

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

CURSO DE MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE

GISELLE MARIA DUARTE MENEZES

**CUIDADO CLÍNICO À GESTANTE ADOLESCENTE: O GRUPO
COMO ESPAÇO DE VÍNCULOS E APRENDIZADOS SOBRE A SAÚDE
MATERNA E DO BEBÊ**

FORTALEZA – CEARÁ

2014

GISELLE MARIA DUARTE MENEZES

CUIDADO CLÍNICO À GESTANTE ADOLESCENTE: o grupo como espaço de vínculos e aprendizados sobre a saúde materna e do bebê

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde como parte das atividades avaliativas para obtenção do Grau de Mestre.

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Linha de pesquisa: Produção de tecnologia de cuidados em enfermagem na saúde da criança e adolescente.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz

FORTALEZA – CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho

Bibliotecário(a) Responsável – Thelma Marylanda Silva de Melo CRB-3 / 623

M541c Menezes, Giselle Maria Duarte

Cuidado clínico à gestante adolescente: o grupo como espaço de vínculos e aprendizados sobre a saúde materna e o bebê / Giselle Maria Duarte Menezes. — 2013.

CD-ROM. 122f :il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slin (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (Mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Área de Concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientação: Prof^a. Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiroz.

1. Gravidez na adolescência. 2. Cuidado pré-natal. 3. Cuidado de enfermagem. I. Título.

CDD: 618.2

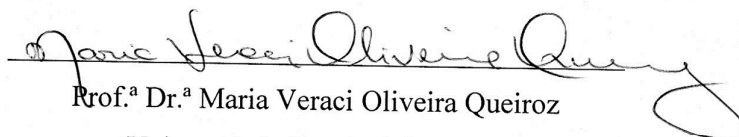
GISELLE MARIA DUARTE MENEZES

CUIDADO CLÍNICO À GESTANTE ADOLESCENTE: o grupo como espaço de
vínculos e aprendizados sobre a saúde materna e do bebê

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-
Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem
e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da
Universidade Estadual do Ceará como requisito
parcial para a obtenção do Grau de Mestre em
Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 19/02/2014.

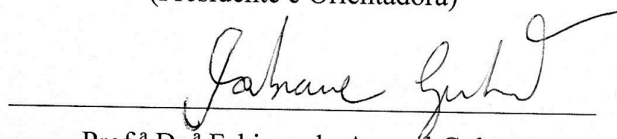
BANCA EXAMINADORA:



Prof.^a Dr.^a Maria Veraci Oliveira Queiroz

Universidade Estadual do Ceará

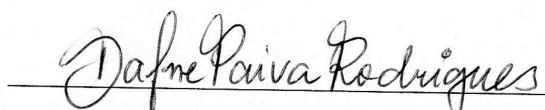
(Presidente e Orientadora)



Prof.^a Dr.^a Fabiane do Amaral Gubert

Universidade Federal do Ceará

1º Membro Efetivo



Prof.^a Dr.^a Dafne Paiva Rodrigues

Universidade Estadual do Ceará

2º Membro Efetivo

Dedicatória

*A minha mãe, **Maria da Penha**, e a minha tia, **Maria de Fátima**, flores colhidas por Deus para enfeitar o jardim que existe no céu, pelo amor incondicional desde a minha concepção e por me ensinarem a esperar da vida com paciência;*

*A minha saudosa avó materna, **Bela Mariano**, cujas lembranças da minha infância no Crato tornaram-se inesquecíveis, pela sua dedicação e amor à família;*

*A minha filha, **Pietra**, meu sonho mais bonito, por ser minha razão de viver e me inspirar a recomeçar sempre, mesmo sem saber;*

*Ao meu esposo, **Alexandre**, pelo amor e incentivo desde a adolescência, por amadureceremos juntos em tantos desafios;*

*Ao meu pai, **Gilberto**, por ter me proporcionado condições para uma vida feliz;*

*As minhas tias-mãe, **Tia Socorro** e **Tia Goretti**, pela presença constante na realização dos meus sonhos, por rezarem e me apoiarem a cada nova etapa;*

*Aos meus irmãos, **Maria Isabel**, **Gilberto Júnior** e **Paulo de Tarso**, pelos exemplos e ensinamentos, por cuidarem de mim como “caçulinha”;*

*Aos meus sobrinhos, **João Victor**, **Pedro Henrique**, **Gilberto Neto**, **Guilherme**, **Aldo Salomão**, **Henrique Neto** e **Maria Luísa**, pela ternura e alegria no olhar que despertaram em mim o desejo de ser mãe;*

*Ao meu mais novo sobrinho “gorduchinho”, **Luís Heitor**, meu “xodó”;*

*A minha prima, afilhada e comadre, **Cibele Maria**, pelas conversas e desabafos;*

*Ao **Pe. Reginaldo Manzotti**, por ser meu diretor espiritual, em todos os momentos difíceis dessa caminhada através dos seus livros, rádio, televisão e internet;*

Agradecimentos Especiais

A Deus, pelo Dom da Vida e pela certeza do amor eterno;

À Santa Teresinha do menino Jesus, por me ensinar a rezar e contemplar Jesus Misericordioso e pelo livro de sua vida “História de uma alma” que me fortalece sempre;

A minha orientadora e incentivadora, Maria Veraci Oliveira Queiroz, por acreditar no meu potencial e estar sempre disponível;

A todos os meus companheiros de turma e aos professores do Programa pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde por compartilhar seus saberes e experiências;

Às professoras Dafne Paiva Rodrigues e Patrícia Neyva da Costa Pinheiro, por participarem da minha banca de qualificação e defesa, contribuindo com tantas ideias;

As minhas colegas enfermeiras, Thyci, Elidiana, Josabeth, Michelly e Silvana, pela ajuda durante a construção da pesquisa, por entenderem as minhas ausências;

A minha grande amiga, confidente e colega de trabalho, Thycianne de Sousa Cid, por ter dedicado muito do seu precioso tempo sendo observadora durante os grupos focais;

À coordenação da UAPS Casimiro Filho, por acreditar nos resultados do meu trabalho;

Às adolescentes grávidas, participantes do grupo de gestantes, pela disponibilidade em participar da pesquisa e compartilhar suas experiências;



O amor é paciente, o amor é prestativo; não é invejoso; não se ostenta, não se incha de orgulho.

Nada faz de inconveniente, não procura seu próprio interesse, não se irrita, não guarda rancor.

Não se alegra com a injustiça, mas se regozija com a verdade.

Tudo desculpa, tudo crê, tudo espera, tudo suporta.

O amor jamais passará. As profecias desaparecerão, as línguas cessarão, a ciência também desaparecerá;

(1 Coríntios 13: 4 – 8)

RESUMO

MENEZES, GMD. CUIDADO CLÍNICO À GESTANTE ADOLESCENTE: o grupo como espaço de vínculos e aprendizados sobre a saúde materna e do bebê. 122f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2014.

O período da adolescência é reconhecido como a transição da infância à vida adulta, permeado de transformações psicossociais e fisiológicas. A superposição da gestação nesta etapa do ciclo vital acarreta uma sobrecarga física e psíquica à adolescente que passa a conviver simultaneamente dois eventos estressores e ambivalentes. A atenção e o cuidado à adolescente grávida pelos profissionais na atenção primária permite acompanhar o pré-natal e compartilhar as experiências por meio do diálogo e do vínculo com repercussões na saúde materna e do bebê. Teve como objetivos caracterizar as adolescentes participantes do grupo de gestantes quanto aos aspectos sociodemográficos e obstétricos; promover um espaço crítico reflexivo com adolescentes grávidas por meio da ação grupal e descrever a importância da ação grupal para as adolescentes grávidas e suas contribuições no cuidado de enfermagem. Trata-se de um estudo descritivo na abordagem qualitativa realizado em uma Unidade de Atenção Primária em Fortaleza-CE. As participantes do estudo foram 16 adolescentes grávidas que realizavam pré-natal e participaram dos grupais focais durante o mês de outubro de 2013. A análise dos roteiros temáticos trabalhados foi feita com base na organização de temas. Na síntese dos resultados, elaborou-se um diagrama para cada temática contemplando categoria e subcategorias correspondentes. Temática 1 – ***Participação da adolescente grávida no grupo de gestantes e suas implicações no cuidado***; Temática 2 – ***Grupo de gestantes ajudando as adolescentes grávidas nos cuidados de si e do bebê***; Temática 3 – ***(In)satisfação durante o pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe***; Temática 4 – ***Mudanças e sugestões para a melhoria da assistência pré-natal às adolescentes***. Observou-se que as adolescentes grávidas que iniciam o pré-natal, que se integram a um grupo de gestante, parecem reivindicar melhor atendimento de pré-natal, de participações em ações de educação em saúde, mais diálogo com os profissionais da atenção primária e reflexões sobre seus futuros projetos, medos, anseios e dúvidas, proporcionando aprendizados sobre o cuidado materno e do bebê, além de favorecer o vínculo com os profissionais do pré-natal. O encontro grupal mostrou ser uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida, que tem algum impacto na evolução da gestação das adolescentes estudadas. A possibilidade de interagir em grupo foi reconhecida pelas adolescentes grávidas como um suporte importante, que deve ser implementado nas instituições de saúde de maneira mais efetiva.

Palavras-Chave: Gravidez na adolescência; Cuidado pré-natal; Cuidado de enfermagem.

ABSTRACT

MENEZES, GMD. CLINICAL CARE TO TEEN PREGNANCY: the group as a space for learning about bonding and maternal health and child. 122f. Thesis (Master) – Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza. 2014.

The adolescent period is recognized as the transition from childhood to adulthood , fraught with psychosocial and physiological changes . The superposition of pregnancy at this stage of the life cycle involves a physical and psychological burden to the teenager who goes to live simultaneously two stressors and ambivalent events . The attention and care to pregnant adolescents by primary care professionals monitor allows prenatal and share experiences through dialogue and relationship with impact on maternal and baby . Aimed to characterize the adolescents participating in the group of pregnant women in terms of sociodemographic and obstetric aspects ; promote critical reflective space with pregnant adolescents through group action and describe the importance of group action for pregnant teens and their contributions in nursing care . This is a descriptive study conducted on a qualitative approach in a primary care unit in Fortaleza . The study participants were 16 pregnant adolescents who had prenatal care and participated in the focus group during the month of October 2013. The analysis of thematic routes worked was based on the organization of topics . Summary of results , we prepared a diagram for each thematic category and contemplating corresponding subcategories . Theme 1 – ***Participation of pregnant adolescents in the group of pregnant women and its implications for care***; Theme 2 – Group of pregnant women helping pregnant teens in self-care and baby; Theme 3 – ***(In)satisfaction during prenatal care , including consultations , group activities and visits of staff***; Theme 4 – ***Changes and suggestions for improving prenatal care to teenagers***. It was observed that pregnant adolescents who initiate prenatal care, who join a group of pregnant women , seem to claim better prenatal care , interests in shares of health education , more dialogue with primary care professionals and reflections on their future plans , fears, anxieties and doubts , providing lessons on breast and baby care , and encourage the bond with professional prenatal care. The group meeting proved to be a strategy to ease the expression of needs, expectations, anxieties and life circumstances that have an impact on pregnancy outcome of adolescents studied . The ability to interact in a group was recognized by pregnant adolescents as an important support, which should be implemented in health institutions more effectively.

Key words: Pregnancy in adolescence; prenatal care; care nursing.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

UAPS	Unidade de Atenção Primária à Saúde	PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde	IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
ESF	Estratégia Saúde da Família	PSF	Programa Saúde da Família
SUS	Sistema Único de Saúde	SER	Secretaria Executiva Regional
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica	OMS	Organização Mundial da Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente	BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
GF	Grupo Focal	PHPN	Programa de Humanização do Parto e Nascimento
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher	PNAISM	Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente	UECE	Universidade Estadual do Ceará
PET SAÚDE	Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde	UFC	Universidade Federal do Ceará
SIS	Síntese de Indicadores Sociais	NAPS	Núcleo de Atenção Psicossocial

LISTA DE FIGURAS E QUADROS

FIGURA 1 – Princípios e diretrizes da Rede Cegonha de acordo com a Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Fortaleza, 2013.....	31
FIGURA 2 – Convite do grupo de gestante. Fortaleza, 2013.....	56
FIGURA 3 – Sentimentos expressos pelas adolescentes do grupo de gestante. Fortaleza, 2013.....	57
FIGURA 4 – O que as adolescentes do grupo de gestante gostariam de saber. Fortaleza, 2013.....	58
FIGURA 5 – Banner da “mulher grávida” trabalhado no grupo de gestantes. Fortaleza, 2013.....	59
FIGURA 6 – Fotos do grupo de gestantes. Fortaleza, 2013.....	61
QUADRO 1 – Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Fortaleza, 2013.....	66

LISTA DE DIAGRAMAS

DIAGRAMA 1 – Participação da adolescente grávida no grupo de gestante e suas implicações.....67

DIAGRAMA 2 – Grupo de gestantes ajudando as adolescentes grávidas nos cuidados de si e do bebê.....72

DIAGRAMA 3 – (In) satisfação durante o pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe.....76

DIAGRAMA 4 – Mudanças e sugestões para melhoria da assistência pré-natal.....83

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
1.1 Contexto da pesquisa e delimitação do problema	14
1.2 Aproximação da pesquisadora com a temática e objeto de pesquisa	21
2 OBJETIVOS	23
3 REFERENCIAL TEÓRICO	24
3.1 Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente no Brasil: breve resgate histórico.....	24
3.2 Gravidez na Adolescência e Pré-natal	34
3.3 Cuidado Clínico de enfermagem: enfoque em grupos de gestantes.....	40
4 DESENHO METODOLÓGICO	46
4.1 Tipo de Estudo.....	46
4.2 Local	47
4.3 Sujeitos da Pesquisa.....	48
4.4 Técnicas e procedimentos da coleta das informações	49
4.5 Aspectos Éticos	54
5 DESCRIÇÃO DA REALIDADE	56
5.1 Contexto da observação da atividade grupal e aproximação com o objeto da pesquisa	56
5.2 Caracterização dos sujeitos	62
5.3 Descrição das experiências no grupo de gestantes adolescentes.....	67
TEMÁTICA 1 – <i>Participação da adolescente grávida no grupo de gestantes e suas implicações no cuidado;</i>	
TEMÁTICA 2 – <i>Grupo de gestantes ajudando as adolescentes grávidas nos cuidados de si e do bebê;</i>	
TEMÁTICA 3 – <i>(In) satisfação durante o pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe;</i>	
TEMÁTICA 4 – <i>Mudanças e sugestões para a melhoria da assistência pré-natal às adolescentes.</i>	
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	89
 APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	
APÊNDICE B – Instrumento de coleta de dados – Questionário	
APÊNDICE C – Roteiro para o grupo focal	
APÊNDICE D – Os grupos focais: elaboração dos quadros analíticos	
ANEXO – Parecer Ético da pesquisa	

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contexto da pesquisa e delimitação do problema

O período da adolescência é a transição entre a infância e a vida adulta, que assume diferentes configurações. Nas dimensões psicossociais e fisiológicas, esta fase do desenvolvimento é marcada por intensas modificações. Cronologicamente, segundo a Organização Mundial da Saúde, a adolescência compreende o intervalo dos dez aos 19 anos (BRASIL, 2005). Embora não se resuma à questão biológica, a adolescência frequentemente está associada às transformações físicas decorrentes da puberdade, que transformam o corpo infantil em adulto, capacitando-o à reprodução. Assim, as diferenças sexuais, antes nem tão evidentes, na puberdade se tornam explícitas, ficando o exercício da sexualidade mais manifesto (PATIAS e DIAS, 2011).

No mundo, cerca de 16 milhões de mulheres entre 15 e 19 anos engravidam a cada ano. Destes nascimentos, 95% ocorrem em países de baixa e média renda. Na América latina, o percentual gira em torno de 18%, sendo que metade desse ocorre em apenas sete países, um deles é o Brasil (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012).

Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), a população brasileira em 2010 era de 190.732.694 pessoas, sendo 20,8% da população nacional formada por adolescentes (10 e 19 anos), representando um grupo de grande expressividade populacional. Especialistas em adolescência alertam que de 1,1 milhões de adolescentes parturientes de 15 a 19 anos no Brasil, 25% já tem um filho (NERY, 2011).

No Brasil, esse fenômeno tornou-se mais visível com o aumento da proporção de nascimentos em mães menores de 20 anos que se observou ao longo da década 90, quando os percentuais passaram de 16,38% em 1991 para 21,34% em 2000. De acordo com a Síntese de Indicadores Sociais (SIS) 2010, embora abaixo do nível de reposição da população nacional, que seria de dois filhos em média por mulher, a taxa de fecundidade média das brasileiras (1,94 filho por mulher em 2009) apresenta importantes desigualdades, sobretudo em função da escolaridade. No país como um todo, as mulheres com até sete anos de estudo tinham 3,19 filhos em média, quase o dobro do número de filhos (1,68) daquelas com oito anos ou mais de estudo (ao menos o ensino fundamental completo). Além de terem menos filhos, as mulheres com mais instrução eram mães um pouco mais tarde (com 27,8 anos, frente a 25,2 anos para

as com até 7 anos de estudo) e evitavam mais a gravidez na adolescência: entre as mulheres com menos de 7 anos de estudo, o grupo etário de 15 a 19 anos concentrava 20,3% das mães, enquanto entre as mulheres com 8 anos ou mais de estudo, a mesma faixa etária respondia por 13,3% da fecundidade (IBGE, 2010).

De acordo com as informações de saúde coletadas no Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em 2009, a população residente total de adolescentes no Brasil na faixa etária entre 10 e 14 anos chegava a 16.489.531, e entre 15 e 19 anos, 16.784.086. Dessas, 444.056 adolescentes deram à luz em 2009. Sendo que na região nordeste no mesmo período, 2009, houve 159.036 partos em adolescentes. E no estado do Ceará em 2009, houve 23.314 partos em adolescentes de 10 a 19 anos. No entanto, o Ministério da Saúde corrobora que o número de partos de adolescentes pelo SUS caiu mais de 22% na segunda metade da década passada. Entre 2000 e 2009, queda foi de 34,6% (BRASIL, 2012a).

Em um estudo desenvolvido por Peixoto et al. (2011), com gestantes residentes em Fortaleza-Ceará, ao analisar o perfil sociodemográfico das gestantes entrevistadas, percebeu-se que 67,5% das gestantes se encontravam na faixa etária recomendada para gestar (20 a 34 anos), no entanto, vale ressaltar que a segunda faixa etária predominante foi de adolescentes (26,5%) entre 13 e 19 anos. Tal achado ultrapassa os 10 a 15% preconizados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e a média nacional, que é de 23%.

Estimativa de 2006 era que, no mundo, nos próximos dez anos, ou seja, até 2016, 100 milhões de adolescentes se casem antes de completarem 18 anos idade. Em algumas sociedades, como a brasileira, o casamento precoce pode ser a solução para jovens sexualmente ativas, ou mesmo grávidas, para que não sejam socialmente estigmatizadas ou causem constrangimentos aos pais e à família, ou mesmo pode ser a saída à falta de oportunidades por meio de estudo e trabalho para o alcance dos objetivos da jovem, uma alternativa para assegurar seu futuro financeiro (NERY, 2011).

Até aproximadamente meados do século XX, a gestação na adolescência não era considerada uma questão de saúde pública e não recebia a atenção de pesquisadores da comunidade científica como recebe hoje em dia (DIAS e TEIXEIRA, 2010). O fenômeno da maternidade na adolescência só passou a ser considerado um problema de saúde pública ao

final da década de 40 do século XX, intensificando-se no decênio 1960, marco histórico de mudanças socioculturais na vida das mulheres (MELO e COELHO, 2011).

Certamente, isso se deve ao fato da gravidez durante o período da adolescência ter sido considerado como um acontecimento natural dentro da sociedade e em algumas culturas, os pais arranjavam o casamento dos seus filhos logo após o início da puberdade.

Com início nos anos 1980, visualiza-se mais intensamente a concretização de políticas direcionadas à saúde da mulher. Com efeito, muito se questiona a respeito da gravidez na adolescência nos dias de hoje, visto que a mulher passou a ter reconhecimento pessoal e profissional, como participante ativa no desenvolvimento econômico e social. Estas mudanças trazem outras configurações sobre a maternidade precoce.

A gravidez na adolescência pode implicar o atraso nos estudos e uma educação inadequada contribui para que essas meninas não tenham projetos de vida articulados ou perspectivas acadêmicas e profissionais, de forma que a gravidez e os cuidados com os filhos substituem eventuais ambições pessoais. Por isso, atualmente, a literatura biomédica utiliza expressões como gravidez precoce, indesejada, não planejada e de risco para descrever e enfatizar as consequências sociais e biológicas negativas associadas ao fenômeno (DIAS e AQUINO, 2006; GONÇALVES e KNAUTH, 2006; DIAS e TEIXEIRA, 2010).

Diferindo dessa ideia negativa de gravidez na adolescência, no estudo de Donato et al. (2012) com representações sociais de adolescentes grávidas, as entrevistadas representaram a adolescência como um momento de diversão (para sair, festas, encontros), de planejar o futuro, enfim, um momento positivo, cheio de expectativas, liberdade e desejos. Esses autores dialogam que, na verdade, a visão reducionista de alguns pesquisadores em tratar a gravidez na adolescência como um "problema" pode causar restrições em pesquisas e implicações na prática profissional, especialmente na Enfermagem durante o planejamento e execução de ações de cuidado à saúde em relação a este grupo populacional.

Para o Ministério da Saúde, o fenômeno da maternidade na adolescência é considerado de alto risco devido às complicações biológicas e sociais para o binômio mãe e filho. As adolescentes com menos de 14 anos de idade têm uma probabilidade de cinco a sete vezes maior de morrer durante a gravidez do que mulheres que estão com mais idade; com frequência, seus filhos nascem com peso inferior a 2.500 g e prematuros (MELO e COELHO, 2011).

Com uma taxa de fecundidade geral de 18,2% entre 15 a 19 anos em 2010 (IBGE, 2010), as adolescentes grávidas constituem um grupo cada vez mais presente nos serviços de saúde, cujas especificidades requerem um cuidado mais diferenciado. A atenção destinada a esse grupo vem se desenvolvendo nos últimos anos por meio do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e da Estratégia Saúde da Família (ESF).

Em relação ao cuidado à gestante adolescente na atenção primária, entende-se que o enfermeiro e o ACS são os profissionais que estão mais próximos do acompanhamento tendo oportunidade de diálogo em que esta jovem manifeste preocupações e dificuldades vividas neste momento. Na atenção primária, é necessário que os cuidados recebidos dos profissionais possam servir para adolescente grávida refletir, aprender e assumir alguns cuidados consigo e com o filho que nascerá. Admite-se que o risco gestacional na adolescência é fator preocupante, não somente pela idade precoce, mas também pelas condições insatisfatórias do acompanhamento da gravidez, parto e puerpério, assim como por outros fatores como as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, a desinformação, a carência nutricional (ZAGONEL et al., 2003). Tanto as instituições governamentais como os profissionais de saúde devem compartilhar desta responsabilidade (MACHADO, 2004).

Concebe-se que ações estratégicas para promoção da saúde, vigilância à saúde e prevenção de agravos devem ser iniciadas na atenção primária, facilitando o acesso para as demais instâncias da rede assistencial. Entretanto, existem muitas lacunas nas práticas de cuidados destinadas aos adolescentes, de forma a não atenderem peculiaridades deste intervalo de idade (COSTA; QUEIROZ e ZEITOUNE, 2012).

Em relação ao cuidado com a mulher adolescente grávida, se inicia naturalmente por ocasião da assistência pré-natal. Enfatiza-se que a eficácia do cuidado ao adolescente pressupõe a horizontalização das ações e das relações profissionais para, de fato, favorecer o acesso aos serviços, o acolhimento e o vínculo e, perante tais ações, atingir as necessidades de saúde destes jovens, as quais podem se mostrar de naturezas diversas e nem sempre visíveis aos trabalhadores de saúde (MARQUES e QUEIROZ, 2012).

O reconhecimento das necessidades por parte dos enfermeiros no transcorrer do período de transição vivenciado pela adolescente grávida permite compartilhar as experiências por meio do diálogo e da observação, promovendo o cuidado e o autocuidado, e ainda, auxiliar no “empoderamento” das adolescentes para utilizar os próprios recursos nas

situações estressantes inerentes ao processo gestacional. O enfermeiro, ao compreender essas experiências, é capaz de planejar as ações de cuidado mais eficazes (MACHADO, 2004).

Com efeito, ao realizar as consultas de pré-natal, o profissional pode desenvolver o vínculo com a gestante, relação necessária para que tenham condições de expor as suas necessidades e receber do profissional de saúde o apoio social que possa amenizar os efeitos negativos do estresse no organismo, estimulando nelas a capacidade para lidar com situações difíceis. Com isso, aumenta-se a vontade da pessoa de viver, com melhora da autoestima, contribuindo para enfrentar esse momento de crise. Nesses casos, a busca do serviço de saúde como estratégia terapêutica sinaliza para o papel central dos profissionais de saúde na detecção de isolamentos autoimpostos, que impedem a adolescente de interagir e ampliar sua rede de apoio social (SCHWARTZ, VIEIRA e GEIB, 2011).

Rodrigues et al. (2012) defende que a Consulta de Enfermagem no pré-natal possibilita atenção integral à gestante, considerando-se os aspectos socioeconômicos, culturais, familiares e psicológicos promovendo à gestante um cuidado humanizado. Trazendo essa afirmação para o pré-natal da adolescente, acredita-se que além da consulta individual humanizada, o atendimento grupal programado pode favorecer troca de conhecimentos e experiências informalmente, pela efetivação do vínculo entre o enfermeiro e a cliente assim como pela identificação das adolescentes com seus pares. A ação grupal, além de favorecer o vínculo da adolescente com os enfermeiros que realizam o pré-natal, contribui para o empoderamento da gestante no cuidado de si e do recém-nascido.

É no grupo que acontece uma discussão informal, sendo realizado com um número reduzido de adolescentes, favorece o diálogo como um pilar importante para que as grávidas se sintam amparadas e seguras acerca das orientações recebidas durante o pré-natal. Essa estratégia é complexa, requer disponibilidade dos envolvidos, porém, imprescindível para identificar experiências, opiniões, ideias e possíveis situações adversas, assim como para direcionar o cuidado pré-natal de acordo com as necessidades de cada gestante.

Para Souza (2011), enfermeira com amplo conhecimento teórico e prático na atuação da enfermagem em grupos, o idealizador ou coordenador do grupo não pode apenas programar atividades para serem executadas no grupo, sem aprofundamento de um referencial teórico e sem visualizar o caminho a ser percorrido, mas precisa antes de tudo conhecer as muitas características que envolvem os participantes.

O objetivo principal de uma ação grupal deve ser conhecer as percepções e necessidades dos participantes sobre os tópicos que são colocados em discussão. A idade, posição social, posição hierárquica, conhecimento dos participantes e outras variáveis, podem influenciar na discussão e na consolidação do grupo. Por isso, a definição do grupo alvo deve ser a mais específica possível. Normalmente, os participantes possuem alguma característica em comum. Por exemplo, compartilham das mesmas características demográficas tais como nível de escolaridade, condição social. Isso facilita a identificação das condutas mais indicadas para cada grupo. Antes de iniciar o grupo, uma das melhores abordagens é consultar informantes-chaves que conhecem as condições locais. Os participantes devem ser homogêneos, com níveis sócio-econômicos e culturais semelhantes para facilitar a interação e a comunicação (SOUZA, 2011).

A experiência profissional da pesquisadora em grupo de gestantes, acrescida ao seu envolvimento atual com o Projeto Rede Cegonha, acompanhando no serviço os alunos dos cursos de graduação em saúde (preceptoria), especialmente da enfermagem, despertaram-na para a seguinte indagação: como o trabalho com grupo de gestantes adolescentes pode contribuir no cuidado materno e ao recém-nascido e na assistência de enfermagem durante o pré-natal?

Este questionamento está pautado no pressuposto de que os encontros grupais com adolescentes grávidas favorecem a orientação de cuidado da mãe e do recém-nascido e facilitam a formação do vínculo entre o enfermeiro e as gestantes durante a assistência pré-natal na atenção primária.

Recente relatório de pesquisa, desenvolvido pela pesquisadora e seu grupo de estudos, evidenciou que faz parte das atividades cotidianas do enfermeiro da ESF de Fortaleza cuidar de adolescentes grávidas no contexto do pré-natal. Porém, muitas dessas ações se resumem ao atendimento esporádico por demanda espontânea. Mesmo reconhecendo a importância de realizar ações educativas com as adolescentes grávidas, alguns enfermeiros expressaram que não desenvolvem qualquer outro tipo de atividades interativas em sala de espera ou grupo de gestantes (MENEZES, QUEIROZ e SANTOS, 2012).

Os enfermeiros desse estudo conhecem as diferenças entre cuidar de uma grávida e cuidar de uma adolescente grávida, já despertaram para o fato de que as complicações vão além do biológico, relacionando a vulnerabilidade própria da adolescência, as complicações

psicossociais relacionadas à gravidez precoce, bem como a falta de maturidade nas percepções acerca da gravidez, compreensão cognitiva e no compromisso de cuidar do recém-nascido. Como sugestões para alcançar uma melhoria da assistência à adolescente grávida, esses enfermeiros apontaram a necessidade de ampliação do número de equipes da ESF, de investimento na capacitação dos profissionais que atendem essa clientela, de promover grupos de gestantes, de realizar busca ativa para início precoce do pré-natal e acolhimento adequado (MENEZES, QUEIROZ e SANTOS, 2012).

É observado em nossa prática que há lacunas no preparo do enfermeiro para o desenvolvimento dessa atividade grupal, ou seja, este requisito básico não é explorado na formação e na educação permanente dos profissionais. Entretanto, sabemos, pela experiência de realizar grupos de gestantes, que essa não se constitui tarefa das mais fáceis, embora agradável e muito compensadora.

O trabalho com grupos está integrado ao cotidiano da enfermagem, muitas vezes como ferramenta de trabalho, porém nem sempre se considera os determinantes ligados ao seu êxito ou fracasso. A articulação entre embasamento teórico, reflexão e experiência com grupos traz a verdadeira aprendizagem acerca dessa abordagem e seus benefícios como estratégia de trabalho para a enfermagem (SOUZA, 2011).

Fundamentando-se nos princípios e diretrizes orientadores da atenção integral à saúde dos adolescentes e na saúde da mulher, pretendeu-se conhecer como acontece o cuidado clínico do enfermeiro que atua no pré-natal com a adolescente grávida focando o grupo como espaço de diálogo, vínculos e aprendizados sobre a saúde materna e do bebê. Assim, compreender parte da realidade da rede assistencial na linha de cuidado ao adolescente em contexto específico da gravidez, apreendendo informações em momentos grupais e buscando conhecer como acontece o “empoderamento” das adolescentes grávidas para cuidar de si e do recém-nascido.

Acredita-se, portanto, que esta pesquisa traz subsídios para o trabalho do enfermeiro centrado na atenção à adolescente grávida, uma vez que o problema de pesquisa advém da prática e foi desenvolvido com esse grupo específico de gestantes. Portanto, possível de provocar mudanças baseadas nos resultados que mostram algumas especificidades no modo de conduzir os grupos com gestantes adolescentes. Contribui, também, para a

formação dos profissionais e na gestão do cuidado clínico, instigando o planejamento e o desenvolvimento de atividades grupais integrando os profissionais da atenção primária.

1.2 Aproximação da pesquisadora com a temática e objeto de pesquisa

A inserção da pesquisadora nesta temática se iniciou ainda na graduação em enfermagem na ocasião em que desenvolveu monografia para conclusão do curso “a mãe adolescente e o recém-nascido: perspectivas de educar para cuidar da saúde”, realizada em uma maternidade pública de Fortaleza. Desde então, houve continuidade a estudar esta temática na trajetória profissional da pesquisadora.

Ao longo dos sete anos como profissional da Equipe Saúde da Família, também atuando na preceptoria dos alunos de graduação e realizando diversas ações comunitárias nos grupos com gestantes adolescentes. Experiências como estas lhe deram a oportunidade de aprender junto às gestantes e de elaborar processos de trabalho dentro de uma equipe multiprofissional. Por isso, sentiu-se cada vez mais instigada a se qualificar no cuidado clínico despertando o interesse especialmente na atenção à saúde da criança e do adolescente. Desse modo, tem se aproximado cada vez mais do cuidado à adolescente grávida.

Desde o início de sua inserção como enfermeira da atenção primária, o primeiro grupo que sentiu necessidade de desenvolver na unidade de saúde foi com gestantes, mas como na região interiorana só existia um dia na semana destinado ao atendimento pré-natal, resolveu atender a cada uma individualmente e depois das consultas, reunir todas para uma conversa e tirar dúvidas. Nessa época de recém-formada, tratava-se de um grupo informal com gestantes, que se estabelecia com consulta programada em um dia da semana específico. Como o passar dos anos, despertou-se para o fato de que “conversar com as gestantes” ao final do atendimento lhe ensinou muito mais do que simplesmente oferecer informações sobre a gravidez, parto e puerpério. Essa experiência revelou a importância de estar sempre atenta à dinâmica das relações no grupo e suas implicações. Na verdade, é principalmente, no grupo que a enfermeira aproxima-se das situações mais comuns referentes as gestantes que acompanha, pois parece que ficam mais à vontade para conversar, compartilhar experiências, dúvidas, tabus, fortalecer o vínculo com os profissionais do pré-natal e finalmente, este espaço vem favorecer a estas mulheres maior aprendizado para cuidar de si e do bebê.

Durante as reuniões em que promovia com as gestantes ainda nesta unidade de saúde do interior, ficava atenta às expressões das mulheres diante do que era discutido, buscando compreender o significado da experiência grupal. Como esta atividade grupal era organizada momento das consultas, a dinâmica não incluía aulas ou atividades preestabelecidas e a discussão versava sobre os assuntos que emergiam espontaneamente.

Anos mais tarde, ao assumir o concurso do município de Fortaleza, também para atuar como enfermeira da equipe saúde da família, mas agora em uma unidade de saúde bem maior que aquela do interior, com estrutura física adequada, onde existia um auditório dentro da unidade, iniciou-se a atividade grupal com cronograma mensal apenas para trabalhar com o grupo de gestante e este foi se consolidando a cada ano. Favorecendo ainda mais a ação grupal, a Unidade de Atenção Primária a Saúde (UAPS) se tornou campo de estágio curricular para alunos dos cursos de graduação em enfermagem e medicina. Além disso, local para atuação do PET SAÚDE (Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde) da Universidade Federal do Ceará para alunos da graduação em enfermagem, medicina, odontologia, fisioterapia e farmácia.

A participação dos alunos no grupo de gestantes ganhou reconhecimento do gestor local e, em 2012, esta unidade de saúde foi contemplada com o projeto Rede Cegonha municipal, onde numa parceria entre UFC e prefeitura de Fortaleza, a UAPS deveria aprimorar a atenção no ciclo gravídico puerperal, planejamento familiar e acompanhamento de puericultura, recebendo mais alunos da universidade e recursos para isso. Dessa forma, o envolvimento da pesquisadora com o objeto de estudo foi aos poucos se delineando na trajetória profissional, consolidando-se cada vez mais com a realização da dissertação de mestrado.

2 OBJETIVOS

- Caracterizar as adolescentes participantes do grupo de gestantes quanto aos aspectos sociodemográficos e obstétricos;
- Promover um espaço crítico reflexivo com adolescentes grávidas por meio da ação grupal;
- Descrever a importância da ação grupal para as adolescentes grávidas e suas contribuições no cuidado de enfermagem;

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Políticas de Atenção à Saúde do Adolescente no Brasil: breve resgate histórico

O reconhecimento e a garantia de direitos sociais da criança e do adolescente vêm sendo construídos historicamente nas últimas décadas. No Brasil, a fase da adolescência passou a ser alvo de atenção e a ter garantia legal ampliada a partir da Constituição Brasileira de 1988 no seu artigo 227 que reza sobre o dever da família, da sociedade e do Estado em prover cuidados básicos para a vida e proteção de todas as formas de violência:

“É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à saúde, à alimentação, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além e colocá-los a salvo de toda forma e negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão” (...) “O Estado promoverá programas de assistência integral à saúde da criança e do adolescente” (BRASIL, 1988).

Nesse sentido, vale ressaltar as mudanças na concepção de saúde originada das construções sociais e políticas, pois nas últimas décadas, a assistência à criança e ao adolescente tem sido alvo de atenção a partir de uma nova configuração legal. Em 1990 houve a publicação do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) resultado de uma luta ampla dos setores sociais organizados que buscaram criar um novo espaço político e jurídico para as crianças e os adolescentes brasileiros e, ainda, constituir uma legislação que visa ao desenvolvimento integral destes sujeitos (BRASIL, 2002).

Um ano antes, em 1989, foi criado pelo Ministério da Saúde o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), o qual prevê a integração com outros setores da assistência, no intuito de promoção da saúde, identificação de grupos de risco, detecção precoce de agravos, tratamento adequado e reabilitação dos indivíduos nesta faixa etária, numa perspectiva integral, multisetorial e interdisciplinar. Propõe, ainda, entre muitas ações, o exercício de uma rede de referência no setor saúde, em centros culturais e organizações comunitárias; o apoio à implementação do ECA; a discussão de assuntos do interesse dos adolescentes; o intercâmbio de informações sobre a adolescência; e a participação do adolescente como agente multiplicador na promoção de saúde (RAMOS, PEREIRA e ROCHA, 2001).

O PROSAD constitui-se de três eixos prioritários deste grupo etário: crescimento e desenvolvimento saudáveis, saúde sexual e saúde reprodutiva e redução da morbimortalidade por violência e acidentes. Ainda enfatiza que o processo de reflexão sobre estes eixos torna-se fundamental para a promoção do bem-estar e desenvolvimento humano,

favorecendo uma visão multidimensional do ser adolescente (BRASIL, 1996; BRASIL, 2006).

O principal espaço de implementação do PROSAD constitui a atenção primária, uma vez que suas diretrizes corroboram com os objetivos do programa de atenção ao adolescente e que a maioria dos agravos a este grupo pode ser resolvida neste nível de atenção. Entretanto, embora o PROSAD exista como elemento principal da Política Nacional de Atenção ao Adolescente, o que se observa é que “as políticas voltadas a este grupo continuam fragmentadas, sem articulação com outros setores das políticas de saúde, dificultando a implementação efetiva deste programa” (FERREIRA et al; 2007).

O atendimento vigente na atenção básica ao adolescente por demanda espontânea não se adequa as diretrizes do Programa de Atenção a Saúde do Adolescente, tendo que os profissionais atuarem através de uma demanda organizada, necessitando assim, da realização de uma análise situacional daquele grupo. Este atendimento facilita o acesso e a participação deste grupo nos diversos espaços sociais (NASCIMENTO, M. S. e NASCIMENTO, M. A, 2005).

Para Oliveira e Lyra (2008), as dificuldades do PROSAD esbarram na carência e na formação dos recursos humanos, não é suficiente número de equipes de saúde para a população; as equipes não estão capacitadas e sensibilizadas para o trabalho com adolescentes, mesmo profissionais capacitados ainda não percebem os adolescentes como capazes de exercer plenamente seus direitos.

A adolescente, ao engravidar, convive com dois eventos estressores, que ocorrem sinergicamente: a adolescência e a gestação (SCHWARTZ; VIEIRA e GEIB, 2011). A adolescência isoladamente já se constitui um período de profundas alterações físicas, psíquicas e sociais. A superposição da gestação nesta etapa do ciclo vital acarreta uma sobrecarga física e psíquica a essa mulher jovem já tão cheia de ambivalência e sonhos (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012). Assim, assistir à adolescente grávida de forma integral além de ser um direito assegurado primariamente pelo SUS, depois pelas Políticas de Atenção a Saúde do Adolescente, visto que faz parte do eixo prioritário da saúde sexual e reprodutiva, encontra-se também como obrigação legal pelas Políticas de Atenção a Saúde da Mulher.

A trajetória das políticas públicas relacionadas à saúde da mulher tem início com o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) em 1984, tendo como

enfoque o contexto reprodutivo em uma conotação mais ampliada da saúde da mulher. Em 2000, surge o Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN) e em 2004 o Programa Nacional de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) com o objetivo de garantir uma assistência humanizada no ciclo gravídico puerperal. Até então, não havia um modelo que normatizasse a assistência às gestantes no Brasil. Tais programas estabeleceram não apenas o número de consultas e a idade gestacional de ingresso no pré-natal, mas elencou, também, exames laboratoriais e ações de educação em saúde, e trouxe a discussão das práticas em saúde e suas bases conceituais, em conformidade com os modelos empregados em todo o mundo (ANVERSA et al., 2012).

Todos esses programas governamentais aprimoraram a qualidade da assistência à mulher principalmente no estado gestacional, porém, além da própria implantação e consolidação nacional do SUS, novas políticas ainda seriam necessárias para o avanço da melhoria dos indicadores de saúde materna e infantil e ampliação da atenção ao adolescente.

Como estratégia de regulamentação e consolidação do SUS, no início da década de 90, o Governo federal elaborou uma nova forma dos municípios brasileiros atuarem na Atenção Básica em Saúde através da criação de um programa então denominado Programa Saúde da Família (PSF). O PSF aparece como uma das principais estratégias de reorganização dos serviços primários em saúde e de reorientação das práticas profissionais nesse nível de assistência, através da promoção da saúde, prevenção de doenças, recuperação e reabilitação.

Atualmente, Fortaleza é considerada a terceira cidade do Brasil com maior cobertura do PSF, entre os municípios com mais de 1,5 milhão de habitantes, atingindo 35% da população da capital. A cidade fica atrás apenas de Belo Horizonte, com 75% da cobertura do PSF, e Recife, com 56%. De acordo com o banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), Fortaleza mais que dobrou nos últimos anos o número de equipes de estratégia de Saúde da Família. A cidade passou de 101 equipes, em 2004, para 248 equipes completas, atualmente, com médicos, enfermeiros, dentistas e Agentes Comunitários de Saúde (ACS) (FORTALEZA, 2012).

O PSF traz, portanto, muitos e complexos desafios a serem superados. Não é tarefa fácil consolidar um modelo assistencial em saúde que busca uma mudança do paradigma que orienta a atenção à saúde desde a década de 1970. Tal modelo era calçado na supervalorização das práticas da assistência curativa, especializada e hospitalar, induzindo ao

excesso de procedimentos tecnológicos e medicamentosos e, sobretudo, na fragmentação do cuidado em qualquer nível de assistência e independente da faixa etária (BRASIL, 2010).

Em 2006, o Brasil adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como modelo assistencial para reorganizar a atenção primária à saúde. Países com uma potente orientação para a atenção primária à saúde apresentam melhores condições de saúde, custos mais baixos e maior satisfação das pessoas com os sistemas de saúde. A expansão da ESF e a implementação do PHPN estão entre as estratégias empregadas para a redução da mortalidade materna no Brasil, de modo a atingir os objetivos de desenvolvimento do milênio (ANVERSA et al., 2012).

Em português, programa é um termo utilizado para uma atividade com início, desenvolvimento e finalização. A estratégia de reorganização da atenção primária, ao contrário, não prevê um tempo para ser finalizado. Por isso, ESF é constituída pelo conjunto de atores e sujeitos sociais comprometidos com um novo modelo que valoriza as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (BRASIL, 2011b).

Assim, quando se fala em modelos de assistência nos serviços de saúde nos remetemos ao atual modelo vigente na atenção básica, que consta na Constituição Federal, nas Leis Orgânicas Municipais e na Legislação do SUS, e destina-se a cumprir os princípios do SUS, sob a égide da Estratégia Saúde da Família (ESF). Esta é o eixo norteador da atenção básica e sua expansibilidade tem favorecido a equidade, a integralidade e a universalidade da assistência. No caso da ESF, a equipe de saúde deve estar capacitada para executar ações de saúde curativas e preventivas, mediante visita domiciliar, consultas individuais e ações de educação em saúde (ALVES, 2005; FERRARI, THOMSON, MELCHIOR, 2006).

Inicialmente, a própria definição de promoção da saúde não foi algo a ser conquistado repentinamente, mas ao decorrer do tempo, envolta por inúmeras discussões e reflexões. Até esse momento, apresentava uma série de estudos, interpretações, conceitos e estratégias de intervenção. Situação só definida com a divulgação da Carta de Ottawa, em 1986, no Canadá. Foi a partir desse encontro, que se estabeleceu um marco político, teórico e conceitual, na qual a promoção da saúde passa a ser definida como: “o processo que capacita as pessoas e indivíduos para atuarem na melhoria da qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (CUNHA et al., 2009. p. 171).

A promoção da saúde configura-se como estratégia de mudança nos modelos tecnoassistenciais, indicando a construção de outras possibilidades de cuidado e a configuração de novos saberes e fazeres que ampliem as alternativas de qualidade de saúde e vida da população, de intervenção junto aos sujeitos e da compreensão do processo saúde-doença como produção social. Representa, pois, uma estratégia nos âmbitos político, assistencial, educacional e gerencial com um arcabouço conceitual e metodológico que contribui para a transformação da lógica das ações de saúde (SILVA, 2009).

Os autores que escrevem sobre o SUS apresentam formas distintas de conceituar integralidade. Esta se caracteriza pela assimilação das práticas preventivas e das práticas assistenciais por um mesmo serviço. Assim, o usuário do SUS não precisa dirigir-se a unidades de saúde distintas para receber assistência curativa e preventiva. A integralidade tem o propósito de integrar ações preventivas, promocionais e assistenciais; integrar profissionais em equipes interdisciplinar e multiprofissional para uma compreensão mais abrangente dos problemas de saúde e intervenções mais efetivas; integrar partes de um organismo vivo, dilacerado e objetivizado pelo olhar reducionista da biomedicina, marcadamente centrado na doença e orientado para a cura para a construção de um novo modelo assistencial que seja integral, humanizado e comprometido com o atendimento de necessidades e com a garantia do direito à saúde da população (ALVES, 2005).

A integralidade inclui ainda articulação entre todos os serviços que são ofertados pelos sistemas públicos de saúde aos cidadãos para que este seja visto como um conjunto orgânico, biopsicossocial que possui necessidades individuais e coletivas, englobando ações preventivas e assistenciais (MATTOS, 2009). Vasconcelos e Pasche (2006) complementa a definição do princípio doutrinário da integralidade no SUS como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade.

Em 2011 foi aprovada a Política Nacional da Atenção Básica por meio da portaria nº 2.488, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, atribui-se, pois, especificamente ao enfermeiro da ESF realizar cuidado à saúde aos indivíduos e famílias no domicílio e demais espaços comunitários, em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade; realizar consulta de enfermagem, procedimentos, atividades em grupo, observadas as disposições

legais da profissão, solicitar exames complementares, prescrever medicações e encaminhar, quando necessário, os usuários a outros serviços (BRASIL, 2011b).

Pela articulação estabelecida entre os ACS e as famílias brasileiras na promoção da saúde e prevenção de doenças, consolidada através da implantação de políticas públicas pautadas na legislação do SUS, o setor saúde brasileiro redescobriu a família como unidade privilegiada de atenção ao implantar a Estratégia Saúde da Família. Fica implícito nesta política governamental o reconhecimento de que a família está no centro das funções de cuidado. No caso da gravidez inesperada e em idade precoce, os mecanismos de proteção mais efetivos são geralmente buscados no núcleo familiar e nos contatos sociais (SCHWARTZ, VIEIRA e GEIB, 2011).

Com a Estratégia da Saúde da Família e o foco na atenção básica, os trabalhadores da saúde tendem a se tornar mais próximos e integrados com os valores e saberes dos adolescentes e de suas famílias, o que faz com que tais trabalhadores busquem outros referenciais além dos biológicos, já que se reconhece que são necessárias ações descentralizadas para a adesão a tratamentos e cuidados. Ao longo prazo, estas ações estão profundamente imbricadas com a cultura, ou seja, com os estilos de vida, hábitos, rotinas e rituais na vida desses jovens (BOEHS, et al., 2007).

Desse modo, cabe aos profissionais da atenção primária que trabalham com adolescentes ter a concepção que estes indivíduos se desenvolvem numa relação de mediação com o meio social, elaboram suas crenças sobre saúde e doença, e nos serviços de saúde constroem suas relações de vínculo e acolhimento gerado entre usuários e trabalhadores, e estes devem ter responsabilização com os usuários no atendimento de suas necessidades.

Em relação à gravidez na adolescência é preciso orientar fluxos assistenciais seguros, ampliando o acesso da grávida adolescente ao serviço de saúde, iniciando na atenção primária com acolhimento e resolutividade na rede assistencial. No contexto das políticas sociais brasileiras, os campos da saúde e da educação pública ainda deixam a desejar e não atingem de forma satisfatória a grande massa da população. A carência de bases para o atendimento das necessidades básicas desfavorece a uma condição de vida saudável. Daí surge a relevância de maior investimento nas áreas da educação e da saúde para que se possa reverter esse quadro de iniquidade social (FERREIRA et al., 2007).

No âmbito da atenção à saúde do adolescente percebemos a ausência de instrumentalização técnica dos profissionais de modo a lidar com as necessidades e as demandas de saúde dessa população. A indisponibilidade de recursos humanos habilitados na área com visão sobre as necessidades dos usuários, a necessidade de um trabalho em equipe com adoção de diretrizes do SUS, tais como a perspectiva da atenção integral, a ausência de um planejamento para suprir tais necessidades talvez sejam causas básicas que dificultam o acesso dos adolescentes aos serviços e a falta de encaminhamentos e resolutividade dos problemas na rede assistencial.

A gravidez adolescência constitui uma temática relevante e uma preocupação no âmbito da saúde pública. Tem sido destacado como consequência da maternidade precoce o impedimento ou a dificuldade na resolução de muitas tarefas comuns da adolescência, como a conquista de autonomia em relação aos pais, a exploração de relacionamentos afetivos e de amizade e a consolidação da própria identidade (LEVANDOWSKI, PICCININI e LOPES, 2008).

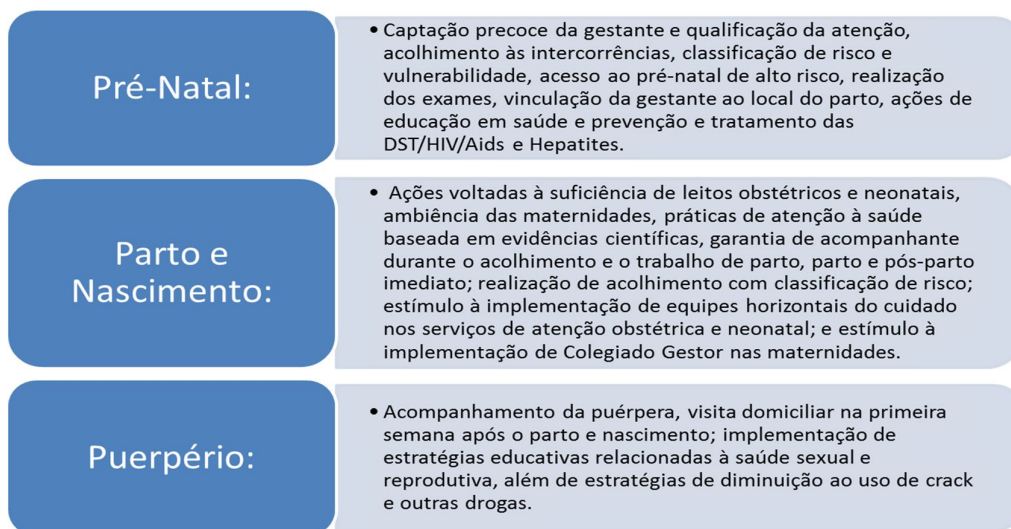
O que se observa na assistência ao adolescente pelos profissionais é que quando existe esta assistência, centra-se nos fenômenos de crescimento e desenvolvimento, utilizando-se dos instrumentos tradicionais, diminuindo assim seu poder de interferência sobre os perfis de morbimortalidade. Assim, a nova visão de assistência de atenção à saúde do adolescente, tendo como cenário a atenção básica, deve englobar tanto o atendimento individual como atividades em grupos, pois estes facilitam o desenvolvimento da autoestima, criatividade e autonomia dos adolescentes, sendo capazes de se posicionar frente às diversas situações do seu cotidiano.

O Ministério da Saúde por meio da Secretaria de Atenção à Saúde Integral de Adolescentes e Jovens fornece orientações básicas para nortear a implementação de ações e serviços que atenda essa população de forma integral, resolutiva e participativa. O manual técnico do referido órgão descreve as diretrizes para a organização de serviços de atenção à saúde integral de jovens e adolescentes: adequação dos serviços de saúde às necessidades específicas de adolescentes e jovens, respeitando as características da atenção local vigente e os recursos humanos e materiais disponíveis; respeito às características sócio-econômicas e culturais da comunidade, além do perfil epidemiológico da população local; participação ativa dos adolescentes e jovens no planejamento, no desenvolvimento, na divulgação e na avaliação das ações (BRASIL, 2005).

Então, garantir a integralidade da assistência à adolescente grávida vem ao encontro dos objetivos do Projeto Rede Cegonha em uma fase da vida marcada por contradições entre desejos e responsabilidades relacionadas ao mundo infantil e adulto, e o medo do desconhecido que é a gestação não planejada.

A Rede Cegonha, instituída pelo Ministério da Saúde em 2011, através da portaria nº 1.459, assegura a humanização, melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do pré-natal, da assistência ao parto/puerpério e da criança. Apesar de não ter o foco direcionado especificamente a adolescentes, acaba por assegurar também benefícios à saúde da adolescente grávida, visto que se fundamenta em implementar um novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos vinte e quatro meses. Um dos princípios da Rede Cegonha é a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres, homens, jovens e adolescentes, e tem como diretrizes a garantia ao acolhimento com avaliação e classificação de risco, ampliação do acesso e melhoria da qualidade do pré-natal, vínculo da gestante à unidade de referência e transporte, boas práticas e segurança na atenção ao parto e nascimento, atenção a saúde da criança com qualidade e resolutividade e acesso às ações de planejamento reprodutivo (BRASIL, 2011a).

FIGURA 1: Princípios e diretrizes da Rede Cegonha de acordo com a Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Fortaleza, 2013.



FONTE: Elaboração própria.

A assistência à gestante já representava necessidade de atendimento integral dentro do SUS desde a sua criação, porém o que essa nova portaria vem determinar são as responsabilidades e competências da atenção primária dentro desse contexto.

No nosso país, politicamente, a adolescente grávida recebe todo suporte necessário para usufruir de uma gestação saudável, parto e puerpério seguros, bem como crescimento e desenvolvimento saudável da criança e da própria mãe adolescente que segue seu desenvolvimento pessoal e sociocultural. Porém, o que precisa acontecer verdadeiramente é a operacionalização dessas medidas políticas para efetivação de práticas dentro da sociedade e acarretem mudanças de paradigmas.

Diante das mudanças decorrentes da construção do Sistema Único de Saúde, segundo Franco e Magalhães Júnior (2007), conhecimentos novos de sistemas e serviços de saúde foram formulados e passaram servir como ferramentas para a gerência, planejamento e assistência em saúde. O autor defende que as linhas do cuidado é uma espécie de organização de serviço que orienta fluxos assistenciais seguros. A importância da construção das linhas do cuidado é que o seu eixo estruturante é o projeto terapêutico centrado nos usuários.

Em relação à atenção básica, ela pode contribuir ou não para melhor performance da assistência especializada. Maior resolutividade das unidades Básicas de Saúde poderá reduzir a demanda por consultas especializadas e exames, especialmente, os de maior complexidade, reservando os recursos públicos para garantir os procedimentos realmente necessários (FRANCO e MAGALHAES JÚNIOR, 2007).

A proposta de construção de linhas do cuidado tem intenção de efetivar uma organização da gestão setorial e das práticas assistenciais capaz de responder por uma concepção de saúde não centrada somente no tratamento das doenças, mas na inserção de pessoas em uma rede de práticas cuidadoras em saúde e de afirmação da vida (CECCIM e FERLA, 2006). Em se tratando de adolescentes é uma prática que se conforma de maneira diferenciada e só recentemente tem se estabelecido diretrizes que orientam o fazer dos profissionais. Portanto, aqueles inseridos no cuidado devem buscar conhecimentos e desenvolver uma prática pautada na política de saúde vigente, ou seja, colaborando com a implantação dos dispositivos legais da atenção integral entendendo que partir da atenção básica, inicia-se o cuidado ao adolescente que conforme a necessidade pode caminhar nos diversos níveis de atenção da rede assistencial, tendo sempre a atenção primária como referência de apoio.

Segundo Melo e Coelho (2011) na concretização de todas as políticas públicas direcionadas à saúde dos adolescentes, ainda existe escassez de ações dirigidas às especificidades desse grupo populacional, tendo predominado o caráter técnico da atenção contrariando o que está preconizado por todos os programas oficiais brasileiros. Por conseguinte, faz-se necessário o redirecionamento das práticas profissionais com adolescentes grávidas, adotando-se a integralidade no cotidiano do cuidado de modo que este seja orientado pelo acolhimento, vínculo e responsabilização ante as suas demandas.

3.2 Gravidez na Adolescência e Pré-natal

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelecido pela Lei nº 8.069/90, determina a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade, enquanto a Organização Mundial de Saúde (OMS) define, cronologicamente, como a faixa etária de 10 a 19 anos, contudo, o desenvolvimento que ocorre no período da adolescência é desigual, no sentido em que a maturidade física pode ser alcançada antes da maturidade psicológica ou social (BRASIL, 1990; BRASIL, 2005).

Dentre as publicações levantadas, nos últimos seis anos (2007-2012), nas bases de dados indexadas, Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), no idioma português, utilizando os Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) cadastrados, encontramos 18 artigos científicos pertinentes à temática abordada. A busca foi realizada usando os descritores de forma agregada, “gravidez na adolescência” e “cuidado pré-natal” mostrou nove artigos pertinentes; “gravidez na adolescência” e “cuidado de enfermagem”, quatro artigos; “cuidado pré-natal” e “cuidado de enfermagem”, cinco artigos. Não se pesquisou em base de dados internacionais visto que o objetivo seria conhecer as publicações científicas sobre a situação brasileira com base no SUS. Contudo, observou-se que os trabalhos encontrados não abordam as dimensões do cuidar integral à adolescente grávida bem como a participação e motivação destas usuárias adolescente para o autocuidado e cuidado do recém-nascido.

Estudos abordaram a assistência integral do adolescente na atenção básica; outros investigaram atitudes dos profissionais enfermeiros frente aos adolescentes; e outros mediram a qualidade do atendimento pré-natal, estabelecendo parâmetros de dificuldades e avanços (PEIXOTO et al., 2011; MARQUES e QUEIROZ, 2012; BRASIL, QUEIROZ e CUNHA, 2012).

As publicações mostram que a atenção primária se configura como ponto de partida para a reorganização da assistência à saúde da adolescente grávida, as ações educativas proporcionam a criação de vínculo, redução de riscos e reflexão sobre a consulta de enfermagem; alguns artigos refletem ainda sobre a vida perdida ao engravidar ainda na adolescência; muitos outros trabalham o perfil epidemiológico de adolescentes atendidas em unidades de pré-natal específicas e apenas um texto científico escreve sobre a maternidade na adolescência com enfoque no casal (FARIA e ZANETTA, 2008; SPINDOLA e SILVA, 2009; SHIMIZU e LIMA, 2009; SOUZA et al., 2010; ALMEIDA e SOUZA, 2011).

Atualmente, atribui-se ao crescimento da gravidez na adolescência um conjunto de fatores que teriam provocado mudanças importantes no comportamento social e sexual das gerações mais jovens, como a gradativa antecipação da idade da menarca, as precárias condições socioeconômicas resultantes do processo de urbanização, um menor controle da família sobre os adolescentes, a intensa exploração da sexualidade na mídia, o enfraquecimento da associação entre casamento e vida reprodutiva. Tudo isso corrobora para a construção do fenômeno gravidez na adolescência como um problema social, sendo responsabilizado, muitas vezes, por promover ou agravar a situação de marginalidade econômica das adolescentes menos abastadas (OLIVEIRA, GAMA e SILVA, 2010).

Na literatura científica, constata-se uma diversidade de motivos que levam à ocorrência da gravidez na adolescência, como vontade idealizada da adolescente de ser mãe ainda nessa fase da vida, de conseguir prender o namorado, de ter autonomia para sair da escola ou da casa dos pais, de buscar mais sentido para uma vida vazia ou do desejo de querer sentir-se mais mulher (MELO e COELHO, 2011). Buendgens e Zampieri (2012) complementam que muitas das adolescentes veem a gestação como uma ponte para adquirir reconhecimento, status, poder e maior autonomia na sociedade, reafirmar a sua fertilidade e feminilidade, solidificar o relacionamento com o parceiro, demonstrar uma atitude de rebeldia contra a família ou ambiente familiar abusivo.

Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada uma situação de risco, um elemento destruturador da vida de adolescentes e um determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho (BRASIL, 2006). Acomete todas as classes sociais, mas predomina nas classes economicamente inferiores e de menor escolaridade, tanto dos pais quanto dos próprios adolescentes (VALILA et al., 2011).

Sendo a gravidez um fenômeno social, os contornos da adolescência não podem ser definidos em termos absolutos, uma vez que tal definição depende do lugar que a sociedade atribui ao adolescente em um dado momento histórico. Dentro dessa lógica, a gravidez na adolescência seria uma experiência indesejada, dado que restringiria as possibilidades de exploração de identidade e de preparação para o futuro profissional. Em função disso, a gravidez na adolescência passou a ser vista como uma situação de risco biopsicossocial, capaz de trazer consequências negativas não apenas para as adolescentes, mas para toda a sociedade (DIAS e TEIXEIRA, 2010). Hoje, a adolescente grávida é discriminada,

uma vez que se espera que o adolescente estude para que se tenha uma mão de obra qualificada. A sociedade aceita que a adolescente exerça a sexualidade, mas que não engravide (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012).

A adolescente, ao engravidar, convive simultaneamente com dois eventos estressores: a adolescência e a gestação. Portanto, dois momentos de transição e sobremaneira marcantes, que comumente desencadeiam uma crise existencial na vida dessas jovens. São eventos vitais marcados por períodos de euforia, deslumbramento e realização, como também ansiedade, desequilíbrio, estresse físico e emocional (MACHADO, 2004).

A gravidez na adolescência no Brasil é considerada uma situação de crise individual, um risco social, devido a sua magnitude, amplitude e dos problemas dela derivados, destacando-se: o abandono escolar e do trabalho, gerando uma queda no orçamento familiar, pauperização e maior dependência econômica dos pais, já que muitos continuam morando com os pais; o risco durante a gravidez derivado da não realização de um pré-natal de qualidade, por ausência de serviços qualificados ou ocultação da gravidez pela adolescente; os conflitos familiares, que vão desde a não aceitação pela família, o incentivo ao aborto pelos familiares e pelo parceiro e ainda o abandono do parceiro; a discriminação social e o afastamento dos grupos de sua convivência, que interferem na estabilidade emocional da menina mulher adolescente (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012).

Assim, Machado (2004) afirma que a adolescente durante o período gestacional necessita de cuidado pré-natal direcionado a atender aos momentos de crise individuais e sociais pelos quais passa, favorecendo a vivência deste processo de forma mais prazerosa e equilibrada. Toda a ajuda do enfermeiro situa-se em fornecer suporte para o efetivo enfrentamento do processo de transição da adolescente ao papel materno. O cuidado visa preparar a adolescente grávida para a passagem da transição facilitando, assim, o enfrentamento e consequente adaptação à nova situação.

Alguns autores observam que características fisiológicas e psicológicas da adolescência fariam com que uma gestação nesse período se caracterizasse como uma gestação de risco. A gravidez na adolescência não é considerada biologicamente desvantajosa apenas para o feto, mas também para a mãe, que necessita muitas vezes abandonar os estudos, prover o seu sustento, além de sofrer as pressões emocionais por parte da família e da sociedade. Fisiologicamente, vale destacar que a adolescente grávida pode passar por

inúmeras ameaças com relação a sua saúde e à do conceito, tais como: trabalho de parto prematuro, recém-nascido pequeno para idade gestacional, toxemia gravídica e anemia ferropriva por carência de ingestão de ferro (MACHADO, 2004; DIAS e TEIXEIRA, 2010).

Porém, estudo desenvolvido por Dias e Teixeira (2010) aponta que os principais riscos da gestação na adolescência ainda estão associados à baixa adesão ao atendimento pré-natal demonstrado pelas adolescentes.

Para que ocorra um pré-natal de qualidade, é importante que o serviço e os profissionais de saúde estejam preparados para receber as gestantes e fornecer uma assistência completa e de qualidade. Dessa forma, o profissional que recebe a gestante deve estar atento, além dos fatores de natureza física, a uma diversidade de fatores de ordem emocional, econômica e familiar, visto que estes podem influenciar na adesão da mulher às consultas e, consequentemente, na qualidade do acompanhamento (PEIXOTO et al., 2011).

O estudo desenvolvido por Peixoto et al. (2011) mostra que o número de gestantes com acesso a consultas de pré-natal vem aumentando em nosso país. Dados epidemiológicos desse estudo revelam que em 1986, a proporção de grávidas que nunca realizou PN era de 26%, já em 2006, esse índice diminuiu para 1,3%. Além disso, contabilizou-se que pelo menos 61% das mulheres nesta situação havia passado por sete ou mais consultas de avaliação, inclusive com a realização de exames, e que o número de consultas por mulher passou de 1,2 em 1995 para 5,4 em 2005. Os autores atribuem esse aumento no número de consultas com a expansão da Estratégia Saúde da Família (ESF), contudo revela que apesar do aumento significativo do número de consultas, a persistência de altos índices de mortalidade materna e neonatal por causas preveníveis sugere falha na qualidade deste serviço.

Carvacho (2008) afirma que existem poucos serviços no Brasil disponíveis para atender especificamente as necessidades próprias dos adolescentes, configurando-se em obstáculo ao acesso às informações e às ações que protejam adequadamente a sua saúde, sendo elevada a resistência dos adolescentes em se aproximar dos serviços de saúde em contrapartida, existe uma resistência dos serviços procurados em acolher os interesses desses adolescentes.

Para o Ministério da Saúde, a necessidade da existência de serviços de saúde de qualidade tem sido um desafio para o alcance de melhores condições de vida e de saúde dos

adolescentes e jovens brasileiros, o que também significa compreender a importância das dimensões econômica, social e cultural que permeiam a vida desses grupos (BRASIL, 2005).

Sobre os princípios fundamentais na atenção à saúde dessa população, destaca-se a ética, a privacidade, a confidencialidade e sigilo, por considerar que os jovens e os adolescentes são sujeitos capazes de tomarem decisões de forma responsável. O atendimento, portanto, deve fortalecer sua autonomia, oferecendo apoio sem emitir juízo de valor. A viabilização desses princípios contribui para uma melhor relação cliente-profissional, favorecendo a descrição das condições de vida, dos problemas e das dúvidas (BRASIL, 2005).

Contudo, o estudo realizado por Buendgens e Zampieri (2012) destaca que os profissionais da saúde não tiveram uma capacitação específica para atender esta parcela da população, o que consideram necessária. Muitos relatos mostram que os profissionais se sentem despreparados para o atendimento a adolescentes e jovens, sendo a comunicação o maior problema evidenciado.

A gravidez configura-se em momento precioso para que o ente público aproveite a oportunidade e suas motivações para aproximar-se de forma apropriada da jovem, visto que seria inadmissível deixar passar esse momento tão oportuno para oferecer apoio às dificuldades das adolescentes grávidas e incrementar as práticas educativas (CARVACHO, 2008). Na busca pelo atendimento pré-natal, a gravidez aparece como estressor responsável pelas dificuldades psicossociais nas quais as adolescentes se percebem submetidas.

A supremacia do modelo clínico biomédico promove ações de descuido por uma lógica da produção dos cuidadores baseada em procedimentos técnicos sem ação integralizada e unificada em torno do usuário. O trabalho em equipe também se constitui como uma das premissas da ESF para a produção de impactos sobre os diferentes fatores que interferem no processo saúde-doença. Todavia, a ampliação do número de equipes como um fenômeno isolado de expansão assistencial não garante por si só a construção de um novo modelo; é preciso também uma mudança nas bases de formação dos profissionais (MELO e COELHO, 2011).

Observamos no cotidiano, que são muitas as dificuldades enfrentadas pela mãe adolescente. Entre eles está a dúvida que a família e a sociedade têm em sua capacidade de cuidar da criança e para gerenciar possíveis dificuldades financeiras, especialmente

considerando que ela muitas vezes não completou seus estudos e precisa ser financeiramente dependente dos outros, por isso a enfermeira da atenção primária torna-se importante para o cuidado integral da adolescente. Para que a integralidade seja realizada na prática profissional, é necessário que estes profissionais atuem de maneira interdisciplinar, atendendo às necessidades dessas usuárias, promovendo assistência qualificada que apresenta várias dimensões, mas inclui, essencialmente, acolhimento, vínculo e acesso (BRASIL; QUEIROZ; CUNHA, 2012).

A avaliação clínica durante o pré-natal é necessária e imprescindível ao desenvolvimento saudável da gestação, ressaltando-se que a vigilância a essa dimensão da saúde torna-se um instrumento de proteção ao binômio mãe-filho e um fator de segurança ante as possibilidades de complicações no ciclo gravídico-puerperal. Contudo, o cuidado deve ser pautado na perspectiva da integralidade, em que a escuta, o vínculo e a responsabilização constituem uma tríade indissociável da dimensão biológica (MELO e COELHO, 2011).

Durante a assistência pré-natal devem ser oportunizados espaços para o diálogo entre os profissionais de saúde e as adolescentes grávidas, compartilhamento de suas dificuldades e medos, conhecimento dos seus direitos e fortalecimento de suas potencialidades para fazer escolhas e repensar antigos projetos e sonhos (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012).

3.3 Cuidado Clínico de enfermagem: enfoque em grupos de gestantes

A enfermagem é definida como a arte de cuidar e a ciência cuja essência e especificidade é o cuidado ao ser humano, individualmente, na família ou em comunidade de modo integral e holístico, desenvolvendo de forma autônoma ou em equipe atividades de promoção, proteção, prevenção, reabilitação e recuperação da saúde. As relações de cuidado que são travadas entre os protagonistas ocorrem durante o encontro denominado momento de cuidado. Esse momento de cuidar se concretiza de forma plena quando se estabelece um laço de confiança do ser cuidado para o ser que cuida e que, em princípio, para despertar essa confiança, deverá demonstrar responsabilidade, competência, respeito e sensibilidade (WALDOW e BORGES, 2008).

Assim, o cuidado clínico em enfermagem consiste nas ações desenvolvidas pelo profissional de enfermagem durante o processo de cuidar. Para Silva (2013), o cuidado clínico em enfermagem é a possibilidade de o enfermeiro identificar situações de cuidar, pensar resultados a partir de implementação de intervenções/ações de cuidados.

Historicamente, na área hospitalar a enfermagem nasceu pautada na execução de atos de caridade já que durante muito tempo a igreja se apropriou dessa função de cuidar dentro das Santas Casas de Misericórdia, cujo objetivo era centrado na salvação da alma de quem cuida. A prática do cuidado passou a ser vista na sociedade como um sacrifício, uma forma de expiação dos pecados das mulheres socialmente excluídas. Assim, a enfermagem adquiriu esse aspecto de atividade de altruísmo e abnegação, característica que nunca foi totalmente eliminada das práticas de enfermagem e que, ainda hoje, permite perceber uma forte herança advinda de um vínculo ligado à moralidade e religiosidade.

Diferentemente das ações desempenhadas pela enfermagem dentro dos hospitais filantrópicos, nesse mesmo período, a enfermagem em saúde pública desenvolvia atividades pontuais com vistas apenas em combater doenças transmissíveis emergentes. Contudo, independente do “local” onde estivessem as profissionais de enfermagem serviam como perfeição ao Estado e ao poder médico, executando técnicas como profissionais dóceis e disciplinados. Em meados do século XIX, essa prática começa a tentar se distanciar desse vínculo herdado do passado e a ação de cuidar da enfermagem passa a se adequar às características do método científico, com suas regras de observação, segmentação, regularidade e generalização.

A proposta dos autores do século XX sobre as bases epistemológicas da enfermagem era a de situar o “cuidado” como “essência da profissão”. A fundamentação para os estudos teóricos que abordariam o “cuidado de enfermagem” foi principalmente buscada na abordagem humanística fenomenológica, apoiada na obra de Martin Heidegger (1889-1876). A apropriação que a enfermagem faz desse conceito está fortemente associada a atitudes de maternagem e desvelo, onde um (o cuidador) detém os meios para fornecer aquilo que o outro (ser cuidado) necessita (WALDOW e BORGES, 2012).

Com a consolidação do SUS, no final da década de 80, a proposta é de superação dos modelos de cuidados clínicos da enfermagem até então executados. Espera-se uma superação do modelo hospitalocêntrico, pontual e generalista vivenciado anteriormente. É possível para a enfermagem estabelecer uma estratégia de cuidado que se distancie tanto do tecnicismo exigido pela organização do processo de trabalho no modo de produção capitalista, quanto da proposta humanística que, por vezes, beira o risco de tutelar os pacientes, elegendo o enfermeiro como agente e o paciente como receptor. Contudo, a elaboração dessa nova atitude só seria possível se o enfermeiro efetuasse um deslocamento no seu posicionamento frente àqueles que atendem, saindo do lugar de detentor do “saber sobre o outro” – seja para satisfazê-lo, seja para realizar procedimentos ou técnicas – para uma posição que permita ao outro emergir como sujeito (ALMEIDA, 2009).

Mesmo com mais de vinte anos de implantação do SUS e implementação de mudanças no modelo político de saúde brasileiro, a prática da enfermagem nos serviços de saúde ainda permanece atrelada ao saber médico, e a consulta de enfermagem, muitas vezes, se resume ao acompanhamento da prescrição medicamentosa e seus efeitos. Esta divergência entre teoria e prática é determinada por vários fatores, principalmente pela formação tecnicista recebida pelos alunos de graduação em enfermagem, pela realidade das condições de trabalho enfrentadas pelos enfermeiros com longas jornadas, pela escassez de recursos humanos e até mesmo pela situação social ocupada pelo enfermeiro, algumas vezes situado na equipe de saúde como agente executor do trabalho burocrático-administrativo (ALMEIDA, 2009).

Para prestar uma assistência pré-natal na atenção primária de acordo com os princípios inovadores do SUS, o enfermeiro precisa conhecer o significado da gravidez atribuído pelas próprias adolescentes e os motivos que a levaram a engravidar deve ser debatido entre os adolescentes nas consultas individuais e nos grupos educativos (BUENDGENS e ZAMPIERI, 2012).

O estudo desenvolvido por Peixoto et al. (2011) revelou outra questão importante, porém de resultado alarmante, foi relativa às orientações recebidas pelas gestantes durante o pré-natal, a maioria delas (57,4%) não recebeu qualquer tipo de orientação relacionada a parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido ou amamentação. Lembrando que 44,2% das mulheres evidenciadas nesse estudo eram primigestas, ampliando ainda mais a necessidade de orientações. Isso leva ao questionamento da qualidade da assistência pré-natal que o profissional de saúde está oferecendo às gestantes, pois, mesmo com o número adequado de consultas realizadas, muitas concluíram o pré-natal sem receber as orientações necessárias. Esses autores afirmam que as ações educativas acerca da saúde materna, quando realizadas de maneira correta, resultam em impacto duradouro, justificando com um estudo realizado com 8.300 homens e mulheres, pertencentes a quatro aldeias da Tailândia, mostrou o impacto de intervenções educativas sobre questões inerentes à maternidade segura. Após dois anos da realização das intervenções, o percentual da população que tinha conhecimento sobre as práticas de maternidade segura ainda era maior que o percentual pré-intervenção.

Atuar nessa perspectiva é considerar que o problema de saúde não pressupõe a mera abordagem sobre a doença e a manifestação dos seus sinais e sintomas fisiopatológicos, um modelo de atenção que esteja pautado na visualização das condições e histórias de vida dos sujeitos, considerando os aspectos políticos, culturais, psíquicos e sociais que o envolvem, enfatizando a articulação entre as ações de promoção e proteção à saúde (NÓBREGA, 2007).

Um dos aportes da promoção à saúde é a compreensão da saúde como uma produção social, exigindo, para sua efetivação, um conjunto de estratégias e ações no sentido de construir instrumentos que auxiliem as pessoas a decidirem sobre sua vida, sua saúde e até sua doença num contexto de democracia na participação e controle social. E não como ausência de doença, cujo sujeito é qualificado como mero corpo-objeto de manipulação médica e dos profissionais de uma forma geral. Atuar na perspectiva da promoção da saúde remete ir além dos objetos demandados – das consultas individuais, orientações e palestras pontuais e superficiais (SILVA, 2009).

Ao tratarmos mais especificamente da promoção da saúde com enfoque nas ações de Enfermagem, não podemos nos afastar da noção de interdisciplinaridade e complexidade, já que as ações envolvem mudanças nas comunidades, nas políticas públicas e hábitos de vida. A interdisciplinaridade discutida aqui não pode ainda ser confundida com trabalho em equipe, apenas justaposição de ações parcelares, que não dão conta de atender às ameaças

emergentes a saúde, de compreender as novidades das biociências, as profundas transformações da vida cotidiana e das relações de trabalho, que desvelam o cenário complexo de um novo paradigma do conhecimento (MEIRELLES e ERDMANN, 2005).

A atuação interdisciplinar nas equipes de saúde e enfermagem implica em construção do conhecimento, como aquisição de competências, uma prática de inter-relação e interação entre as diversas disciplinas, articulação dos conhecimentos, num constante ir e vir para resolução dos problemas ou alcance dos objetivos, e consequentemente a ampliação das fronteiras disciplinares (MEIRELLES e ERDMANN, 2005).

A centralização apenas na consulta pré-natal como objeto de atuação dos profissionais da área da saúde com as gestantes tem sido concebido na perspectiva patologizante e medicalizante (RESSEL e GUALDA, 2004). A promoção da saúde deve potencializar a experimentação de novas abordagens educativas da enfermeira no pré-natal, bem como, a criação de instrumentos tecnológicos efetivos que possam favorecer o cuidado de enfermagem em relação à saúde da adolescente grávida na perspectiva do empoderamento desta jovem para o seu autocuidado e cuidado do seu filho.

Nessa perspectiva o enfermeiro precisa dialogar abertamente sobre diversos assuntos da gravidez na adolescência, não de forma moralista, mas respeitando as diferenças culturais e os direitos sexuais e reprodutivos dos adolescentes. O enfermeiro poderia se deslocar da posição do profissional que já tem resposta pronta para os problemas do paciente, renunciando em alguns momentos a fala, a justificativa, o desejo de explicar, de convencer e responder o sofrimento do outro (ALMEIDA, 2009). E a experiência de grupo se mostra bastante eficaz nesse sentido.

A adolescente grávida não deve ser manipulada como objeto de vulnerabilidade – risco em um contexto isolado da realidade e de suas vivências, o que implica na necessidade de sensibilização dos profissionais de saúde quanto aos sentidos da integralidade, podendo assim reorientar suas práticas e escapar dos reducionismos. A integralidade pressupõe inovações nas práticas de saúde em diferentes cenários, trazendo uma perspectiva reflexiva de valorização dos sujeitos, havendo necessidade de uma reconstrução ética e política do cuidado à saúde das grávidas adolescentes (MELO e COELHO, 2011).

As adolescentes, muitas delas solteiras, vivenciam simultaneamente diferentes tipos de acontecimentos vitais durante a gravidez e a maternidade, esta associação de eventos

precisa impulsionar a enfermagem para que realize o cuidado dentro de uma abordagem multidimensional, incluindo toda a família, uma vez que as atitudes em relação aos familiares podem ser afetadas pela experiência da gestação precoce.

No decorrer do pré-natal, o ser adolescente gestante, os familiares e a equipe de saúde estão unidos na perspectiva de que o período gestacional transcorra de forma tranqüila e segura, preparando os seres envolvidos para o enfrentamento do parto, puerpério e transição ao papel materno, garantindo a boa qualidade de vida ao binômio mãe-filho. O cuidar-orientar-ouvir humanizado do enfermeiro durante o ciclo grávido puerperal fortalece a estabilidade, a harmonia, o entrosamento entre o ser adolescente gestante e o enfermeiro, propiciando integração, qualidade do cuidado prestado e reconhecimento entre as partes, pois a adolescente gestante poderá expor seus temores, dúvidas, angústias, dificuldades, expectativas diante desse acontecimento nunca antes experienciado, estabelecendo um vínculo de suporte confiável, em meio a tantas modificações e sensações novas (MACHADO, 2004).

Para que o cuidado prestado à adolescente grávida seja na abordagem individual ou em grupo tenha eficiência e eficácia quem cuida, geralmente detêm o saber, mas deve se utilizar deste conhecimento considerando o ser cuidado em sua totalidade, com sua história, suas crenças, seus valores e seus papéis. Machado (2004) acredita que cuidar de maneira humanizada só acontece se a enfermagem deixar de lado sua posição tecnicista, cumpridora de tarefas preestabelecidas para de fato prestar o cuidado, tendo por fundamento a relação interpessoal e a troca de conhecimento, visando suprir as necessidades básicas físicas e emocionais do ser cuidado, respeitando suas potencialidades e suas limitações.

Para aquele autor, outros atributos como interesse, respeito, paciência, solidariedade, são necessários, além de conhecimento, competência, comprometimento e responsabilidade. O ser que está sendo cuidado, por sua vez, apresenta uma atitude responsiva que pode variar de acordo como é iniciada a relação, mediante ações, atitudes e comportamentos do ser cuidador. Dispor dos atributos necessários e desejáveis auxilia na relação de cuidado, que é a de disponibilidade, de abertura, de receptividade ao ser que cuida, resultando em uma atitude de aceitação e confiança.

O ser adolescente gestante vivencia momentos de conflitos em que convive com as limitações impostas pela gravidez, com as limitações de compreensão das modificações

adolescentes, as imposições familiares, as quais a tornam vulnerável e frágil para o enfrentamento desse momento existencial (MACHADO, 2004).

O marco histórico do desenvolvimento do trabalho com grupos aconteceu em 1905 nos EUA, com base nos trabalhos do médico Pratt. A partir daí surgiram várias correntes e muitos contribuíram na evolução do uso da abordagem grupal. Não se trata de uma novidade para a enfermagem, pois há vários registros de utilização dessa estratégia em diversos contextos na área (SOUZA, 2011).

As profundas transformações sociais no mundo contemporâneo têm provocado importantes mudanças no modo de vida das pessoas, exigindo novas práticas em saúde na atenção primária. Chaves et al. (2009) destacam como uma das competências dos profissionais que atuam na ESF o desenvolvimento grupal, que envolve a identificação da demanda e do tipo de grupo a ser realizado, dos papéis sociais visando o crescimento grupal e a utilização de técnicas de grupo para aumentar o vínculo e a integração.

Esses autores, ao realizar com grupo de gestantes adolescentes na ESF, perceberam que muitos adolescentes manifestam no grupo o desejo de participar e realizar algo com e para a comunidade. Os adolescentes já se organizam de forma autônoma, mas mediados por políticas públicas ou por diversos atores da sociedade, costumam ganhar mais espaços de controle social. Observaram que alguns ganham maior visibilidade dentro dos territórios nos quais vivem e conquistam um espaço de destaque entre os demais devido a sua atuação na comunidade. O grupo que trabalha com adolescentes precisa ter como objetivos o desenvolvimento das potencialidades dos adolescentes; fortalecimento dos vínculos com profissionais de saúde, família e comunidade; educação em saúde e o desenvolvimento do protagonismo juvenil (CHAVES et al., 2009).

Existe um número crescente de publicações sobre as dinâmicas de grupo como demandas de atividades desenvolvidas nos mais variados campos da saúde e da educação, contudo, para Souza (2011) os profissionais de enfermagem devem ter cuidados e critérios antes de se iniciar o trabalho com grupos específicos para que não ocorra uma banalização da atividade de grupo como tarefa simples e que não requer aprofundamentos teóricos.

4 DESENHO METODOLÓGICO

4.1 Tipo de Estudo

Estudo descritivo de abordagem qualitativa, com intenção de compreender a atenção à adolescente grávida na atenção primária, focando o momento do pré-natal desenvolvido pelo enfermeiro e outras relações assistenciais relacionadas à promoção do cuidado à gestante e ao seu filho.

Neste sentido entende-se que a pesquisa qualitativa valoriza o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores e das atitudes, pois o ser humano se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações dentro e a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes. Aprofunda no mundo dos significados, buscando a compreensão da realidade humana vivida socialmente, num nível de realidade que não é visível, precisa ser exposta e interpretada, em primeira instância pelos próprios pesquisadores (MINAYO, 2009; MINAYO, 2011).

Segundo Rodrigues (2007) para compreender o fenômeno é necessário desenvolver o processo analítico de forma minuciosa, voltando-se para detalhes, para a busca de inter-relações do objeto de estudo com outros objetos a ele relacionados. Consiste em um verdadeiro desmonte da coisa estudada, identifica partes, fatores, elementos, circunstâncias, podendo classificar tais aspectos, descrever, compreender significado, estabelecer causas.

Vale ressaltar que a pesquisa qualitativa possui etapas a serem seguidas de acordo com o fenômeno que se pretende compreender. Os pesquisadores começam a investigação conversando ou observando pessoas que têm uma experiência inicial com o fenômeno estudado. As discussões e observações são sistematizadas e permitem que os participantes da pesquisa expressem suas crenças, sentimentos e comportamentos. O pesquisador é o principal instrumento de coleta de informações e precisa demonstrar confiabilidade no campo, seguindo etapas para a coleta (POLIT; BECK, 2011). Procurou-se obedecer com critério às orientações da pesquisa qualitativa desenvolvida a partir da experiência com grupos.

4.2 Local

O local do estudo foi uma Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), município de Fortaleza, pertencente à Secretaria Executiva Regional I. Tal local foi escolhido acreditando-se na possibilidade da aproximação com o objeto de estudo e pela existência de grupo de adolescentes neste centro há três anos.

Em termos administrativos, o Município de Fortaleza está dividido em seis Secretarias Executivas Regionais (SERs), que funcionam como instâncias executoras das políticas públicas municipais. Cada SER abrange bairros que se caracterizam pela proximidade e perfil sociodemográfico. Vale ressaltar que o Sistema Municipal de Saúde integra a rede regionalizada e hierarquizada do SUS e apresenta capacidade instalada para a realização de serviços primário, secundário e terciário.

A UAPS onde foi desenvolvida a pesquisa fica localizada numa extensa área litorânea da Capital, no bairro da Barra do Ceará. Trata-se de uma unidade que oferta serviços de atenção primária e apresenta a Estratégia Saúde da Família (ESF) como base para implementação do SUS. Atualmente, a UAPS conta com atuação de quatro equipes de saúde da família completas (médico, enfermeiro, dentista, auxiliar de enfermagem e técnico de higiene dental e agentes comunitários de saúde) e uma equipe de Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) composta apenas por enfermeiro e ACS. Até outubro de 2013, essa unidade estava responsável por uma área de abrangência que assistia em média 7.845 famílias, cerca de 35.427 pessoas (SIAB, outubro 2013). De acordo com a Figura 2, sua área estava compostas pelo seguintes: bairros Barra do Ceará, Jardim Iracema, Colônia e Álvaro Weyne.

A UAPS foi inaugurada em junho de 1996, numa área física de 576,7 m². Existem consultórios de pediatria, pré-natal, atendimento de adulto e idoso; salas para planejamento familiar, para realização de exames de prevenção de câncer do colo de útero e mama e inserção do DIU; espaço para dose supervisionada aos pacientes com Tuberculose e Hanseníase; salas para acompanhamento do Programa Bolsa Família, imunização, curativos, aerosol e triagem, além de um auditório para realização de grupos e os espaços de espera. Dessa forma, todo dia tem profissional assistindo criança, idoso, adulto e gestante, realizando visita domiciliar ou promovendo atividade educativa nas salas de espera da unidade.

O espaço físico utilizado para a realização das atividades grupais durante a coleta das informações desta pesquisa foi o auditório descrito anteriormente, visto que é uma recomendação entre os autores, de que o ambiente ideal para a realização de grupos focais propicie privacidade, conforto, sem interferências sonora e acessibilidade para os participantes (KING, 2004).

4.3 Sujeitos da Pesquisa

As participantes do estudo foram 16 adolescentes grávidas assistidas na rede básica de saúde. Estas foram incluídas na pesquisa de acordo com os seguintes critérios: estarem realizando pré-natal na unidade básica escolhida para o estudo; terem idade compreendida entre 10 e 19 anos, período da adolescência definido pela OMS (BRASIL, 2005); apresentarem interesse e disponibilidade em colaborar com estudo após contato inicial da pesquisadora; terem participado de pelo menos um encontro no grupo de gestantes realizado na unidade de saúde durante o ano da coleta das informações.

Foram critérios de exclusão da pesquisa: as adolescentes usuárias de álcool, drogas e/ou psicotrópicos, aquelas que não aceitassem ser incluídas na dinâmica de atendimento em grupo e as que não estivessem realizando regularmente as consultas agendadas de pré-natal no 2º e 3º trimestres. Isso porque se entende que a gestante no início da gestação ainda não passou suficientemente pela assistência pré-natal para que possa emitir experiências sobre a mesma.

Na verdade, não foi necessário excluir nenhuma adolescente pelo primeiro critério. Após um semestre de observação e contato inicial da pesquisadora com o grupo de gestantes adolescentes, a pesquisadora elaborou convites (data da realização, local e objetivos da pesquisa e ser desenvolvida) incluindo o termo de consentimento para assinatura dos pais e solicitou que as agentes de saúde entregassem as adolescentes grávidas da área para inclusão no grupo focal. Inicialmente tinham 22 gestantes que participaram assiduamente dos encontros grupais da UAPS durante o primeiro semestre de 2013. Dessa forma, a escolha das adolescentes foi intencional, atendendo aos critérios de inclusão e exclusão, perfazendo um total de 16 adolescentes que aceitaram participar da pesquisa.

De acordo com Gomes, Telles e Roballo (2009) para estabelecer um número de participantes em cada grupo focal, deve-se considerar os objetivos da investigação, e há a sugestão de que oscile entre seis e quinze integrantes. Sabe-se que para a pesquisa qualitativa um pequeno número de indivíduos, reunidos em um grupo de discussão, vale muito mais que qualquer amostra representativa.

4.4 Técnicas e procedimentos da coleta das informações

Para a breve caracterização das adolescentes grávidas participantes da pesquisa foi utilizado um questionário com características pessoais e itens de participação no grupo (Apêndice B). Estas informações foram preenchidas pelas próprias adolescentes no início do primeiro grupo focal.

Como técnica para coleta das informações foi utilizado o Grupo Focal (GF), uma técnica que constitui um método para avaliar diversos temas de interesse coletivo, como mensagens de educação em saúde, compreensão do público sobre doenças e experiências de pessoas a respeito de doenças e de serviços de saúde (KITZINGER, 2009).

Para coleta das informações nos grupos focais utilizou-se um roteiro temático abordando as questões do objeto de estudo delineadas nos objetivos (Apêndice C). “A utilização de um guia é muito importante para direcionar a discussão em grupo” (FLICK, 2004, p.139).

Considera-se que não existem instrumentos específicos para serem utilizados em grupos focais. O grupo focal é uma técnica específica de coleta de dados qualitativos por meio de entrevistas grupais, caracterizada pelo uso explícito da interação grupal para a produção de dados e insights que seriam menos acessíveis fora do contexto interacional. Assim, o GF permite que se obtenha, para análise, um material que não surgiria em uma conversação casual ou entrevista frente a frente, nem em resposta a perguntas previamente formuladas pelo investigador (GOMES, TELLES e ROBALLO, 2009).

Discute-se ainda que o grupo focal é uma discussão estruturada para obter informação relevante de um grupo de pessoas, sobre um tópico específico. O objetivo desse grupo é recolher informação sobre os sentimentos, valores e ideias das pessoas, e não obter consenso, nem tomar decisões. A discussão em grupo é particularmente adequada quando

existe uma série de perguntas abertas e se deseja estimular os participantes da pesquisa a explorar os aspectos importantes para eles, com seu próprio vocabulário, gerando suas próprias perguntas e estabelecendo suas próprias prioridades. Quando a dinâmica funciona bem, os participantes atuam também como pesquisadores, levando a pesquisa para direções novas e frequentemente inesperadas (KITZINGER, 2009). Estas foram as intenções desse estudo, deixar que o diálogo fluísse naturalmente, com as experiências de cada uma, estimulando o grupo a falar orientados pelo roteiro temático exposto no início da conversa.

Escolheu-se trabalhar essa técnica de coleta de dados com as adolescentes grávidas, pois de acordo com Gomes, Telles e Roballo (2009), nas discussões em grupo, os adolescentes manifestam suas opiniões de forma mais autêntica, com mais veemência e menos resistências, por estarem com seus pares. Assim, a utilização do GF entre adolescentes proporciona interação e pode instigar o diálogo, facilitar a verbalização de dúvidas, tabus e preconceitos, além de possibilitar o compartilhamento de opiniões, emissão de inferências, busca de soluções para problemas comuns, podendo inclusive desencadear a adoção de ações promotoras de saúde.

Do ponto de vista operacional, os grupos focais devem ser compostos por um moderador, que procura promover a interação social entre os participantes, esse papel é comumente desempenhado pelo próprio pesquisador; um observador, cuja função é avaliar a condução da técnica. A escolha dos demais participantes deve ser intencional de acordo com os objetivos do estudo, sendo necessário que haja no mínimo uma característica homogênea, que nesse estudo foi a gravidez na adolescência (GOMES; TELLES; ROBALLO, 2009).

Para King (2004) é necessário que os moderadores de grupos focais estejam atentos ao processo grupal, estejam capacitados para avaliar os dados analisando as interações e se preocupem com certas indicações para condução da discussão, tais como: tamanho do grupo, focalização em um tema, homogeneidade do grupo, garantia de participação de todos os integrantes do grupo na discussão.

O observador é fundamental para validar a investigação que utiliza grupo focal. Um dos papéis mais importantes do observador é analisar a rede de interações presentes durante o processo grupal. Cabe a ele, também, apontar as reações do moderador com relação ao grupo, suas dificuldades e limitações. O observador deve ter posição menos ativa,

restringindo-se ao registro de comunicações não verbais, linguagem, atitudes, preocupações (KING, 2004). O observador dessa pesquisa foi uma enfermeira servidora da UAPS.

Além da economia de tempo e de dinheiro gerada com a entrevista de um grupo de pessoas ao mesmo tempo, em lugar de diferentes indivíduos em ocasiões distintas, os elementos das dinâmicas de grupo e da discussão entre os participantes são realçadas no grupo (FLICK, 2004). De acordo com esse autor as principais vantagens dos grupos focais são: baixo custo, resultados rápidos, formato flexível, permitindo que o moderador explore perguntas não previstas e incentive a interação entre os participantes, além de ser eficientes para obter informações qualitativas e para esclarecer questões complexas no desenvolvimento de projetos.

Esse método de pesquisa sofre críticas em relação à validade de seus resultados e ao tempo excessivo de análise das respostas. Entretanto, elas são rebatidas sob o argumento de que ele é muito útil quando os pesquisadores buscam soluções criativas e inovadoras, coletando informações que não seriam obtidas com facilidade através de outras técnicas e geram resultados ilustrativos que fornecem um conjunto de ideias em relação ao tópico de interesse (KITZINGER, 2009).

O registro dos dados foi efetuado por meio da gravação de voz e imagem, complementado pelas anotações do observador. Procurou-se respeitar o limite de tempo em cada grupo. Portanto, a duração de cada sessão grupal não ultrapassou duas horas, pois períodos superiores podem ocasionar cansaço e desgaste mental, prejudicando o alcance dos objetivos e dos resultados.

Procurou-se ainda seguir as etapas previstas para o funcionamento dos grupos focais (KING, 2004): abertura, preparação, debate, encerramento, discussão, ação posterior. No início, a abertura e preparação duraram aproximadamente dez minutos. No debate, o moderador permitiu que transcorresse de forma espontânea, estando atento, porém, para os prováveis desvios do tema e passando para a etapa seguinte sem rompimentos bruscos. No encerramento expôs-se, de maneira sintética, a discussão promovida pelo grupo, bem como o esclarecimento de possíveis dúvidas, observando-se se as informações foram satisfeitas de acordo com o temário e a necessidade de mais grupos.

Para a coleta das informações específicas destinadas a dissertação, realizam-se três grupos focais durante o mês de outubro de 2013; dois grupos tiveram duração de uma

hora e quinze minutos, um grupo, uma hora e cinquenta minutos (Apêndice D). Os grupos foram constituídos de um moderador (pesquisadora), um observador (enfermeira da unidade que não havia participado de grupos de gestante anteriormente) e as participantes que foram orientadas a conversar seguindo as temáticas apresentadas (Apêndice C).

No primeiro grupo, dia 09 de outubro de 2013, foi trabalhada a primeira temática: *participação no grupo de gestante e implicações no seu cuidado e do bebê, no seu relacionamento social e familiar e no seu pré-natal*. No segundo grupo, dia 16 de outubro de 2013, conseguiu-se mesclar a abordagem de duas temáticas: *os aspectos que mais gostaram de discutir no grupo de gestante (pensando em você e no bebê)* e *os aspectos de satisfação ou insatisfação durante esse pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe*. No terceiro grupo, realizado dia 23 de outubro de 2013, encerrou-se com a quarta temática: *mudanças e sugestões para melhoria da assistência pré-natal às adolescentes*. Essa última atividade grupal também foi livre para que as adolescentes fizessem quaisquer considerações que achassem pertinentes e que fossem contribuir com a pesquisa. Neste momento, o pesquisador procurou avaliar a abordagem das temáticas e o desenvolvimento do grupo.

Os Grupos Focais são grupos de discussão sobre um tema em particular, que permitem troca de experiências, vivências, descobertas, expressão de angústias e ansiedades, acolhimento e participação dos envolvidos (SILVA e ASSIS, 2010).

4.6 Análise das informações

A análise foi feita com base na organização de temas, análise temática, visto que é o procedimento indicado por alguns autores para o tipo de pesquisa com rico material oriundo de entrevistas individuais ou coletivas.

King (2004) apresenta a análise de dados acontecendo de forma concomitante ao processo de condução do grupo. A postura do moderador, a etapa de ação posterior e a própria qualidade da transcrição dos dados devem ser consideradas no processo de análise quando se trata de grupo focal.

Flick (2004) registra o desafio que se lança ao pesquisador para a análise tanto do conteúdo da discussão em grupo quanto do processo grupal, complementando esse

posicionamento sobre análise de grupos ao afirmar que o exercício do papel de observação coloca à disposição uma análise dos vínculos e processos dinâmicos do grupo. Por isso, o procedimento de análise de grupos focais envolve tanto uma análise temática quanto uma análise das interações, necessariamente interligadas. Ainda para esse autor, a etapa mais difícil desse tipo de pesquisa é mesmo a análise dos resultados. Ao final de cada grupo, o moderador constrói um relatório contendo todo o material audiovisual e textual gerado na discussão e um resumo dos comentários mais importantes, além de acrescentar suas conclusões e recomendações. Dado o caráter subjetivo da pesquisa qualitativa, o moderador é a pessoa mais indicada para exprimir, com isenção, o que realmente se passou durante a discussão do grupo focal. O sucesso do grupo focal está relacionado diretamente à definição clara do objetivo da pesquisa e à boa escolha de pessoas com habilidades comunicativas e que compartilhem suas ideias e sentimentos.

Então, após o registro do que se passou nos momentos grupais, partiu-se para a etapa de caracterização dos sujeitos da pesquisa e elaboração do quadro descritivo para análise, contendo idade, estado civil, número de gestações, partos e abortos, anos de estudo, gravidez como fator para abandono do estudo, motivos pelas quais as adolescentes pararam de estudar, com quem moram, quantas vezes participaram do grupo de gestantes, como se sentiram no grupo, número de consultas de pré-natal realizadas, de participações em outras atividades educativas, de atendimentos esporádicos relacionados à gestação (Quadro 1).

Para o material coletado nas entrevistas grupais e imagens reuniu o corpus a ser analisado, o qual foi transcrito na íntegra pela pesquisadora e, posteriormente, aplicadas as etapas da análise de conteúdo seguindo a orientação de autores.

Minayo (2009) menciona que a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas para analisar conteúdos de materiais de pesquisa, destacando entre as demais, a análise temática. O processo de análise e interpretação começa com a codificação, operação em que os dados serão fragmentados e, em conjunto, reintegrados de novas maneiras pelos núcleos temáticos identificados. Este processo de codificação e categorização conduz ao desenvolvimento de teorias pelo processo de abstração, onde são formuladas redes de categorias ou conceitos e as relações entre estes. Assim, as informações organizadas e interpretadas, a partir do método de análise de conteúdo do tipo análise categorial temática, obedecem as seguintes fases já estabelecidas: pré-análise, exploração do material e tratamento dos resultados, através da análise e interpretação (MINAYO, 2009).

Corroborando com a autora, Flick (2004) salienta que o processo de interpretação inicia-se com a codificação aberta quando os dados são primeiramente desmembrados em unidades de significado a fim de unir conceitos, na etapa seguinte, esses códigos são categorizados, ao passo que, ao aproximar-se do fim do processo analítico como um todo, a codificação seletiva ganha maior evidência, agrupando os códigos em torno dos fenômenos descobertos nos dados que sejam particularmente relevantes para a questão de pesquisa.

Nas etapas de análise/interpretação, foi feita a codificação e as etapas de categorização pela identificação e fragmentação dos conteúdos das entrevistas. Posteriormente, foram organizados no quadro analítico, assim os recortes de falas (núcleos de sentidos) estão representados nas subcategorias pela relação de semelhança. Desse modo, abstraiu-se as categorias consideradas essenciais para o fenômeno. A visualização dos procedimentos analíticos está descrita nos quadros (Apêndice D), constituídos pelas temáticas com suas respectivas categorias e subcategorias, a partir dos recortes das falas.

4.5 Aspectos Éticos

A pesquisa cumpriu os aspectos éticos da Resolução nº. 466/12 (BRASIL, 2012b), sendo submetida à Plataforma Brasil CAAE: 14945213.0.0000.5534. Foi iniciada somente após obter a aprovação, com parecer nº 501.683 (Anexo). Na condução da pesquisa, foram respeitados todos os princípios da bioética.

As participantes poderiam se retirar da pesquisa a qualquer etapa da coleta de dados ou no momento em que desejarem. O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi apresentado às participantes e/ou aos seus pais e responsáveis para o cumprimento dos aspectos éticos relativos à autonomia, à beneficência e a não maleficência no desenvolvimento da pesquisa.

As informações obtidas foram mantidas em anonimato e não havendo divulgação personalizada das informações, ou seja, nenhuma identidade foi revelada. Esta pesquisa não trouxe riscos diretos à sua saúde a não ser pelo desconforto da adolescente se expor em grupo, mas sempre que estas tiveram alguma dúvida, foram esclarecidas pela pesquisadora. Os benefícios que esta pesquisa trará com suas informações são muitos, pois serão repassadas aos profissionais e gestores municipais, trazendo momentos de reflexão, além de possibilitar

ampliar a visão dos pesquisadores e cuidadores, sobre os pontos importantes a serem melhorados no cuidado às adolescentes grávidas na atenção primária.

As adolescentes com idade entre 18 e 19 anos, por apresentarem maioridade do ponto de vista legal, não necessitam de autorização dos pais para participar da pesquisa, ou as menores de 18 anos em que cessou a incapacidade civil por quaisquer das razões elencadas no art. 5º do Código Civil Brasileiro, a saber:

Art. 5º A menoridade cessa aos dezoito anos completos, quando a pessoa fica habilitada à prática de todos os atos da vida civil.

Parágrafo único. Cessará, para os menores, a incapacidade:

I – pela concessão dos pais, ou de um deles na falta do outro, mediante instrumento público, independente de homologação judicial, ou por sentença do juiz, ouvido o tutor, se o menor tiver dezesseis anos completos;

II – pelo casamento;

III – pelo exercício de emprego público efetivo;

IV – pela colação de grau de ensino superior;

V – pelo estabelecimento civil ou comercial, ou pela existência de relação de emprego, desde que, em função deles, o menor com dezesseis anos completos tenha economia própria.

5 DESCRIÇÃO DA REALIDADE

5.1 Contexto da observação da atividade grupal e aproximação com o objeto da pesquisa

Conforme descrito na aproximação da pesquisadora com a temática e com o campo da pesquisa, o grupo de gestantes na unidade de saúde em estudo acontecia com periodicidade mensal. No início do ano de 2013, planejou-se o cronograma semestral das atividades do grupo e já se pretendia iniciar as observações preliminares com um olhar atento ao grupo de gestantes adolescentes. Assim, apresentou-se a proposta da pesquisa e seus objetivos para todos os profissionais da unidade, os coordenadores e as próprias gestantes. Discutiu-se que as temáticas a serem abordadas no grupo, compondo o cronograma, seriam construídas pela equipe de saúde da família juntamente com as gestantes.

Durante esse encontro inicial, a enfermeira pesquisadora do estudo informou que seu objetivo seria realizar grupo apenas com as adolescentes grávidas, gestantes menores de 20 anos, ante ao interesse de desenvolver sua dissertação de mestrado com esta população. Dessa forma, decidiu-se entre as enfermeiras da unidade que as gestantes maiores de 20 anos seriam acompanhadas em outro grupo para que não se sentissem excluídas desta atividade. Então, outra enfermeira da unidade resolveu coordenar a realização do grupo com as gestantes não adolescentes em dias diferentes. Neste encontro, elaboraram o convite (Figura 3) que foi anexado ao flanelógrafo da UAPS, nas associações comunitárias do bairro e distribuídos pelos agentes comunitários de saúde em suas microáreas.

FIGURA 2: Convite do grupo de gestante. Fortaleza, 2013.



FONTE: Elaborado pela equipe da UAPS.

Assim, todas as gestantes que realizavam o pré-natal na UAPS foram convidadas a participar da atividade grupal mensalmente independente da sua idade, da área de abrangência de sua residência ou do profissional que realiza seu pré-natal. Essa organização inicial objetivou apenas separar as adolescentes grávidas das demais gestantes já visualizando, posteriormente, os grupos focais.

Os grupos de gestantes começaram a acontecer a partir do mês de fevereiro, conforme as datas estabelecidas no convite. No primeiro grupo de gestantes, a ideia foi de deixar emergir livremente, por parte das mulheres grávidas, os assuntos a serem abordados a cada próxima reunião, por isso nem sempre os temas trabalhados no grupo das gestantes adolescentes foram os mesmos temas do grupo das gestantes não adolescentes.

Para entender como se desenvolveu o grupo de gestante na unidade de saúde durante o ano de 2013, segue-se a descrição das atividades realizadas já visualizando a possibilidade de escolhê-las como sujeitos do presente estudo. Com esta finalidade, buscou-se estabelecer vínculo e confiança dos profissionais da equipe de saúde com as adolescentes. O primeiro grupo de gestantes foi iniciado com uma dinâmica, solicitando que elas completassem a frase: **“no grupo de gestante eu me sinto...”**. A figura 4 mostra as manifestações nesse momento de vivência.

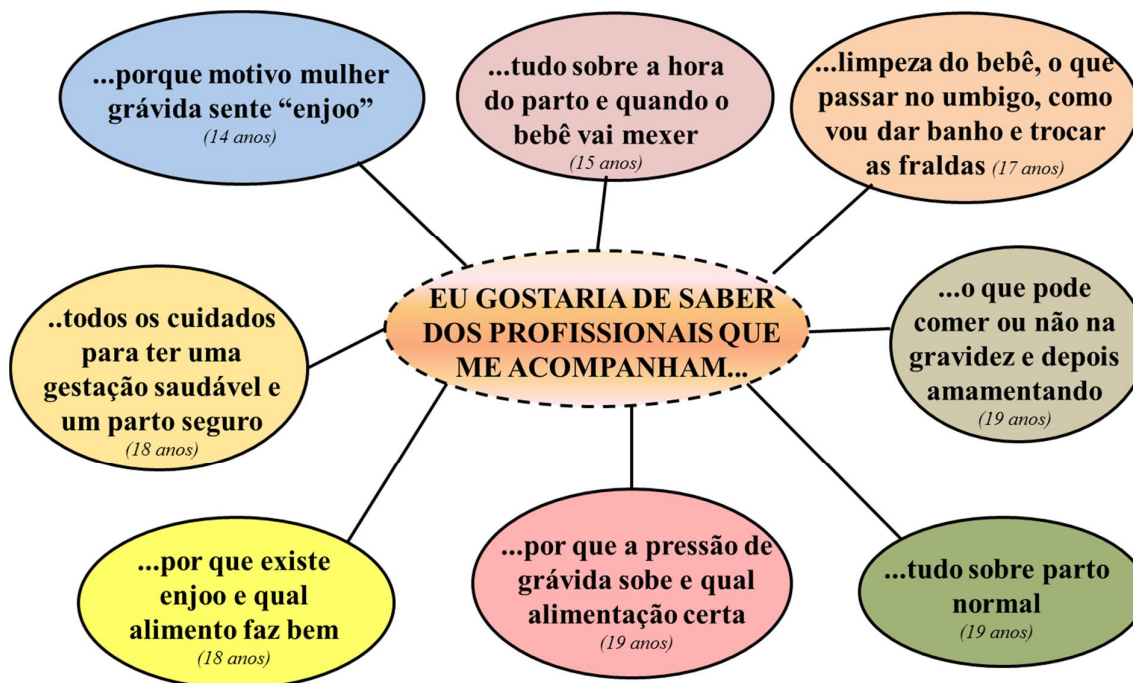
FIGURA 3: Sentimentos expressos pelas adolescentes do grupo de gestante. Fortaleza, 2013.



FONTE: Elaboração própria.

Na construção dos próximos grupos, para que a equipe pudesse programar temas e selecionar vídeos de acordo com a expectativa das adolescentes grávidas foi realizada uma segunda dinâmica ainda durante esse primeiro grupo de gestante, pedindo que elas completassem a seguinte frase: **“Eu gostaria de saber dos profissionais que me acompanham...”**. As respostas foram constituídas na figura 5.

FIGURA 4: O que as adolescentes do grupo de gestante gostariam de saber. Fortaleza, 2013.

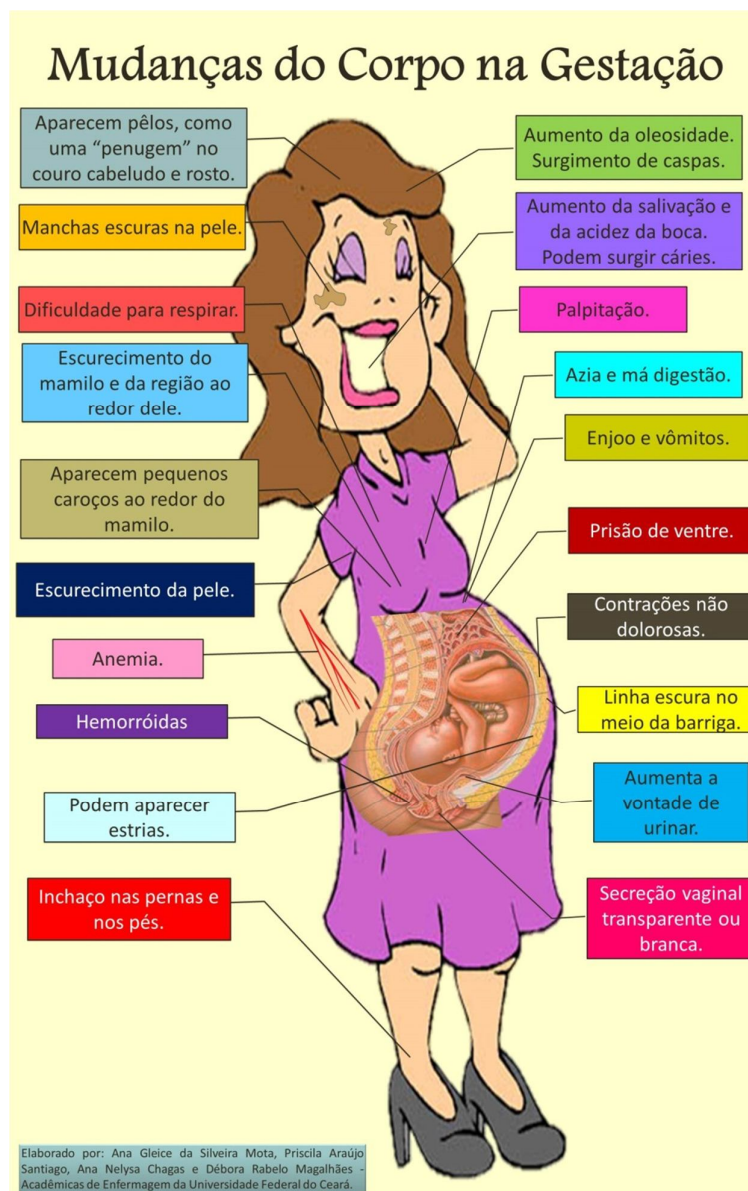


FONTE: Elaboração própria.

A partir das necessidades das adolescentes levantadas nesse encontro inicial, as reuniões subsequentes abordaram os temas: sintomas mais comuns apresentados pela mulher grávida, alimentação saudável, momento do parto e seus tipos, amamentação e cuidados com o recém-nascido.

Como material didático, foi impresso um banner no tamanho real de uma adolescente (Figura 4) o qual era sempre exposto em cada reunião do grupo para que visualizassem uma imagem de “mulher grávida”. Outros materiais ilustrativos também foram levados pelas alunas de graduação como um manequim do bebê e do útero gravídico, alguns vídeos sobre: parto, amamentação, ordenha manual do leite, banho do recém-nascido, trocas de fraldas e cuidados com o coto umbilical. Todos os vídeos do ministério da saúde disponíveis na unidade de saúde.

FIGURA 5: Banner da “mulher grávida” trabalhado no grupo de gestantes. Fortaleza, 2013.



FONTE: Arquivo próprio.

Em todas as reuniões seguintes, o grupo sempre tinha uma acolhida inicial pela enfermeira pesquisadora que a cada novo encontro rerepresentava a finalidade de registrar os acontecimentos para que na pesquisa pudesse utilizar estas informações, caso permitissem. Depois, algum outro profissional da equipe de saúde ou do NASF conduzia as reuniões com ajuda das acadêmicas de enfermagem, enquanto a pesquisadora se dedicava às suas observações e, quando solicitada, participava das dinâmicas.

Em cada encontro, a pesquisadora procurava ficar atenta aos olhares e às expressões das adolescentes diante do que era discutido, buscando compreender o significado daquela experiência na reelaboração e fortalecimento dos grupos de gestantes. Como a discussão grupal também incluía dinâmicas ou atividades preestabelecidas tinha que haver a preocupação de deixar emergir outros assuntos espontaneamente conforme a curiosidade das adolescentes grávidas. A partir dessas observações, a pesquisadora estabeleceu os roteiros temáticos que seriam trabalhados em cada grupo focal a ser desenvolvido para a coleta das informações com as adolescentes.

Um aspecto que chamou atenção, desde o contato inicial da pesquisadora com grupos, foi que os trabalhos publicados pela enfermagem brasileira na sua grande maioria não se referem a questão do preparo do enfermeiro para o desenvolvimento dessa tarefa como requisito para a sua realização. Sabe-se, contudo, até pela experiência individual de realizar grupos de gestantes, que essa não se constitui tarefa fácil, embora agradável e muito compensadora.

Corroborar-se com Buendgens e Zampieri (2012) ao afirmar que a gravidez na adolescência não deve ser compreendida de uma forma isolada, deve ser contextualizada de acordo com a realidade socioeconômica e educacional da adolescente. É importante um programa específico que trabalhe de forma interdisciplinar e intersetorial os temas relacionados à adolescência, embasado em suas necessidades, sendo fundamental formar e capacitar os profissionais da atenção básica neste sentido.

Souza (2011) enfermeira que desenvolve grupos em sua atuação profissional concorda que a literatura brasileira é escassa em relação ao preparo do enfermeiro para condução de grupos terapêuticos e destaca ainda que esse profissional precisa ter uma maior sensibilidade para deixar que as necessidades surjam das participantes de cada grupo, onde seus discursos se tornam figuras. Destaca ainda a autora sobre a importância da nutrição do acolhimento do lanche coletivo e a finalização com abraço coletivo para resgatar a energia e tudo o que é terapêutico nos encontros humanos.

Por isso, nas reuniões do grupo de gestantes, cada uma das adolescentes, profissionais e alunas que participaram, todas levaram algum alimento para partilhar no lanche coletivo e sempre alguma delas era convidada a conduzir a finalização com o abraço

coletivo. Muitas vezes, rezou-se também a oração do Pai Nosso ao final do encontro respeitando a liberdade de cada uma.

FIGURA 6: Fotos do grupo de gestantes. Fortaleza, 2013.



FONTE: Arquivo próprio (foto com alteração de formato por questões éticas).

A observação do grupo de gestante adolescente durante os seis encontros mostrou que trocar experiências é muito mais do que simplesmente oferecer informações sobre gravidez, parto e puerpério. Essa experiência revelou a importância para estarmos atentas à dinâmica das relações no grupo e suas implicações na vida dos participantes. O contato do enfermeiro com o grupo de gestante adolescente ajuda a compartilhar experiências, dúvidas e tabus que permeiam as vivências de cada participante.

As observações realizadas e o contato inicial com as gestantes adolescentes no decorrer dos grupos foram importantes, pois apenas essas participantes dos encontros foram convidadas para o grupo focal visto que se obedecia a um critério de inclusão da pesquisa.

5.2 Caracterização dos sujeitos

As participantes do momento formal da pesquisa constituíram um grupo de dezesseis adolescentes grávidas conforme apresentadas no Quadro 1. Para descrição didática desses sujeitos, as participantes foram numeradas de 1 a 16 de acordo com a ordem de preenchimento do formulário (Apêndice B) utilizado durante a coleta das informações e atribuídos nomes de pedras preciosas aleatoriamente.

Suas características principais: tinham entre 14 e 19 anos de idade, sendo que treze delas estavam na faixa etária de 17 a 19 anos. Sete adolescentes eram solteiras; cinco, casadas e quatro afirmaram ter uma união estável com o companheiro. Destas que eram casadas ou em união estável todas disseram morar com o companheiro, sendo que cinco delas já possuíam um filho vivo que também morava com elas. As adolescentes solteiras moravam com ambos os pais, ou apenas com a mãe e outros irmãos, todavia uma adolescente solteira afirmou morar apenas com uma filha de quatro anos.

Apesar de serem gestantes adolescentes, muitas participantes do estudo já vivenciam uma vida matrimonial, assumindo uma casa com um companheiro que muitas vezes também é adolescente. Estudos multidisciplinares têm apontado a tendência de uma parcela significativa de adolescentes e jovens de constituir prole nesse período de suas vidas, muitos de modo proativo ou assertivo e em contexto de relacionamentos estáveis (BRASIL, 2010; SILVA et al., 2011). Por sua vez, condizente com a realidade das adolescentes aqui apresentadas, esses estudos demonstram que muitos adolescentes e jovens vivenciam a maternidade/paternidade em condições de forte iniquidade social, com comprometimento de sua qualidade de vida e de seus direitos, assim como os de suas famílias.

Mesmo em condições adversas, incentivar o convívio harmonioso dos futuros pais adolescentes é salutar. O estudo desenvolvido por Oliveira, Gama e Silva (2010) propõe um modelo em que a variável “receber o apoio do pai do bebê durante a gestação” mostrou efeito protetor para o óbito pós-neonatal, pode-se estender ainda aos pais e familiares já que os autores apontam a importância do apoio de membros particulares da rede social da mulher durante a gravidez. Eles mostraram, por exemplo, que o apoio do pai do recém-nascido exercia uma influência positiva na conduta da gestante, levando a uma maior aderência ao pré-natal, reduzindo resultados adversos da gravidez, principalmente da adolescente. O cuidado precisa ser maior em relação à recorrência da gravidez ainda na adolescência.

Neste grupo pesquisado, dez adolescentes eram primigestas, três estavam na segunda gestação na adolescência, duas já estavam na terceira gestação, incluindo um parto e um aborto anterior, porém para uma adolescente de 19 anos já era sua quarta gestação na adolescência, visto que ela teve um parto anterior e dois abortos. É importante o fato de se observar a frequência da recorrência da gravidez na adolescência, pois em um grupo de 16 adolescentes que estavam gestantes, seis já haviam engravidado anteriormente tendo mais de um filho ou abortos em idade precoce.

Esses achados assemelham-se a um estudo comparativo entre adolescentes primíparas e multíparas, indicando uma maior vulnerabilidade social entre as multíparas, com menos acesso a educação, serviços de saúde e mercado de trabalho – evidenciado pela menor escolaridade, maior abandono dos estudos, maior proporção de jovens que, além de estarem fora da escola, tampouco estão no mercado de trabalho (82,1% das adolescentes se declararam donas de casa). Variáveis relacionadas com o desempenho escolar (baixo nível de escolaridade, repetência, interrupções e abandono dos estudos) têm sido fortemente associadas à ocorrência de gravidez adolescente, gestações sucessivas e gestações de rápida repetição nesse período da vida (SILVA et al., 2011).

Nove participantes afirmaram ter oito ou mais anos de estudo concluídos, as outras concluíram entre quatro e sete anos de estudos, apesar dessas apresentarem uma baixa escolaridade para a faixa etária de adolescente, nenhuma era analfabeta ou concluiu menos de quatro anos de estudo. Sete delas deixaram os estudos por causa da gravidez na adolescência, e dentre os motivos de terem parado de estudar, foram evidenciados os seguintes:

Falta de tempo, tinha que cuidar da casa. (*Opala, 17 anos*)

Estava me sentindo muito cansada com a gravidez. (*Pérola, 19 anos*)

O trabalho e o cansaço que sentia à noite. (*Quartzo, 18 anos*)

Sentia muito enjoo ao andar de ônibus. (*Rubi, 16 anos*)

Tive vergonha da gravidez. (*Turquesa, 18 anos*)

A literatura aponta que a maternidade precoce tem sido identificada com um fator de afastamento e dificuldade nos estudos. O estudo comparativo, desenvolvido por Kassir et al. (2006), entre condições socioeconômicas e reprodutivas de mães adolescentes parece indicar que a gravidez nas adolescentes teria ocorrido já com elas em defasagem idade/série, e seria um fator sobreposto à provável evasão escolar que ocorre com o nascimento do filho.

Afirmam ainda que essas adolescentes entram para a vida adulta mais precoce e abruptamente do que uma jovem de classe privilegiada, que pode prolongar sua adolescência.

Vale ressaltar que as participantes tiveram presentes pelo menos uma vez no grupo de gestante acompanhado pela pesquisadora, pois assim poderiam emitir informações sobre essa atividade, onze adolescentes tinham participado três ou quatro vezes do grupo de gestantes, três delas tinham duas participações e duas estiveram no grupo apenas uma vez. Tal resultado nos revela que realmente essas participantes tinham alguma experiência com o grupo. Elas disseram que se sentiram satisfeitas no grupo, apenas uma adolescente se sentiu insatisfeita. Muitas já haviam realizados mais de seis consultas de pré-natal, conforme preconizado pelo SUS, apenas três fizeram menos de cinco consultas certamente devido à idade gestacional em que ainda se encontravam. Uma gestante estava sendo assistida também no pré-natal de alto risco, por isso afirmou já ter realizado onze consultas de pré-natal, somando as consultas que fez na unidade básica e no ambulatório da atenção secundária. As adolescentes que participaram do estudo já haviam passado suficientemente pela assistência pré-natal para que pudessem falar com propriedade sobre a mesma, visto o número de consultas que realizaram durante a gestação atual.

O estudo de Peixoto et al. (2011) já mostrou que o número de gestantes com acesso a consultas de pré-natal vem aumentando em nosso país. Os autores atribuem esse aumento no número de consultas com a expansão da ESF, contudo revelam que apesar do aumento significativo do número de consultas, a persistência de altos índices de mortalidade materna e neonatal por causas preveníveis sugere falha na qualidade deste serviço. Nos achados de tal estudo, as gestantes relataram como barreiras de acesso: demora na marcação de consultas, escassez de profissionais e insegurança nas unidades no município de Fortaleza.

Perguntou-se também sobre a participação das adolescentes grávidas em outras atividades educativas fora do grupo de gestante, aqui poderiam incluir qualquer ação que haviam sido convidadas a participar ou a ouvir, palestras em sala de espera, vídeos enquanto aguardavam consultas ou exames, exposição de folder explicativo ou álbum seriado. Metade delas afirmou ter participado de atividades educativas, cinco delas apenas uma vez, uma gestante duas vezes e apenas duas participaram três vezes. Pode-se perceber que as ações educativas não são uma prática comum dentro da assistência pré-natal da atenção primária, já que em uma amostra onde quase totalidade já completou mais de seis consultas de pré-natal,

metade não teve a oportunidade de vivenciar momentos de educação em saúde. O grupo de gestante se faz importante, pois se constitui um espaço de conhecimentos, trocas e saberes.

Indagou-se sobre o número de atendimentos esporádicos que a adolescente recebeu nos serviços de saúde relacionados à gestação com o objetivo de saber se a adolescente grávida costuma apresentar muitas intercorrências e procurar com frequência atendimentos de emergência. Apenas quatro delas já buscaram atendimentos esporádicos durante a gestação atual, todas as demais realizam apenas as consultas eletivas de pré-natal.

Essa confiança e adequação do pré-natal favorável à atenção básica em relação ao atendimento esporádico em atenção secundária ou terciária, pode ser atribuída ao processo de trabalho, presença dos agentes comunitários de saúde, busca ativa das gestantes, formação de vínculo com os profissionais, registros nos cartões da gestante, trabalho em equipe e adscrição da clientela, conforme preconizado pela Política Nacional de Atenção Básica. Corroborando com o estudo de Anversa et al. (2012), sobre a adequação do pré-natal em todos os níveis da assistência foi favorável às gestantes vinculadas ao pré-natal na ESF, em comparação às que apenas foram atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, onde as gestantes atendidas pela ESF receberam mais orientações durante a gestação e foram mais examinadas fisicamente. Esses achados reforçam a importância da ESF como modelo de organização da atenção, constituindo-se em um modelo mais efetivo, devendo ser ajustado em seus pontos desfavoráveis e ampliado como forma de proporcionar o fortalecimento para reorganização da atenção primária à saúde.

QUADRO 1: Caracterização dos sujeitos da pesquisa. Fortaleza, 2013.

Nº	Idade (anos)	Estado civil	G_P_A_	Anos de estudo	Parou de estudar com gravidez	Motivos pelos quais parou de estudar	Mora com quem mora	Nº de participação no grupo de gestante	Como se sentiu no grupo	Nº de consultas de pré-natal	Nº de participações em outras atividades educativas	Nº de atendimento esporádico relacionados à gestação
01 Ágata	19	Solteira	G2P1A0	4	não	Não respondeu	Somente com a filha	3	insatisfeita	6	0	0
02 Apatita	14	Solteira	G1P0A0	7	não	Não respondeu	Com os pais	3	satisfeita	6	0	0
03 Ametista	18	Casada	G3P1A1	11	não	Já tinha terminado	Companheiro e filho	4	satisfeita	7	0	0
04 Safira	17	União estável	G1P0A0	9	sim	Não respondeu	Companheiro	2	satisfeita	11	0	0
05 Jade	18	Casada	G1P0A0	5	não	Não respondeu	Companheiro	4	satisfeita	9	1	4
06 Granada	17	Casada	G3P1A1	6	sim	Não respondeu	Companheiro e filho	3	satisfeita	9	3	5
07 Cristal	19	União estável	G4P1A2	5	não	Não respondeu	Companheiro e filho	1	satisfeita	2	0	0
08 Esmeralda	15	Casada	G1P0A0	9	não	Não respondeu	Companheiro	3	satisfeita	9	1	0
09 Ônix	18	Casada	G1P0A0	11	não	Já tinha terminado	Companheiro	1	satisfeita	5	1	0
10 Opala	17	União estável	G2P1A0	8	sim	Falta de tempo tinha que cuidar da casa	Companheiro e filho	2	satisfeita	4	1	1
11 Pérola	19	Solteira	G1P0A0	6	sim	Estava me sentindo muito cansada	Com a mãe	4	satisfeita	6	3	2
12 Pirita	19	Solteira	G1P0A0	11	não	Já tinha terminado	Companheiro	4	satisfeita	7	2	0
13 Quartzo	18	Solteira	G1P0A0	10	sim	Trabalho e cansaço que sentia à noite	Com pais e dois irmãos	4	satisfeita	7	0	0
14 Rubi	16	Solteira	G1P0A0	8	sim	Sentia muito enjoo ao andar de ônibus	Com os pais	3	satisfeita	8	0	0
15 Topázio	19	União estável	G2P1A0	5	não	Não respondeu	Companheiro e filho	4	satisfeita	9	1	0
16 Turquesa	18	Solteira	G1P0A0	9	sim	Tive vergonha da minha gravidez	Com uma irmã e a família dessa irmã	2	satisfeita	8	0	0

FONTE: Elaboração própria.

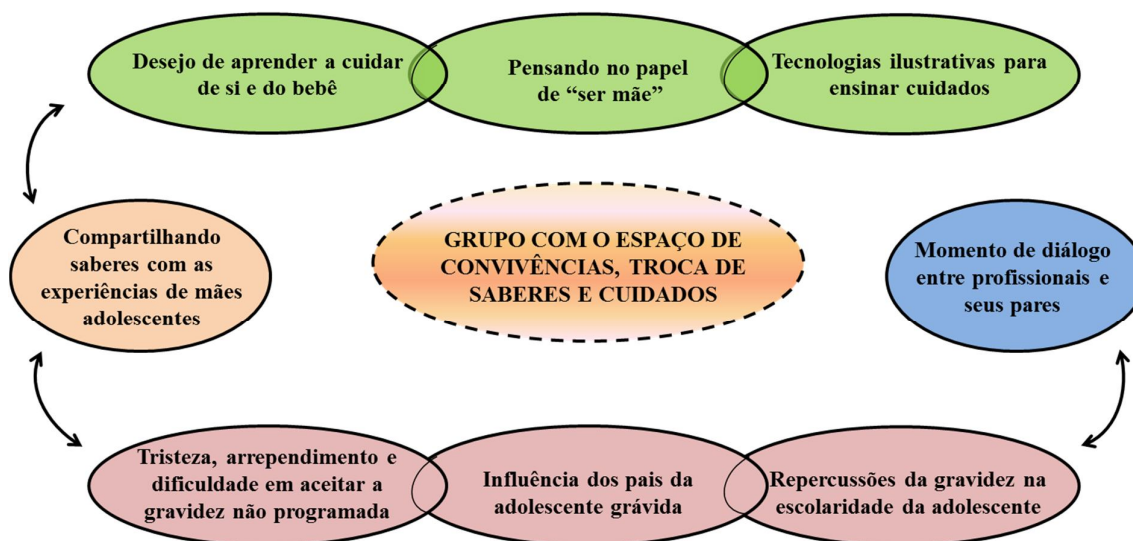
5.3 Descrição das experiências no grupo de gestantes adolescentes

Nos três grupos focais desenvolvidos com as adolescentes grávidas na Unidade de Atenção Primária à Saúde (UAPS), as conversas seguiram os roteiros temáticos, apresentados nos quadros analíticos (Apêndice D). Na síntese dos resultados, elaborou-se um diagrama para cada temática contemplando categoria e subcategorias correspondentes.

No Diagrama 1 está apresentada a primeira temática: ***Participação da adolescente grávida no grupo de gestantes e suas implicações no cuidado***. As adolescentes ressaltaram em suas falas, que o grupo de gestante no pré-natal é um **espaço de convivências, trocas de saberes com suas implicações nos cuidados**. Estas dimensões foram apreendidas nos quatro ciclos de discussões demonstrados nas subcategorias.

DIAGRAMA 1

TEMÁTICA 1: “Participação da adolescente grávida no grupo de gestantes e suas implicações”.



FONTE: Elaboração própria.

Conforme apresenta a subcategoria inicial, as adolescentes grávidas revelaram o grupo como um espaço do pré-natal que favorece uma melhor aceitação da gravidez, discorrendo sobre o desejo de **aprender a cuidar de si e do bebê** e como estavam **pensando no papel de “ser mãe”**, como se pode perceber nas seguintes falas:

Eu não sou totalmente de primeira viagem, mas tinha muita coisa que eu não sabia. (*Ametista, 18 anos*)

Já tirei algumas dúvidas aqui, ainda tenho muitas, mas deu para aprender. (*Esmeralda, 15 anos*)

No começo eu não estava nem aí para minha gestação, mas depois do grupo isso mudou. (*Apatita, 14 anos*)

Participar do grupo melhorou para mim porque eu tive mais amor com o bebê, antes não ligava muito para gravidez. (*Ônix, 18 anos*)

Até agora só vim a duas consultas aqui, meus exames fiz tudo lá (no pré-natal de risco) /mas eu vim para o grupo e gostei. (*Cristal, 19 anos*)

As participantes ressaltaram ainda a importância do uso de **tecnologias ilustrativas para ensinar cuidados** durante encontro grupal para tirar dúvidas, aprender sobre amamentação e cuidados do bebê. O uso de instrumentos educativos despertaram-nas o interesse em aprender e evidenciaram o DVD e a bonequinha usada para representar o bebê:

Eu gostei muito foi do vídeo de amamentação, porque sempre mostrando assim fica mais fácil do que só falando. (*Esmeralda, 15 anos*)

Aprender sobre amamentação foi o que mais me tocou, depois que vi o vídeo gostei mais da minha gestação. (*Ônix, 18 anos*)

(...) o problema é que lá (atenção secundária – referência de risco) não tem grupo, só é a consulta do mês e pronto, mas tem DVD pra gente assistir. (*Cristal, 19 anos*)

(...) se tivesse “aquela” salinha com televisão, DVD e ar condicionado era melhor ainda [risos] (...) também gostei quando ensinaram na bonequinha como cuidar de um bebê. (*Pirita, 19 anos*)

(...) gostei do grupo de gestante porque levaram aquela bonequinha para representar o bebê (*Jade, 18 anos*)

(...) gostei de aprender a segurar o bebê no colo (com a boneca). (*Pérola, 19 anos*)

Nos discursos, as adolescentes valorizaram o espaço grupal como **momento de diálogo entre profissionais e seus pares**, explicando que ali tiveram uma oportunidade de poderem conversar informalmente sobre assuntos diversos com os profissionais que realizam o pré-natal e as outras adolescentes, compartilhando suas experiências e saberes:

Gostei no grupo foi de conversar com as enfermeiras (acadêmicas de enfermagem) (...) tinham muita atenção, muito preocupadas/ acho que por terem nossa mesma idade. (*Ônix, 18 anos*)

(...) no grupo falamos dos cuidados de uma forma simples, conversar umas com as outras é muito bom (...) a gente conversa até sobre onde comprar as coisinhas do bebê. (*Turquesa, 18 anos*)

(...) uma mãe de primeira viagem precisa participar desses momentos tanto para aprender como para conversar. (*Pérola, 19 anos*)

(...) a gente precisa demais do grupo/ principalmente para conversar. (*Ametista, 18 anos*)

Silva et al. (2012) ressalta a importância do diálogo como parte do tratamento e o significado da comunicação que se cria entre profissionais de saúde e usuárias. É necessário que os profissionais saibam ouvir, sobretudo, porque a usuária quer relatar suas experiências baseadas na sua visão de mundo. Ao permitir que a usuária manifeste opiniões e sentimentos, o profissional desenvolve uma base comum para estabelecer um vínculo e consolidar a colaboração no que concerne às suas orientações. Esses autores concluíram em seu estudo, que o diálogo é a condição primordial para estabelecer o cuidado humanizado, em qualquer nível de assistência.

Neste sentido, os enfermeiros precisam mudar sua postura como educadores, tendo uma escuta atenta para entender as transformações que a adolescente grávida está experienciando nesse momento, suas angústias, a busca de identidade e sonhos. Machado (2004) dialoga em seu estudo que o adolescente de hoje, como de todos os tempos, está farto de conselhos, ele precisa fazer suas próprias descobertas e quer compartilhar essas experiências com seus pais, familiares e profissionais de saúde. Completa ainda que o adolescente não aceita, não gosta e não deseja que suas buscas sejam criticadas, qualificadas, classificadas nem confrontadas com as dos pais e dos adultos.

O momento da interação e do diálogo levou as adolescentes a refletirem sobre seus sentimentos como medo de estar grávida, **tristeza, arrependimento e dificuldade em aceitar a gravidez não programada**, revelando a **influência dos pais da adolescente grávida** em suas vidas e as **repercussões da gravidez na escolaridade da adolescente**:

(...) senti tristeza (durante o grupo), pois não estava gostando de estar grávida. Meu relacionamento em casa era muito difícil, eu chorava muito, até no grupo eu chorei duas vezes. (*Pérola, 19 anos*)

No começo da minha gravidez foi difícil, tive muita raiva da gravidez, meus pais eram contra porque não gostavam do pai do meu filho (...) eles (os pais) queriam que eu fosse de um jeito, mas eu era de outro (...) minhas pernas estão inchadas porque eu vou pra aula e vou estudar até o fim, depois quero continuar. (*Apatita, 14 anos*)

(...) estou afastada dos estudos porque sinto muito enjoo, mas pretendo voltar assim que o meu bebê nascer e ficar mais independente [risos]. (*Rubi, 16 anos*)

O tipo de grupo utilizado nesta pesquisa favorece uma aproximação em torno do prazer e do desprazer sobre o que o sujeito pensa e faz, defende Cabral (1998). Para esta autora, tanto o prazer como o desprazer são sensações resultantes de estímulos internos ou externos que, ao atingir os receptores sensoriais, desencadeiam respostas de choro, dor,

prazer, desprazer, dentre outras, que tomam parte na natureza humana, não devendo ser ignoradas no ato educativo e muito menos no processo de pesquisa.

De acordo com Kassar et al. (2006), essa reação negativa à gestação pode contribuir para o retardo do início à assistência pré-natal, que pode levar a uma maior exposição dos seus conceitos a riscos evitáveis. No estudo atual, esses sentimentos foram revelados principalmente pelas adolescentes que disseram ser solteiras e morar com familiares.

Moreira et al. (2008) que estudou os conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez expressa bem a insatisfação da adolescente quando enfrenta uma gravidez. Esta não se apresenta como ato gratificante, e sim como algo que traz desprazer, insegurança, medo e angústia, pois as mesmas, muitas vezes, são excluídas do convívio social e, por isso, se sentem mal-amadas e inseguras. Além disso, na gravidez, a mulher está vulnerável emocionalmente, portanto, ela necessita de apoio redobrado pelos profissionais.

A gravidez indesejada na adolescência é profundamente perturbadora, é um susto existencial, um corte em seus planos de vida e, principalmente, um medo exacerbado da reação dos pais e do companheiro, que é imprevisível (MOREIRA et al., 2008).

O efeito protetor do apoio familiar sobre a mortalidade no período pós-neonatal apresentado na literatura pode estar indicando que, quando o apoio dos pais da adolescente e do pai do bebê é prévio ao nascimento, esse deve estar se estendendo nos primeiros meses de vida, sendo benéfico em termos de melhor bem-estar físico e psicológico, reduzindo o risco da mortalidade. Viver com o pai da criança, perceber sua satisfação com a nova família e sentir-se apoiada por ele influencia significativamente na satisfação da gestante, principalmente da adolescente, em relação à sua vida e à da criança (OLIVEIRA, GAMA e SILVA, 2010).

O apoio social funciona como moderador dos sentimentos oriundos da gravidez, podendo configurar-se como mais um recurso utilizado pela jovem gestante. A partir disso, percebe-se a importância de que as adolescentes gestantes possam contar com uma consistente rede de apoio social, seja ela vinda da família, da comunidade, escola ou mesmo da instituição hospitalar ou centros de saúde. As jovens que recebem este tipo de apoio podem sentir-se mais bem preparadas para lidar com as dificuldades oriundas da gestação, atingindo, possivelmente, maiores níveis de saúde e bem-estar (MOREIRA e SARRIERA, 2008).

Tais autores, Moreira e Sarriera (2008), complementam ainda que muitas vezes a família funciona como um importante auxílio em relação às responsabilidades e acúmulo de tarefas que a adolescente terá que assumir, incluindo a renúncia aos estudos.

Além da pouca idade da primeira gravidez, pode-se notar que algumas dessas mães passam por mais de uma gestação durante a adolescência. Um estudo comparativo sobre gravidez na adolescência realizado por Baraldi et al. (2007), chamou a atenção o fato de quatro mães adolescente com idade entre 10 e 14 anos possuírem de 1 a 3 filhos, e 3 mães de 15 a 19 anos possuírem de 4 a 6 filhos anteriores. Esses dados corroboram com o presente estudo e conforme discutem os autores, confirmam questões já explicitadas sobre a relação diretamente proporcional entre pobreza, baixa escolaridade e gravidez precoce. Soma-se a isso a menarca precoce, início da vida sexual muito jovem, falta de recursos e informações acerca de saúde sexual, direitos reprodutivos, planejamento familiar e despreparo dos profissionais e serviços para lidar com uma clientela diferenciada das demais.

De acordo com estudo de Machado (2004) a desinformação continua a ser um dos motivos para a gravidez negligente ou indesejada por parte das adolescentes. Apesar de muitas vezes acontecer por motivos que fogem à capacidade de compreensão, a gestação pode ocorrer para suprir a necessidade de companhia, de ter um objetivo na vida, uma forma de trabalho com que se ocupar e também por motivos inconscientes, por exemplo, a adolescente não acreditar que possa engravidar.

Dez participantes do estudo eram primigestas, mas as outras seis adolescentes, experienciavam a recorrência da gravidez na adolescência e revelaram que no grupo de gestante aprenderam a cuidar melhor dos seus filhos, **compartilhando saberes com as experiências de mães adolescentes:**

Aprendi (no grupo) a cuidar também da filha que já tenho. (*Opala, 17 anos*)

Eu achei bom o grupo, aprendi a seguir as todas as coisas bem direitinho, apesar de ser já meu segundo filho. (*Granada, 17 anos*)

Nesta perspectiva, o grupo de gestante mostrou influenciar favoravelmente não apenas o pré-natal da adolescente, mas também capacitá-la para melhoria da sua qualidade de vida como mãe e mulher. De acordo com Silva et al. (2012), cuidado na atenção pré-natal deve incluir a qualidade da assistência como um todo; a atenção centrada na usuária e o estabelecimento de uma relação dialógica entre os profissionais e as gestantes. Sabe-se que o

cuidado humanizado no pré-natal é o primeiro passo para um nascimento saudável, diminuição da morbimortalidade materna e fetal, aquisição de autonomia e vivência segura no ciclo gravídico pela adolescente.

No Diagrama 2 encontra-se a segunda temática: **Grupo de gestantes ajudando as adolescentes grávidas nos cuidados de si e do bebê**. Nesta discussão as adolescentes definiram o **grupo como um espaço de descobertas, que ajuda na aprendizagem e na autoconfiança**. As curiosidades e descobertas giraram em torno principalmente da **amamentação e seus cuidados** com o recém-nascido.

DIAGRAMA 2

TEMÁTICA 2: “Grupo de gestantes ajudando as adolescentes grávidas nos cuidados de si e do bebê”.



FONTE: Elaboração própria.

Nessa categoria, as adolescentes falaram sobre amamentação nos seus aspectos práticos. Os discursos se estenderam desde as crenças e tabus que existem culturalmente em relação ao ato de amamentar, a confiança recebida no grupo através da **troca de experiências com os profissionais e outras mães adolescentes até a insegurança de amamentar por falta de apoio social e familiar**. Aquelas que já são mães contam suas vivências com o ato de amamentar e as outras adolescentes grávidas compartilham o que foi discutido e apreendido durante as atividades grupais. Suas falas trazem reflexões que ajudam a identificar o papel de

“ser mãe”, reportando-se às suas mães biológicas e às crenças próprias da sua cultura. São momentos ricos em trocas de saberes e experiências:

(...)/nunca imaginei que tivesse posições de amamentar, sofri muito para amamentar da outra vez, passei 45 dias com o bico do peito ferido (...) minha primeira filha eu só dei de mamar três meses, que era para o meu peito não ficar mole, não cair (...) ela chupou bico e agora não vou mais dar, já aprendi aqui que não é bom (...) agora eu já sei que não é assim, já vou mudar quero dar de mamar até seis meses (...) às vezes eu penso que minha mãe nunca me ensinou nada. (*Ametista, 18 anos*)

(...) no grupo fiquei mais confiante, antes não queria nem saber de amamentar ou segurar o bebê, mas agora que sei que vou seguir bem direitinho as recomendações. (*Apatita, 14 anos*)

(...) meu outro filho já levei bico pra maternidade, mas foi errado. (*Granada, 17 anos*)

(...) eu aprendi que prejudica (dar chupeta ou mamadeira), depois a criança não quer comer, fica “lesadinha” com o bico na boca não quero dar mamadeira, só na colher Também acho que não vou amamentar, porque eu sou sozinha e não tenho como me alimentar bem, tomar um suco, uma coisa assim, o pai do bebê está sem trabalhar e eu também estou sem trabalhar. (*Cristal, 19 anos*)

A gravidez é uma condição que envolve muitos mitos, dúvidas, crenças e expectativas, que podem estar diretamente relacionados ao contexto familiar e social. O modo como as mulheres amamentam sofre influências sociais, familiares, culturais e dos serviços de saúde, resultando em muitos casos no desmame precoce, que é um dos principais fatores de risco para a mortalidade infantil. Na medida em que entendem esse processo, os profissionais da equipe de saúde têm condições de melhor orientar as gestantes sobre o assunto.

No estudo qualitativo de Silva (2008) as primíparas tiveram dificuldades de expressar os sentimentos envolvidos no ato de amamentar, provavelmente pelo fato de não terem passado por essa experiência antes. Contudo, as gestantes que haviam tido o exercício sobre amamentação durante o pré-natal ou na maternidade puderam expressar melhor seus sentimentos. A abordagem deste tema revelou, para este autor, a influência dos mitos e crenças por parte da família e sociedade (amigos, vizinhos, parentes), que passam para as gestantes as suas experiências anteriores acrescidas de tabus históricos, os quais podem influenciar negativamente na amamentação. Dentre os motivos mais citados para deixar de amamentar estão a ansiedade e o medo de não conseguir amamentar, principalmente entre as primíparas. Nas falas, o medo pode ser de sentir dor, de o leite secar, de a criança se afogar por não saber posicioná-la adequadamente.

Durante o período pré-natal é importante que o tema seja abordado em grupos de gestantes, com atividades em salas de espera, campanhas de vacinação ou mesmo na consulta

individual de cada profissional. Dessa forma, abordar as vantagens e as dificuldades do aleitamento materno considerando os conhecimentos prévios e as expectativas das gestantes, os seus sentimentos, pode levá-las a se sentirem mais seguras para superar as possíveis adversidades da amamentação (SILVA, 2008).

Em alguns discursos, as adolescentes revelaram insegurança para cuidar do futuro bebê, mas mostraram que sentiam estímulo em aprender os cuidados básicos com o filho que vai nascer em relação ao banho, limpeza do coto umbilical, higiene, troca de fraldas e alimentação. Discutir no grupo esses cuidados, ainda que de uma forma fictícia, junto com os profissionais e as outras adolescentes, parece ajudá-las nos **desafios e aprendizagens para cuidar do bebê**:

Achei muito bom, pois vai ser minha primeira filha, ainda não sei de muita coisa de como cuidar, aprendi como banhar ainda vou ter medo de cuidar do umbigo do bebê. *(Esmeralda, 15 anos)*

Aprendi também como amamentar, como dar comida, fazer a higiene do bebê que vou ter. *(Opala, 17 anos)*

Aprendi no grupo a trocar as fraldas aprendi sobre amamentação e cuidados de higiene com o bebê. *(Pérola, 19 anos)*

(...) gostei de ver como banhar, trocar fraldas e cuidar do umbigo foi muito bom no grupo. *(Pirita, 19 anos)*

(...) com o grupo eu fui aprendendo como vou cuidar/ vou ter coragem de banhar, sei como vou cuidar do umbigo (...) eu nunca poderia imaginar que ia aprender a cuidar do meu filho antes dele nascer. *(Rubi, 16 anos)*

Um estudo sobre a relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescentes gestantes desenvolvido por Santos, Saunders e Baião (2012) constatou que a orientação profissional frequentemente recomendou a adoção de substituições, reduções e proibições de condutas adotadas pelas gestantes. Porém, essa prática tendeu a desconsiderar os possíveis sentidos de cada atitude socioculturalmente construídos e compartilhados em sua família. Dessa forma, o acesso a informações científicas não é o suficiente para a mudança de hábitos, cabendo aos profissionais de saúde a utilização de estratégias que considerem o sentido que a intervenção tem para a vida daquela adolescente, com base no conhecimento das adversidades e das situações positivas por ela experienciadas, a fim de livremente envolvê-la com a corresponsabilidade da intervenção.

Ainda de acordo com tal estudo, embora ocorrendo em meio a uma atividade coletiva, durante as ações grupais, a implementação de um diálogo aberto e uma escuta

interessada entre profissionais de saúde e gestantes adolescentes, favoreceu a efetivação dessa relação como um momento de atenção personalizada, pois permitiu a expressão de emoções referentes ao período gestacional da adolescente, de modo que estas fossem acolhidas e ressignificadas (SANTOS, SAUNDERS e BAIÃO, 2012).

Para as adolescentes, o grupo facilitou a **aprendizagem para os cuidados de si e valorização do pré-natal**, mostrando como foi possível a **mudança de comportamento a partir dos conhecimentos adquiridos**:

Gostei quando foi falado sobre alimentação saudável na gravidez. (*Opala, 17 anos*)

(...) foi bom o grupo que falou de alimentação saudável, não como mais enlatados de jeito nenhum, só como alimentos feitos em casa, suco de fruta. (*Ágata, 19 anos*)

(...) gostei de aprender os exercícios físicos que a gestante pode fazer. (*Granada, 17 anos*)

(...) eu também gostei disso. (*Cristal, 19 anos*)

Meu controle do peso e os esclarecimentos recebidos no grupo tiveram grande parcela no bom resultado da minha gestação até agora. (*Quartzo, 18 anos*)

Nesta perspectiva de proporcionar mudanças de hábitos e costumes, segundo Silva et al. (2012), os profissionais de saúde devem sempre se inspirar na retórica do convencimento, na qual a verdadeira arte de cuidar, precisa primeiramente conhecer e considerar o ser humano na sua totalidade e no seu contexto. Com este fim, há que buscar entender a essência multiforme da alma em que se quer implantar as convicções e a variedade dos discursos que se adaptam a cada estado da alma. Os profissionais necessitam encontrar a forma de fazer atuar sobre a alma os discursos certos na forma certa. Isto envolve uma orientação contextualizada na realidade da gestante, que considere suas opiniões, levando-a a compreender a importância das considerações dos profissionais, livre de Coerção ou prescrições previamente decididas, considerando a importância de sua participação no processo do pré-natal.

A gestante espera que a atenção pré-natal supra suas necessidades de esclarecimentos sobre o processo gestacional e a oriente quanto aos cuidados que lhe assegurem uma gestação saudável e um parto seguro. Espera, ainda, receber o apoio para o enfrentamento dos problemas pessoais e obter a confiança para que não seja influenciada por informações contraditórias, geralmente obtidas em seu círculo de convivência (SANTOS, SAUNDERS e BAIÃO, 2012).

O grupo de gestante aparece como um espaço facilitador no cuidado pré-natal das adolescentes e mostram **satisfação em participar da ação grupal**:

(...) achei minha participação no grupo maravilhosa, acho que melhorou tudo sim. *(Ágata, 19 anos)*

(...) depois que participei do grupo fiquei mais interessada no pré-natal, pois antes não estava me sentindo bem de chegar no posto grávida. *(Pérola, 19 anos)*

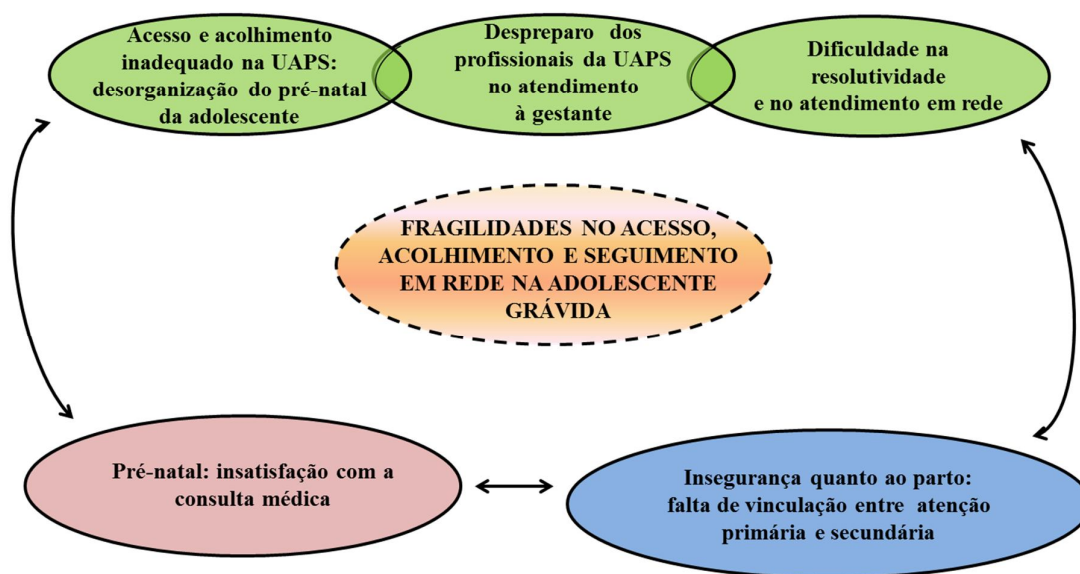
Minha participação no grupo foi assídua os cuidados comigo aumentaram /participar do grupo muda tudo porque o conhecimento faz a gente ter uma consciência maior sobre nós e o filho que carregamos (...) O grupo foi o que de melhor aconteceu na minha gestação, gostei absolutamente de tudo em todos os encontros que participei. *(Quartzo, 18 anos)*

O grupo de gestante é uma iniciativa maravilhosa, aprendi muito e esclareci várias coisas sobre mim. *(Rubi, 16 anos)*

Como defende Buendgens e Zampieri (2012), durante a assistência pré-natal devem ser oportunizados espaços para o diálogo entre os profissionais de saúde e as adolescentes grávidas, compartilhamento de suas dificuldades e medos, conhecimento dos seus direitos e fortalecimento de suas potencialidades para fazer escolhas e repensar antigos projetos e sonhos. O grupo de gestante parece ser esse espaço que completa o pré-natal.

DIAGRAMA 3

TEMÁTICA 3: “(In) satisfação durante o pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe”.



FONTE: Elaboração própria.

No Diagrama 3 foi evidenciada a terceira temática: ***(In) satisfação durante o pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe***. Durante a dinâmica grupal realizada com as adolescentes, detectaram-se as **fragilidades no acesso, acolhimento e seguimento da adolescente grávida**, distanciando-se da atenção na rede de cuidados. Elas mostraram que existia um distanciamento também nas orientações em relação aos direitos e deveres da gestante, repassadas durante as atividades educativas, e as ações oferecidas pela atenção primária no SUS:

O que ensina no grupo eu gosto (em relação aos direitos da gestante), mas muita coisa (exames) não tinha como conseguir (serviços indisponíveis) (...) demora para marcar os exames, eu estava com infecção, o médico disse que meu exame era urgente, mas demorou (...) tem que melhorar o atendimento, não deixando ficar sem vacinas, nem marcar exames. (*Ágata, 19 anos*)

Só fiz exames no começo (primeira consulta do pré-natal), depois não consegui marcar mais nenhum exame e quando venho o médico diz: só fez esses exames? o meu nem tá com HIV nem o tipo de sangue. (*Safira, 17 anos*)

Já o meu eu fiz HIV, fiz o tipo de sangue, mas não recebo o resultado (...) acharia bom se tivesse ultrassom aqui mesmo no posto. (*Jade, 18 anos*)

(...) tenho um lugar que faço tudo na hora, (se referindo ao pré-natal de risco) não vou ficar aqui nesse pré-natal mais de jeito nenhum, porque aqui é muito difícil conseguir os exames. (*Cristal, 19 anos*)

No estudo desenvolvido por Schwartz, Vieira e Geib (2011) para algumas adolescentes, a busca do serviço de saúde para realização do pré-natal revelou-se uma alternativa terapêutica; para outras, o serviço pareceu representar o cumprimento de uma obrigação, sem encontrar nesse locus a identificação e as estratégias para a minimização dos seus problemas.

Há mais de dez anos, o Ministério da Saúde, através do Programa de Humanização do Parto e Nascimento (PHPN), determinou que a assistência pré-natal na atenção básica devesse atender aos seguintes critérios: iniciar antes da 14ª semana de gestação; garantir a realização de quatro a seis consultas e dos exames laboratoriais de rotina (ABO/Rh, hemoglobina/hematócrito, anti-HIV, glicemia, VDRL e sumário de urina); realização obrigatória dos procedimentos clínico-obstétricos (medida de altura uterina, cálculo de idade gestacional, avaliação da pressão arterial, do peso, da presença de edema e dos batimentos cardíaco-fetais e imunização). Em cada consulta, esses procedimentos devem ser registrados no prontuário e no cartão da gestante (Brasil, 2001).

O estudo descritivo de Silva et al. (2009) realizado sobre a consulta pré-natal na capital cearense acrescenta ainda que durante a assistência pré-natal deve ocorrer a

identificação precoce dos riscos gestacionais, garantindo dessa forma a adoção de medidas profiláticas específicas e o encaminhamento da gestante para um serviço de maior complexidade sempre que necessário. Nos achados de tal pesquisa, durante a consulta pré-natal, 86,4% gestantes se sentiram acolhidas e 92,1% disseram que os profissionais as escutam quando realizam alguma pergunta; 90,7% disseram que os profissionais respondem a suas dúvidas e 79,5% disseram que se sentem satisfeitas com as respostas. Das gestantes insatisfeitas com as respostas, 20,5% referiam que os profissionais não valorizavam as suas queixas.

O estudo de Santos, Saunders e Baião (2012) mostra que alguns profissionais revelam débeis atitudes de estímulo às adolescentes com relação ao autocuidado na gestação. O interesse das adolescentes grávidas em conhecer mais sobre sua gestação nem sempre é aproveitado pelos profissionais para o desenvolvimento da autonomia dessas jovens. Por meio da formulação de perguntas em série, após as quais ele mesmo antecipa a resposta negativa, o profissional de saúde desestimula a narrativa da adolescente grávida e encerra qualquer possibilidade de construção de uma ação dialógica.

O acesso e acolhimento da adolescente grávida na UAPS são inadequados devido à desorganização da assistência pré-natal, expressos pelas participantes nas seguintes falas:

Acho que tem que melhorar aquelas (auxiliares de enfermagem) que ficam no peso (...) elas não têm atenção quando a gente chega. *(Cristal, 19 anos)*

(...)/tem que melhorar é o atendimento na frente do posto, se lá (SAME) elas não explicam direito até o grupo a gente perde. *(Apatita, 14 anos)*

Acho que o posto deveria também receber a gestante que não está marcada (...) precisei ser atendida e me disseram lá na frente (SAME) que tinha que esperar o dia da consulta marcada (...) foi difícil marcar minha primeira consulta, no começo pensei que não ia conseguir nada no posto. *(Ametista, 18 anos)*

(...)/nunca vejo a minha agente de saúde procuro saber o dia da minha equipe e venho para as consultas. *(Safira, 17 anos)*

De acordo com Silva et al. (2012) o acolhimento é fundamental para o bom funcionamento da rede de serviço de saúde. É no momento do primeiro contato que a equipe deve oferecer uma escuta qualificada à gestante, identificando suas necessidades e interligando-a a um modo contínuo de cuidado. Nessa ocasião, iniciam-se os diversos trânsitos da gestante pelo serviço, nos seus variados módulos de atenção, oportunidade em que a relação deve se estabelecer sob um firme vínculo e com diálogo entre a equipe de saúde

e a mulher, principalmente a adolescente que onde o acolhimento pode determinar a adesão ou não da jovem à assistência pré-natal.

O estudo de Marques e Queiroz (2012) revela desencontros entre adolescentes e trabalhadores de saúde em várias situações de cuidados. O encontro com escuta e interpretação das intenções que conduz o adolescente às consultas nem sempre ocorre, e há certo desrespeito pelo adolescente, o que acarreta um sentimento de desvalorização das necessidades dessa clientela. Os entraves evidenciados causam descontentamentos, não apenas quando o adolescente vai à procura por consulta médica ou por procedimentos. Em tal estudo, eles referiram que eram “desacolhidos” em vários momentos, quando procuravam a unidade em busca de informações e de orientações.

Deve ser uma preocupação de todos os funcionários da UAPS que a adolescente grávida que procura assistência pré-natal tenha sua necessidade atendida. O estudo de Kassir et al. (2006) aponta que as mães adolescentes que realizam menos consultas de pré-natal, têm filhos com menor peso e idade gestacional quando comparadas às adultas jovens. Segundo eles, menor renda familiar e per capita, baixo número de consultas no pré-natal, baixa escolaridade e primiparidade são os fatores que poderão expor a saúde das adolescentes e a dos seus filhos a maiores riscos de doença e morte.

Ficou evidente o **despreparo dos profissionais da UAPS no atendimento à gestante adolescente**. As participantes reivindicam um planejamento do atendimento pré-natal pelos profissionais da UAPS, de forma a tornar a sala de espera um ambiente mais dinâmico e interativo, para que não sintam tédio em permanecer na unidade esperando pela consulta pré-natal mensal. Elas também se sentem incomodadas quando o atendimento do profissional é interrompido por pessoas que entram nos consultórios durante as consultas individuais.

(...) me deixou insatisfeita foi a demora em receber o atendimento nas consultas (sala de espera), tem que chegar cedo para confirmar (no SAME) e ficar esperando para ser atendida/ e também a demora em conseguir marcar os retornos. (*Ônix, 18 anos*)

(...) acho ruim a demora em ser atendida (sala de espera). (*Opala, 17 anos*)

(...) minha insatisfação é com a demora em entrar nas consultas (...) atrapalha muito o trânsito de pessoas entrando e saindo da sala e interrompendo a minha consulta, e tirando a minha concentração, sempre esqueço o que perguntar. (*Rubi, 16 anos*)

(...) seria bom se as consultas fossem agendadas por horário, e não ter que chegar todas as gestantes de uma vez e eles ficarem numerando as que vão entrar para as consultas. (*Turquesa, 18 anos*)

Estudo desenvolvido sobre o processo do cuidar no formato da cartografia coloca que para as ações em saúde da gestante contribuíam no processo do cuidado, é importante que haja viabilização do acesso e inserção da mulher nas ações desenvolvidas no serviço de atenção básica. Com efeito, o cuidado no pré-natal deve ser contínuo, e não uma ação pontual reconhecido apenas por um número total de consultas. Em todas as ações de saúde desenvolvidas nesse processo é necessária uma visualização dos caminhos percorridos pela gestante dentro do serviço de saúde. Essas trilhas inspiram a apresentar o processo, pois esta revela muitos arranjos e sentidos para as práticas do cuidar (SILVA et al., 2012)

Nesse sentido, a realidade das adolescentes do estudo revela inúmeras divergências. **A falta de vinculação entre atenção primária e atenção secundária além de dificultar a garantia plena de seguimento da adolescente na rede de assistência**, e isto gera ainda **insegurança da gestante adolescente em relação ao parto**:

(...) acho ruim porque você fica sem saber onde você vai ter seu filho. (*Ametista, 18 anos*)

(...) já eu só tenho medo é de ser cesário, como vou cuidar, se eu sou sozinha só eu e o pai do bebê. (*Safira, 17 anos*)

(...) queria muito era ter ido conhecer a maternidade não sei para onde ir (na hora do parto). (*Jade, 18 anos*)

(...) tenho muito medo do parto, quem vai me levar?. (*Pérola, 19 anos*)

Esses achados vem confirmar o estudo de Guerreiro et al. (2012) em que enfermeiros e gestantes descreveram a ausência de referência e contrarreferência para o pré-natal do município de Fortaleza. Em tal estudo, as gestantes referiram insatisfação por não terem uma maternidade vinculada ao serviço para que possam ser encaminhadas no momento do parto. Queixaram-se por terem de sair de hospital em hospital atrás de vaga. Isso só aumenta a ansiedade, a preocupação e o medo das gestantes antes do nascimento do filho. A falta de referência e de contrarreferência gera ansiedade e sensação de desamparo, pois o serviço perde o contato das gestantes, interrompendo a atenção durante o período gravídico-puerperal.

Além da imaturidade natural da idade, as adolescentes grávidas estão ainda mais preocupadas com o tipo e o local onde será realizado o parto porque não há uma garantia de atendimento referenciado e de uma rede apoio social e familiar. Uma atenção pré-natal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem

intervenções desnecessárias, do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integram todos os níveis de atenção, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco (GUERREIRO et al., 2012).

Oliveira, Gama e Silva (2010) argumentam que merece destaque a dificuldade da gestante para obter internação no momento do parto, fator ainda relevante para a morbimortalidade materna e infantil. Os dados deste mesmo estudo demonstraram que, nos hospitais vinculados ao SUS, a peregrinação foi duas vezes maior em comparação àquelas cujo parto foi realizado nas instituições privadas, sugerindo uma possível associação entre peregrinação e condições de vida desfavoráveis, que, por sua vez, repercutem na mortalidade dos recém-nascidos. Destacam ainda que, quanto mais nova a gestante, maior a dificuldade para encontrar um leito para realizar o parto. Mulheres com mais de 35 anos de idade têm 40% mais chance de não precisar peregrinar para ter o filho do que as adolescentes com menos de 17 anos.

A adolescente grávida necessita de uma assistência física e psicossocial, portanto, um cuidado integral diferente do que expressaram as participantes deste estudo. Elas referem **insatisfação com a consulta médica** que definem como “rápida”, onde apenas “mede a barriga” e “escuta o bebê” e reforçaram que sentem a necessidade de demorar nas consultas, conversando o profissional, tirando dúvidas, estabelecendo vínculo:

(...) as consultas com o médico são muito rápidas, não conversa nada, mal a gente entra lá já termina logo, deita bem rápido na cama, olha a barriga, escuta o bebê e pronto. *(Jade, 18 anos)*

Tem vez que a gente fica esperando e o médico liga e diz não vou mais hoje, aí a gente sai triste porque nem fez a consulta (...) tem que melhorar o tempo da consulta do médico (...) sem ter muita pressa de terminar só olha os exames e deita. *(Safira, 17 anos)*

Também concordo com o que elas disseram que a consulta com o médico é muito rápida sem conversa. *(Esmeralda, 15 anos)*

Queria que mudasse esse tipo do atendimento do médico, só isso. *(Topázio, 19 anos)*

Estes discursos tem semelhança ao que foi apresentado por Kassar et al. (2006) em seu estudo comparativo entre mães adolescentes e adultas jovens, esses autores identificaram que as gestantes adolescentes estão mais expostas a risco, no entanto, recebem menor atenção médica, mostrando, mais uma vez, a inversão do cuidado médico que vigora em nossa sociedade. Acredita-se que no contexto atual, há um grande apelo a mudanças frente

às diretrizes políticas de apoio a gravidez e parto de risco condição exposta à gravidez na adolescência.

De acordo com a literatura, a maioria dos serviços de pré-natais do Brasil mostra alta cobertura, porém, poucos são classificados como adequados. Muitas vezes o cuidado à saúde da gestante encontra-se pautado nas queixas físicas e caracterizado pela fragmentação de ações, sendo insuficiente para promover a saúde da gestante. Como resultado, a qualidade assistencial torna-se comprometida, possibilitando riscos de intercorrências no ciclo gravídico-puerperal, apesar do número de consultas realizadas obedecer aos critérios do Ministério da Saúde.

A realidade encontrada coincide com o estudo de Melo e Coelho (2011), pois os serviços de saúde tem mostrado que nem sempre a produção das ações dos cuidadores está comprometida efetivamente com atos terapêuticos do cuidar. Diferentemente do que se tem na maioria dos serviços de saúde, as ações de cuidado precisam ser integrais, ou seja, permeadas pelo diálogo, escuta, acolhimento, vínculo, acesso, responsabilização com qualidade formal e política.

O problema é que muitas vezes, mesmo recebendo assistência pré-natal de forma periódica, a adolescente não é apreendida em sua singularidade, não é considerada em sua inteireza de ser em transição, recebendo apenas "um pouco" de informação, "um pouco" de explicação, como se necessitasse apenas "um pouco" de cuidado (MACHADO, 2004).

Um estudo desenvolvido em Fortaleza por Guerreiro et al. (2012) constatou que o acolhimento, desde a chegada à recepção até a saída do consultório, é importante para um pré-natal satisfatório. Além disso, a assiduidade e a pontualidade devem ser um compromisso assumido pelo profissional. O início precoce do pré-natal depende da disponibilidade da gestante em procurá-lo, da capacidade de oferta do serviço e, ainda, do acesso a ele. O número de consultas realizado, certamente, dependerá da idade gestacional de início do pré-natal (quanto mais precoce, mais consultas), mas também da capacidade do serviço de promover a adesão da gestante a ele. Considera-se uma atenção pré-natal de qualidade aquela com início precoce, periódica, completa e com ampla cobertura.

A consulta de pré-natal é o momento que enseja ao profissional de saúde elaborar o plano de ações específicas para cada gestante, de acordo com as necessidades físicas e psicossociais. A adesão e a satisfação das mulheres ao pré-natal estão relacionadas à

qualidade da assistência prestada pelos serviços e profissionais de saúde. Estes devem esclarecer sobre os cuidados de todo o ciclo gravídico-puerperal, utilizando uma linguagem popular que promova o diálogo, a humanização da relação e a colaboração da própria gestante para seguir as orientações (SILVA et al., 2012).

No Diagrama 4 está revelada a quarta temática: ***Mudanças e sugestões para a melhoria da assistência pré-natal às adolescentes***. Ao final da atividade grupal teve momentos livre para que as adolescentes fizessem suas considerações. Assim, manifestaram sobre a importância **do grupo de gestante como parte integrante da assistência pré-natal** e sinalizam sobre a **integralidade nas ações educativas e a continuidade da assistência**:

O meu pré-natal mudou depois do grupo, porque o conhecimento adquirido faz com que abra a nossa mente, fazendo com que as consultas fossem mais esclarecidas. (*Quartzo, 18 anos*)

(...) estou satisfeita com meu pré-natal e com os grupos, queria que tivesse mais reuniões do grupo. (*Pirita, 19 anos*)

(...) grupo deve sempre continuar, não importa quantas grávidas venham para cá, principalmente para aquelas mães de primeira viagem (...) queria ter vindo para o grupo na minha primeira gestação. (*Ametista, 18 anos*)

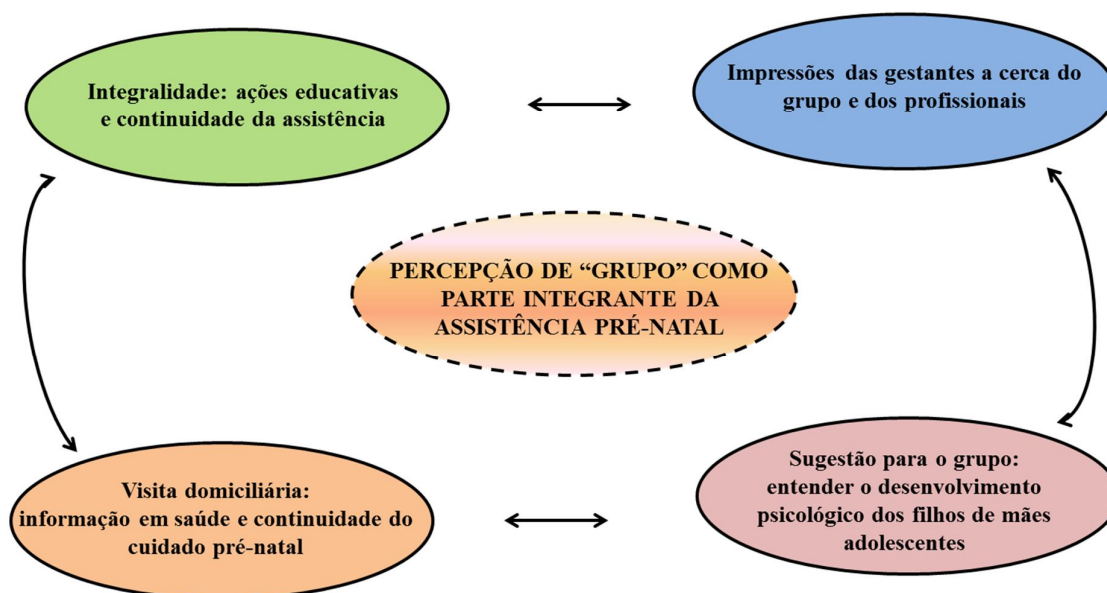
Às vezes, nos esquecemos de perguntar algo nas consultas e no grupo podemos trazer todas as nossas dúvidas. (*Rubi, 16 anos*)

(...) seria excelente se o grupo pudesse ser duas vezes no mês, porque só uma vez é pouco [*risos*]. O grupo deve ser mais divulgado na área (...) também deve aceitar outras adolescentes porque a minha amiga queria assistir o grupo também ela gosta do que eu ensino. (*Ônix, 18 anos*)

Acho que o grupo deve continuar, mesmo não tendo lugar (sala adequada) certo para fazer. (*Pérola, 19 anos*)

DIAGRAMA 4

TEMÁTICA 4: “Mudanças e sugestões para a melhoria da assistência pré-natal às adolescentes”.



FONTE: Elaboração própria.

No estudo de Silva et al. (2009), 36,4% das gestantes referiram não ter recebido orientação educativa pelos profissionais e 63,6% afirmaram ter recebido orientação somente durante as consultas e a orientação mais recebida foi a nutricional, referida por 91,0%. Nenhuma participou de reuniões em grupos.

Na subcategoria **impressões das gestantes acerca do grupo e dos profissionais**, as adolescentes grávidas valorizam as ações educativas vivenciadas no grupo, por isso pedem que essa atividade seja reconhecida por todos os profissionais da atenção básica como parte integrante da assistência, para que assim tenham direito a se ausentar do trabalho ou da escola enquanto estão participando do grupo de gestantes:

Acho que todos (profissionais) deveriam entender o grupo porque no dia que precisei de um atestado para levar para escola quando estava no grupo, o médico não quis dar porque ele disse que grupo não era consulta de pré-natal levei uma falta. (Safira, 17 anos)

Tive dificuldade de ficar mais vezes no grupo porque estava trabalhando, e não podia faltar. (Topázio, 19 anos)

(...) via como tudo era feito com muita dedicação, desde o convite com “bombomzinhos” até o fim das rodas com lanches [risos](...) as reuniões são claras/tentam tirar todas as nossas dúvidas. (Quartzo, 18 anos)

O cuidado pré-natal à adolescente distancia-se da perspectiva da integralidade, na medida em que os profissionais, embora inseridos em estratégias que valorizam as relações de cuidado, mantêm-se presos às bases de formação, orientadas por sujeições ideológicas a um modelo que nega às adolescentes grávidas a oportunidade de serem sujeitos (MELO e COELHO, 2011). Se a adolescente está integrada ao serviço de saúde por meio da assistência pré-natal o profissional não deve negar seu apoio porque a gestante participa de uma atividade grupal e não de uma consulta clínica previamente agendada.

O estudo de Guerreiro et al. (2012) pesquisando sobre o olhar de gestantes e enfermeiros no cuidado pré-natal da atenção básica de Fortaleza vislumbrou atitudes do profissional centradas no modelo de educação tradicional, em que não há espaço para perguntas e para um processo de comunicação efetivo entre profissional e cliente. A dimensão técnica do cuidar assume a prioridade nos atendimentos às gestantes, as ações educativas durante as consultas individuais se restringem ao simples repasse de algumas informações sobre gravidez, parto e cuidados com o bebê. É de extrema importância o despertar de alguns profissionais para a educação em saúde, priorizando as necessidades de cada um, atentando para o fato de que educação em saúde pode e deve ser realizada em todos os âmbitos e oportunidades.

De acordo com Buendgens e Zampieri (2012), estimular o autocuidado, reforçando a autonomia e a independência da adolescente grávida, é tarefa primordial de toda a equipe de saúde, e a interação deste público específico em grupos educativos e terapêuticos pode promover isso.

As adolescentes valorizaram ainda a **visita domiciliária para informação em saúde e continuidade do cuidado pré-natal**. Para elas, a visita realizada pela equipe da atenção básica aparece como alternativa de resgatar as faltosas do pré-natal e como forma de receber cuidados na realidade familiar. Por isso, insinuam que o profissional se comprometa a fazer essa visita como continuidade do cuidado e para checar o desempenho da mãe adolescente em relação aos cuidados ensinados:

(...) no meu quinto mês eu não vim para o pré-natal porque ela (ACS) não apareceu lá na minha casa. (*Ametista, 18 anos*)

Estou satisfeita com tudo, mas queria receber além da agente (ACS), a visita da enfermeira e do médico quando o bebê nascer. (*Quartzo, 18 anos*)

(...) pode melhorar no pré-natal é a visita da ACS às vezes ela só vai à minha casa quando está perto das consultas, ou então quando a gente falta às consultas ou grupo. (*Opala, 17 anos*)

(...) quero que quando a minha filha nascer, a equipe vá me visitar em casa para vê se eu estou bem e se o que aprendi aqui está acontecendo lá na minha casa (*risos*). E eu só a agente de saúde não, quero a enfermeira também, se as alunas fossem eu acho bom. (*Pérola, 19 anos*)

As gestantes já esperam a visita domiciliar da equipe de saúde por ocasião do puerpério. Rodrigues et al. (2006) considera o domicílio da puérpera de extremo valor, porquanto o objetivo primordial da enfermeira é conseguir o bem-estar da puérpera, através do planejamento de cuidados condizentes com os diagnósticos de enfermagem, considerando cada situação em particular, sendo flexível ao plano estabelecido e mantendo-se aberta para discutir as eventuais dúvidas e preocupações vivenciadas ao longo do puerpério.

Visitar o domicílio da adolescente grávida pode ser uma forma de aproximar, de incluir a família e as redes sociais as quais as adolescentes estão interligadas sendo muito importante para sucesso no processo de cuidar. Carvacho (2008) afirma que para os profissionais de saúde brasileiros, a confidencialidade e o atendimento do adolescente sem a presença do responsável são dúvidas frequentes na prática diária. Dessa forma, estabelecer relações de trabalho de colaboração estreita entre enfermagem, familiares e demais profissionais de saúde, irão assegurar não só que as mães não recebam conselhos contraditórios, mas também aprimorar a qualidade dos cuidados a serem prestados.

A confiança dos pais das adolescentes é primordial, visto que o estudo de Moreira e Sarriera (2008) identificou uma importante tendência: as adolescentes grávidas vêem seus pais como uma das principais fontes de apoio, o que pode indicar uma sobrecarga do sistema familiar e uma dificuldade por parte de outros sistemas, tais como a comunidade, a escola e os serviços de saúde pública, em serem percebidos como fonte de apoio real. A inclusão de uma abordagem mais integrada por parte dos programas de atenção à gestação na adolescência, com o apoio de figuras significativas da sociedade e com a participação dos pais, é necessária para se obter uma maior eficácia destas práticas.

Um estudo que verificou a atenção puerperal prestada por um município do interior do Ceará realizado por Oliveira, Quirino e Rodrigues (2012) constatou que o puerpério é vivenciado pela mulher como uma experiência marcada por profundas mudanças emocionais, tornando-a mais emotiva, sensível, promovendo a desordem e o desequilíbrio,

como também é visto como uma celebração, pela chegada de um novo componente da família. Assim, se faz importante a qualidade da visita domiciliar para reduzir os riscos de morbimortalidade materna e neonatal que incidem na primeira semana após o parto.

Durante as conversas informais do último grupo focal, uma participante chamou a atenção dos profissionais e das outras adolescentes para a organização dos temas do grupo de gestante que se preocupou apenas com o crescimento e desenvolvimento físico do bebê e da gestante, sem despertar para que a futura **mãe adolescente pudesse entender o desenvolvimento psicológico dos seus filhos:**

Minha sugestão é que o grupo se preocupe também com o desenvolvimento psicológico das gestantes e dos nossos filhos como a autoestima, autoconfiança, os valores (...) como devemos cuidar de nossos filhos na infância para que eles cresçam pessoas felizes, bem resolvidas, sem traumas psicológicos (...) muitas mães acham que é só cuidar da parte física do bebê, cumpriram com a sua parte, mas não sabem a importância do acompanhamento sentimental da criança. *(Rubi, 16 anos)*

A partir dessa sugestão, podem-se perceber as necessidades de incluir no grupo de gestante os verdadeiros anseios das jovens. Dificilmente o profissional de saúde, poderia imaginar que uma adolescente grávida estivesse preocupada com sentimentos de autoestima, autoconfiança e outros valores relacionados à adaptação psicológica da gestante e os cuidados dos filhos na infância.

Rodrigues et al. (2006) defende que para assistência integral é necessário levar em conta sentimentos e experiências, relacionados à adolescência e à gravidez. Ouvir atentamente cada jovem sem julgamentos, particularizando a empatia, tolerância, disponibilidade, comparecimento, autenticidade, confiança, diálogo, preservação da individualidade do outro e troca de experiências fazem-se necessários, a fim de que o cuidado possa transcender a biologia e abranger aspectos das várias dimensões do ser.

O processo grupal aplicado para esta pesquisa foi importante, pois como afirma Cabral (1998), esse processo de pesquisa exige que cada um ouça o que interessa ao outro também e aguça a sua capacidade de ver além dos limites previamente estabelecidos, como para mergulhar no sentimento do outro significa ouvir e refletir junto com ele sobre o que ele tem a dizer.

Ainda segunda essa autora, os aspectos dos estudos que seguem a linha de pesquisa aqui utilizada, ao mesmo tempo em que asseguram a especificidade peculiar de cada sujeito, obriga os mesmos a pensar com objetividade naquilo que é comum. Há uma flutuação

de individualidade para a pluralidade emergente do processo grupal.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ante aos objetivos, foi possível promover discussão e reflexão no grupo de gestantes adolescentes apreendendo experiências destas mulheres jovens que vivenciam a gravidez em fase precoce da vida. Sentimentos de tristeza, medo e insatisfação com a gravidez foram revelados principalmente pelas adolescentes que não tinham o apoio do pai da criança. Nesses casos, a adolescente vê-se numa situação bastante perturbadora. Muitas não podiam contar com os seus pais ou com o companheiro. Algumas revelaram a necessidade de parar de estudar. Diante dessa condição, elas certamente encontrarão inúmeras dificuldades para conseguir emprego, pois as oportunidades são menores quando não há qualificação profissional. O somatório desses problemas faz com que muitas vezes passe pela cabeça da adolescente o desejo de provocar aborto, suicídio, ou seja, um fator de risco à depressão. É um momento em que a jovem mãe necessita de apoio, seja por parte da mãe, pai, companheiro, escola, profissionais de saúde e da sociedade em geral.

Apesar da situação de vulnerabilidade em que se encontravam, algumas participantes do estudo falaram dos planos para o futuro, inclusive de continuar ou retomar os estudos após a gestação.

Em relação à assistência pré-natal, todas as adolescentes fizeram um número satisfatório de consultas, mas vale ressaltar que as adolescentes incluídas no estudo faziam parte de um grupo de gestante e estavam no segundo ou terceiro trimestres da assistência pré-natal. Mesmo assim, aquelas participantes que já haviam recebido mais de seis consultas de pré-natal, muitas permaneciam com medos e inseguranças em relação ao cuidado de si e do recém-nascido.

Como as participantes já haviam passado tempo suficiente pela assistência pré-natal, puderam emitir com propriedade algum tipo de informação sobre a mesma. Muitas reclamaram da falta de organização para continuidade do atendimento pré-natal, dificuldade na marcação e realização de exames laboratoriais e de imagem, da falta de comprometimento de profissionais faltosos e do tipo de consulta médica biologicista que recebiam.

Aliás, esse pode ter sido outro limite inerente ao estudo, o fato de as adolescentes não falarem nos grupos focais do atendimento pré-natal prestado especificamente pelo enfermeiro. Certamente, isso aconteceu devido aos membros condutores do grupo focal, moderadora e observadora, serem enfermeiras da unidade de saúde, o que não deixou que as

adolescentes se sentissem muito a vontade para emitir comentários sobre a atuação de tais profissionais. Contudo, esse limite não compromete as informações encontradas, uma vez que o objetivo principal do estudo foi investigar as contribuições do grupo de gestante na linha de cuidado à adolescente grávida na atenção primária.

Pelas observações durante a coleta de dados e o cotidiano da prática, sabe-se que o cuidado de enfermagem, muitas vezes, acontece de modo diferenciado dos demais profissionais. Sabe-se ainda que o enfermeiro e os profissionais da atenção primária não recebem formação para atuar com adolescentes, ainda mais em uma situação de vulnerabilidade ainda maior que seria a gestação, nem para realizar dinâmicas de grupos com esse público. O cuidado de maneira integral e humanizada só acontece de fato se a enfermagem deixar de lado sua posição tecnicista predominante, que se ocupa muito com tarefas preestabelecidas sem avançar na perspectiva de um cuidado integral, que tem como fundamento a relação interpessoal e a troca de conhecimento, visando suprir as necessidades prementes do ser cuidado, respeitando suas potencialidades e suas limitações.

Nesse sentido, as atividades grupais promovem ações de educação em saúde, oportunidades de troca de experiências entre os participantes e momentos de reflexões e aprendizagem sobre o cuidado de si e do bebê. O encontro grupal mostrou ser uma estratégia facilitadora da expressão das necessidades, expectativas, angústias e circunstâncias de vida, que tem algum impacto na evolução da gestação das adolescentes estudadas. É necessário, portanto, que no âmbito das universidades, os cursos de aperfeiçoamento e educação permanente nos serviços seja incentivada tal atividade utilizando este referencial, o uso de tecnologias leves para instrumentalizar o profissional para o autoconhecimento, a comunicação e o relacionamento interpessoal, ampliando as possibilidades de torná-lo competente e comprometido com o cuidar em saúde de forma mais humanizada, sistêmica e integradora.

Observa-se que as adolescentes grávidas que iniciam o pré-natal e se integram a um grupo de gestante parecem reivindicar melhor atendimento de pré-natal, de participações em ações de educação em saúde, mais diálogo com os profissionais da atenção primária e reflexões sobre seus futuros projetos, medos, anseios e dúvidas em relação à gravidez. O grupo ajuda a adolescente a pensar mais na gestação, nas mudanças, nas responsabilidades do cuidado de si e do bebê assim como, refletir sobre a qualidade da assistência pré-natal que

está recebendo, inclusive sobre a necessidade de uma melhor articulação dos serviços de atenção básica com os de atenção secundária.

A possibilidade de interagir em grupo é reconhecida pelas adolescentes grávidas como um suporte importante, que deve ser implementado nas instituições de saúde de maneira mais efetiva. Elas anseiam ainda que essa assistência possa ser estendida ao domicílio, através da visita domiciliária realizada pela equipe de saúde à puérpera, é necessário desfocar a atuação junto à gestante adolescente para uma intervenção na particularidade da comunidade da qual ela participa, pois sendo a gravidez um acontecimento social, esta não é responsabilidade exclusiva de um agente, mas demanda apoio de uma rede social.

Durante a atividade em grupo, o uso de instrumentos educativos e ilustrativos pelos profissionais de saúde, como vídeos, bonecos, banners, DVD, para falar sobre gestação com a adolescente grávida, desperta o interesse dessas jovens quanto ao desejo de aprender a cuidar de si e do bebê, a pensar no papel de “ser mãe” e a refletir sobre os relacionamentos sociais e familiares. O desenvolvimento de dinâmicas de grupo com gestantes adolescentes no espaço do pré-natal favoreceu uma melhor aceitação da gravidez, aproximou profissionais da atenção primária e usuárias, facilitou o acesso e o acolhimento dessas jovens, assim como permitiu que elas pudessem compartilhar muitas dúvidas, tabus, medos e experiências em um espaço informal e agradável.

As curiosidades e descobertas giraram em torno principalmente da amamentação e dos cuidados básicos com o recém-nascido. Muitas vezes, durante a consulta mensal de pré-natal, o profissional de saúde não desperta para a necessidade de conversar com a adolescente grávida sobre suas crenças em relação ao ato de amamentar nem quanto aos cuidados que terá com o bebê, já no grupo aspectos relacionado a esses assuntos podem ser abordados com mais tempo, considerando os possíveis sentidos de cada atitude socioculturalmente construídos e compartilhados em sua família.

As adolescentes grávidas participantes do estudo valorizaram as ações educativas vivenciadas no grupo, reconheceram a importância desta interação grupal para o sucesso do pré-natal, compartilharam com anseio a esperança de que essa atividade seja reconhecida por todos os profissionais da atenção básica como parte integrante da assistência, para que outras adolescentes, assim como elas, possam se enriquecer com essa ação.

É na atenção primária que as adolescentes grávidas buscam assistência pré-natal quando a gravidez não se apresenta com riscos. Entre as participantes da pesquisa poucas haviam procurado atendimentos esporádicos em outros níveis de atenção. Porém, nem sempre são bem recebidas e bem orientadas quanto a consultas, exames e atendimentos grupais. Todos os profissionais da Equipe Saúde da Família (ESF) precisam estar sensibilizados a acolher as adolescentes em quaisquer de suas necessidades, principalmente no pré-natal.

A realidade estudada mostra que apesar da pouca idade, muitas adolescentes grávidas já constituíram uma vida matrimonial e algumas vivenciavam a recorrência da gravidez na adolescência. Essas informações confirmam a pertinência de se investir na produção de mais conhecimento sobre a magnitude, a distribuição e as características associadas à gravidez recorrente na adolescência, de modo a contribuir para o avanço do debate sobre os direitos reprodutivos dessa parcela da população e para o fortalecimento de políticas que visam assegurá-los.

Isso remete à reflexão sobre a necessidade de se deslocar o foco central de análise do marcador biológico da “fecundidade/gravidez” para “vivência da maternidade/paternidade de jovens e adolescentes e seus contextos”. A ampliação do olhar sobre o tema em questão tem implicações relevantes tanto para o campo do conhecimento como para o campo das políticas públicas. Na verdade, precisa-se buscar a diminuição do ciclo de pobreza que se perpetua com a gravidez precoce, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho, com comprometimento da qualidade de vida e dos direitos dos adolescentes.

Há quinze anos, a Constituição Federal de 1988 já elencou no rol dos direitos sociais das mulheres, adolescentes ou não, a proteção social à maternidade. Na perspectiva ampliada sugerida aqui, o desafio diante do fenômeno da reprodução adolescente não se restringe ao problema de como prevenir gravidezes consideradas “inoportunas” ou “indesejadas” – considerações que muitas vezes expressam a visão de agentes externos, e não necessariamente dos próprios adolescentes – mas sim como promover o direito fundamental à proteção social da maternidade.

Do ponto de vista das adolescentes participantes, a gravidez nessa época da vida, quando acontece de forma desejada, pode significar um projeto que permitiria sua ascensão para outro status, seja conjugal, seja de maioridade social. Essa hipótese contemplaria a ideia

de uma possível obtenção de autonomia pessoal, independência, enfrentamento de uma situação de violência na família, de mudanças de domicílio, ou mesmo uma estratégia de vida marital com um grande amor, já que nesse período todos os sentimentos se intensificam. Por isso, é consenso na literatura que a falta de perspectiva de vida do adolescente, a baixa autoestima, as más condições de educação e saúde e a falta de lazer contribuem para o aumento de casos de gravidez na adolescência.

Contudo, a pobreza e a exclusão social devem ser vistas tanto como causas quanto como consequências da gravidez precoce e a recorrência da gravidez na adolescência. A perpetuação da situação de falta de poder, reconhecimento e precariedade de acesso a recursos sociais após a experiência da maternidade, em círculo vicioso, compromete a capacidade desses sujeitos de controlar vários aspectos de sua vida, inclusive tomar decisões sobre o número e o espaçamento entre os filhos.

Por isso, as políticas do SUS que direcionam as necessidades de cuidados pré-natais para as adolescentes não pode se ocupar apenas do aspecto biológico, de diminuição dos riscos, mas devem capacitar também os profissionais para que estimulem a inserção dessas jovens na vida escolar, valorizar a escola como instrumento de ascensão intelectual e social, bem como evitar a evasão daquelas que já se encontram no processo de educação formal. O grupo de gestante aparece como um espaço que ajuda tanto as adolescentes como os profissionais a refletir sobre isso.

Indubitavelmente, políticas intersetoriais e integradas específicas para mães e pais adolescentes e jovens em situação de vulnerabilidade social, com programas de renda, creches, reinserção no sistema escolar, qualificação profissional e estratégias para maior utilização dos serviços de promoção à saúde sexual e reprodutiva, são instrumentos inestimáveis para habilitar essas adolescentes para o exercício dos direitos reprodutivos.

O aspecto social implica no abandono escolar e na limitação da formação profissional, podendo comprometer as expectativas de vida futura das adolescentes, mas o aspecto psicológico é um dos mais complexos devido às peculiaridades do desenvolvimento nessa etapa da vida e um dos mais difíceis de ser atingidos através de medidas ou políticas públicas. O estreitamento das relações entre as adolescentes e os profissionais de saúde da atenção primária pode ajudar nesse aspecto a medida que a adolescente adquire confiança

para conversar suas dúvidas, projetos e anseios com um profissional que pode lhe orientar a fazer escolhas mais acertadas.

Esses achados reforçam a importância da ESF como modelo de organização da atenção, constituindo-se em um modelo mais efetivo, devendo ser ajustado em seus pontos desfavoráveis e ampliado como forma de proporcionar o fortalecimento para reorganização da atenção primária à saúde.

Na verdade, o SUS precisa qualificar o cuidado no pré-natal como uma ação contínua, e não apenas como uma ação pontual reconhecido apenas por um número total de consultas. A literatura já afirma que o número de consultas preconizado pelo SUS não reflete necessariamente na qualidade da assistência recebida e este estudo confirmou isso. Deve haver um investimento efetivo na qualidade da assistência pré-natal, pois apesar da melhoria na cobertura no número de consultas, este estudo mostra que os indicadores relativos à qualidade da assistência continuam inadequados.

REFERÊNCIAS

1. ALMEIDA, A. N. S. **Cuidado clínico de enfermagem em saúde mental**: contribuições da psicanálise para uma clínica do sujeito. 90f. Dissertação (Mestrado Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde) – Universidade Estadual do Ceará. Fortaleza. 2009. Disponível em: <http://www.uece.br/cmaccilis/dmdocuments/arisa_almeida.pdf>. Acesso em: 3 dez. 2012.
2. ALMEIDA, I. S.; SOUZA, I. E. O. Gestação na adolescência com enfoque no casal: movimento existencial. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 3, 2011.
3. ALVES, V. S. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface** (Botucatu) v.9 n.16, set./fev. 2005.
5. ANVERSA, E. T. R. et al . Qualidade do processo da assistência pré-natal: unidades básicas de saúde e unidades de Estratégia Saúde da Família em município no Sul do Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 4, Apr. 2012.
6. BARALDI A. C. P. et al. Gravidez na adolescência: estudo comparativo das usuárias das maternidades públicas e privadas. **Rev Latino-am Enfermagem**, v. 15, número especial, setembro-outubro 2007.
7. BOEHS, A. E.; MONTICELLI, M.; WOSNY, A. M.; HEIDEMANN, I. B. S.; GRISOTTI, M. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-314, 2007.
8. BRASIL. **Constituição da república federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 10 jul. 2012.
9. _____. **Lei Federal nº 8.069/90**. Estatuto da criança e do adolescente. Brasília: MS, 1990.
10. _____. **PROSAD - Programa saúde do adolescente**. Bases Programáticas. 2. ed. Brasília: MS, 1996.
11. _____. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento: informações para gestores e técnicos**. Brasília, 2001.
12. _____. Conselho Federal de Psicologia. **Adolescência e Psicologia: Concepções, práticas e reflexões críticas**. Brasília: MS, 2002.
13. _____. **Saúde integral de adolescentes e jovens orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: MS, 2005. (Série A - Normas e manuais técnicos)
14. _____. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e saúde reprodutiva de adolescentes e jovens**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: MS. 2006.

15. _____. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. (Serie A. Normas e Manuais Técnicos) **Gestação de alto risco: manual técnico**. Brasília: MS, 2010. 302 p.
16. _____. Portaria nº 1459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 de junho de 2011a. p. 109. Disponível em: < <http://www.in.gov.br/autenticidade.html>>. Acesso em: 10 nov. 2012.
17. _____. Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 21 de outubro de 2011b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt2488_21_10_2011.html>. Acesso em: 10 nov. 2012.
18. _____. DATASUS. **Informações de saúde**. Sistema de informação da atenção básica (SIAB). Disponível em: <http://www2.datasus.gov.br/DATASUS>. Acesso em: 6 jul 2012a.
19. _____. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 466**, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: DF, 2012b.
20. BRASIL, A. G. E.; QUEIROZ, M. V. O.; CUNHA, J. M. H. Receptividade ao adolescente em consulta de enfermagem – um estudo qualitativo. **Online Braz J enfermagem** [periódico online], v. 11 n. 2, p. 346-58, ago. 2012 Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3752348>>. Acesso: 3 ago. 2012.
21. BUENDGENS, B. B.; ZAMPIERI, M. F. M. A adolescente grávida na percepção de médicos e enfermeiros da atenção básica. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, mar. 2012.
22. CARVACHO, I. E. et al. Fatores associados ao acesso anterior à gestação a serviços de saúde por adolescentes gestantes. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, n. 5, 2008.
23. CABRAL, I. E. O método criativo sensível: alternativa de pesquisa na enfermagem. In: GAUTHIER, J. H. M. (organizador) **Pesquisa em enfermagem: novas metodologias aplicadas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p.177-203.
24. CECCIM, R. B.; FERLA, A. A. Educação permanente em saúde. In: **Escola politécnica de saúde Joaquim Venâncio**. Dicionário da educação profissional em saúde. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2006. p. 107-112.
25. CHAVES, F. L. Experiências com grupos na estratégia saúde da família: contribuições da psicologia. **SANARE**, Sobral, v.8, n.2, p.83-90, jul./dez.2009
26. COSTA, R. F.; QUEIROZ, M. V. O.; ZEITOUNE, R. C. G. Cuidado aos adolescentes na atenção primária: perspectivas de integralidade. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141481452012000300006&lng=en&nrm=iso>. Acesso: 11 nov 2012.
27. CUNHA, R. R. et al. Promoção da saúde no contexto Paroara: possibilidade de Cuidado. **Texto e Contexto Enfermagem**, v.18, n. 1, p.170-176, 2009.

28. DIAS, A. C. G.; TEIXEIRA, M. A. P. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, v. 20, n. 45, abr. 2010.
29. DIAS, A. B.; AQUINO, E. M. L. Maternidade e paternidade na adolescência: Algumas constatações em três cidades do Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, p. 1447-1458, 2006.
30. DONATO, C. M. R.; MACHADO, D. G.; MARQUES, M. V.; RODRIGUES, Larissa Silva de Abreu; COSTA, Lúcia Helena Rodrigues Representações sociais de adolescentes grávidas sobre a maternidade **Rev enferm UFPE online** [Internet], v. 6, n. 4, p. 822-830, 2012.
31. FARIA, D. G. S.; ZANETTA, D. M. T. Perfil de mães adolescentes de São José do Rio Preto/Brasil e cuidados na assistência pré-natal. **Arq Ciênc Saúde**; v. 15, n. 1, p. 17-23, jan./mar. 2008.
32. FERRARI, R. A. P.; THOMSON, Z.; MELCHIOR, R. Atenção à saúde dos adolescentes: percepção dos médicos e enfermeiros das equipes da saúde da família. **Cad Saude Publica. [periódico on line]**, v. 22, n. 11, p. 2491-95, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n11/24.pdf>>. Acesso em: 5 ago. 2012.
33. FERREIRA, M. de A. et al. Saberes de adolescentes: estilo de vida e cuidado à saúde. **Texto e contexto Enferm**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 217-24, abr./jun, 2007.
34. FLICK, U. **Uma introdução à pesquisa qualitativa**. 2. ed. Porto Alegre: Bookman, 2004.
35. FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza Disponível em: <<http://www.sms.fortaleza.ce.gov.br>>. Acesso em: 5 ago. 2012.
36. FRANCO, T. B.; MAGALHÃES JÚNIOR, H. M. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2007.
37. GOMES, V. L. O.; TELLES, K. S.; ROBALLO, E. C. Grupo focal e discurso do sujeito coletivo: produção de conhecimento em saúde de adolescentes. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 4, p. 856-862, out./dez. 2009.
38. GONÇALVES, H.; KNAUTH, D. R. Aproveitar a vida, juventude e gravidez. **Rev. de Antropologia**, v. 49, 625-64, 2006.
39. GUERREIRO, E. M.; RODRIGUES, D. P.; SILVEIRA, M. A. M.; LUCENA, N. B. F. O cuidado pré-natal na atenção básica de saúde sob o olhar de gestantes e enfermeiros. **REME. Revista Mineira de Enfermagem**, v. 16, p. 315-323, 2012.
40. IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/.../censo2010/.../notas_resultados_preliminares_amostra.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2012.
41. KASSAR, S. B et al. Comparações das condições socioeconômicas e reprodutivas entre mães adolescentes e adultas jovens em três maternidades públicas de Maceió, Brasil. **Rev. Bras. Saúde Matern. Infant.**, Recife, v. 6, n. 4, p. 397-403, out. / dez., 2006.

42. KING, L. **Notas para o trabalho com a técnica de grupos focais**. Psicologia em Revista, Belo Horizonte, v. 10, n. 15, p. 124-136, jun. 2004.
43. KITZINGER, J. Grupos Focais. In: POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009, p.33-43.
44. LEVANDOWSKI, D. C., PICCININI, C. A.; LOPES, R. C. S. Maternidade adolescente. **Estudos de Psicologia**, Campinas, v. 25, p.251-263, 2008.
45. MACHADO, M. V. P. **A Transição do ser adolescente puérpera ao papel materno sob o enfoque do cuidado de enfermagem**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Paraná, Curitiba, 2004.
46. MARQUES, J. F., QUEIROZ, M. V. O. Cuidado ao adolescente na atenção básica: necessidades dos usuários e sua relação com o serviço. **Rev Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 65-72, 2012.
47. MATTOS, R. A. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface comun. saúde educ.**, v.13, (supl.1), p. 771-780, 2009.
48. MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto Contexto em Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 411-8, 2005.
49. MELO, M. C. P.; COELHO, E. A. C. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5. 2011.
50. MENEZES, G. M. D.; QUEIROZ, M^a V. O.; SANTOS, A. P. Ações estratégicas do enfermeiro na linha do cuidado à adolescente grávida. **Rev enferm UFPE on line**, Recife, v.8, n.4, p. 321-7, 2014.
51. MINAYO, M. C. de S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.
52. _____. O desafio da pesquisa social. In: MINAYO, M. C. S.; GOMES, S. F. D. R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 30. ed. Petrópolis: Vozes, 2011, p.9-29.
53. MOREIRA M. C.; SARRIERA J. C. Satisfação e composição da rede de apoio social a gestantes adolescentes. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 4, p. 781-789, out./dez. 2008.
54. MOREIRA, T. M. M.; VIANA, D. S.; QUEIROZ, M. V. O.; JORGE, M. S. B. Conflitos vivenciados pelas adolescentes com a descoberta da gravidez. **Rev Esc Enferm. USP**. 2008; 42(2):312-20.
55. NASCIMENTO, M. S.; NASCIMENTO, M. A. A. Prática da enfermeira no programa de saúde da família: a interface da vigilância da saúde versus as ações programáticas em saúde. **Ciênc. Saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, abr./jun. 2005.
56. NERY, I. S. et al. Reincidência da gravidez em adolescentes de Teresina, PI, Brasil. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 1. 2011.

57. NÓBREGA, L. L. R.. **Prática do enfermeiro do Programa Saúde da Família – PSF na promoção da saúde do adolescente**. 163f. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte; 2007.
58. OLIVEIRA, A. R.; LYRA, J. Direitos sexuais e reprodutivos de adolescentes e as políticas de saúde: desafios à atenção básica. Anais do encontro: Fazendo Gênero 8 - corpo, violência e poder. Florianópolis, agosto, 2008.
59. OLIVEIRA, E. F. V.; GAMA, S. G. N.; SILVA, C. M. F. P. Gravidez na adolescência e outros fatores de risco para mortalidade fetal e infantil no Município do Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 3, Mar. 2010.
60. OLIVEIRA, J. F. B.; QUIRINO, G. S.; RODRIGUES, D. P. Percepção das puérperas quanto aos cuidados prestados pela equipe de saúde no puerpério. **Rev Rene**. 2012; 13(1):74-84.
61. PATIAS, N. D.; DIAS, A. C. G. Fatores que tornam adolescentes vulneráveis à ocorrência de gestação. **Adolesc. Saude**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 40-45. 2011.
62. PEIXOTO et al., O pré-natal na atenção primária: o ponto de partida para reorganização da assistência obstétrica. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 2, p. 286-291, abr./jun. 2011.
63. POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática da enfermagem**. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.
64. RAMOS, F. R. S.; PEREIRA, S. M.; ROCHA, C.R. M. Viver e adolescer com qualidade. In: Associação Brasileira de Enfermagem. **Adolescer: compreender, atuar, acolher - projeto acolher** / Associação Brasileira de Enfermagem / Ministério da Saúde. Brasília: ABEn, 2001.
65. RESSEL, L. B.; GUALDA, D. M. R. A sexualidade na assistência de enfermagem: reflexões numa perspectiva cultural. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 25, n. 3, p. 323-333, 2004.
66. RODRIGUES, R. M. **Pesquisa acadêmica: como facilitar o processo de preparação de suas etapas**. São Paulo: Atlas, 2007.
67. SANTOS, M. M. A. de S.; SAUNDERS, C.; BAIÃO, M. R. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 775-786, 2012.
68. SCHWARTZ, T.; VIEIRA, R.; GEIB, L. T. C. Apoio social a gestantes adolescentes: desvelando percepções. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5. 2011.
69. SHIMIZU, H. E., LIMA, M. G.. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 62, n. 3, maio/jun. 2009.
70. SILVA, D. D. F. et al. Percepções e saberes de um grupo de gestantes sobre aleitamento materno – um estudo qualitativo. **RFO**, v. 13, n. 2, p. 7-11, maio/agosto 2008.
71. SILVA, K. L. **Promoção da saúde em espaços sociais da vida cotidiana**. 182f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais; 2009.

72. SILVA, J. R. S, ASSIS, S. M. B. Grupo focal e análise de conteúdo como estratégia metodológica clínica-qualitativa em pesquisas nos distúrbios do desenvolvimento. Cadernos de Pós-Graduação em Distúrbios do Desenvolvimento [Internet]. 2010 [cited 2013 jul 16];10(1):146-52. Available from: http://www.mackenzie.br/fileadmin/Graduacao/CCBS/PosGraduacao/Docs/Cadernos/caderno10/62118_16.pdf
 73. SILVA, L. F. Produção Científica sobre espiritualidade, cuidado e promoção da saúde: partilha da pós-graduação Brasil/Portugal. **Anais VII Encontro Luso-brasileiro de enfermagem** Espiritualidade, cuidado e promoção da saúde. Fortaleza, 2013.
 74. SILVA, K. S. et al . Gravidez recorrente na adolescência e vulnerabilidade social no Rio de Janeiro (RJ, Brasil): uma análise de dados do Sistema de Nascidos Vivos. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, May 2011.
 75. SILVA, R. M. et al . Cartografia do cuidado na saúde da gestante. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro , v. 17, n. 3, mar. 2012.
 76. SILVA, R. M.; BEZERRA, E. D.; RODRIGUES, D. P.; ARAÚJO, M^a. A.. Consulta pré-natal na perspectiva de gestantes em uma regional de saúde de Fortaleza-Ceará. **Cad. Saúde Colet.**, Rio de Janeiro, 17 (4): 1001-1015, 2009.
 77. RODRIGUES, D. P.; FERNANDES, A. F. C.; SILVA, R. M.; RODRIGUES, M. S. P. O domicílio como espaço educativo para o autocuidado de puérperas: binômio mãe-filho. **Texto contexto - enferm.** v.15, n.2, Florianópolis, 2006.
 78. RODRIGUES, D. P. et al. Percepções de gestantes sobre gravidez e consulta de enfermagem no pré-natal. In: SILVA, R. M.; RAMALHO, E. R. F. M.; FERNANDES, A. F. C. **Desafios na assistência à saúde da mulher e temas emergentes**. Fortaleza: Edições UFC, 2012.
 79. SOUZA, M. L. et al. Meninas Catarinas: a vida perdida ao ser mãe. **Rev Esc Enferm.**, v. 44, n. 2, p. 318-323, 2010.
- SOUZA, angela 2011
80. SPINDOLA, T.; SILVA, L. F. F. Perfil epidemiológico de adolescentes atendidas no pré-natal de um hospital universitário. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 1, p. 99-107, jan./mar. 2009.
 81. VALILA, M. G. et al. Gravidez na adolescência: conhecendo a experiência da família. **Rev. Min. Enferm.**, Minas Gerais, v. 15, n. 4, out./dez. 2011.
 82. VASCONCELOS, C. M.; PASCHE, D. F. O Sistema Único de Saúde. In: CAMPOS, G. W. S. et al. **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec, 2006. p. 531-62.
 83. WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Rev Latino-am Enfermagem.**, v.16, n. 4. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n4/pt_18.pdf. Acesso em: 07 dez. 2012.

84. ZAGONEL, I. P. S.; MARTINS, M.; PEREIRA, K. F.; ATHAYDE, J. O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 5, n. 2, p. 24-32, 2003.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) a participar de uma pesquisa intitulada **GRUPO DE GESTANTES ADOLESCENTES NO ESPAÇO DO PRÉ-NATAL: fortalecendo os cuidados da mãe e do recém-nascido**. A pesquisa abordará as ações estratégicas que o enfermeiro desenvolve no cuidado à adolescente grávida no âmbito da atenção primária.

As informações obtidas serão mantidas em anonimato e não haverá divulgação personalizada das informações, ou seja, sua identidade não será revelada. O participante terá liberdade para incluir-se ou não na pesquisa, desistir em qualquer momento, sem trazer nenhum prejuízo ao serviço que desempenha.

Informamos que esta pesquisa não trará riscos diretos à sua saúde, mas se tiver alguma dúvida, estas serão esclarecidas pelo pesquisador. Acreditamos nos benefícios que esta pesquisa trará com suas informações, pois serão repassados aos profissionais e gestores municipais os pontos importantes do cuidado às adolescentes grávidas na atenção primária.

As informações coletadas serão utilizadas somente para a pesquisa, que será divulgada no meio acadêmico e em revistas de circulação nacional e internacional, como também serão apresentados em eventos científicos. Qualquer material escrito pelas participantes, fotografado ou filmado será destruído após a análise dos dados.

Este termo terá duas vias, uma ficará com você e outra ficará sobre a responsabilidade do pesquisador. Acrescentamos ainda que todos os participantes têm a segurança de receber esclarecimento, retirar dúvidas sobre a pesquisa a qualquer momento com o pesquisador e/ou orientador da pesquisa:

Prof^a. Dr^a. Maria Veraci Oliveira Queiroz. Tel: (85) 3101.9823/ 8899.4912 (Orientadora)

Enf^a. Giselle Maria Duarte Menezes. Tel: (85) 3452.5877/ 8896.2431 (Mestranda)

Assinatura do pesquisador: _____

Consentimento pós-esclarecido

Declaro que fui esclarecido sobre a pesquisa, entendendo a minha forma de participação e concordo em colaborar como sujeito da pesquisa.

Fortaleza, Ceará / /2013

Assinatura da participante: _____

Responsável legal pela adolescente: _____

APÊNDICE B

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS – QUESTIONÁRIO

1 CARACTERÍSTICAS PESSOAIS	Nº instrumento: _____
Estado civil: casada () solteira () união estável ()	
idade: _____ anos gestação _____ parto _____ aborto _____	
tempo de estudo: _____ anos concluídos	
parou de estudar com a gravidez: () sim () não	
motivos: _____	

com quem mora (pode marcar mais de uma opção):	
() pais () companheiro () outros: _____	

2 ITENS DE PARTICIPAÇÃO NO GRUPO	
Quantas vezes participou do grupo de gestante realizado nesta unidade: _____	
Como sentiu-se: satisfeita () insatisfeita ()	
Quais foram os atendimentos que já recebeu durante este pré-natal nesta unidade?	
() consulta pré-natal (individual) Nº de vezes: _____	
() atividades em grupo (grupo de gestante) Nº de vezes: _____	
() palestras (recepção ou sala de espera) Nº de vezes: _____	
() atendimentos esporádicos (demanda espontânea) Qual ? _____	
Nº de vezes: _____	

APÊNDICE C**ROTEIRO PARA O GRUPO FOCAL**

Questões para serem discutidas no grupo

TEMÁTICA 1:

Participação no grupo de gestante e implicações:

- No seu cuidado e do bebê
- No seu relacionamento social e familiar
- No seu bem-estar
- No seu pré-natal

TEMÁTICA 2: Aspectos que mais gostou no grupo de gestante (pensando em você e no bebê).

TEMÁTICA 3: Aspectos de satisfação e/ou insatisfação durante esse pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe.

TEMÁTICA 4: Mudanças e sugestões para melhoria da assistência pré-natal às adolescentes.

APÊNDICE D

OS GRUPOS FOCAIS: ELABORAÇÃO DOS QUADROS ANALÍTICOS

Data: 09/10/2013, 16/10/2013 e 23/10/2013

Local: Sala de reunião UAPS Casimiro José de Lima Filho

Moderadora/Pesquisadora: Giselle Maria Duarte Menezes

Auxiliares de pesquisa/Observadora: Thycianne de Sousa Cid

Duração: 1º encontro – Início às 08h 50 min e término às 10h 05min.

Tempo de duração: 1h e 15 min.

2º encontro – Início às 13h 20min e término às 15h 10min.

Tempo de duração: 1h e 50 min.

3º encontro – Início às 08h 30 min e término às 09h 45min.

Tempo de duração: 1h e 15 min.

Roteiros Temáticos trabalhados no grupo focal:

- Participação da adolescente grávida no grupo de gestantes e suas implicações no cuidado;
- Aspectos do grupo de gestantes que ajudaram as adolescentes grávidas nos cuidados de si e do bebê;
- Aspectos de satisfação e/ou insatisfação durante o pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe;
- Mudanças e sugestões para melhoria da assistência pré-natal às adolescentes;

QUADRO ANALÍTICO 1

Roteiro Temático: “Participação da adolescente grávida no grupo de gestantes e suas implicações no cuidado”

Recorte das falas (unidades de sentido)	Subcategorias (tema gerador)	Categorias (ideia central)	Comentário Analítico
G3: Eu não sou totalmente de primeira viagem/, mas tinha muita coisa que eu não sabia/. G8: /tirei algumas dúvidas aqui, ainda tenho muitas/, mas deu para aprender/. ----- G2: ...no começo eu não estava nem aí para minha gestação/, mas depois do grupo isso mudou/. G9: Participar do grupo melhorou para mim porque eu tive mais amor com o bebê/, antes não ligava muito para gravidez/. G7: /até agora só vim a duas consultas aqui,/ meus exames fiz tudo lá (pré-natal de risco) /eu vim para o grupo e gostei/. ----- G8: Eu gostei muito foi do vídeo de amamentação/, porque sempre mostrando assim fica mais fácil do que só falando/. G9: Aprender sobre amamentação foi o que mais me tocou/, depois que	Momento para reconhecer a necessidade de aprender a cuidar de si e do bebê; ----- Grupo ajudou a gestante adolescente a pensar no papel de “ser mãe”; ----- Uso de tecnologias ilustrativas para ensinar cuidados e interagir com as adolescentes;	Grupo como espaço facilitador de convivências e cuidados;	As adolescentes grávidas revelam que o grupo de gestantes é um espaço que favorece uma melhor aceitação da gravidez, despertando para começar a pensar no papel de “ser mãe”. Ressaltam a importância de tirar dúvidas, aprender sobre amamentação e cuidar do bebê, através do uso de tecnologias ilustrativas pelas enfermeiras no grupo, principalmente o DVD e bonequinha que foi usada para representar o bebê.

vi o vídeo/ gostei mais da minha gestação. G7: /o problema é que lá (atenção secundária – referência de risco) não tem grupo, só é a consulta do mês e pronto, mas tem DVD pra gente assistir/. G12: /se tivesse “aquela” salinha com televisão, DVD e ar condicionado era melhor ainda [risos]/ /também gostei quando ensinaram na bonequinha como cuidar de um bebê/. G5: /gostei do grupo de gestante porque levaram aquela bonequinha para representar o bebê/. G11: /gostei de aprender a segurar o bebê no colo (com a boneca)/.			
G9: /gostei no grupo foi de conversar com as enfermeiras (acadêmicas de enfermagem)/ .../tinham muita atenção,/ muito preocupadas/ acho que por terem nossa mesma idade/. G16: /no grupo falamos dos cuidados/ de uma forma simples/, conversar umas com as outras é muito bom/ conversa até sobre onde comprar as coisinhas do bebê/. G11: /uma mãe de primeira viagem precisa participar desses momentos/ tanto para aprender/ como para conversar/. G3: a gente precisa demais do grupo/ principalmente para conversar/.	Identificação das adolescentes com seus pares; Necessidade de diálogo das adolescentes grávidas;	Grupo de gestante como espaço de diálogo entre os profissionais, as adolescentes e seus pares;	No grupo de gestantes as adolescentes grávidas valorizam a oportunidade de poderem conversar informalmente sobre assuntos diversos, tanto com os profissionais do pré-natal para aprenderem como com outras adolescentes, compartilhando suas experiências;

G11: ...senti tristeza (durante o grupo)/ pois não estava gostando de estar grávida/. Meu relacionamento em casa era muito difícil/, eu chorava muito/, até no grupo eu chorei duas vezes/. G2: No começo da minha gravidez foi difícil/ tive muita raiva da gravidez/, meus pais eram contra porque não gostavam do pai do meu filho/.../eles (os pais) queriam que eu fosse de um jeito/, mas eu era de outro/. ----- G2: /minhas pernas estão inchadas porque eu vou pra aula e vou estudar até o fim, depois quero continuar/. G14: /estou afastada dos estudos porque sinto muito enjoo/, mas pretendo voltar assim que o meu bebê nascer e ficar mais independente/. [risos]	Tristeza e arrependimento da adolescente diante da gravidez; Dificuldade em aceitar a gravidez; Influência dos pais na adolescente grávida; ----- Repercussões da gravidez na escolaridade da adolescente;	O grupo de gestante como momento de reflexão para a adolescente grávida;	As ações e o diálogo, no grupo de gestantes, impulsiona a adolescente a refletir sobre seus sentimentos de frustração, tristeza, dificuldade em aceitar a gestação, crise própria da idade precoce da gestação. Envolto a estas reflexões emergem as dificuldades na relação familiar e as repercussões da gravidez na escolaridade.
G10: Aprendi (no grupo de gestante) a cuidar também da filha que já tenho/. G6: Eu achei bom o grupo/ segui as todas as coisas bem direitinho/, apesar de ser já meu segundo filho/	Insegurança das adolescentes grávidas que já cuidam de um filho;	Grupo para compartilhar saberes com as experiências;	As adolescentes que vivenciam a recorrência da gravidez na adolescência revelam no grupo de gestante que podem para aprender a cuidar melhor dos seus filhos, com a experiência, favorecendo a troca de saberes.

QUADRO ANALÍTICO 2

Roteiro Temático: “Aspectos do grupo de gestantes que ajudaram as adolescentes grávidas nos cuidados de si e do bebê”.

Recorte das falas (unidades de sentido)	Subcategorias (tema gerador)	Categorias (ideia central)	Comentário Analítico
G3: O que eu mais gostei foi a amamentação/.../nunca imaginei que tivesse posições de amamentar/ sofri muito para amamentar da outra vez/, passei 45 dias com o bico do peito ferido/.../minha primeira filha eu só dei de mamar três meses/ que era para o meu peito não ficar mole, não cair /.../ ela chupou bico e agora não vou mais dar/, já aprendi aqui que não é bom/.../agora eu já sei que não é assim,/ já vou mudar/ quero dar de mamar até seis meses/.../ às vezes eu penso que minha mãe nunca me ensinou nada/. G2: /no grupo fiquei mais confiante/, antes não queria nem saber de amamentar ou segurar o bebê/, mas agora que sei que vou seguir bem direitinho as recomendações/. G6: /meu outro filho já levei bico pra maternidade/, mas foi errado/. G7: /eu aprendi que prejudica/, depois a criança não quer comer, fica “lesadinha” com o bico na boca/ não quero dar mamadeira, só na colher/.	O ato de amamentar e os cuidados; Experiência da mãe adolescente em amamentar desmistificando crenças e tabus; Identificação com o papel materno; Desempenho do seu novo papel a partir da confiança recebida no grupo; Troca de experiências, gerando confiança;	Grupo de gestantes como espaço de descobertas e auto-confiança;	As adolescentes são estimuladas no grupo a falar sobre amamentação nos aspectos práticos. Aquelas que já são mães contam suas vivências com o ato de amamentar e as outras adolescentes grávidas compartilham o que foi discutido e apreendido durante as atividades grupais. As adolescentes grávidas se identificam com o papel de “ser mãe”, se reportando às suas mães biológicas e às crenças próprias da sua cultura, o momento se revela rico em trocas de saberes e experiências. Neste espaço também, colocam suas dificuldades relacionadas à falta de apoio para amamentar.

G7: /acho que não vou amamentar, porque eu sou sozinha/ e não tenho como me alimentar bem, tomar um suco, uma coisa assim,/ o pai está sem trabalhar e eu também estou/.	Insegurança no ato de amamentar por falta de apoio social e familiar;		
G8: Achei muito bom/, pois vai ser minha primeira filha/, ainda não sei de muita coisa de como cuidar/ aprendi como banhar/ ainda vou ter medo de cuidar do umbigo do bebê/. G10: /aprendi também como amamentar/, como dar comida/, fazer a higiene do bebê que vou ter/. G11: /aprendi no grupo a trocar as fraldas/ aprendi sobre amamentação/ e cuidados de higiene com o bebê/. G12: /gostei de ver como banhar/, trocar fraldas/ e cuidar do umbigo foi muito bom no grupo/. G14: /com o grupo eu fui aprendendo como vou cuidar/ vou ter coragem de banhar/, sei como vou cuidar do umbigo/.../eu nunca poderia imaginar que ia aprender a cuidar do meu filho antes dele nascer/. G13: e agora sei que vou optar pelo parto normal depois do que vivenciei no grupo/ e das coisas que li na agenda da gestante.	Desafios e aprendizagem para cuidar do bebê; Estímulo a cuidar do bebê; Ajuda na decisão do tipo de parto;	Aprendizados e desafios para as adolescentes grávidas nos cuidados com o bebê.	No grupo, as adolescentes grávidas revelam insegurança para cuidar do bebê, mas mostram estímulo em aprender os cuidados básicos com o filho que vai nascer, como banho, limpeza do coto umbilical, higiene, troca de fraldas e alimentação.
G10: Gostei quando foi falado sobre alimentação saudável na gravidez.			

G1: /foi bom o grupo que falou de alimentação saudável/, não como mais enlatados de jeito nenhum, /só como alimentos feitos em casa, suco de fruta/ G6: /gostei de aprender os exercícios físicos que a gestante pode fazer/. G7: /eu também gostei disso/. G13: Meu controle do peso e os esclarecimentos recebidos no grupo tiveram grande parcela no bom resultado da minha gestação até aqui/. ----- G1: /achei minha participação no grupo maravilhosa,/ acho que melhorou tudo sim/. G13: Minha participação no grupo foi assídua/.../ os cuidados comigo aumentaram/.../participar do grupo muda tudo/ porque o conhecimento faz a gente ter uma consciência maior sobre nós e o filho que carregamos/. G14: O grupo de gestante é uma iniciativa maravilhosa/, aprendi muito/e esclareci várias coisas sobre mim/. G16: O grupo foi bom/ foi assim que aprendi a me cuidar melhor/. ----- G3: /no meu outro pré-natal eu só tive três consultas/ aqui eu já tive sete consultas/	Adolescente grávida aprendendo hábitos saudáveis no grupo de gestante; ----- Crescimento no grupo, melhorando os cuidados; Adquirindo conhecimento para cuidar do corpo adolescente em transformação pela gestação; ----- Mudança de comportamento das adolescentes grávidas a partir das vivências grupais; Grupo como espaço facilitador no	Aprendendo a cuidar melhor de si e a valorizar a assistência pré-natal.	As adolescentes mostram que o aprendizado no grupo de gestante e os novos conhecimentos adquiridos mudaram seus hábitos de vida e seus comportamentos em relação ao pré-natal.
---	--	--	---

G11: /depois que participei do grupo fiquei mais interessada no pré-natal/, pois antes não estava me sentindo bem de chegar no posto grávida/. G7: /já sou muito zelosa na minha gravidez/. Tudo que o médico manda fazer, tomar as vitaminas/, tem muita mãe que não liga, não está nem aí,/ eu já nem fumo nem bebo mais/.	cuidado pré-natal da adolescente;		
G13: O grupo foi o que de melhor aconteceu na minha gestação/, gostei absolutamente de tudo em todos os encontros que participei/.	Opinião da adolescente grávida sobre sua participação no grupo de gestante;	Adolescente gosta de participar do grupo de gestante.	Aspectos positivos que a adolescente percebeu no grupo de gestante.

QUADRO ANALÍTICO 3

Roteiro Temático: “Aspectos de (in)satisfação durante o pré-natal, incluindo consultas, atividades grupais e visitas da equipe”.

Recorte das falas (unidades de sentido)	Subcategorias (tema gerador)	Categorias (ideia central)	Comentário Analítico
G7: Eu tenho um lugar que faço tudo na hora, (se referindo ao pré-natal de risco)/não vou ficar aqui no pré-natal mais de jeito nenhum/ porque aqui é muito difícil conseguir os exames/. G1: O que ensina no grupo eu gosto, mas muita coisa não tinha como conseguir (serviços indisponíveis)/. G4: Só fiz exames no começo/, depois não consegui marcar mais nenhum exame/ e quando venho o médico diz:/ só fez esses exames?/o meu nem tá com HIV nem o tipo de sangue/. G5: /Já o meu eu fiz HIV, fiz o tipo de sangue/ não recebo o resultado/. G1: /demora para marcar os exames/, eu estava com infecção/, o médico disse que meu exame era urgente/, mas demorou/... /tem que melhorar o atendimento/, não deixando ficar sem vacinas/, nem marcar exames/. G5: /acharia bom se tivesse ultrassom aqui mesmo no posto/	Associação entre as orientações educativas e os serviços oferecidos pela UAPS; Dificuldade na resolutividade e no atendimento em rede;	Fragilidades no acesso, acolhimento e seguimento em rede da adolescente grávida.	As adolescentes grávidas deixam claro em suas falas dicotomia que existe na assistência à saúde, no que se refere aos princípios preconizados pelo SUS de acolhimento, vínculo e resolubilidade.

----- G7: Acho que tem que melhorar aquelas (auxiliares de enfermagem) que ficam no peso/.../elas não têm atenção quando a gente chega/. G2: /tem que melhorar é o atendimento na frente do posto,/ se lá (SAME) elas não explicam direito/ até o grupo a gente perde/. G3: Acho que o posto deveria também receber a gestante que não está marcada/.../precisei ser atendida/ e me disseram lá na frente (SAME)/ que tinha que esperar o dia da consulta marcada/ (...) foi difícil marcar minha primeira consulta/ no começo pensei que não ia conseguir nada no posto/. G4: /nunca vejo a minha agente de saúde/procuro saber o dia da minha equipe e venho para as consultas/.	----- Despreparo dos profissionais no atendimento à gestante; Acesso e acolhimento inadequado na UAPS; Informação deficiente sobre a programação da equipe de saúde;		
G9: /me deixou insatisfeita foi a demora em receber o atendimento nas consultas (sala de espera),/ tem que chegar cedo para confirmar (no SAME)/ e ficar esperando para ser atendida/ e também a demora em conseguir marcar os retornos/. G10: /acho ruim a demora em ser atendida (sala de espera)/. G14: /minha insatisfação é com a demora em entrar nas consultas/. G16: /seria bom se as consultas	Falta de organização e planejamento da UAPS para o atendimento pré-natal da adolescente;	Insatisfação da adolescente grávida pela desorganização no atendimento pré-natal.	As adolescentes grávidas reivindicam uma melhor organização do atendimento pré-natal na UBASF, de forma a tornar a sala de espera um ambiente mais dinâmico e interativo, para que não sintam tédio em permanecer na unidade esperando pela consulta pré-natal mensal. Elas se sentem incomodadas quando o atendimento do profissional é interrompido por pessoas que entram

fossem agendadas por horário/, e não ter que chegar todas as gestantes de uma vez/ e eles ficarem numerando as que vão entrar para as consultas/. G14: /atrapalha muito o trânsito de pessoas/ entrando e saindo da sala/ e interrompendo a minha consulta/, e tirando a minha concentração/, sempre esqueço o que perguntar/.			nos consultórios.
G5: /as consultas com o médico são muito rápidas/, não conversa nada/, mal a gente entra lá já termina logo/, deita bem rápido na cama/, olha a barriga, escuta o bebê e pronto/. G4: Tem vez que a gente fica esperando/ e o médico liga e diz não vou mais hoje/, aí a gente sai triste/ porque nem fez a consulta/(...) tem que melhorar o tempo da consulta do médico/(...)/ sem ter muita pressa de terminar/só olha os exames e deita. G8: Também concordo com o que elas disseram/ que a consulta com o médico é muito rápida/sem conversa. G15: Queria que mudasse esse tipo do atendimento do médico/, só isso/.	Insatisfação com a abordagem apenas clínica e obstétrica da consulta médica;	Pré-natal: insatisfação com a consulta médica.	A adolescente grávida necessita de uma consulta além de suas necessidades físicas e biológicas. Reclama da consulta médica rápida que apenas mede a barriga e reforça a necessidade de demorar, conversando o profissional, tirando dúvidas, estabelecendo vínculo.
G3: /acho ruim porque você fica sem saber onde você vai ter seu filho/. G5:queria era ter ido conhecer a maternidade/ não sei para onde ir. G4: /já eu só tenho medo é de ser cesário/, como vou cuidar/, se eu sou sozinha só eu e o pai do bebê/.	Insegurança quanto ao parto	Falta de vinculação entre atenção primária e atenção secundária dificultando a garantia plena de seguimento da adolescente na rede de assistência.	Além da imaturidade natural da idade, as adolescentes grávidas estão ainda mais preocupadas com o tipo e o local onde será realizado o parto porque não há uma garantia de atendimento referenciado e de uma rede apoio social

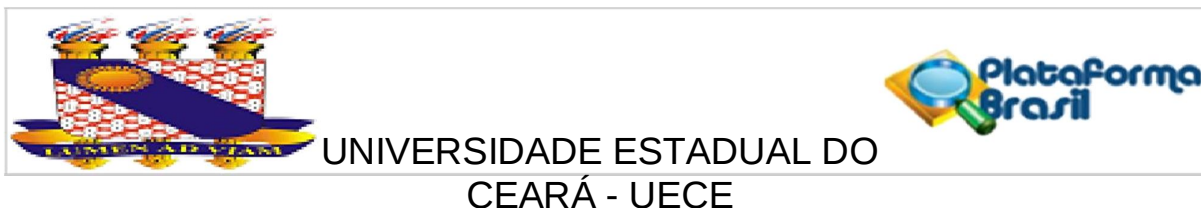
Roteiro Temático: “Mudanças e sugestões para melhoria da assistência pré-natal às adolescentes”

Recorte das falas (unidades de sentido)	Subcategorias (tema gerador)	Categorias (ideia central)	Comentário Analítico
G13: O meu pré-natal mudou depois do grupo/ porque o conhecimento adquirido faz com que abra a nossa mente/ fazendo com que as consultas fossem mais esclarecidas/. G12: /estou satisfeita com meu pré-natal/ e com os grupos,/ queria que tivesse mais reuniões do grupo/. G3: /grupo deve sempre continuar/, não importa quantas grávidas venham para cá/, principalmente para aquelas mães de primeira viagem/(...) queria ter vindo para o grupo na minha primeira gestação/. G14: Às vezes, nos esquecemos de perguntar algo nas consultas/ e no grupo podemos trazer todas as nossas dúvidas/. G9: /seria excelente se o grupo pudesse ser duas vezes no mês/, porque só uma vez é pouco [risos]/. G11: Acho que o grupo deve continuar/, mesmo não tendo lugar (sala adequada) certo para fazer/.	Percepção de “grupo” como parte integrante da assistência pré-natal; Integralidade: ações educativas e continuidade da assistência; Impressões das gestantes a cerca do	Percepção de “grupo” como parte integrante da assistência pré-natal.	As adolescentes grávidas valorizam as ações educativas vivenciadas no grupo de gestantes, reconhecem a importância desta atividade grupal para o sucesso do pré-natal por isso pedem que o grupo seja reconhecido por todos os profissionais como parte integrante da assistência, para que assim tenham direito a se ausentar do trabalho ou da escola para participarem do grupo de gestantes.

G9: /o grupo deve ser mais divulgado na área/(...)/ também deve aceitar outras adolescentes/ porque a minha amiga queria assistir o grupo também/ ela gosta do que eu ensino. G4: Acho que todos (profissionais) deveriam entender o grupo/ porque no dia que precisei de um atestado para levar para escola/ quando estava no grupo/, o médico não quis dar/ porque ele disse que grupo não era consulta de pré-natal/leve uma falta. G15: Tive dificuldade de ficar mais vezes no grupo porque estava trabalhando/ e não podia faltar. G13: /via como tudo era feito com muita dedicação/, desde o convite com “bombomzinhos”/ até o fim das rodas com lanches [risos]/(...)/ as reuniões são claras/ tentam tirar todas as nossas dúvidas/.	grupo e dos profissionais;		
G3: /no meu quinto mês eu não vim para o pré-natal porque ela (ACS) não apareceu lá na minha casa/. G13: Estou satisfeita com tudo/, mas queria receber além da agente de saúde/, a visita da enfermeira/. G10: /pode melhorar no pré-natal é a visita da ACS /às vezes ela só vai à minha casa quando está perto das consultas/, ou então quando a gente falta as consultas ou grupo/. G11: /quero que quando a minha	Busca ativa realizada pelas ACS através da visita domiciliária durante o pré-natal; Informação em saúde e visita	Visita domiciliária e fortalecimento do vínculo.	As adolescentes grávidas percebem a visita domiciliária realizada pela equipe de saúde como algo positivo para a promoção da saúde delas, valorizam esta ação como capaz de receber cuidados na realidade familiar em que está inserida e até exige que o profissional cheque como ela está desempenhando seus cuidados como mãe adolescente.

filha nascer/, a equipe vá me visitar em casa/ para vê se eu estou bem/ e se o que aprendi aqui está acontecendo lá na minha casa (risos). E eu só a agente de saúde não/, quero a enfermeira também/, se as alunas forem eu acho bom/.	domiciliária;		
G14: Minha sugestão é que o grupo se preocupe também/ com o desenvolvimento psicológico das gestantes/ e dos nossos filhos/ como a auto-estima/, auto-confiança/, os valores/.../como devemos cuidar de nossos filhos na infância/ para que eles cresçam pessoas felizes/, bem resolvidas/, sem traumas psicológicos/.../ muitas mães acham que é só cuidar da parte física do bebê/, cumpriram com a sua parte/, mas não sabem a importância do acompanhamento sentimental da criança/.	Sugestão de temas para o grupo;	Desenvolvimento psicológico dos filhos de mães adolescentes.	A adolescente chama a atenção dos profissionais para a organização dos temas do grupo de gestante que se preocupa apenas com o crescimento e desenvolvimento físico do bebê, sem despertar a preocupação da futura mãe adolescente para possíveis fatores que possam interferir no desenvolvimento psíquico dos filhos.

ANEXO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: GRUPO DE GESTANTES ADOLESCENTES: fortalecendo os cuidados da mãe e do recém-nascido

Pesquisador: Giselle Maria Duarte Menezes

CAAE: 14945213.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 501.683

Data da Relatoria: 16/12/2013

Apresentação do Projeto:

A gravidez na adolescência é considerada atualmente como um fenômeno de alto risco devido às complicações biológicas e sociais para o binômio mãe e filho. Na adolescência, em geral, a maternidade se apresenta como um elemento desestruturador da vida de adolescentes, ao colocar impedimentos na continuidade de estudos e no acesso ao mercado de trabalho. Pesquisa com abordagem qualitativa, do tipo descritiva com foco na assistência pré-natal desenvolvida pelo enfermeiro com vistas à promoção do cuidado a gestante e ao seu filho. Será desenvolvido no Centro de Saúde da Família do município de Fortaleza, com 146 gestantes cadastradas, sendo 59 adolescentes. A escolha das adolescentes será intencional, considerando os critérios de inclusão e exclusão, estimando um total entre seis e 15 adolescentes em cada grupo focal, técnica que será utilizada para coleta de dados. O registro dos dados será por meio da gravação de voz e imagem, complementado pelas anotações do observador. O material coletado será submetido à análise de conteúdo temática.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Investigar as contribuições do grupo de gestante na linha de cuidado à adolescente grávida na atenção primária;

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

UF: CE

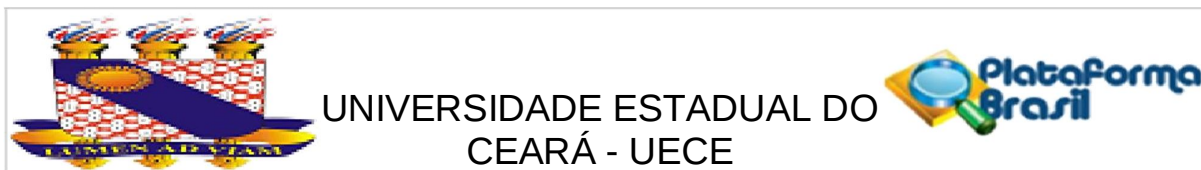
Município: FORTALEZA

CEP: 60.714-903

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinho@uece.br



Objetivo Secundário:

Promover um espaço crítico reflexivo com adolescentes por meio da ação grupal;

Identificar fatores facilitadores e dificultadores da ação grupal;

Avaliar os benefícios da ação grupal para as adolescentes e para o cuidado de enfermagem.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

O constrangimento das mães frente ao questionamento da pesquisa; a pesquisadora informa que caso ocorra constrangimento; ela está atenta para minimizá-los ou resolvê-los.

Benefícios:

Segundo a pesquisadora; pós o término da pesquisa, informará os resultados obtidos, objetivando viabilizar estratégias de educação em saúde para responder as reais necessidades das mulheres, frente ao cuidado com o filho prematuro. Assim, Será possível promover mudança na forma como essa questão é abordada no atendimento a estas mulheres, viabilizando condições de melhor cuidado a criança por meio da capacitação da mãe.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa é pertinente, apresenta valor científico e relevância social, possivelmente, trará retorno para as mães adolescentes, para os seus filhos, como também para o serviço.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto devidamente preenchida e assinada,

Riscos e benefícios identificados e adequados ao estudo,

Termo de Anuência da Secretaria de Saúde Escola e Centro de Saúde Casimiro José de Lima Filho,

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido com informações sobre os riscos, benéficos da pesquisa para as pesquisadas, como também solicitação de autorização dos pais ou responsáveis pelas participantes adolescentes.

O cronograma detalhado.

Orçamento informado.

Recomendações:

Pesquisa atende aos preceitos da Resolução CNS 466 de dezembro de 2012.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O protocolo de pesquisa atende aos preceitos estabelecidos pela Resolução CNS 466/12 de 2012.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

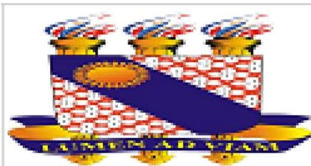
UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente.

FORTALEZA, 19 de Dezembro de 2013

Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br