto e comenta:

*“eu ficava com vergonha de perguntar pras minhas tias, essas coisas...
...tivemos 3 transas... eu não ‘tava preparada”.*

(Luana, 1ª visita)

Ao perguntar à adolescente como se sentiu, quando soube que estava grávida, respondeu-me:

"no início, fiquei apavorada."

(Luana, 1ª visita)

Luana, nas primeiras visitas, fala com amargura sobre sua situação de gravidez. Informa que, no início, sua gravidez foi muito comentada pela família de André. Relata que eles fizeram comentários para as pessoas da vila onde eles moram que ela não prestava, era "vagabunda".

Esse fato interferiu muito na vida de **Luana**, chegando ao ponto de realizar práticas para interromper a gestação:

"pensei em tirar, comecei a tentar tomar chá de arruda para abortar só que não consegui engolir,...tive vômitos...

... depois desisti, fiquei com medo...podia fazer mal pra mim e pro meu filho".

(Luana, 1ª visita)

Ana, a tia, ao ver que estava tentando interromper aquela gestação, solicitou que **Luana** parasse de tomar aquele chá e ofereceu-lhe apoio:

"deixa vir Luana pois onde comem seis comem sete"

(Luana, 1ª visita)

Luana comenta sempre que Ana é muito boa e que se preocupa com ela. A jovem relata um sentimento de carinho muito grande pela tia, pois desde que sua mãe falecera Ana cuida dela e de sua irmã.

André, no momento em que ficou sabendo da notícia da gravidez, nunca mais procurou Luana.

A adolescente grávida comenta que o pai recebeu a notícia da gravidez da seguinte maneira:

*“o pai ficou **brabo** porque o André não queria assumir a gravidez... e que a filha dele seria **mãe solteira**”.*

(Luana, 2ª visita)

Mas no momento em que sentiu Luana enfrentando sozinha aquela situação:

“para que tu tens pai ? Eu vou te ajudar a criar...”

“O pai disse que vai me dar o quarto do nenê, o carrinho e também vai ajudar a aumentar a casa, vai fazer mais uma peça, um quarto para mim, a minha irmã e o nenê”.

(Luana, 2ª visita)

Após o impacto inicial da notícia para o pai de Luana, a reação dos demais membros da família era de contentamento:

“...toda a família tá contente, sou a primeira sobrinha a ter filho e meu filho vai ser o primeiro neto do meu pai”

(Luana, 1ª visita)

Quando conversei com a avó paterna de Luana ela manifesta reação de contentamento com a gravidez da neta.

“Eu fiquei contente, mas sinto pena, não posso ajudar pra comprar o enxoval, eu não tenho dinheiro”.

(Luana, 5ª visita)

No entanto, a família de André estava incomodada, com a notícia da gravidez, a qual não foi bem recebida:

“Falaram de mim, toda a vila ficou sabendo.”

“O que falaram?”

“Ah!, que eu andava com um monte de gente.

Mas namorado a gente tem, só que eu só dormi com ele.

Falaram que eu era “puta”.

A mãe dele disse: que eu queria estragar a vida do filho dela.”

“Como assim?”

“Porque no início do ano ele vai pro quartel e se tiver filho eles não aceitam.”

(Luana, 1ª visita)

Entretanto, a avó e uma irmã de **André**, casada com um tio de **Luana**, tiveram uma reação diferente, elas aceitaram e presentearam-na com roupinhas para o enxoval do nenê:

“a avó dele e uma irmã aceitaram bem.

A avó dele já me deu dois sapatinhos de lã e a irmã, uma toalha de banho”.

(Luana, 1ª visita)

5.2 O pai do filho da adolescente: uma ausência presente

O processo pelo qual se descobriu a participação masculina na reprodução está entrelaçada com a história da família.

Evidencia Patrício (1990, p. 218) no estudo que fez com família de adolescentes grávidas que:

“a sociedade cuja cultura enaltece o desenvolvimento escolar e a participação da mulher no mercado de trabalho, ao mesmo tempo lhe confere e lhe impõe os deveres de mãe, sem a mesma conduta junto ao pai da criança, talvez esteja determinando unicamente à mãe essa responsabilidade [...] a cultura dessa sociedade legitima cada vez mais esse fenômeno, pois confere à mãe e até a sua família a preocupação de planejar e executar os cuidados no evento, sem a intenção explícita de modificar esse fenômeno [...] o

fenômeno da inexistência da paternidade responsável é um traço cultural, não apenas de nossa sociedade, mas de outras também, pois esse tema é bastante abordado na literatura dessa forma”.

Contemplando a temática paternidade na adolescência, encontro na literatura referenciada apenas Trindade (1997), que realizou um estudo com pais adolescentes. Em seu estudo, Trindade (1997) coloca a dificuldade de conseguir os sujeitos para o estudo, no qual realizou contato com 16 rapazes, pais adolescentes, sendo que somente 7 aceitaram participar do trabalho, enfatizando outro ponto a ser considerado.

Apesar de a relação sexual entre indivíduos heterossexuais envolver um homem e uma mulher, a possibilidade de uma gravidez, planejada ou não, na maioria das vezes, é deixada sob a responsabilidade feminina. Esse fenômeno é corroborado não só pelo senso comum, como também pela literatura especializada que tem se dedicado mais à maternidade do que a paternidade.

Eis aqui um aspecto cultural de nossa sociedade.

A ênfase dada ao papel da mãe é muito maior do que ao do pai, entretanto isso não significa que o pai não seja importante na geração e educação dos filhos (Trindade, 1997).

A nossa sociedade enfatiza o papel da mulher na procriação e também nos cuidados com os filhos. Esta ênfase cultural baseia-se em dados biológicos que são a gravidez e a amamentação. Entretanto mesmo após o período da amamentação, a mãe continua a ser a principal responsável pelo cuidados dos filhos. Quando ela se ausenta por motivos de trabalho fora de casa, há uma figura substituta, geralmente também do sexo feminino, seja avó, babá, tia ou uma educadora de creche, acarretando a socialização de meninos e meninas ser desenvolvida por uma figura feminina (Trindade, 1997).

Esse processo de socialização é referenciado por Chororow e Gilligan citados por Trindade (1997) que mostram como é marcante a função feminina quanto ao relacionamento próximo às crianças, as diferenças de gênero masculino e feminino são construídas culturalmente. As diferenças biológicas entre homem e mulher são elaboradas de diversas formas de acordo com a cultura e a época.

Esse processo social de construção da identidade de gênero de homem e mulher, internalizando funções diferentes são incorporados de tal forma que passam a ser consideradas “naturais”, havendo uma tendência a tornar natural a intimidade feminina e o afastamento masculino.

A vivência dos meninos em relação a intimidade, refletir-se-á na idade adulta diante da paternidade. Como não “aprenderam” a vivenciar relações de intimidade, acabarão, na maioria das vezes, por distanciarem-se dos filhos. E as mulheres que quando crianças, tiveram a oportunidade de expressar sua afetividade terão mais facilidade para lidar com os filhos.

Salienta Trindade (1997, p. 21) que:

“vivemos num contexto geral de mudança tanto em nível social como também em relação à família, o papel do pai, apesar de ainda pouco considerado, tem sido alvo de alguns estudos”

Ainda hoje existe uma dificuldade muito grande na vivência da paternidade, em razão de nossa cultura que dá ênfase à participação da mulher na educação dos filhos. Outra questão no que tange a compreensão da vivência da paternidade se refere à identificação do pai com o filho e também com o seu próprio pai.

Estudos acerca do tema paternidade na adolescência existem poucos no Brasil. A efetivação é extremamente importante pois permitirá elucidar aspectos da vida humana que ainda estão obscuros Trindade (1997). Urge a necessidade de mais trabalhos abordando essa temática para um melhor entendimento.

Em artigo acerca da paternidade na adolescência no Rio de Janeiro, Helena (1995) relata que no Brasil inexistem estatísticas acerca do tema, mas as estimativas da Organização Mundial de Saúde mostram que cerca de 1 milhão de adolescentes tornam-se mães a cada ano. De acordo com entidades que atendem as jovens mães, para cada 3 mães adolescentes existe 1 pai que é adolescente, levando à estimativa de que aproximadamente 300 mil rapazes tornam-se pais no Brasil a cada ano.

Esses números são bastante significativos, embora exista muito pouco trabalho que abranja também a assistência e orientação ao adolescente que é pai. Assim, se para a adolescente é difícil enfrentar a gravidez, para o adolescente também, na medida em que não é educado, na maioria das vezes, para ver-se como co-responsável desse evento.

Desde a década de 60, foi intensificado o questionamento dessa realidade, mas, mesmo assim, encontra-se ainda de maneira predominante a idéia de que é a mãe a principal responsável pelos filhos (Trindade, 1997).

A maioria dos estudos evidenciam que há muito por se fazer para se ampliar a compreensão da paternidade na adolescência. Estudos são necessários para buscar aprofundar a visão do significado da experiência ao longo desse período de desenvolvimento.

Diante das constantes mudanças ocorridas nos costumes morais e sexuais, Trindade (1997, p.99) salienta como exemplo:

“o ficar vivido pelos adolescentes, ou o namoro em que o casal de adolescentes tem liberdade para viajar ou mesmo ficar em casa compartilhando de um mesmo quarto, fica claro que as práticas que envolvem a afetividade humana estão sofrendo modificações em suas vivências.[...] Embora aparentemente os pais “acatem” essas práticas, por outro lado, têm medo de parecer ultrapassados ou caretas e, assim não dialogam abertamente com os filhos do que essas práticas podem vir a acarretar. A possibilidade de seu filho vir a ser pai, ou da filha ficar grávida não é explicitada. Especialmente porque ainda se faz presente na educação familiar uma diferença na educação da garota e do rapaz. Enquanto a garota são transmitidos valores como a espera de um marido e de que a responsabilidade pelos filhos é especialmente sua, ao rapaz são ensinadas noções de que ele tem como principal responsabilidade o trabalho e que, ao longo da adolescência não precisa ter preocupações quanto à gravidez”.

Salienta a mesma autora que:

*“os rapazes ainda hoje são educados de modo a **curtir a vida** sem assumir responsabilidades. Se a adolescente fica grávida é problema dela, ela deveria ter se cuidado”*

O que observo é que o homem não precisa preocupar-se com a questão de evitar filhos pois estes não serão abrigados no seu corpo, além do que não são vistos como o principal responsável pelo cuidado direto dos mesmos.

O fenômeno **paternidade na adolescência** merece atenção porque, embora muitos rapazes assumam a paternidade, muitos também não o fazem.

Parto assim das constatações aliciadas nas falas das quais sobressai que:

“André falou que o filho não era dele, que eu andava com outros antes dele [...] mas namorados todo mundo tem [...] eu tive um namorado antes dele que namorei durante três anos e nunca rolou nada mais porque eu não gostava e com o André, rolou, porque dele eu gostava”.

(Luana, 1ª visita)

Depois que André ficou sabendo da notícia da gravidez, nunca mais a procurou. **Luana** comentou ter sentido que algumas vezes, quando ele passava por ela, queria falar-lhe, mas ela comenta que disfarçava e não dava oportunidade para que isso acontecesse:

“ele passa por mim e parece que quer chegar e falar comigo... eu faço que não vejo... não quero mais falar com ele [...] eu não gosto mais dele, por tudo o que ele me fez... agora só quero saber de mim e do meu filho”.

(Luana, 2ª visita)

Após uns 15 dias da minha primeira visita, aproximadamente, no quarto encontro, **Luana** comentava comigo que estava de namorado. Num primeiro instante, pensei que tivesse reatado com André.

No entanto, a reação de André ao saber do namoro de **Luana** foi de gozação por Vinícius aceitar **Luana** grávida.

“André anda falando para os amigos dele que o Vinícius é trouxa, assumindo um filho que não é dele, fica gozando”.

(Luana, 4ª visita)

Mas o namoro de Vinícius e **Luana** não alterou a atitude de André de não assumir a paternidade.

Na última visita que fiz a **Luana**, ela estava muito contente com o namorado, pois este lhe dava atenção e carinho, bem como estava lhe presenteando com utensílios de que necessitavam. Isso ficou bem claro, quando sua tia Verônica comentou que o Natal já havia chegado mais cedo para **Luana**:

“olha lá para o quarto e vê o presente que o Vinicius deu pra ela, e também pra irmã dela...aquela beliche.”
(Luana, 8ª visita)

Luana reforça a fala da tia e diz:

“ele também deu dinheiro pra a gente comprar os colchão à vista, acredita que ele já gastou 90 reais!?”
(Luana, 8ª visita)

Nas primeiras visitas domiciliares, quando perguntava a **Vanessa** sobre o **Alex**, informava que ele vinha vê-la no fim de semana.

“Como está o relacionamento de vocês depois da gravidez ?
“Bem, ele vem aqui, no final de semana. “
“Vocês saem?”
“Não, é difícil. Eu não gosto de sair”.
(Vanessa, 3ª visita)

Comentava **Vanessa** que antes da gravidez saía bastante, porém nunca referiu, durante os encontros, que ambos saíram para se divertir ou passear, já que ela gostava tanto de sair.

“Ele veio aqui domingo.”
“E aí saíram.?”
“Eu não ! Ele ...eu não sei...”

(Vanessa, 2ª visita)

Notei que algo não estava bem. Porém não quis naquele momento insistir.

*“E o Alex tem vindo te ver ?”
 “Ele foi para Porto Alegre, trabalha com o pai dele.”
 “Mas ele não estava trabalhando no Mercado ?”
 “Sim, mas 3ª feira ele pediu demissão, veio aqui me avisar que ia para Porto Alegre trabalhar com o pai”.*
 (Vanessa, 3ª visita)

Percebia sempre uma “revolta” em **Vanessa**, quando falávamos em **Alex**. Na nona visita, tive a oportunidade de conhecer a amiga Fabiana, que tinha 18 anos, a qual permaneceu presente durante a realização da visita domiciliar. A amiga comentou durante a conversa que **Alex** não estava aceitando o filho, pois dizia não ser dele. Esse fato nunca foi mencionado por **Vanessa**:

“eu agora não quero nem saber, pois vou registrar no nome da minha mãe e no meu e se for preciso ...eu coloco o nome do meu tio”.
 (Vanessa, 9ª visita)

Aproximadamente, nas três últimas visitas, notei que ela não queria mais falar sobre **Alex**. Quando perguntava algo, procurava desconversar ou pedia para não falar no assunto.

Respeitei seu pedido e aceitei sua atitude. Acredito que essa revolta, em parte seja pelo fato citado por Fabiana e também pela ausência de **Alex**, que havia ido para Porto Alegre há aproximadamente um mês. **Vanessa** não havia recebido nenhum tipo de notícias dele. Percebi um sentimento de mágoa e tristeza, pela ausência do namorado, pai de seu filho.

Daniela, ao falar do companheiro que assumiu a paternidade, ressaltou que:

“no início ele achava que não era gravidez, mas depois que ficou sabendo do resultado aceitou bem. Agora, está faceiro [...] ontem ele ligou e perguntou pelo resultado do ultra-som, eu disse [...] aí o Leonardo comentou o que já tinha falado pra mim que já sabia, desde o início, que seria uma menina [...] está contente”.

(Daniela, 1ª visita)

Ficou evidente nos relatos das gestantes adolescentes que apenas um companheiro das três assumiu a paternidade.

Daniela estava apenas aguardando o nascimento da filha para ficar alguns meses com a mãe a fim de adaptar-se à nova situação e aprender a cuidar de seu bebê. Informava que após iria para Arroio Grande morar com o seu companheiro, que já estava viabilizando recursos para a construção de uma casa para eles pois não queria que sua filha crescesse longe do pai.

Por outro lado, **André**, conforme verbalizações, inicialmente parecia estar assumindo a gravidez, porém após algum tempo “sumiu”, não mantendo mais nenhum tipo de comunicação com **Vanessa**, episódio este que gerava na adolescente atitudes de mágoa, revolta e tristeza, o que pode ser percebido nas suas falas.

Ao reportar-se ao pai do filho da gestante adolescente, Pinto (1986, p. 78) corrobora que esse **ser humano**, o co-responsável nesse processo de gravidez, é um **personagem invisível** sendo uma **ausência presente** no processo de gravidez.

Apenas um dos três companheiros assumiu a gravidez da namorada, Leonardo, o qual não era adolescente. Observa-se que Vinícius

(adolescente), mesmo não sendo seu o filho que **Luana** esperava, a aceita grávida e começa a se envolver no processo de gravidez.

Os discursos em sua maioria evidenciam que há muito ainda por se fazer para se compreender a paternidade na adolescência. São necessários estudos que busquem aprofundar o significado da experiência da paternidade ao longo desse período.

A reflexão e o diálogo acerca da sexualidade responsável é mais do que um problema “dos outros”, é um problema de cada um de nós (Trindade, 1997).

6 O SIGNIFICADO DA APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NA PRÁTICA ASSISTENCIAL COM AS ADOLESCENTES: REFLEXÕES FINAIS

Realizar a prática assistencial com adolescentes e famílias, e aplicar um marco conceitual, foi uma experiência nova e muito gratificante. Inicialmente, parecia um desafio muito grande, mas à medida que me inteirava do assunto, e o inseria em meu cotidiano profissional, ia amenizando meus pré-conceitos, pois o marco conceitual não só pode guiar a pesquisa e a prática, confirmando o que dizem os autores, mas também nortear o ensino.

Quando elaborei a proposta para a prática assistencial tinha alguns **pressupostos**. Na realidade vivenciada, alguns se concretizaram, outros se modificaram, por exemplo:

* O ser humano adolescente que encontrei era um indivíduo único, racional e romântico, histórico, que necessitava de outro ser humano para viver e ser feliz. Encontrava-se numa etapa de transição, de criança para adulto. Trazia consigo uma visão de mundo com seus valores, crenças e práticas de saúde de seu desenvolvimento, com os quais ele aprendeu a viver e auxiliar os outros.

* As gestantes adolescentes, durante a realização deste estudo, apresentaram seu estado de bem-estar (saúde-doença) alterado, por estarem enfrentando o processo de gravidez sem a presença do companheiro e outra só compartilhava esse momento aos finais de semana.

* A gravidez na adolescência intensificou conflitos, principalmente com os pais, no momento em que não houve a responsabilidade do companheiro em assumir a paternidade. Com o decorrer do tempo, essa situação foi sendo amenizada, e os pais passaram a dar apoio.

* A adolescência, geralmente, é vista como um momento sofrido para adolescente e família, porém o que foi vivenciado nesta prática não contemplou esta afirmação, pois as jovens não referiram e também não percebi ser a adolescência um processo doloroso. Ressalto que a gravidez para **Vanessa** estava sendo permeada de insatisfações devido a ausência-presença de seu namorado, o pai de seu filho. Para **Luana**, inicialmente, esse processo também foi sofrido, mas após encontrar um namorado que estava lhe dando atenção, não percebi, e não houve comentários, sobre a ausência do pai de seu filho, pois **Vinícius** estava assumindo o papel de pai de seu filho.

* Nessa prática, o pai do filho de duas adolescentes não assumiu a paternidade. Sobre **Leonardo**, foi referenciado que estava assumindo, porém não foi possível confirmar em loco, tendo em vista que não morava na cidade e também vinha esporadicamente nos fins de semana, dificultando nosso encontro, o que era justificado por estar ocupado com as plantações agrícolas da época.

* Ao prestar Cuidados de Enfermagem à adolescente grávida solteira e sua família, procurei sempre focalizar a cultura que envolve esse fenômeno,

mas talvez às vezes não tenha conseguido, tendo em vista ainda muito forte, o modelo biomédico arraigado em mim, embora apesar disso quisesse transcender.

* Como enfermeira que aborda a situação com olhar cultural, interagi com as adolescentes e suas famílias, tive que me acomodar e repadronizar tendo em vista a vivência com valores e crenças culturais muito diferentes dos meus.

À medida que buscava os dados, sofri intervenções de **acomodação** tais como: a **fixação dos horários** para a realização das visitas domiciliares muitas vezes não compatíveis com os meus; a presença na cozinha de muitas **moscas** no ambiente, temia que uma entrasse na minha boca nos momentos de conversa; a presença de **pulgas** no gato de **Vanessa** desencadeou medo pois temia que pulassem em mim, de tanta pulga que havia naquele animal. Nessas situações vivenciadas foram necessárias intervenções nas quais tive que me adaptar para poder realizar o estudo.

No que tange as intervenções de **repadronização** vivenciadas saliento a seguir: **assistir filme na TV** junto com Vanessa para facilitar a coleta dos dados devido a mesma só responder com monossílabos; **buscar o cliente** para mim e a dificuldade de encontrá-lo, não sendo uma prática profissional comum de ser vivenciada, bem como deslocar-me por ruas pouco movimentadas gerando angústia, insegurança e medo de ser assaltada. A fim de obter os dados e dar continuidade ao estudo, tive que me reestruturar.

No desenvolvimento dessa prática de cuidar, não só os sujeitos do estudos sofreram intervenções de Enfermagem, a autora durante a trajetória de prestar e orientar cuidados também sofria intervenções. À medida que interagia com os sujeitos no seu próprio contexto, conheci e aprendi outras maneiras de cuidar.

Dentre as **dificuldades** que encontrei gostaria de salientar o tempo para realizar as visitas domiciliares. Tendo em vista que as gestantes adolescentes solicitaram que as visitas se desenvolvessem sempre no horário da tarde, pois para elas era o melhor. Episódio esse que dificultou um pouco, pois só tinha livre três tardes na semana, devido às atividades docentes que continuava a desenvolver.

O que experienciei, durante a busca dos sujeitos para este estudo, foi muita angústia, pois o tempo estava passando e eu não os estava conseguindo. Acostumada a tê-los sempre facilmente no local de serviço de saúde, nessa modalidade de atenção percebi outra realidade.

Esses fatos, com certeza, contribuíram para atrasar um pouco mais o desenvolvimento deste estudo, pois estava chegando o tempo estipulado para a entrega do relatório e eu ainda estava coletando dados. A exigüidade do tempo fez com que resolvesse parar, mesmo não tendo conseguido coletar alguns dados. Fato este que me sobrecarregou na elaboração do relatório.

Almejei que esse estudo fosse diferente dos demais trabalhos realizados com adolescentes grávidas, pois estaria incorporando o pai do filho da adolescente no processo de gravidez, mas infelizmente, nesse momento, foi impossível concretizar.

Ao reportar-me aos conceitos do marco conceitual, escolhi para sintetizar este estudo o conceito de **ENFERMAGEM NA FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA**.

Analisando e refletindo sobre esse conceito com a prática assistencial vivida considereei os seguintes aspectos:

* este conceito engloba todos os outros, pois a Enfermagem-Enfermeiro participa no cuidado da família, da adolescente grávida solteira e do companheiro (seres humanos) no domicílio, adaptando-se ao ambiente. As situações de saúde-doença são detectadas pela Enfermagem respeitando as crenças, valores e práticas de saúde e recursos disponíveis (cultura);

* levantar os dados através de visita domiciliar com a técnica de entrevista e observação participante, foi extremamente adequado, visto que a coleta era realizada no próprio domicílio, dentro do ambiente do ser humano, possibilitando investigar o cuidado e a cultura dos sujeitos.

Ao explicar sobre o estudo, duas gestantes questionaram quanto ao número dos encontros e referiram serem cinco encontros muito pouco, pois eu não iria ver seu filhos nascerem. Combinei que para este trabalho, realizaria os encontros programados e mais alguns se fossem necessários, mas que depois iria visitá-las não com a mesma frequência, contudo iria acompanhá-las até o nascimento de seus filhos, com objetivo de manter o vínculo estabelecido. Ao realizar avaliação com os sujeitos do estudo, todas as adolescentes ressaltaram que gostaram; destaco a seguinte:

"...gostei, pois senti que alguém se interessou por mim para saber como eu estava, vindo até aqui na minha casa. Gostei ...e achei importante".

(Daniela, 6ª visita)

- A importância de buscar novas formas de conhecimento diferentes do modelo biomédico, a cada dia está sendo detectada pelos profissionais enfermeiros, os quais estão buscando o saber em outras áreas tais como: Psicologia, Sociologia, Antropologia na qual referencio os estudos de Patrício, 1990; Boehs, 1994; Budó, 1996; Monticelli, 1997 e Schwartz, 1998.

- Acredito que procurei, mesmo dentro de minhas limitações, desenvolver os cuidados respeitando as crenças, práticas e valores.

- Em suma, posso dizer que, na realização deste trabalho, inúmeros foram os **aspectos positivos** que emergiram, dentre os quais destaco alguns:

- * receptividade das adolescentes e suas famílias para a realização desta prática;

- * liberdade de entrar nas residências e conviver com suas famílias;

- * disponibilidade de horários para poder realizar as visitas;

- * valorização das gestantes pelo trabalho realizado.

Na realidade vivida, nenhuma das três gestantes e suas famílias conheciam o trabalho do profissional Enfermeiro.

A dificuldade de trabalhar com o pai adolescente já foi bastante enfocada neste estudo pois o foco geralmente é a mãe adolescente. A literatura comprova a afirmação na proporção de estudos realizados, pois abrangendo a maternidade existem muitos, mas a paternidade são escassos.

Será que o saber dos profissionais também está culturalmente arraigado ao papel da mulher como cuidadora e conseqüentemente ao homem não dirige tantos estudos?

Mas hoje vivemos uma realidade diferente, na qual pode ser visto o homem assumindo juntamente com a mulher o papel de cuidador junto aos filhos, bem como a mulher também assumindo o papel de mantenedora da família, pois está saindo para trabalhar e ajudando nas despesas.

Esse personagem invisível, o pai, presente na concepção - o co-responsável- mas geralmente ausente do processo de gravidez, é muito

importante para o ser humano que está sendo gerado e para a própria adolescente.

Mesmo que este pai não venha a conviver com a mãe de seu filho, é extremamente valioso para o ser humano que está em desenvolvimento no ventre da adolescente possuir uma referência de paternidade, pois estaria sendo propiciado o lado afetivo entre pai e filho, tão importante para qualquer criança durante o seu crescimento.

O compromisso para próximos estudos serem dirigidos ao pai adolescente pode ser para cada um de nós, profissionais da saúde. Refletir e/ou efetivar?

O período de realização dessa prática foi muito **gratificante** pois oportunizou a experiência de cuidar no contexto sociocultural das famílias das adolescentes grávidas solteiras, proporcionando-me compartilhar com outros seres humanos, com uma cultura diferente da minha, mas que com certeza me ensinaram muito.

Saliento que a simplicidade e humildade traz junto um sentido de união, solidariedade e ajuda muito significativo, como pode ser observado na seguinte fala:

"o tio não precisava queimar tudo porque ela morreu [...] nós não ia usar as roupas, podia ser dado para as pessoas lá do fim da rua que precisam [...] a vó gostava de se arrumar, tinha roupas boas [...] eu ganhei esses tip-top da tia Miriam, que tem gêmeos, e de uma vizinha [...] elas vão me dar mais, eu não quero já tenho o suficiente, elas devem dar pra outras que precisam também".

(Vanessa, 3ª visita)

- **Avaliando**, acredito que esse estudo me enriqueceu muito como ser humano, pois aprofundei meus conhecimentos, modifiquei minha visão de mundo sobre a prática do cuidado da adolescente grávida solteira e sua família, através de um referencial de enfoque cultural, trazendo modificações no meu fazer de enfermeira e docente.

Espero que, a partir desse estudo, outras pessoas se interessem pelo tema e possam utilizá-lo como subsídio nos seus trabalhos, a fim de contribuir para a promoção da qualidade de vida dos adolescentes e das famílias envolvidas no processo de gravidez.

Para finalizar gostaria de deixar as seguintes **sugestões**:

- * que as ações de Enfermagem, nas unidades sanitárias e no domicílio, contemplem essa clientela tão específica, as adolescentes grávidas e seus companheiros em seus trabalhos, bem como nos centros obstétricos;
- * que sejam desenvolvidas, nas escolas e serviços de saúde, trabalhos de educação com os adolescentes sobre sexualidade e reprodução;
- * que o município, em seus serviços, desenvolva programas específicos para o atendimento dos adolescentes, adolescentes grávidas, família e seus companheiros.
- * que a academia utilize esta tecnologia de cuidar e a propague na comunidade; melhorando a qualidade da assistência;
- * que este trabalho seja replicado na academia, pois existem dificuldades no ensino de graduação quanto a bibliografia. E as dissertações de mestrado têm trazido referenciais teóricos, tecnologias de cuidar que os alunos da graduação podem utilizar.

Concluindo saliento que aprendemos nesse mestrado, formas de intervir, intervenções essas mais saudáveis para nós e para aqueles que as recebem. É um mestrado que está nos ensinando a pensar tecnologias de cuidar e maneiras de operacionalizá-las, de forma bem diferenciadas.

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERASTURY, A.; KNOBEL, M. **Adolescência normal: um enfoque psicanalítico.** 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984.

ACETTA, Solange G. et al. **Adolescência: desenvolvimento puberal e sexualidade.** In: BUCHABQUI, Jorge Alberto. **Promovendo a saúde da mulher.** Porto Alegre: Editora da Universidade / UFRGS. 1995. p.37-42.

Adolescência. www.nickers@fusoos.com.br <1997>.

Adolescentes e sexo na América. www.aborto@aborto.com.br < 1997>

AGOSTINI, Sonia Maria Motink; LUZ, Anna Maria Hecker; MENDES, Sandra Maria de Abreu. **Adolescência: informação sobre anticoncepção.** **Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre: v. 9, n. 1, jan, 1988, p.23-28.

AIDS e sexualidade. Notícias sobre adolescência: sexualidade. www.instaladolescente.com.br/sexuali.htm (15/08/1998)

ALVES, Elionai Dorneles. **Promovendo e cuidando da saúde do adolescente em Brasília no Distrito Federal: relato de experiência.** **Cogitare,** Curitiba, v.1, n. 1, p.39-46, jan./jun. 1996.

ARANHA, M. L. **Filosofia da educação.** São Paulo: Moderna, 1989.

- ARAÚJO, Andréa F. T. et al. Conhecimento das adolescentes grávidas sobre métodos contraceptivos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (47: 1996: Goiânia). **Anais ...** Goiânia: Editora da UFMG, 1996. p.475.
- AUMANN, Gretchen M, E.; BAIRD, Margaret M. Avaliação do risco em gestantes. In: Knuppel, Robert A; Drekker, Joan E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1996. p.13-33.
- BARROSO, Carmem et al. **Gravidez na adolescência**. Brasília: IPLAN / IPEA – UNICEF; Fundação Carlos Chagas, 1986.
- BEATTIE, John. **Introdução à antropologia social**. 3.ed. São Paulo: Companhia Editora Nacional, 1980.
- BIELEMANN, Valquíria M. **O ser com câncer**. Florianópolis, 1997. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- BIROU., A. **Dicionário das Ciências Sociais**. Lisboa: Publicações Dom Quixote, 1982.
- BOEHS, Astrid Eggert. Construindo um marco conceitual e um processo de enfermagem para cuidar de famílias em expansão. In: BUB, Lydia I. R. (coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994.
- BOERY, Rita. N. S. de O. et al. **Enfermeiro educador: objeto de decor-ação?, uma história de vida**. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n. 2, p.133-148, jul./ dez.1994.

- BOSCO FILHO, João et al. Educação sexual nas escolas públicas: uma necessidade urgente. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (47: 1996: Goiânia). **Anais ...** Goiânia: Editora da UFMG, 1996. p.1005.
- BOWEN, M. **Family therapy in clinical practice**. New York: Jason Aronson, 1980.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Assistência à saúde da mulher**. <http://www.saude.gov.br/sps/dgpe/smulher/assisten.htm> (18/09/1998)
- _____. **Gravidez na Adolescência**. <http://www.saude.gov.br/sps/dgpe/sadolesc/gravidez.htm> (18/09/1998)
- _____. **Percentual de partos em adolescentes**. <http://www.saude.gov.br/sps/dgpe/sadolesc/popula.htm> (18/09/1998)
- _____. **Resolução n.º 196 / 96 Sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília. 1996.
- _____. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **Assistência ao planejamento familiar**. Brasília: COSMI, 1992.
- BRESSAN, Maria Dolores. Relato da experiência com grupos de gestantes adolescentes. **Revista Científica: Maternidade, Infância e Ginecologia**, v. 14, n.1, p.28-31, jan./jun., 1994.
- BUCHABQUI, Jorge Alberto. **Promovendo a saúde da mulher**. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 1995.
- BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SARTORI, Maria Salette. **Cuidado cultural: preservando, negociando, preservando - estudo sobre a Teoria de Madeleine Leininger**. Pelotas, 1996. (Não publicado)

- CADETE, Matilde Meire Miranda. **Da adolescência ao processo de adolescer.** São Paulo: 1994. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem. Universidade de São Paulo.
- CAMPOS, Dinah M. de S. **Psicologia da adolescência.** 15.ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- CARCELEN, Maria Tereza.; SOUZA, Roberto Martins. Gravidez na adolescência. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (47: 1996: Goiânia). **Anais ...** Goiânia: Editora da UFMG, 1996. p.479.
- CARTANA, Maria do Horto Fontoura. **Rede e suporte social de famílias.** Florianópolis. 1988, Dissertação de Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.
- _____. Heck, Rita Maria. Contribuições da antropologia na enfermagem: refletindo sobre a doença. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n.3, p.233-240, set./dez. 1997.
- CASTANHEL, Maria Sueli Del; BOEHS, Astrid Eggert. Cuidando de uma família na comunidade: uma experiência utilizando um referencial teórico. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.2, n.2, p.87-98, jul./dez. 1993.
- CERICATTO, Rodrigo et al. Anticoncepção e gravidez na adolescência: fatores associados. **Revista da AMRIGS**, Porto Alegre, v. 38, n. 4, p.294-298, out./dez. 1994.
- CERVO, A. L.; BERVIAN, P.A. **Metodologia científica.** São Paulo: McGraw-Hill, 1996.
- CHAUI, Marilena. **Convite à filosofia.** 5.ed. São Paulo: Editora Ática, 1995.

- COELHO, Elza B. Salema; PIMENTEL, Cleide Peron B.; PATRÍCIO, Zuleika Maria. Sem medo de mudar: desenvolvendo um método de ensino-aprendizagem participante. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 3, n.2, p.149-156, jul./dez, 1994.
- COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida: da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem**. Lisboa: Lidei- Editoras Técnicas e Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1999 (Trad. Maria Leonor Braga Abecasis)
- CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM. In: **Legislação**. Conselho Regional de Enfermagem, Porto Alegre(RS), 1998.
- DANZIATTO, Octávia C. Martin. **Gravidez na adolescência: os vieses de uma problemática**. www.roadnet.com.br/seele/numero.1octavia.htm (18/05/1997)
- DESSER, Nanete Ávila. **Adolescência: sexualidade e culpa**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; Fundação Universidade de Brasília, 1993.
- DIMENSTEIN, Gilberto. **A gravidez dos indefesos**. <http://www.gdimen.com.br> (04/05/1998)
- DONAS, Solum. **Marco epidemiológico conceptual de la salud integral deal adolescente**. San Jose (Costa Rica): OPAS/OMS, 1996. 20 p.
- ELSEN, Ingrid. Et al. Saúde familiar: a trajetória de um grupo. In: BUB, Lydia I. R. (coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p.19-60
- ESTATUTO da Criança e do Adolescente. 6.ed. São Paulo: Atlas S. A., 1997.
- FAWCETT, J. **Analysis evaluation of conceptual models of nursing**. Philadelphia: F. A. Davis Co., 1984.

- FELIZARI, Gessi Maria Cardoso. Enfermagem escolar e educação sexual para adolescentes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.11, n.2, p.12-19, jul. 1990.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de H. **Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa**. 2. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1986.
- FONSECA, Adriana Dora da. **Assistência de enfermagem as mulheres internadas por complicações associadas ao aborto provocado**. Florianópolis, 1996. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- GARCIA, Telma Ribeiro. **Cuidando de adolescentes grávidas solteiras**. Ribeirão Preto, 1996. Tese de Doutorado. Escola de Enfermagem Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- GAUDERER, Christian. **Sexo e sexualidade da criança e do adolescente**. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1996.
- GELAIN, Ivo. Repensando o enfoque da ética profissional. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p.29-34, jul./ dez.1994.
- _____. **Aspectos éticos na assistência de enfermagem**. Pelotas, 1997.
(Notas de aula da disciplina de Aspectos Éticos na Assistência de Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem)
- GEORGE, J. B. et al. Madelaine Leninger. In: _____. **Teorias de enfermagem : os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.286-299
- GIL, Antonio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1991. p.44-46.

- _____. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4.ed. São Paulo: Atlas, 1994.
p.107-109.
- GIORDANO, Mário G. et al. Anticoncepção na adolescência. **Femina**, v. 24, n.8,
p.707-715, set. 1996.
- GODOY, Arilda Schmidt. Pesquisa qualitativa: tipos fundamentais. **Revista de
Administração de Empresas**, São Paulo, v. 35, n. 3, p.20-29, maio/jun. 1995.
- GURGEL, Cibele. Educação sexual em tempo de AIDS. In: MUYLAERT; KAPLAN.
Criança em revista. Rio de Janeiro: Lápis de Cor Planejamento e Criação
Publicitária, 1995. p.6.
- HAGUETTE, Maria Tereza Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**.
Petrópolis: Vozes, 1992.
- HALLAL, Michel; FALEIROS, José Justino e col. **Municipalização da saúde de
Pelotas: a dinâmica do SUS**. Pelotas: Editora Universitária, 1995.
- HELENA, L. A. A paternidade antes da maioridade. **O Globo**, Rio de Janeiro, 23
jul. 1995. Caderno Rio. p.33.
- HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas,
1994.
- HOEBEL E. A.; FROST, E. **Antropologia cultural e social**. 10.ed. São Paulo:
Cultrix, 1995.
- INÁCIO FILHO, Geraldo. **A monografia nos cursos de graduação**. 2.ed.
Uberlândia: EDUFU, 1994.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico**.
Rio de Janeiro, 1996.

IYER, Patrícia W.; TAPTICH, Barbara J.; BERNOCCHI-LOSEY, Donna. **Processo e diagnóstico em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. (Trad. Regina Machado Garcez).

KAUFMANN, Maria Amélia Dias; RONDINELLI, Ilka Maria. **Manual de treinamento em planejamento familiar para enfermeiros**. Rio de Janeiro: ABEPF, 1989.

LAKATOS, Eva Maria ; MARCONI, Marina de Andrade. **Sociologia geral**. 6.ed. São Paulo: Atlas, 1991.

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. São Paulo: Brasiliense, 1995.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 5.ed. Rio de Janeiro, Jorge Zahar Editor, 1989.

LENINGER, Madelaine. The phenomena and nature of caring. In: FIRST NATIONAL CONFERENCE. Salt Lake City, Utah: abril, 1978.

_____. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM (1: 1985: Florianópolis). **Anais ...** Florianópolis: UFSC. p.232-254.

_____. Selected culture care findings of diverse cultures using culture care theory and ethnomethods. In: _____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: League for Nursing Press, 1991. p.345-371.

_____. The theory of culture care diversity and universality. In: _____. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York: League for Nursing Press, 1991. p.5-68.

- _____. Ethnonursing research studies to reflect uses of culture care theory. In: _____ **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: League for Nursing Press, 1991. p.71-117.
- _____. Looking to the future of nursing and the relevancy of culture care theory. In: _____ **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: League for Nursing Press, 1991. p.391-405.
- _____. Practical uses of the theory of culture care. In: **Culture care diversity and universality: a theory of nursing.** New York: League for Nursing Press, 1991. p.411-417.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Cuidado: ação terapêutica essencial. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 6, n.3, p.57-67, set./dez, 1997.
- LUNARDI, Valéria L. Responsabilidade profissional do enfermeiro. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p.47-57, jul./ dez.1994.
- LUZ, Anna Maria Hecker. Proposta de programa de assistência a adolescentes gestantes: com base em estudo de mães adolescentes e adultas. **Revista Brasileira Enfermagem**, Porto Alegre, v. 10, n. 02, p.69-79, jul. 1989.
- _____. CASTRO, Marta L. Sisson de. Mães adolescentes na sociedade riograndense: saúde e pressões sociais. **Revista Brasileira Enfermagem**, Brasília, v. 48, n. 4, p.379-400. out./dez. 1995.
- _____. MENDES, Sandra Maria de Abreu; AGOSTIN, Sonia Maria Motink. Gravidez na adolescência: atuação da Enfermeira. **Revista Brasileira Enfermagem**, Porto Alegre, v. 36, n. 1, p.3-12. jan./mar. 1983.
- MALDONADO, Maria Tereza. **Psicologia da gravidez.** 14.ed. São Paulo: Saraiva, 1997.

- MARCON, Sonia Silva. Percepção de enfermeiros acerca do cuidado/cuidador familiar. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n. 2, p.65-70, jul./dez.1997.
- MELEIS, Afaf Ibrahim. Strategies for theory development in nursing. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM (1: 1985: Florianópolis). **Anais ...** Florianópolis: UFSC, 1985. p.97-132.
- MENDRAS, Henri. **Princípios da sociologia: uma iniciação à análise sociológica**. 6.ed. Rio de Janeiro: Zahar Editores. 1983. p.105-120
- MINAYO, Maria Cecília de Souza (org). **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 8.ed. Petrópolis, Vozes, 1998.
- MONTICELLI, Marisa. As ações educativas em enfermagem: do senso comum ao bom senso. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.3, n.2, p. 7-16, jul./dez.1994.
- _____. **O nascimento como rito de passagem: abordagem cultural para o cuidado às mulheres e recém-nascidos**. São Paulo, 1997.
- MORETTI, Eleonor. **Planejamento familiar**. Passo Fundo: Gráfica e Editora UPF, 1992.
- NEVES, Eloita Pereira; GONÇALVES, Lúcia H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM (3: 1984: Florianópolis). **Anais ...** Florianópolis: UFSC, 1984. p 210-229.
- NOGUEIRA, Maria Inês. **Assistência pré-natal prática de saúde a serviço da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1994.
- NUNES, Ivelise Alves. Cresce a gravidez nas adolescentes. **Diário Popular**, Pelotas, 16 jun. 1996. Caderno Cidade. p. 10.

- OLIVEIRA, Dora Lúcia de. O fenômeno da sexualidade adolescente: conceito, contextualização e análise. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 16, n. 1/2, p.94-97, jan./dez. 1995.
- OLIVEIRA, Eliany N. et al. O adolescente e o conhecimento sobre sexualidade, DST e AIDS. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (47: 1996: Goiânia). **Anais ...** Goiânia: Editora da UFMG, 1996. p.483.
- OLIVEIRA, Maria Amélia de Campos; EGRY, Emiko Yoshikawa; GEJER, Débora. Adolescer e adoecer: o perfil de saúde doença de adolescentes de uma unidade básica do município de São Paulo. **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.5, n.1, p.15-25, jan. 1997.
- ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. **l embarazo y el aborto en la adolescência**. Genebra, 1975. (Série de Informes Técnico; 583)
- PADILHA, Maria Itayra Coelho de S. Questões éticas: metodológicos na pesquisa de enfermagem. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.4, n.2, p.118-132, jul./dez.1995.
- PALMA, Ana Paula Z. et al. O cuidar profissional. **Revista Servir**, v.1,n. 43, 1995.
- PATRÍCIO, Zuleica Maria. **A prática do cuidar/ cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio- cultural**. Florianópolis, 1990. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- _____. Cenas e cenários de uma família : concretização de conceitos relacionados à situação de gravidez na adolescência. In: BUB, Lydia I. R.(coord.)

Marcos para a prática de enfermagem com famílias. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p.93 - 119.

_____. **Pesquisa qualitativa.** Pelotas: UFPel, 1997. (Notas de aula da disciplina de Métodos Qualitativos na Pesquisa do Curso de Mestrado em Enfermagem. REPENSUL – UFSC).

_____. **Ser saudável na felicidade - prazer : abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico.** Pelotas: Editora Universitária da Universidade Federal de Pelotas; Florianópolis: Pós-Graduação em Enfermagem/ Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

_____; BOEHS, Astrid Eggert. **O significado do cuidar/cuidado.** Florianópolis, 1988. (Não publicado)

_____; LOEFFLER, Carem Iára; ANDRADE, Terezinha. **Nas representações de meninas sobre sexualidade: reprodução a construção do ser homem e do ser mulher.** [s.l.]:[s.n], 199-. (Não publicado)

PENNA, C. M. de M. Uma questão conceitual. In: BUB, Lydia I. R. (coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com famílias.** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1994. p.79-91.

PINTO, Regina P.;AZEVEDO, Célia M. de. A gravidez na adolescência na perspectiva dos profissionais de saúde. In: Barroso, Carmem et al. **Gravidez na adolescência.** Brasília: IPLAN / IPEA – UNICEF; Fundação Carlos Chagas, 1986. p.55-82.

QUEIROZ, M. S. **Representações sobre saúde e doença: agentes de cura e paciente no contexto do SUDS.** Campinas: Editora da UNACAMP, 1991.

REZENDE, Ana L. M. de. O compromisso de educar para a saúde. **AMAE EDUCANDO**, Belo Horizonte, p.25-28, jun. 1984.

RODRIGUES, Anete Pedrenho et al. A adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.241- 246, mar.1993.

_____. Gravidez na adolescência. **Femina**, Rio de Janeiro, v.21, n.3, p.199- 218, mar. 1993.

_____. Perfil das gestantes adolescentes de um serviço de pré-natal público do Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 15, n. 5, set./out., 1993, p.223-238.

SANTELICES, Lucía. El embarazo adolescente: un análisis desde la educación. **Revista Horizonte de Enfermería**, Chile, v.6, n.1, p.36-40, 1995.

SANTOS, Emília et al. Maternidade e adolescência : sentimentos e atitudes. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v.8, n.1, p.27-45, 1987.

SANTOS, Lilian Santos. Sexualidade com prazer e segurança. **Diário Popular**, Pelotas, 7/8 set. 1997. Viva Bem. p.2-3.

SÁUDE e vida "on line". **Gravidez na adolescência**.

www.brasil.bem.nw.dc.us/NIB/suol/gravprec.htm. (11/07/1997)

SCHWARTZ, Eda. **Desvelando a prática do cuidado com o paciente e família teuto-gaúcha na unidade de terapia intensiva: baseado na teoria transcultural de Leininger**. Florianópolis: UFSC, 1997. (Anteprojeto da prática assistencial apresentado a disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem).

- _____. **Família teuto-gaúcha: o cuidado entre possibilidades e limites.** Florianópolis, 1998. Dissertação de Mestrado em de Enfermagem, Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SILVA, Alcione Leite da; ARRUDA, Eloita Neves. Referenciais com base em diferentes paradigmas: problema ou solução para a prática de Enfermagem. **Revista Texto e Contexto**, Florianópolis, v.2, n.1, p.82-92, jan/jun.1993.
- SILVA, Lúcia de Fátima et al. Famílias e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Yolanda F.; FRANCO, Maria Celsa (org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa-Livro, 1996. p.75-96.
- SILVA, Yolanda F.; FRANCO, Maria Celsa (org.). **Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem.** Florianópolis: Papa-Livro, 1996.
- SILVEIRA, Rosemary Silva; CESTARI, Maria Elisabete. **Madeleine Leininger.** Rio Grande, 1997. (Seminário da disciplina de Fundamentos Teóricos e Filosóficos de Enfermagem do Curso de Mestrado Expandido UFSC-UFPEL-FURG)
- SIMÕES, Cláudia Maria Oliveira et al. **Plantas da medicina popular no Rio Grande do Sul.** 4.ed. Porto Alegre: Editora da Universidade/UFRGS, 1995.
- SOUZA, M. F. Comentário sobre o tema: desenvolvimento das teorias de enfermagem da Dr^a Afaf I. Meleis. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM (1: 1985: Florianópolis). **Anais ...** Florianópolis, UFSC, 1985. p.165-177.
- SOUZA, Ronald P. (coord). **Nossos filhos: a eterna preocupação.** 4.ed. Porto Alegre: Globo, 1985. p.127-134.

- SOUZA, Ronald P. **Nossos adolescentes**. 3.ed. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1996.
- STANTON, Marjorie; PAUL Charlotte; REEVES, Joan S. Teorias de enfermagem. In: GEORGE, J. B. et al. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. p.24-37.
- SUPLICY, Marta. **Sexo para adolescentes: amor, sexualidade, masturbação, virgindade, anticoncepção, AIDS**. 2.ed. São Paulo: FTD, 1995.
- TAKIUTI, Albertina D. **A mulher adolescente : uma abordagem**. Brasília, 1986. (Documento oficial do Conselho Nacional de Saúde e Direitos da Mulher).
- _____. Adolescentes, cuidado o embalo de férias. **Diário Popular**, Pelotas, 26 jan. 1997. Viva Bem Dominical. p.2-3.
- _____. **Gravidez, adolescência, cidadania**. <[http:// www.instadoleslencente.com.br/conesp1.htm](http://www.instadoleslencente.com.br/conesp1.htm)> (16/08/1998)
- _____. **Mitos e tabus da gravidez adolescente**. In: COSTA, Moacir (coord). **Amor e Sexualidade : a resolução dos preconceitos**. São Paulo: Editora Gente, 1994. p.24- 29.
- TORRES, Gilson V. et al. Sexualidade do adolescente: um enfoque sobre seus conhecimentos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM (47: 1996:Goiânia). **Anais ...** Goiânia: Editora da UFMG, 1996. p.488.
- TRENTINI, Mercedes. **Relação teoria, pesquisa e prática**. Curitiba, 1986. (Trabalho apresentado na Reunião Anual da SBPC, não publicado)
- TRINDADE, Eily. **"Eu, pai ?!": a paternidade na adolescência e seu significado**. Ribeirão Preto, 1997. Dissertação de Mestrado, Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto- Universidade de São Paulo.

- TRIVIÑOS, Augusto N. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação.** São Paulo: Atlas, 1995.
- UNICEF. **O progresso das nações: relatório 1998.** <http://www.unicef.org.br/clipping.htm> (14/08/1998)
- UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Biblioteca Central. **Normas para apresentação de trabalhos.** 6 ed. Curitiba: Editora UFPr, 1996.
- VALVERDE, Maria Marlene Montes. **Um referencial amoroso para assistir-cuidar das adolescentes grávidas.** Pelotas: Editora Universitária/ UFPel; Florianópolis: Programa de Pós-Graduação em Enfermagem- UFSC, 1997.
- VANZIN, Arlete Spencer; NERY, Maria Helena da S. **Consulta de enfermagem: uma necessidade social ?** Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1996.
- VIOSA, Geraldina Ramos et al. **Gestação na adolescência. Revista Psiquiátrica do Rio Grande do Sul,** Porto Alegre, v.9, n.2, p.97-104, 1987.
- VITIELLO, Nelson. **Planejamento na assistência à adolescência. Femina,** Rio de Janeiro, v.20, n.12, p.1245-1258. dez. 1992.
- WALDOW, Vera R.; LOPES, Marta J. M.; MEYER, Dagmar .E. **Maneira de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- _____. **Cuidado: uma revisão teórica. Revista Gaúcha de Enfermagem,** Porto Alegre, v.13, n.2, p. 29- 35, jul. 1992.
- WILLIAMS, Carolyn A. **The mature and development of conceptual frameworks.** In: DOWNS, Florence S.; FLEMING, Juanita W. **Issues in nursing research.** [s.l.]: Appleton - Century - Crofts, 1979. p. 89-106.

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson et al. Elementos do cuidar/cuidado: a perspectiva de estudantes de graduação em enfermagem da Universidade Federal do Paraná-Brasil. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v.2, n. 1, p. 33-38, jan./jun. 1997.

_____. **O ser adolescente gestante em transição existindo**: um enfoque de cuidar – pesquisar sob a ótica da enfermagem. Florianópolis, 1998. Tese de Doutorado, Universidade Federal de Santa Catarina, Centro das Ciências da Saúde, Curso de Pós-Graduação em Enfermagem.

ANEXOS

ANEXO 1

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO - REPENSUL
PÓLO II - UFPEL / FURG - II TURMA
DISCIPLINA: Prática Assistencial de Enfermagem
PROFESSORA ORIENTADORA: Dra Zuleika Maria Patrício
MESTRANDA: Sonia Maria Könzgen Meincke

PRÁTICA ASSISTENCIAL DE CUIDAR ADOLESCENTES GRÁVIDAS SOLTEIRAS, SUAS FAMÍLIAS E SEU COMPANHEIRO FUNDAMENTADA EM UM REFERENCIAL DE ENFOQUE CULTURAL.

Objetivo :

Desenvolver uma Prática Assistencial de Enfermagem focalizada na saúde da adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro fundamentada em um referencial de enfoque cultural.

Prezada Adolescente

Gostaria de contar com sua colaboração nesse estudo, pois a sua participação irá torná-lo mais valioso, e contribuirá para que os profissionais enfermeiros entendam ainda mais esse processo, possam qualificar sua assistência., tanto para as adolescentes, quanto para seus companheiros e suas famílias.

Para tanto necessito de sua colaboração na participação deste meu estudo. Aceitando participar do mesmo, que tem como objetivo: **cuidar da saúde da**

gestante adolescente, sua família nas suas casas, você estará colaborando no aperfeiçoamento dos profissionais. Sua aceitação em muito me alegraria, bem como estaria ajudando a entender melhor essa situação de gravidez na adolescência. Sua retirada deste estudo é livre, podendo fazê-la no momento em que optar.

Mas se não quiser participar tem total liberdade..

Aceitando em tomar parte nesse estudo lhe será garantido o anonimato como respondente, a fim de posterior publicação dos dados em todos meios de comunicação científica e eventos pertinentes para conhecimento dos demais profissionais.

Desde já, agradeço sua disponibilidade.

MESTRANDA: SONIA MARIA KÖNZGEN MEINCKE

ANEXO 2

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO - REPENSUL
PÓLO II - UFPEL / FURG - II TURMA
DISCIPLINA: Prática Assistencial de Enfermagem
PROFESSORA ORIENTADORA: Dra Zuleika Maria Patrício
MESTRANDA: Sonia Maria Könzgen Meincke

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Gestante

Solicito sua colaboração, no sentido de participar da presente investigação. O objetivo deste trabalho é conhecer a prática de cuidar da saúde na adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro fundamentada em um referencial de enfoque cultural, ou seja, respeitando suas crenças e seus valores.

Pelo presente Consentimento Livre e Esclarecido, declaro que fui informada, de forma clara e detalhada, dos objetivos, da justificativa, dos instrumentos de pesquisa a que responderei e dos benefícios desta investigação.

Fui igualmente informada:

- Da garantia de requerer resposta a qualquer pergunta ou dúvida acerca dos procedimentos, riscos e benefícios e outros assuntos relacionados à investigação;

- Da liberdade de retirar meu consentimento, a qualquer momento, e deixar de participar da investigação, sem que isso me traga prejuízo;

•Da segurança de que não serei identificada, e que se manterá o caráter confidencial das informações relacionadas a minha privacidade;

A pesquisadora responsável por essa prática é SONIA MARIA KÖNZGEN MEINCKE.

NOME E ASSINATURA DO PARTICIPANTE

ASSINATURA DA PESQUISADORA

/ /

DATA

ANEXO 3

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO - REPENSUL
PÓLO II - UFPEL / FURG - II TURMA
DISCIPLINA: Prática Assistencial de Enfermagem
PROFESSORA ORIENTADORA: Dra Zuleika Maria Patrício
MESTRANDA: Sonia Maria Könzgen Meincke

AUTORIZAÇÃO

Autorizo a mestranda SONIA MARIA KÖNZGEN MEINCKE a utilizar as fotografias minhas e de minha residência em seu trabalho de prática assistencial do mestrado, permitindo inclusive a publicação em todos os veículos de comunicação científica e eventos pertinentes, desde que seja garantido o meu anonimato a fim de preservar a minha identidade.

ASSINATURA DA GESTANTE

DATA: _____/_____/_____

Anexo 4

Parte de Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem

Família de Daniela

DATA A / F	SITUAÇÃO	CUIDADO	DATA	IMPLEMENTAÇÃO	AValiação
22/10	<p>Daniela: eu e a mãe, amanhã, vamos comprar, no Centro, as roupas amarelas para a Flávia usar no 1º dia.</p> <p>Quando eu saio, gosto de sair bem bonita, coloco sapato de salto e tudo..</p> <p>...Gosto de sair bonita. ...</p> <p>...as roupas do primeiro dia têm que ser amarelas para não dar o amarelão.</p> <p>...eu também tenho que colocar uma roupa amarela usada de uma criança sadia, tem gente que não acredita, mas a mãe usou em nós e não deu amarelão em</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvir atentamente; - Demonstrar estar dando importância; - Dialogar sobre a situação; - Esclarecer/alertar; - Orientar; - Ter consideração; - Valorizar e respeitar as crenças; - Orientar a identificar quando devem procurar recursos. 	22/10	<ul style="list-style-type: none"> Ser simpático; - Demonstrar disponibilidade; - Autenticidade; - Não ser neutro; - Transmitir interesse, confiança, esperança; - Basear as reflexões nos seus significados, mas também no contexto sociocultural. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstrou atenção e interesse; - Participou da reflexão; - Escutou atentamente as orientações.

	nenhum. Dizem que: "o amarelão vem e enxer- ga o amarelo da roupa e vai embora".				
--	--	--	--	--	--

ANEXO 5

Parte de Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem

Família de Luana

DATA A / F	SITUAÇÃO	CUIDADO	DATA	IMPLEMENTAÇÃO	AValiação
28/10	<p>Neli: Eu tive que ir para o hospital no domingo, eu 'tava meio boba.</p> <p>Luana: Ela teve um problema de pressão.</p> <p>Neli: Quem me dá os remédios é o meu filho Marcos e o Rudi, pois desde que o meu marido morreu eu dependo deles eu não recebo nenhuma pensão. Naquele tempo não existia a lei que amaseado podia receber.</p> <p>...fazia uns quatro dias que eu não tomava o</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Ouvir atentamente; - Demonstrar estar dando importância; - Dialogar sobre a situação; - Esclarecer/alertar; - Orientar; - Ter consideração; - Valorizar; - Auxiliar a identificarem seus recursos; - Estimular / desafiar para procurar recursos. 	28/10	<ul style="list-style-type: none"> - Ser simpático; - Demonstrar disponibilidade; - Autenticidade; - Não ser neutro; - Transmitir interesse, confiança, esperança; - Basear as reflexões nos seus significados mas também no contexto sociocultural da problemática do sistema de saúde no país. 	<ul style="list-style-type: none"> - Demonstraram atenção e interesse; - Participaram da reflexão; - Escutaram atentamente as orientações.

	<p>furosemida e o da pressão</p> <p>Luana: É o metildopa.</p> <p>Neli: Terminou e eu não quis pedir pros filhos.</p> <p>Eu consulto com a doutora, no Posto dos Trilhos.</p> <p>No posto não tem remédio.</p> <p>Luana: E eu nem sei</p> <p>Quando foi a última consulta da vó .</p>				
05/11	<p>Luana: Ela foi consultar com a doutora dela, lá do Posto dos trilhos. Ela deu o metildopa, um monte. Mas faltou o ox-cord e o furosemida.</p> <p>O pai e o tio compraram os remédios.</p>		05/11		<ul style="list-style-type: none"> - Demonstraram atenção e interesse; - Procuraram os recursos; - Levaram a avó para consultar e fazer revisão e controle da hipertensão; - Compraram as medicações necessárias.

ANEXO 6

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
 UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
 PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
 CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO - REPENSUL
 PÓLO II - UFPEL / FURG - II TURMA
 DISCIPLINA: Prática Assistencial de Enfermagem
 PROFESSORA ORIENTADORA: Dra Zuleika Maria Patrício
 MESTRANDA: Sonia Maria Könzgen Meincke

**PRÁTICA ASSISTENCIAL DE CUIDAR ADOLESCENTES GRÁVIDAS
 SOLTEIRAS, SUAS FAMÍLIAS E SEU COMPANHEIRO FUNDAMENTADA EM
 UM REFERENCIAL DE ENFOQUE CULTURAL.**

CÓDIGO DA GESTANTE:

LOCAL:

DATA: / /

HORÁRIO DO INÍCIO:

HORÁRIO DO TÉRMINO:

NOTAS DE CAMPO	ANÁLISE

NOTAS DO ENFERMEIRO	ANÁLISE

ANEXO 7

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DAS CIÊNCIAS DA SAÚDE
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EXPANDIDO - REPENSUL
PÓLO II - UFPEL / URG - II TURMA
DISCIPLINA: Prática Assistencial de Enfermagem
PROFESSORA ORIENTADORA: Dra Zuleika Maria Patrício
MESTRANDA: Sonia Maria Könzgen Meincke**

TÓPICOS NORTEADORES PARA A ENTREVISTA COM A ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA, SUA FAMÍLIA E SEU COMPANHEIRO

1 - PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA A ADOLESCENTE

GRÁVIDA SOLTEIRA, SUA FAMÍLIA E COMPANHEIRO

- O que significa a gravidez para você ?
(adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro)
- Como está sendo vivenciada a gravidez?
(adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro)
- Como a família está participando ?
(adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro)
- Como é a participação do pai do filho da gestante adolescente ?
(adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro)

OBS.: Em todos os tópicos, conforme a oportunidade, serão investigados a classe social, crenças, valores, práticas de saúde e necessidades, bem como recursos para preventivos, tratamento em situações de saúde e doença, para um

crescimento e desenvolvimento pleno. Serão também identificados recursos para o atendimento das necessidades ou aproveitados os já existentes em cada indivíduo, no grupo e no ambiente, visando ao bem-estar individual e familiar.

1.1 - Levantamento de Dados

Os dados serão levantados através das questões norteadoras para a entrevista com a adolescente grávida solteira, sua família e seu companheiro

1.2 - Plano de Cuidados

1.3 - Evolução

2 - CARACTERIZAÇÃO DA FAMÍLIA

Endereço da família.

3 - GENOGRAMAS

Constituição Familiar

4 - EXPERIÊNCIA ANTERIOR COM O TRABALHO DO ENFERMEIRO

5 - ASPECTOS DA FAMÍLIA / SAÚDE / DOENÇA

Utilização dos recursos profissionais

6 - AMBIENTE

6.1 - Descrição das peculiaridades do local onde reside a família

(ponto de referência, recursos existentes, vizinhança, saneamento)

6.2 - Habitação

(tipo, número de cômodos, terreno)

7 - SITUAÇÃO ECONÔMICA E ESTRATO SOCIAL

7.1 - Renda Mensal em salários mínimos

7.2 - Bens disponíveis

(casa própria, carro, telefone, etc)

8 - RECURSOS

8.1 - Previdenciários

8.2 - Outros recursos