



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM
E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E
SAÚDE

THAÍS JORMANNA PEREIRA SILVA

CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE ADOLESCENTE NO
ACOLHIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA:
CONTRIBUIÇÕES PARA O PENSAR-FAZER DO ENFERMEIRO

FORTALEZA – CEARÁ

2017

THAÍS JORMANNA PEREIRA SILVA

CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE ADOLESCENTE NO ACOLHIMENTO
E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA: CONTRIBUIÇÕES PARA O
PENSAR-FAZER DO ENFERMEIRO

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

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

FORTALEZA – CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Silva, Thaís Jormanna Pereira .

Cuidado de enfermagem à gestante adolescente no acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: contribuições para o pensar-fazer do enfermeiro [recurso eletrônico] / Thaís Jormanna Pereira Silva. 2017 .

1 CD-ROM: il.; 4 ½ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 162 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017 .

Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde..

Orientação: Prof.ª Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz..

1. Enfermagem obstétrica. 2. Acolhimento. 3. Gravidez na adolescência. 4. Serviços de saúde materno-infantil. I. Título.

THAÍS JORMANNA PEREIRA SILVA

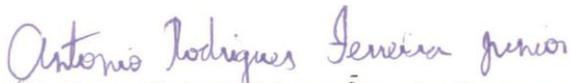
CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE ADOLESCENTE NO ACOLHIMENTO
E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA: contribuições para o pensar-
fazer do enfermeiro

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 29 de março de 2017.

BANCA EXAMINADORA


Profa. Dra. Maria Veraci Oliveira Queiroz - UECE
(Orientadora e Presidente)


Prof. Dr. Antônio Rodrigues Ferreira Junior - UECE
(1º membro)


Profa. Dra. Dafne Paiva Rodrigues - UECE
(2º membro)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ser o meu guia, alicerce de fé e perseverança em todos os momentos de minha vida.

Aos meus pais, Lúcia e Valdilon, por me proporcionarem a vida e a educação, essenciais para que eu trilhasse o meu caminho até aqui.

À minha irmã, Thanara que, apesar da distância, esteve sempre presente dando apoio e estímulo para que eu continuasse minha caminhada.

Ao Elvis, pelo companheirismo, apoio e por compreender as diversas vezes em que eu lhe disse não, porque tinha de me dedicar à pesquisa.

À professora Veraci Queiroz, pela confiança, presença e sabedoria, as quais foram fundamentais para o alcance desse trabalho. Não há palavras para agradecer tamanha paciência, compreensão e ajuda frente às minhas limitações.

Aos professores Antonio Rodrigues Ferreiras Júnior, Ana Virgínia Fialho e Dafne Paiva, pela disponibilidade em avaliar este trabalho, enriquecendo-o com valiosas sugestões e considerações.

Às adolescentes, sujeitos da pesquisa, pela disponibilidade em participar do estudo.

Às enfermeiras do serviço, por aceitarem o desafio de não só participar do estudo, mas de construí-lo junto comigo, dedicando tempo para leitura e participação nos grupos. Vocês foram fundamentais para que o projeto se tornasse realidade.

À coordenação de enfermagem e médica da obstetrícia por consentir com a realização do estudo.

À amiga e comadre, Ana Carolina Macêdo, por aceitar o desafio de me ajudar na construção desse material.

À Bruna Amorim, pela disponibilidade em me ajudar na coleta dos dados.

Aos professores e colegas da turma XI de mestrado do Programa de Pós-graduação em Cuidados Clínicos e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, pelo meu crescimento científico advindo dos ensinamentos, discussões e reflexões em grupo durante as atividades acadêmicas.

Aos amigos que souberam entender a minha ausência no período de elaboração desta dissertação.

Às colegas de trabalho Mariana, Kátia, Graça, Maria do Carmo, Roberta e Renata, que sempre me incentivaram e torceram para que eu alcançasse este objetivo de vida, e aos demais profissionais do serviço pelo ajuda durante coleta de informações.

Acaso

“Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, Pois cada pessoa é única e nenhuma substitui a outra. Cada um que passa em nossa vida, passa sozinho, Mas não vai só, nem nos deixa só. Leva um pouco de nós mesmos, deixa um pouco de si mesmo. Há os que levam muito, mas há os que não levam nada. Essa é a maior responsabilidade de nossa vida, E a prova de que duas almas não se encontram por acaso.”

(Antoine de Saint-Exupéry)

RESUMO

Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia é um dispositivo técnico-assistencial para garantir acesso em tempo hábil e escuta qualificada para mulheres que procuram emergências obstétricas. Suas peculiaridades favorecem relação dialógica com usuária. No caso da adolescente, deveriam ser acolhidas dúvidas, medos, anseios e dificuldades para não interferirem na condição de saúde, bem estar ou resultar em riscos para ela e/ou conceito. No entanto, observa-se uma recorrente peregrinação das gestantes devido tais necessidades. O objetivo dessa pesquisa foi conduzir processo crítico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o acolhimento, apoiado nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem e da Rede Cegonha. Realizada de julho a dezembro de 2016 na Emergência Obstétrica de um hospital público terciário de Fortaleza com quatro adolescentes e dez enfermeiras. O desenho convergente assistencial possibilitou investigar e intervir simultaneamente na prática de enfermagem. Na primeira etapa houve entrevista e observação do acolhimento e classificação das adolescentes, quando se identificaram pontos críticos os quais foram trabalhados nos três momentos dos grupos de convergência com as enfermeiras, seguindo o processo dos 4R's de reconhecimento, revelação, repartir e repensar as práticas. Tais grupos ocorreram na segunda etapa do estudo. As informações qualitativas foram tratadas conforme proposição da Pesquisa Convergente Assistencial e teorizadas com base na Teoria Humanística, resultando em três categorias para cada uma das etapas. A partir dos encontros com as adolescentes foram reconhecidos: As necessidades das adolescentes frente às experiências da gravidez e da parturição; Sentidos e significados atribuídos pelas adolescentes ao dispositivo e às experiências vividas neste cenário; O modo-de-ser da adolescente e a relação interpessoal com o enfermeiro no acolhimento. Ao longo dos três momentos dos grupos de convergência com as enfermeiras viu-se um contínuo movimento de apresentação e de discussão dos resultados dos encontros, compartilhamento de experiências, considerações, críticas, sugestões e estratégias, além de reflexões com base no aprendizado adquirido sobre a teoria humanística e nas recomendações ministeriais para realização do acolhimento. Destarte, os enfermeiros refletiram e repensaram suas práticas com base nos seus modos de ser e de estar com a adolescente grávida e o acompanhante e de percebê-los, além de

outros fatores intervenientes na relação dialógica como a estrutura e os processos de trabalho. Ainda construíram um Processo de Enfermagem Fenomenológico às adolescentes. Concluiu-se que pensar acolhimento em obstetrícia na perspectiva da enfermagem humanística foi além de uma tentativa de sistematizar o cuidado. Tratou-se de um ensaio a uma nova práxis assistencial que envolve o pensar-saber-fazer do enfermeiro durante o acolhimento, passando ao largo da ideia de solucionar os problemas da prática por intermédio do planeamento e da implementação de ferramentas padronizadas às adolescentes.

Palavras-chave: Enfermagem obstétrica. Acolhimento. Gravidez na adolescência. Serviços de saúde materno-infantil.

ABSTRACT

Reception and Risk Classification in Obstetrics is a technical-assistance device to guarantee access in a timely manner and qualified listening for women seeking obstetric emergencies. Their peculiarities favor a dialogical relationship with the user. In the case of the adolescent, doubts, fears, longings and difficulties should be accepted in order not to interfere in the health condition, well-being or to result in risks to her and / or concept. However it is noted recurrent pursuit and pilgrimage due such needs. The purpose of this research was to conduct a critical-reflexive process with nurses on the care practices of pregnant women during the care, supported by the assumptions of the Humanistic Theory of Nursing and the Stork Network. Held from July to December 2016 in the Obstetric Emergency of a public tertiary hospital in Fortaleza with four adolescents and ten nurses. The convergent assistance design made it possible to investigate and intervene simultaneously in nursing practice. In the first stage, the interview and observation of the adolescents' reception and classification were identified, when critical points were identified, which were worked out in the three moments of the convergence groups with the nurses, following the 4R's process of recognition, disclosure, sharing and rethinking practices. These groups occurred in the second stage of the study. Qualitative information was treated according to the Convergent Care Research proposal and theorized based on Humanistic Theory, resulting in three categories for each of the stages. From the meetings with adolescents were recognized: The needs of adolescents in relation to the experiences of pregnancy and parturition; Senses and meanings attributed by the adolescents to the device and to the experiences lived in this scenario; The way of being of the adolescent and the interpersonal relationship with the nurse in the reception. Throughout the three moments of the convergence groups with the nurses there was a continuous movement of presentation and discussion of the results of the meetings, sharing of experiences, considerations, criticisms, suggestions and strategies, as well as reflections based on the acquired learning about the Humanistic theory and the ministerial recommendations for hosting. Thus, nurses reflected and rethought their practices based on their ways of being and being with the pregnant adolescent and the companion and perceiving them, as well as other factors that intervene in the dialogic relationship such as structure and work processes. They still built a Phenomenological Nursing Process for adolescents. It

was concluded that thinking about nursing in obstetrics in the perspective of humanistic nursing was beyond an attempt to systematize care. It was an essay on a new assistance praxis that involves the nurse's thinking-know-how during the reception, going beyond the idea of solving the problems of practice through the planning and implementation of standardized tools for adolescents.

Keywords: Obstetric nursing. Reception. Teenage pregnancy. Maternal and child health Services.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 -	Condições envolvidas na concepção do estudo.....	18
Figura 2 -	Necessidades das gestantes adolescentes.....	25
Figura 3 -	Marcos nacionais da saúde obstétrica e da saúde sexual e reprodutiva de adolescentes.....	28
Figura 4 -	Fluxograma organizador do delineamento metodológico da pesquisa.....	49
Figura 5 -	Processo dos 4r's proposto para grupos de convergência na PCA.....	54
Figura 6 -	Organização dos resultados da pesquisa a partir dos processos de análise, síntese, teorização.....	58
Figura 7 -	Organização dos resultados da etapa I	60
Figura 8 -	Organização dos resultados da etapa II	87
Figura 9 -	Ideias centrais do processo de enfermagem fenomenológico elaborado pelas enfermeiras,.....	117
Figura 10 -	Contemplanção dos 4r's propostos na PCA.....	119
Quadro 1 -	Síntese dos momentos nos grupos de convergência com os enfermeiros.....	53
Quadro 2 -	Codificação, compilação e categorização das informações da pesquisa.....	56
Quadro 3 -	Características pessoais e obstétricas das adolescentes participantes do estudo.....	61
Quadro 4 -	Características pessoais e profissionais das enfermeiras do serviço de emergência obstétrica.....	88
Quadro 5 -	Síntese dos encontros do momento I do grupo de convergência com as enfermeiras.....	94
Quadro 6 -	Síntese dos encontros do momento II do grupo de convergência com as enfermeiras.....	97
Quadro 7 -	Síntese dos encontros do momento III do grupo de convergência com as enfermeiras.....	102
Fotografia 1 -	Envelopes da consciência e atividades propostas às enfermeiras no momento II do grupo de convergência.....	99

Fotografia 2 - Enfermeiras participando de dinâmica no momento II do grupo de convergência.....	101
Fotografia 3 - Enfermeiras elaborando o processo de enfermagem fenomenológico durante o momento III do grupo de convergência.....	104

LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

A&CR	Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia
AMIU	Aspiração Manual Intrauterina
CR	Classificação de Risco
CS	Código de Sentido
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
EO	Emergência Obstétrica
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
FUNCAP	Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa
GEPCCA	Grupo de Estudo e Pesquisa no Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente
HGF	Hospital Geral de Fortaleza
IQ	Informações de Questionário
MEAC	Maternidade-Escola Assis Chateaubriand
MS	Ministério da Saúde
NA	Notas de Assistência
NC	Notas de Convergência
ND	Notas do Diário
NE	Notas de Entrevista
NG	Notas de Grupo
NM	Notas Metodológicas
NO	Notas de Observação
NAC	Núcleo de Atendimento ao Cliente
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCA	Pesquisa Convergente Assistencial
PA	Pressão Arterial
PEF	Processo de Enfermagem Fenomenológico
PHPN	Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento
PPCCLIS	Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde
PROSAD	Programa de Saúde do Adolescente

PRONAENF	Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstetrícia
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PNH	Política Nacional de Humanização
RC	Rede Cegonha
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TS	Trechos de Sentido
THE	Teoria Humanística de Enfermagem
UR	Unidades de Registro
US	Unidades de Sentido
UNFPA	United Nations Population Fund
UECE	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	CONCEPÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA.....	16
1.1	INTRODUÇÃO.....	16
1.2	OBJETIVOS	20
1.2.1	Geral	20
1.2.2	Específicos.....	21
1.3	REVISÃO NARRATIVA	21
1.3.1	O universo da maternidade precoce e as necessidades de cuidados da gestante adolescente	21
1.3.2	Acolhimento e classificação de risco em obstetrícia: um paradigma ético-estético-político que possibilita ao enfermeiro o cuidado humanizado à gestante adolescente	25
1.3.3	Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderard: o cuidado a partir da relação dialógica.....	32
2	METODOLOGIA.....	41
2.1	REFERENCIAL METODOLÓGICO E DESENHO DO ESTUDO.....	41
2.1.1	Cenário da pesquisa.....	44
2.1.2	Participantes da pesquisa	46
2.1.3	Período de coleta.....	47
2.1.4	Instrumentos e técnicas para obtenção, registro e organização das informações	48
2.1.5	Análise e interpretação das informações.....	54
2.1.6	Aspectos éticos da pesquisa.....	56
3	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	60
3.1	ENSAIANDO A RELAÇÃO DIALÓGICA COM GESTANTES ADOLESCENTES NO A&CR	60
3.1.1	Descrição reflexiva dos encontros com as adolescentes	60
3.1.2	Categoria 1: Necessidades das adolescentes frente às experiências da gravidez e da parturição	77
3.1.3	Categoria 2: Sentidos e significados atribuídos pelas adolescentes ao A&CR e às experiências vividas neste cenário	80
3.1.4	Categoria 3: O modo de ser da adolescente e a relação interpessoal com o enfermeiro do A&CR	82

3.2	O PENSAR-SABER-FAZER DO ENFERMEIRO NOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA	86
3.2.1	Características pessoais e profissionais das enfermeiras	87
3.2.2	Descrição reflexiva dos grupos de convergência com os enfermeiros	89
3.2.3	Categoria 1: Modos de ser e de estar da adolescente grávida no A&CR sob a perspectiva do enfermeiro	120
3.2.4	Categoria 2: O acompanhante no cenário do A&CR	122
3.2.5	Categoria 3: Estrutura e processos de trabalho no A&CR	125
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	132
	REFERÊNCIAS	134
	APÊNDICES.....	142
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-ADOLESCENTE	143
	APÊNDICE B -TERMO DE CONSENTIMNETO LIVRE E ESCLARECIDO-RESPONSÁVEL	144
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-ENFERMEIROS.....	145
	APÊNDICE D - TERMO DE ASSENTIMENTO PARA A ADOLESCENTE MENOR.....	146
	APÊNDICE E - QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE INFORMAÇÕES DOS ENFERMEIROS.....	147
	APÊNDICE F- INSTRUMENTO DE COLETA DE INFORMAÇÕES DAS ADOLESCENTES.....	148
	APÊNDICE G - GUIA DE OBSERVAÇÃO DO PESQUISADOR	149
	APÊNDICE H - GUIA DE OBSERVAÇÃO DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA.....	150
	APÊNDICE I - ROTEIRO I DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA.....	151
	APÊNDICE J - ROTEIRO II DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA	152
	APÊNDICE K - ROTEIRO III DOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA	155
	ANEXOS	157
	ANEXO A - PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	158
	ANEXO B - AUTORIZAÇÃO DAS CHEFIAS DE ENFERMAGEM E MÉDICA DO SERVIÇO DE OBSTETRÍCIA	159
	ANEXO C - TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO	160

1 CONCEPÇÃO DO OBJETO DE PESQUISA

1.1 INTRODUÇÃO

A gravidez na adolescência é um momento complexo na vida da jovem que vivencia simultaneamente as transformações próprias do adolescer e as físicas e psicológicas da gestação, além das repercussões familiares, econômicas, educacionais e sociais. Portanto, uma realidade que convoca os profissionais de saúde que trabalham com este público a refletir sobre o assunto para buscar compreendê-lo e, a partir disso, propor modos de lidar com o fenômeno sob uma proposta de cuidado humanizado, contribuindo satisfatoriamente para a experiência da adolescente em tornar-se gestante e mãe.

As consequências de uma gestação na adolescência tendem a ser negativas quando se olha a questão sob uma perspectiva estritamente biológica ou quando se toma como parâmetro as expectativas sociais do que seria um desenvolvimento típico na adolescência. Todavia, é necessário ter em mente que este não é um fenômeno homogêneo, pois, dependendo do contexto social em que vive a adolescente, o significado da gestação e o impacto dessa experiência podem assumir diferentes contornos. Desse modo, é preciso cuidado ao se emitir juízos de valor quando o assunto é gravidez na adolescência (DIAS; TEIXEIRA, 2010; ARAÚJO; MANDÚ, 2015).

Um estudo de revisão da revisão da literatura para conhecer a realidade da atuação dos profissionais nos serviços de saúde em relação à gravidez na adolescência sob a ótica das próprias adolescentes destacou o predomínio da assistência tecnicista baseada nas necessidades físicas decorrentes do estado gravídico, seguida de uma assistência discriminatória e julgatória. Revelando assim, um cuidado ainda carente de olhar cuidadoso, de postura acolhedora, alicerçada no apoio, na escuta e direcionada às características e demandas específicas desse público (PITILIN; MOLENA-FERNANDES; SILVA FILHO, 2015).

Nesse contexto de posturas e práticas dos profissionais de saúde, Souza Júnior (2014) ressalta a importância de se ter em mente que a gravidez corresponde à experiência de uma nova realidade para a adolescente. Um momento permeado de modificações corporais e de descobertas, podendo emergir dúvidas, medos, anseios e dificuldades que devem ser prontamente trabalhados pelos profissionais de saúde em qualquer um dos

cenários de assistência por onde a adolescente passar para que tais necessidades não interfiram na sua condição de saúde e de bem estar ou resultem em riscos para o concepto.

Uma revisão sistemática da literatura acerca das complicações da gravidez na adolescência evidenciou que as principais complicações maternas são síndromes hipertensivas, ruptura prematura de membranas, abortamentos provocados e infecções do trato urinário. Enquanto as complicações neonatais são prematuridade, baixo peso ao nascer, crescimento intrauterino retardado e mortalidade perinatal (AZEVEDO *et al.*, 2015).

Outra questão relevante e que foi discutida por Barbastefano, Girianelli e Vargens (2010) diz respeito à falta de orientação no pré-natal, levando a adolescente a procurar atendimento de emergência em momentos inadequados, superlotando a porta de entrada das maternidades com problemas ou queixas passíveis de esclarecimento durante a consulta de pré-natal. Eles ressaltam também a dificuldade dos serviços de emergência em acolhê-las devido à demanda ser maior que a oferta ou ainda pela indisponibilidade de profissionais preparados para atender a clientela em questão.

Acrescenta-se a posição de Nóbrega e Bezerra (2010) ao enfatizarem a importância de aproveitar o contato da adolescente com o hospital, pois, muitas vezes, este pode ser único, configurando-se como valiosa oportunidade de tentar conhecer e encaminhar adequadamente as demandas individuais de cuidados e de orientação à jovem e à sua família.

A atenção obstétrica brasileira vive em constante processo de aperfeiçoamento de práticas em prol da humanização por meio de políticas, leis, normatizações e programas, no entanto ainda não há ações que sejam específicas ao público adolescente. São exemplos do investimento na saúde obstétrica o Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento (PHPN), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) e a Rede Cegonha (RC).

A RC foi lançada pelo Ministério da Saúde (MS) em 2011 com a proposta de reformular o modo de organizar os serviços, de humanizar a assistência e de melhorar as relações entre a equipe e entre profissionais, paciente e família (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Entre os ganhos trazidos, enfatizar-se-á aquele que será foco deste estudo: o Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (A&CR), um dispositivo técnico-assistencial utilizado para garantir acesso em tempo hábil e escuta para todas as gestantes que procuram as maternidades (BRASIL, 2011).

Desse modo, as assertivas por ora apresentadas reforçam a necessidade de atenção especial à gravidez na adolescência por meio do aprimoramento das

práticas assistenciais, e destaca-se o A&CR como uma ferramenta estratégica para este fim por possibilitar momento particular e oportuno de aproximação e interação da adolescente grávida com o enfermeiro.

A concepção do objeto deste estudo foi delineada a partir da trajetória de aproximação da pesquisadora com a temática da gravidez na adolescência, bem como das observações e das inquietações geradas durante sua prática assistencial.

Figura 1– Condições envolvidas na concepção do estudo



Fonte: Elaborada pela autora

Durante o período de formação no curso de graduação em Enfermagem pela Universidade Estadual do Ceará (UECE) (2008-2012), ingressei no Grupo de Estudo e Pesquisa no Cuidado à Saúde da Criança e do Adolescente (GEPCCA) e fui bolsista de iniciação científica da Fundação Cearense de Apoio à Pesquisa (FUNCAP). À época, participei de um projeto de pesquisa com adolescentes em situação de parturição atendidas em um serviço de obstetrícia de alto risco de Fortaleza com o propósito de identificar o perfil clínico-obstétrico dessas pacientes e o uso dos dispositivos assistenciais (acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia) nas relações de cuidado, especialmente nas ações de enfermagem.

Estudo resultante da referida pesquisa possibilitou conhecer o modo como se configurava o acesso e o acolhimento às mães adolescentes admitidas na emergência daquele serviço. Foi evidenciado que, apesar das adolescentes

consideraram experiências vividas de forma positiva com atitudes cordiais e afetuosas por parte dos profissionais, havia algumas situações de distanciamento, insinuando a necessidade de os profissionais compreenderem melhor suas necessidades (SILVA *et al.*, 2013).

Em 2012, comecei a trabalhar como enfermeira na Emergência Obstétrica (EO) do serviço onde o estudo foi realizado e, ao longo de quatro anos de atuação, tenho procurado discutir com gestores e profissionais as fragilidades encontradas no estudo. Também acompanhei e contribuí com as transformações estruturais e funcionais do serviço para se adequar as propostas da RC.

Reconheço os avanços ocorridos, entretanto acredito que as conquistas alcançadas poderiam conceder um proveito maior em prol do cuidado integral e humanizado às gestantes adolescentes, ao exemplo do A&CR, pois o considero ferramenta que favorece o diálogo para identificação de necessidades, vislumbrando um cuidado particular e individualizado à jovem.

Entretanto, em algumas situações, por exemplo, ao conversar com as adolescentes e ao consultar o histórico de atendimento no A&CR, identifico dificuldades enfrentadas pelas jovens. Entre essas, está a busca recorrente à EO do serviço e a peregrinação em outras maternidades por queixa recorrente que, em muitos casos, são dúvidas não esclarecidas e desencadeadas por falta de conhecimento sobre alterações do corpo, incompreensão sobre o trabalho de parto, entre outras causas pertinentes ao ciclo gestatório.

Tal realidade ganha sentido nas palavras de Gerlívía (2015, p. 30): “os trabalhadores de saúde são especialistas em acolher demandas, mas têm dificuldades em acolher necessidades de saúde.” Diante dessa afirmativa, defendo a ideia de que, para garantir a melhoria da saúde obstétrica e a humanização da assistência, é necessário ir além da mudança de rotinas e da implantação de tecnologias. É preciso romper paradigmas e nos voltarmos a uma prática assistencial que aproxime paciente e profissional de modo que o primeiro tenha voz e vez e que o segundo tenha sensibilidade e perspicácia para identificar e cuidar para além da queixa referida pela paciente.

Desse modo, reforço a necessidade de o enfermeiro entender o A&CR como ferramenta que oportuniza o encontro e a aproximação com a gestante adolescente para um diálogo vívido entre as partes. Por conseguinte, envolvê-la na seleção de suas necessidades individuais, como possibilidade estratégica de facilitar

o reconhecimento de condições clínicas urgentes para resposta imediata nos riscos iminentes e de hábitos ou situações de vulnerabilidade para o planejamento estratégico de medidas a fim de minimizá-los.

Com o ingresso no mestrado acadêmico do Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde (PPCCLIS), em 2015, decidi que a dissertação seguiria a temática da maternidade na adolescência, tanto pelo desejo de ampliar meus conhecimentos como pela inquietação de estudar e de produzir resultados satisfatórios embasados cientificamente que pudessem de fato melhorar a assistência de enfermagem às gestantes adolescentes.

Diante das considerações apresentadas e buscando um olhar voltado à política pública que fundamenta o acolhimento das gestantes, passei a refletir sobre a necessidade de envolver os enfermeiros no processo de qualificação da atenção às gestantes adolescentes. A partir de tais reflexões, emergiu a principal indagação dessa dissertação: Como o processo de interação-reflexão-intervenção dos enfermeiros poderia contribuir nas práticas de cuidado às gestantes adolescentes assistidas no A&CR?

A temática desse estudo atende à Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde¹ e encontra-se também entre as 11 Prioridades de Pesquisa em Enfermagem (OLIVEIRA, 2014). Observa-se, portanto, a relevância no campo da produção do conhecimento em Cuidado Clínico de Enfermagem, uma vez que envolverá os sujeitos atuantes em enfermagem obstétrica, voltando-se especialmente ao acolhimento da adolescente grávida.

O A&CR é ainda um dispositivo relativamente novo no serviço e na saúde obstétrica como um todo e, como toda experiência recente, está sujeito à ocorrência de erros, adaptações e melhoramentos. Portanto, a proposta de realizar esse estudo também se mostra como possibilidade de aprimorar, sob uma visão coletiva, as práticas do A&CR.

Considero que investir em estudos sobre o A&CR a um público especial como o adolescente em situação de maternidade poderá contribuir para a melhoria da qualidade da assistência. Espero que os resultados e as propostas desenvolvidas coletivamente possam instigar profissionais, gestores, docentes e discentes a qualificar o cuidado com bases nas sugestões geradas nessa pesquisa, focada nas

¹A agenda é um documento composto de 24 subagendas, que, por sua vez, desdobram-se em temas e linhas de pesquisa, especificando o que é essencial investigar no setor saúde.

práticas de acolhimento em obstetrícia, especialmente, com as adolescentes - alvo do estudo.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo geral

Conduzir processo crítico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o A&CR, apoiado nos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem e da Rede Cegonha.

1.2.2 Objetivos específicos

- Conhecer as experiências de adolescentes grávidas atendidas no A&CR, suas necessidades e percepções sobre o A&CR e a relação com o enfermeiro que o realiza.
- Discutir com os enfermeiros limitações, possibilidades e estratégias para uma relação dialógica no A&CR.

1.3 REVISÃO NARRATIVA

Esta revisão narrativa está organizada em três tópicos. O primeiro discorre sobre a gravidez na adolescência e a assistência de enfermagem às necessidades desta população. Enquanto o segundo tópico trata dos avanços ocorridos na saúde obstétrica a partir das políticas públicas, com destaque para implantação do A&CR nas emergências obstétricas brasileiras. Já o terceiro tópico é sobre o referencial teórico norteador desse estudo.

Os temas abordados ajudaram na elaboração do marco conceitual e posteriormente na análise dos dados. O material utilizado foi obtido por meio de levantamento da literatura realizado na Biblioteca Virtual em Saúde Pública, a qual abrange bases de dados como MEDLINE, SciELO, LILACS, WHOLIS, além de publicações do Ministério da Saúde. Como critérios de busca, foram utilizados os seguintes Descritores em Ciências da Saúde-DeCS/ Medical Subject Headings-

MeSH: gravidez na adolescência/ tennage pregnancy; acolhimento/ user embracement; humanização da assistência/ humanization of assistance; cuidados de enfermagem/ nursing care; enfermagem obstétrica/ obstetric nursing e assistência perinatal/ perinatal care, saúde da mulher/ women's health e políticas públicas/ public policies.

1.3.1 O universo da maternidade precoce e as necessidades de cuidados da gestante adolescente

A gravidez na adolescência é uma realidade que nos convoca a refletir sobre o assunto para buscar compreendê-lo e, a partir disso, propor modos de lidar com o fenômeno na proposta de cuidado à saúde.

As consequências de uma gestação na adolescência tendem a ser negativas quando se olha a questão desde uma perspectiva estritamente biológica, ou então quando se toma como parâmetro as expectativas sociais do que seria um desenvolvimento típico na adolescência. Como consequência das demandas da gestação e da maternidade ocorrem diversas transformações no modo de vida das adolescentes, que acabam limitando ou prejudicando o seu envolvimento em atividades importantes para o seu desenvolvimento durante esse período da vida, como escola, trabalho, renda e lazer.

Todavia, para Dias e Teixeira (2010) é necessário ter em mente que a gravidez na adolescência não é um fenômeno homogêneo, pois dependendo do contexto social em que adolescente vive, o significado da gestação, assim como o impacto dessa experiência de vida no desenvolvimento dela, pode assumir diferentes contornos.

Portanto, os mesmos autores afirmam que é preciso cuidado ao se emitir juízos de valor quando o assunto é gravidez na adolescência, pois, ainda que, do ponto de vista da saúde pública, esse seja um fenômeno com repercussões negativas, na medida em que implica riscos de saúde para mães e bebês, riscos de cuidados inadequados aos bebês e riscos de empobrecimento nas perspectivas de escolarização, trabalho e renda das adolescentes e suas famílias, ele também pode ter consequências consideradas positivas pelas adolescentes (DIAS; TEIXEIRA, 2010).

Melo e Coelho (2011) complementam a opinião dos autores acima ao considerar importante o modo de perceber a gravidez na adolescência, valorizando-a como algo possível no ciclo vital feminino que, embora ocorrendo em meio a adversidades, traz consigo possibilidades de enfrentamentos, amadurecimento e convivência.

O fato é que, independente de juízos de valor, consideramos que a gravidez precoce, quando acontece sem planejamento merece atenção especial tanto no cenário social quanto no campo obstétrico, pois além das transformações próprias do processo de adolecer, as jovens têm de enfrentar uma nova realidade permeada de modificações corporais, descobertas, dúvidas, medos, anseios e riscos.

Na perspectiva da saúde pública, o fenômeno é considerado um problema de cunho mundial desde a década de 1970. E os fatores relacionados com o problema em si vão desde os altos índices de gravidezes e de morbimortalidade materna até as repercussões sociais e econômicas desse fenômeno na vida das jovens e de seus familiares (PARIZ; MENGARDA; FRIZZO, 2012).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2014), a gravidez na adolescência é considerada um dos principais fatores que contribuem para a mortalidade materna e infantil e para o círculo de adoecimento e de pobreza. Anualmente, cerca de 17 milhões de adolescentes com idade entre dez e 19 anos dão a luz, sendo a maioria nos países em desenvolvimento. E quanto mais precoce é a gestação, maiores serão os riscos, tanto para a adolescente quanto para o bebê, de modo que, as complicações da gravidez e do parto são a segunda causa de morte de adolescentes entre 15 e 19 anos em todo o mundo.

As considerações acima são reforçadas pelos dados do Relatório da População Mundial de 2013, no qual foi destaque a preocupação com os óbitos maternos em adolescentes, pois diariamente cerca de 200 jovens morrem por causas relacionadas à gravidez e ao parto, resultando em aproximadamente 70 mil casos ao ano (UNFPA, 2013).

Resultados de três estudos que avaliaram a qualidade do pré-natal revelaram que as práticas precisam ser melhoradas. O estudo realizado no Piauí evidenciou que o número de consultas de pré-natal ainda é insatisfatório e destacou que a frequência adequada ao pré-natal previne a ocorrência de complicações da gravidez, especialmente na adolescência (VILARINHO; NOGUEIRA; NAGAHAMA,

2012). Já no estudo de Peixoto *et al.* (2011) o número consultas realizadas atendeu o que preconiza os protocolos do MS, entretanto 57,4% dos sujeitos não recebeu qualquer tipo de orientação relacionada a parto, puerpério, cuidados com o recém-nascido ou amamentação. Entre essas gestantes, 44,2% eram primigestas, ampliando ainda mais a necessidade de orientações. Isso leva ao questionamento da qualidade da assistência de pré-natal que o profissional de saúde está oferecendo às gestantes.

Enquanto o estudo realizado em Fortaleza, Ceará identificou que menos de 50% das adolescentes acompanhadas no serviço receberam orientações sobre as modificações corporais e emocionais na gestação e sobre o parto. Sugere, portanto, maior investimento em orientação e ações educativas durante as consultas de pré-natal para que a adolescente possa viver a gestação e o parto de forma positiva, com mais saúde e menos risco de complicações (CAMINHA *et al.*, 2012).

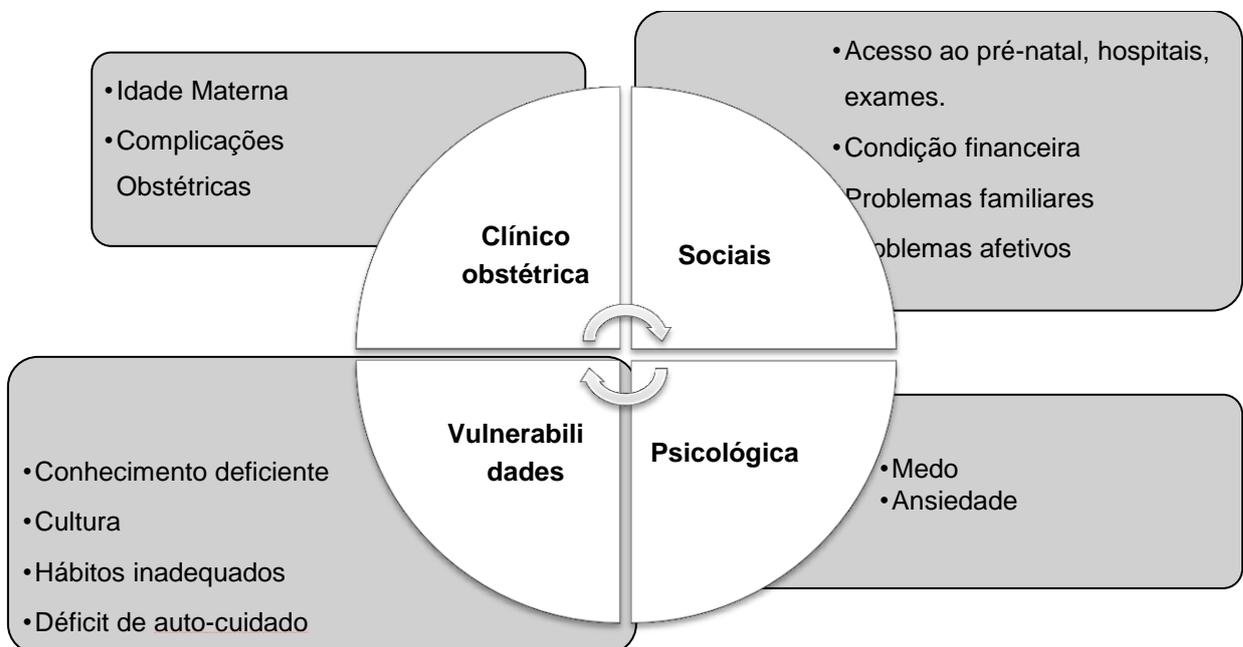
Diante das assertivas apresentadas, consideramos necessária uma assistência de saúde integral desde o pré-natal até o puerpério em que os profissionais de saúde atendam as necessidades de cuidado dessas adolescentes, sejam elas, biológicas, psicológicas ou sociais. Esta opinião é reforçada por Vilarinho, Nogueira e Nagahama (2012) quando falam que a crescente vulnerabilidade no grupo de adolescentes tem gerado cada vez mais preocupação com o fenômeno da maternidade precoce em diversos setores da sociedade sendo cogitado a implementação de políticas e programas voltados para atender as necessidade das gestantes adolescentes.

É preciso entender que as necessidades de saúde extrapolam os aspectos orgânico-biológicos, contemplando, inclusive, condições mais subjetivas. A exemplo dos resultados da investigação de Souza *et al.* (2015), revelaram que as necessidades de mulheres durante o pré-parto e na hora do parto estavam associadas às preocupações com a idade gestacional da criança, medo da dor do parto e receio de risco de morte. Essas necessidades foram encontradas, principalmente, nas mulheres que viviam a primeira experiência de parir. Tais resultados corroboram com as considerações de Silva *et al.* (2015, p. 426) acerca do processo de parturição, “um momento na vida da mulher que ela se encontra em situação de vulnerabilidade devido as dores, os desconfortos físicos, a ansiedade, as dúvidas e os anseios, podendo levá-la a expressar sentimentos negativos que influenciarão prejudicialmente no desfecho do parto”.

Outro estudo analisou o perfil dos diagnósticos de enfermagem de mulheres ao longo do período gestacional e evidenciou que o diagnóstico Conhecimento deficiente foi encontrado em todos os sujeitos do estudo, em todos os períodos da gravidez e esse diagnóstico esteve relacionado com respostas do organismo frente às especificidades da gestação. Outro diagnóstico frequentemente encontrado foi Déficit de autocuidado. Desse modo, as autoras do estudo concluíram que investigar as respostas do organismo materno, a gestação e os problemas reais ou potenciais, na maioria das vezes, solicita a aproximação do enfermeiro com a gestante para apreender as dimensões mais subjetivas. Neste caso, tem-se o propósito de aumentar a interação e desenvolver a confiança para a credibilidade da enfermagem possibilitando assistência mais humanizada e de melhor qualidade (PEREIRA; BACHION, 2005).

A partir das necessidades exploradas nos trabalhos supracitados foi elaborada uma síntese das necessidades das adolescentes apresentada na figura 2.

Figura 2– Necessidades das gestantes adolescentes



Fonte: Elaborada pela autora

Nessa perspectiva, ao conhecer as necessidades do sujeito, o processo de cuidar é facilitado quando as ações de saúde são direcionadas pelo respeito à singularidade (MELO; COELHO, 2011). Ressalta-se ainda que estratégias de

atenção à gravidez na adolescência contemplem, dentre outros, a heterogeneidade de adolescentes nos nichos culturais, sociais e familiares, privilegiando os grupos de maior vulnerabilidade e a atenção integral à saúde sexual e reprodutiva. Assim, apoiar essas famílias iniciantes com ações multissetoriais para o acesso igualitário a bens e serviços que promovam a qualidade de vida (BRASIL, 2014).

O profissional de saúde deve ter em mente que um dos componentes em que a humanização está fortemente associada é a relação interpessoal, sendo uma oportunidade de exercer sua prática com maior sensibilidade para com o sujeito sob seus cuidados. Dessa maneira, promover uma assistência mais humanizada, atenta às demandas efetivas das usuárias, maior respeito às diversidades, distanciando-se de uma postura de enfrentamento e de prepotência diante do falso poder que o saber técnico lhes confere (GRAMACHO; SILVA, 2013).

1.3.2 Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: um paradigma ético-estético-político que possibilita ao enfermeiro o cuidado humanizado à gestante adolescente

Antes de nos determos no A&CR em obstetrícia, discorreremos brevemente sobre a trajetória das políticas públicas no âmbito da Saúde da Mulher e da Saúde Obstétrica, para melhor compreender a relação e a contribuição deste dispositivo na melhoria assistencial às gestantes, em especial, as adolescentes, foco desse estudo.

A atenção obstétrica e neonatal vive uma tentativa de ruptura com o modelo assistencial hegemônico tecnocrático para o estabelecimento de um modelo assistencial humanizado. Ao longo das últimas quatro décadas do cenário de saúde obstétrico brasileiro, o governo já estabeleceu diferentes políticas e programas, cujo objetivo em comum é a melhoria da saúde da mulher no processo de gestação, parto e puerpério (ANDRADE; LIMA, 2014).

Uma diferença marcante entre os dois modelos se refere ao tipo de tecnologia de cuidado utilizada. Enquanto o modelo tecnocrático prioriza as tecnologias duras e leve-duras, com práticas mecanicistas e invasivas, destoantes de evidências e comprovações científicas de sua eficácia como a episiorrafia, o enema e o jejum prolongado, o modelo humanizado prioriza as tecnologias leves em

que as relações de cuidado sobressaem à técnica, favorecendo o diálogo, o vínculo, o respeito e a autonomia das pacientes (MERHY, 2002; MARTINS *et al.*, 2014).

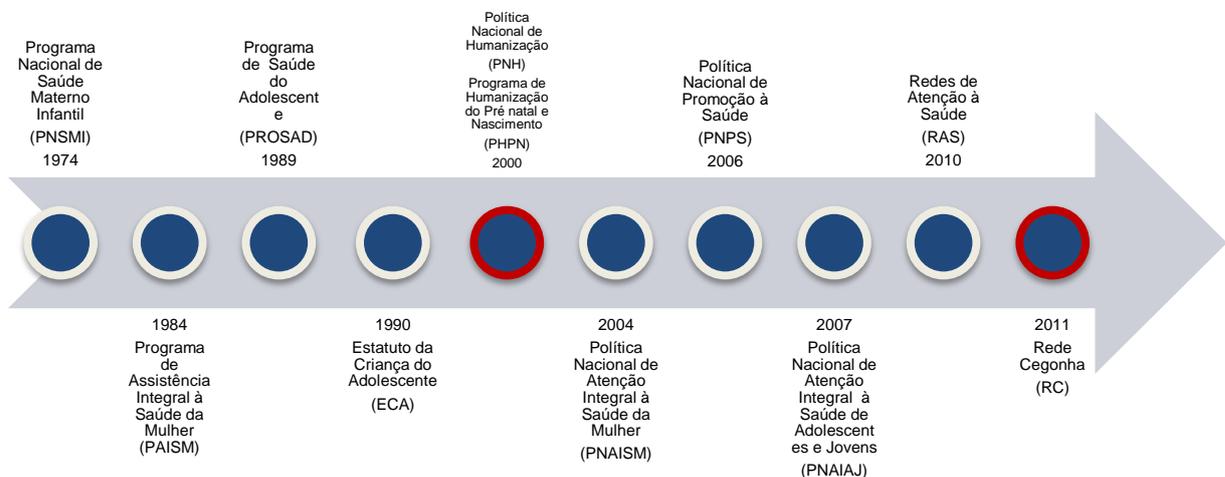
As tentativas de mudanças na saúde obstétrica sempre foram movidas pelo propósito maior de melhoria dos indicadores de morbimortalidade materna e neonatal, que sempre apresentaram valores elevados no Brasil (CAVALCANTI *et al.*, 2013). Apesar da significativa contribuição da gravidez na adolescência para esses indicadores, até o momento não foram criadas estratégias específicas para a saúde obstétrica das adolescentes, todavia, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) mostra algumas prioridades e direitos desta população e especialmente, o Programa de Saúde do Adolescente (PROSAD), aborda a saúde reprodutiva do público adolescente em um contexto mais geral no âmbito da saúde coletiva.

Tal programa, desenvolvido em 1989 pelo MS destinava-se a normatizar as ações de saúde voltadas para a faixa etária de 10 a 19 anos de idade. Na perspectiva de olhar o adolescente de maneira integral com uma abordagem multiprofissional, tinha enfoque na prevenção e promoção à saúde do adolescente a nível de atenção básica, abrangendo a família, a comunidade, o trabalho e a escola e encaminhamentos para serviços de maior complexidade (BRASIL, 2005).

A figura abaixo pontua os principais marcos na linha evolutiva da Saúde Obstétrica, interpondo-os com os marcos da Saúde Sexual e Reprodutiva do Adolescente, destacando aqueles que mais contribuíram para implantação do A&CR em obstetrícia.

O objetivo desta narrativa é aprofundar conhecimento sobre o A&CR em obstetrícia correlacionando-o às particularidades da gestante adolescente, contextualizando no cuidado do enfermeiro. Todavia para um melhor entendimento da temática e sua evolução no âmbito da saúde da mulher discorreremos os conceitos interrelacionados de acolhimento e humanização inseridos na Política Nacional de Humanização e mais recentemente na Rede Cegonha.

Figura 3– Marcos Nacionais da Saúde Obstétrica e da Saúde Sexual e Reprodutiva de Adolescente



Fonte: Elaborada pela autora

A humanização é uma política transversal, entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nas diversas práticas de saúde e esferas do sistema, caracterizando uma construção coletiva (BRASIL, 2004).

A PNH estabelece os seguintes princípios norteadores:

1. Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão, fortalecendo/estimulando processos integradores e promotores de compromissos/responsabilização.
2. Estímulo a processos comprometidos com a produção de saúde e com a produção de sujeitos.
3. Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, estimulando a transdisciplinaridade e a grupalidade.
4. Atuação em rede com alta conectividade, de modo cooperativo e solidário, em conformidade com as diretrizes do SUS.
5. Utilização da informação, da comunicação, da educação permanente e dos espaços da gestão na construção de autonomia e protagonismo de sujeitos e coletivos.

Desse modo, a humanização traduz os modos de operar no conjunto das relações entre profissionais e usuários, entre os diferentes profissionais, entre as

diversas unidades e serviços de saúde e entre as instâncias que constituem o SUS. Também supõe troca de saberes (incluindo os dos pacientes e familiares), diálogo e modos de trabalhar em equipe (BRASIL, 2004). Nessa perspectiva, Ayres (2006) destaca a necessidade de estabelecer em toda ação de saúde, seja individual ou coletiva, um autêntico encontro entre os sujeitos, no qual estarão presentes inalienáveis interesses de compreensão e simultânea construção de projetos de êxito técnico e de sucesso prático.

A proposta de humanizar abrange, principalmente, a mudança de postura e atitude profissional. Na perspectiva do estudo, o enfermeiro necessita desenvolver sensibilidade, capacidade de ser empático e de aprender a ouvir e a apreender os sentimentos e sensações da adolescente, e a partir daí transformar as próprias ações de cuidado e escolher a melhor forma de assisti-la (CAMACHO; PROGIANTI, 2013; OLIVEIRA et al, 2013).

Para a viabilização dos princípios e resultados esperados pela PNH são estabelecidos alguns dispositivos, também entendidos como “tecnologias” ou “modos de fazer”, a exemplo do A&CR.

O acolhimento é um modo de operar os processos de trabalho em saúde, de forma a atender a todos que procuram os serviços de saúde, ouvindo seus pedidos e assumindo no serviço uma postura capaz de acolher, escutar e dar respostas mais adequadas aos usuários. Ou seja, requer prestar um atendimento com resolutividade e responsabilização, orientando, quando for o caso, o paciente e a família em relação a outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência, e estabelecendo articulações com esses serviços, para garantir a eficácia desses encaminhamentos (BRASIL, 2010, p.21).

Para situar o A&CR na saúde obstétrica, iniciamos pelo ano de 2010, quando o Ministério da Saúde publicou através da Portaria nº4279 as Diretrizes para Organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS), no âmbito do SUS. Essas redes são arranjos organizativos de ações e serviços de saúde, de diferentes densidades tecnológicas, que integradas por meio de sistemas de apoio técnico, logístico e de gestão, buscam garantir a integralidade do cuidado (VILAÇA, 2011).

Um exemplo é a Rede Cegonha (RC), lançada em 2011, adota estratégias para reorganização dos processos de trabalho no campo obstétrico-neonatal, estruturada em módulos: pré-natal; parto e nascimento; puérpério e saúde da criança; logística, transporte e regulação, com objetivo de proporcionar melhor atenção e qualidade de saúde para mulheres e crianças e tem seus princípios

alinhados aos da Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2014). É no módulo parto e nascimento que se estabelece o dispositivo A&CR, funcionando como tentativa de reorganizar e qualificar as emergências obstétricas para garantir a continuidade da assistência entre os momentos do pré-natal e do parto (PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014).

Gonçalves *et al.*, (2013) consideram o acolhimento como o ponto-chave do trabalho de humanização, por permitir a reconstrução do processo de trabalho em um eixo que favoreça o conforto e a segurança, criando um ambiente humano e acolhedor para a gestante. As autoras também destacam que a implementação do módulo acolhimento, instituiu um novo cenário da prática profissional das enfermeiras obstétricas nas emergências das maternidades. E consideram que os aspectos subjetivos que o profissional de enfermagem desenvolve durante sua formação, como as habilidades de comunicação e a sensibilidade facilitam sua adesão à prática do acolhimento, tendo em vista que tais habilidades são essenciais para contemplar a interação horizontal com as gestantes e fortalecer os vínculos.

O A&CR abrange duas tecnologias, uma analítica (avaliação) e uma classificatória (Classificação) da necessidade do sujeito. E apesar de terem objetivos diferentes, são complementares, podendo, dada a singularidade dos serviços, coexistirem ou funcionarem separadamente no contexto físico, mas jamais disparem no processo de trabalho (BRASIL, 2006). De acordo com Gonçalves et al (2013), a falta de entendimento dessa duplicidade associada das tecnologias que envolvem o A&CR pelo enfermeiro e demais membros da equipe, resulta em prática focada na queixa-classificação do risco do atendimento, desconstruindo o sentido de acolhimento e resultando em um processo de triagem.

De acordo com o MS, Brasil (2010), o acolhimento é considerado como uma das diretrizes de maior relevância ética/estética/política da PNH. No que concerne à ética, destaca-se o compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolher a adolescente em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida. E isto implica mudança de atitude dos profissionais, em específico de enfermeiros, com negação da autovalorização prescritiva do modelo clínico, levando à troca de saberes na construção de respostas às necessidades do outro. O acolhimento convoca à construção de alianças éticas com a produção da vida, por meio de compromisso singular com os sujeitos:

[...] um processo que estimula a co-responsabilização, um encarregar-se do outro, seja ele usuário ou profissional de saúde, como parte da minha vida. Trata-se, então, do incentivo à construção de redes de autonomia e compartilhamento, em que a experimentação advinda da complexidade dos encontros possibilita que “eu me reinvente, inventando-me com o outro” (BRASIL, 2010,p.17).

Na dimensão estética, o A&CR traz para as relações os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade. Na relação de cuidado com as adolescentes, o enfermeiro precisa usar os princípios da comunicação terapêutica, que é um elemento essencial do cuidado de enfermagem e que deve estar presente em todas as ações do profissional, como instrumento para o atendimento das necessidades da paciente e da família. Nessa perspectiva, a comunicação é o elo da tríade enfermeiro-adolescente-família e sua ineficiência é a principal dificuldade no processo de humanização do cuidado (OLIVEIRA et al, 2013).

Ayres (2006) enfatiza a necessidade de atentar para o horizonte normativo que orienta a interação terapêutica, pois é de acordo com ele que se modula o tipo de escuta procurada. Na morfofuncionalidade, a escuta estará orientada para a obtenção de subsídios objetivos para monitorá-la de modo que os aspectos ligados a situação existencial da adolescente serão apenas ruídos, ou apenas elementos subsidiários desse monitoramento. Já, quando a interação terapêutica vai ao encontro de um horizonte existencial, a escuta que se estabelece passa a ser inteiramente outra.

A dimensão política implica o compromisso coletivo de envolver-se no “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros. É o acolhimento como postura e prática nas ações de atenção e gestão nas unidades de saúde, favorecendo a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços e contribuindo também para a promoção da cultura de solidariedade e para a legitimação do sistema público para a população brasileira (BRASIL, 2010).

Para Melo, Coelho e Galvão (2013), o acolhimento é também atitude profissional, que se expressa em relação humanizada e postura de escuta e resolubilidade das ações, com encaminhamento de casos e oferta de opções

tecnológicas reconstruindo uma terapêutica individualizada em um panorama coletivo.

Ao adotar o acolhimento como atitude profissional, o enfermeiro passa a ver a gestante individualmente em seu contexto. De modo que a escuta e o plano de cuidados favorecerão a reflexão sobre as queixas, deixando de enxergar apenas um problema específico, fortalecendo a autonomia do profissional e a integralidade do cuidado à mulher (GONÇALVES *et al*, 2013).

O profissional deve escutar a queixa, os medos e expectativas, identificar riscos e vulnerabilidade, acolhendo também a avaliação do próprio usuário, e se responsabilizar para dar uma resposta pactuada ao problema, conjugando as necessidades imediatas dos usuários com o cardápio de ofertas do serviço, e produzindo um encaminhamento responsável e resolutivo a demanda não resolvida.

Neste entendimento, o A&CR configura-se como uma das intervenções potencialmente decisivas na reorganização e realização da promoção da saúde em rede, deixando de ser uma ação pontual e isolada dos processos de produção de saúde e se multiplicando em inúmeras outras ações (BRASIL, 2006).

O Acolhimento associado à ferramenta da Classificação de Risco resulta na tomada de decisões do profissional de saúde a partir de uma escuta qualificada, associada ao julgamento clínico embasado em protocolo fundamentado cientificamente. O protocolo de CR é uma ferramenta de apoio à decisão clínica e uma forma de linguagem universal para as urgências obstétricas. Tem como propósito a pronta identificação da paciente crítica ou mais grave, permitindo um atendimento rápido e seguro de acordo com o potencial de risco, com base nas evidências científicas existentes (BRASIL, 2014).

Por último e não menos importante é a compreensão de continuidade, longitudinalidade e dinamicidade do acolhimento. Não se pode perder de vista que o acolhimento na porta de entrada só ganha sentido se o entendermos como uma passagem para o acolhimento nos demais processos de produção de saúde (BRASIL, 2010).

A partir destas considerações foram exploradas na pesquisa situações reais da prática juntamente com os enfermeiros da EO gerando momentos de reflexões embasados no marco teórico conceitual, que subsidiou o desenvolvimento de estratégias para otimizar o cuidado a gestante adolescente na operacionalização do A&CR.

1.3.3 Teoria Humanística de Enfermagem de Paterson e Zderard: o cuidado a partir da relação dialógica

Como a proposta do estudo envolve as experiências da prática de enfermagem no A&CR, e este, por sua vez é conduzido pela comunicação entre os envolvidos e se estabelece, fundamentalmente pelo diálogo, características que se alinham aos pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem (THE). Com isto, ela foi escolhida por ter em sua essência a preocupação com o significado das experiências vividas pelos indivíduos, a natureza do diálogo e do campo perceptivo (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Este tópico foi destinado à apresentação da THE, incluindo o contexto de origem da teoria, as bases teórico-filosóficas envolvidas e as ideias principais. Na sequência, os conceitos da teoria foram discutidos sob a óptica da realidade do cenário de prática e pesquisa e da compreensão de acolhimento segundo a PNH.

A THE começou a ser construída na década de 1960, a partir das vivências das enfermeiras Josephine G. Paterson e Loretta T. Zderad, tanto no campo da docência quanto no assistencial. Elas conversavam entre si e com outras enfermeiras sobre a insatisfação com as inconformidades assistenciais existentes e o desejo de romper com a linha positivista e o modelo biomédico assistencialista que vigorava. Então passaram a refletir, explorar e questionar suas experiências na enfermagem, valorizando o significado de suas práticas para a existência do homem, o que resultou na primeira publicação acerca dessa teoria, em 1976 (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A teoria supracitada abrange as dimensões: humanista, fenomenológica e existencialista, tendo sofrido a influência de pensadores como Marcel, Nietzsche, Hesse, Chardin, Bérghson, Jung e Buber, que enfocam a presença genuína do diálogo autêntico entre as pessoas (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A fenomenologia e o existencialismo valorizam a experiência e a existência do ser humano. São as experiências, em seu contexto prático, que podem ser vivenciadas quando se busca o significado do cuidado humano, enquanto o homem é inserido no mundo com competência para desenvolver o comando de suas ações e procurar o sentido de sua existência (MOREIRA; ALVES; FARIAS, 2001).

Um dos filósofos que mais influenciou a THE foi Buber, com os três elementos da relação dialógica: o primeiro, a relação EU-TU, que é a relação sujeito-sujeito em que um conhece o outro intuitivamente. O segundo elemento é a relação EU-ISSO e corresponde à relação sujeito-objeto, é também uma possibilidade de o homem agir diante de outra pessoa ou coisa, no entanto, nesse modo de ser, o homem jamais estará em sua totalidade. O terceiro elemento é a relação NÓS, um momento de alinhamento de afinidades com o propósito de alcançar uma finalidade incomum, o ESTAR-BEM e o ESTAR-MELHOR. Na perspectiva de Buber, o diálogo se desenvolve no entre, ou seja, a palavra proferida pelo EU no encontro com o TU deixa de pertencer a ele e também não pertence ao outro, mas passa a localizar-se na relação EU-TU. O "entre" é o intervalo, o lugar de revelação da palavra proferida (PADOIN; PAULA; SCHAURICH, 2009).

Também é relevante na THE a capacidade do homem de se distanciar de seu mundo como um oposto independente e entrar em relação com ele. Isto apoia o caráter existencialista da relação inter-humana EU-TU, que se concretiza no diálogo intersubjetivo, este, experimentado entre a interação baseada na conversa do enfermeiro e do paciente, com o objetivo de alcançar a relação inter-humana (vir-a-ser) do cuidado, ou seja, o conhecimento de si e o conhecimento do outro, mantendo a individualidade de cada um atualizada (GOMES *et al*, 2014).

Por meio da abordagem científica objetiva (relacionamento sujeito-objeto) é possível obter algum conhecimento sobre a pessoa. Mas, é através da intersubjetividade (relacionamento sujeito-sujeito) que é possível conhecer uma pessoa em sua individualidade, sendo os dois importantes para a clínica da Enfermagem e ambos integrantes da Enfermagem Humanística (PAGLIUCA; CAMPOS, 2003).

O papel do enfermeiro é estabelecer com o paciente o diálogo, conduzindo para um relacionamento terapêutico, como meta essencial. Vivenciado numa via de mão dupla, sendo no sentido recebido e ou oferecido, promovendo trocas com a intenção de complementar, de conhecer o outro, de ajudá-lo (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005).

Schaurich *et al*, (2005) descrevem a prática de cuidado como uma mistura única de arte e ciência, considerando que ambas têm papéis essenciais na Enfermagem Humanística. A ciência corresponde às regras que orientam o processo de cuidado, porém não possuem significado se não forem aplicadas às situações

vivas. Enquanto a arte remete à interação, por meio do encontro autêntico, entre o ser que cuida e o ser que é cuidado.

A arte também está na possibilidade de aplicar a teoria no contexto da vida, capaz de cuidar em um encontro vivido e dialogado. De modo que, a relação de cuidado entre enfermeiro e paciente como um ato humano se dá a partir do momento em que os dois seres se encontram e a enfermagem desenvolve uma transação intersubjetiva com o cliente, para ajudá-lo a manter seu potencial humano (SCHAURICH *et al*, 2005).

Estas relações envolvem o significado das experiências vividas pelo enfermeiro e pela pessoa que é cuidada no domínio das interações humanas. Todavia, é necessário que ele saiba compreender o que carrega em si de valores, crenças, mitos, preconceitos, como também o que os outros carregam consigo (PRAEGER; PATERSON; ZDERAD, 2000). Portanto, para alcançar a abordagem humanística da enfermagem é preciso ir além: ultrapassar o conhecimento técnico-científico para enraizar-se na essência do ser, nas dimensões humanas que permeiam o viver (MOREIRA *et al.*, 2001).

Todavia, há autores que consideram a THE como um desafio pelo fato de exigir de quem a adota, a compreensão da experiência do cliente. Isso implica estar aberto ao todo da experiência, despir-se de pré-julgamentos, aceitar as expressões e sentimentos do cliente para, a partir daí, responder às suas necessidades compartilhando amor e confiança, a fim de que ele possa vir a ser mais e melhor (MERCÊS E ROCHA, 2006).

Os conceitos trabalhados na THE são ser humano; saúde; enfermagem; presença; diálogo; chamado e resposta; comunidade. Todavia, ressalta-se o que dizem as idealizadoras da PCA, Trentini e Paim, sobre os conceitos: “*são abstrações de realidades, embora a realidade seja concreta, o conceito que a representa é sempre abstrato*” (TRENTINI; PAIM, 2004, p. 51).

Nesse sentido, este marco conceitual alinha os metaparadigmas da Enfermagem aos conceitos da THE, discutindo-os a partir da realidade prática do cuidado de enfermagem à gestante adolescente no A&CR e do que estabelece a Política Nacional de Humanização sobre o acolhimento.

Ser humano

Para a THE, o ser humano é único e capaz de interagir consigo e com os outros seres, afetando o mundo e sendo afetado por ele. Tem sua singularidade e sua sensibilidade ao próximo, as quais se manifestam na relação com outros seres, por intermédio do encontro, quando torna-se “Tu” sensível e próximo do “Eu”. Tem também a capacidade de conhecer a si e ao seu mundo interior. Assim, o ser cuidado e o ser cuidador devem ser vistos como uma pessoa, como um “Eu e Tu”, em vez de um objeto, um “Isso” (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Nesse estudo, a figura do homem será representada pelo enfermeiro e pela gestante adolescente, pois são eles que fazem parte das relações que são estabelecidas durante o A&CR.

Enfermagem

A Enfermagem faz parte do contexto humano e é caracterizada como uma resposta de uma pessoa a outra em um momento de necessidade. De modo que essa resposta busca estabelecer ou reestabelecer o bem-estar ou tornar a situação melhor. (MOREIRA *et al.*, 2001). Desse modo, as teóricas acrescentam que o ser-enfermeira precisa estar totalmente presente e, simultaneamente, ser capaz de refletir com o outro ser sobre o que está sendo experienciado, num dado momento, para, juntos, encontrarem a solução para o problema de saúde, como foi exemplificado no tópico anterior. (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A enfermagem humanística é, portanto, um diálogo vivo entre enfermeiro e adolescente que estão envolvidos com um propósito incomum: alcançar o BEM-ESTAR ou ESTAR-MELHOR do cliente. Em outras palavras, o ato é dirigido a um fim, ou seja, “estar com” o outro e “fazer com” o outro, neste processo ocorre a “mediação” (elemento intersubjetivo e o inter-humano), que flui das interações (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Concordamos Ayres (2006) ao considerar que a decisão de escutar envolve a responsabilidade que o enfermeiro assume diante do outro, no sentido de responder moralmente por algo, indo além da parte técnica do trabalho, envolvendo a ética, o compromisso e o respeito ao outro.

Ambiente/Comunidade

É onde se desenvolve a ação da enfermagem, sendo constituído por pessoas e circunstâncias, partindo daí o significado da existência. Esse ambiente deve estar desprovido de qualquer atitude de preconceito, avaliação, reprovação e restrição por parte da enfermeira, pois esta deve proporcionar um ambiente agradável e de confiança para que o paciente se sinta à vontade.

O ambiente aqui considerado, o cenário do A&CR, envolve relações de pessoas, no caso, adolescente, familiares e o enfermeiro. Este último deve proporcionar esta transação intersubjetiva EU-TU, e cada um dos envolvidos age partilhando e trocando experiências que ajudarão nas decisões relacionadas aos problemas e intervenções com a gestante. Isto representa um diálogo vivo (SILVEIRA; FERNANDES, 2007).

Portanto, o acolhimento é recurso fundamental para que o outro do cuidador surja positivamente no espaço da atenção a indivíduos e comunidades, tornando suas demandas efetivas como o norte das intervenções propostas, os seus meios e finalidades (AYRES, 2006).

Diálogo

Diante das considerações anteriores, percebe-se que o diálogo é mais do que uma conversa entre duas pessoas; é um relacionamento em que ocorre verdadeiro partilhar, uma transação intersubjetiva, isto é, a relação de um indivíduo único (EU) com outro também único (TU) (PATERSON; ZDERAD, 1988).

As pesquisadoras da THE aplicada à obstetrícia (SILVEIRA; FERNANDES, 2007) consideram o diálogo como uma maneira do enfermeiro se relacionar com a gestante, fazendo deste, um momento de comunicação, por meio de compartilhamento de mensagens verbais e não-verbais.

O diálogo é mais que uma passagem de informação, é uma relação de cuidado, em que as relações interpessoais se destacam como forma de cuidado relacional, complementar às práticas e procedimentos técnicos, pois se busca compreender o outro na sua complexidade, estando alerta aos significados e sentimentos. (VILELA, *et al* 2014; SILVA *et al*, 2015).

Para engrandecer a compreensão de diálogo é necessário discutirmos encontro e chamado e resposta.

Encontro

É a oportunidade que se estabelece de aproximar o enfermeiro da adolescente que procura o serviço de obstetrícia. Nesse encontro, o ouvir facilita uma atitude empática e gera um sentimento de importância e de agradecimento na paciente (VILELA, *et al* 2014).

Tais sentimentos contribuem na construção de uma relação de cuidados entre eles, permeada de diálogo genuíno, em que um está presente, acessível e disponível ao outro, para, ouvir, dialogar, confiar, questionar, e responder (adolescente) e no caso do enfermeiro, acrescenta-se o ouvir além da queixa e o perceber além dos sinais e sintomas, através de gestos e atitudes para então responsabilizar-se em atender as necessidades das jovens.

Nesse sentido, o encontro acontece no momento do acolhimento, como explica a Cartilha Nacional da PNH:

O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão. Essa atitude implica, por sua vez, estar em relação com algo ou alguém. É exatamente nesse sentido, de ação de “estar com” ou “estar perto de” (BRASIL, 2010, p.6)

Portanto, o A&CR é um momento de encontro em que tanto a adolescente quanto o enfermeiro precisam estar disponíveis e preparados para “inter-agirem”. A adolescente aberta a falar e ouvir. E o enfermeiro disponível e preparado para escutar, tendo um olhar crítico e clínico capaz de perceber as dúvidas, os anseios e os riscos reais e potenciais que a jovem possa ter. Ao identificar tais condições, o enfermeiro transmite respostas de maneira compreensível, bem como palavras de conforto, tranquilização e segurança.

Chamado e resposta

O chamado e a resposta no diálogo da Enfermagem ocorrem de forma verbal e não verbal; referem-se à capacidade dos enfermeiros relacionarem-se com os aspectos subjetivos e objetivos da situação vivida (FENILI; SANTOS, 2003).

Ayres (2006) considera que a mais básica condição de possibilidade da inflexão de ações de saúde na direção do cuidar é o privilegiamento da dimensão

dialógica do encontro entre usuário e profissional. Uma abertura a um autêntico interesse em ouvir o outro, rompendo o monólogo próprio da discursividade tecnocientífica. Afirma também que o polo indissociável de um legítimo diálogo é o ouvir fazer-se ouvir, afastando-se da ideia de sujeito-objeto, para a ideia de dois sujeitos e um objeto mediador que seria a causa ou necessidade que fez o sujeito buscar o serviço.

Portanto, quando nós enfermeiros ignoramos o chamado, não percebemos, muitas vezes, a verdadeira necessidade da adolescente, que pode estar na expressão da subjetividade. O que vai de encontro com a proposta do acolhimento de ser, antes de tudo, uma postura a ser exercida para melhor escuta e apreensão de necessidades singulares daquele que será acolhido.

Saúde

A saúde é percebida no processo de viver, de estar envolvido, em cada momento, nas verdadeiras relações com os outros. Dessa forma, é algo mais do que a ausência de doença. É o potencial do ser humano para o *bem-estar* e o *estar-melhor* (PATERSON; ZDERAD, 1988). Nesse sentido, o olhar da enfermeira deve centrar-se nos problemas da mulher de maneira ampliada e em seus sentimentos e percepções acerca do processo saúde doença, ajudando-o a explorar este potencial (PROGIANTI; PEREIRA; SÉ, 2014).

Na perspectiva da Saúde Coletiva, os serviços de saúde têm como finalidade atender às necessidades de saúde da população, considerando que tanto necessidade quanto saúde são fenômenos complexos, que mudam ao longo da história humana e em cada sociedade. Portanto, são conceitos relativos e dependem de quem, como e quando são definidos.

Tendo em vista que o delineamento deste estudo parte do cuidado de enfermagem frente às necessidades das gestantes adolescentes, nos deteremos a explorar melhor o conceito de necessidade, correlacionando-o com o BEM-ESTAR e o ESTAR MELHOR da adolescente.

As autoras Franco *et al* (2012) consideram que para reestruturar as práticas de saúde, o profissional que exerce o cuidado precisa admitir um conceito de necessidades que transcenda o cunho clínico e biológico, envolvendo as condições psicológicas, econômica e sociais, uma vez que a saúde integra a vida em sociedade. Elas sugerem que o processo de determinação de necessidades de

saúde deve ser instaurado com base na lógica de “dar voz” aos indivíduos, já que é a partir dessas necessidades que se designa uma condição que requer ações dos serviços de saúde.

Aí também está à humanização, como estratégia de interferência no processo de produção de saúde, por levar em conta que sujeitos sociais, quando mobilizados, são capazes de transformar realidades transformando-se a si próprios nesse mesmo processo (BRASIL, 2004).

No caso do cenário obstétrico, temos que a gestação não é uma patologia, mas sim um momento ímpar na vida da adolescente, em que suas necessidades se acentuam por se tratar, geralmente, de uma condição nova, que, por vezes, lhe traz ansiedade, medo, insegurança e dúvidas que podem vir a comprometer o bem-estar dessas mulheres o autocuidado, é então quando o enfermeiro deve intervir na perspectiva de perceber as necessidades para além das queixas clínico-obstétricas que são úteis na classificação do risco do atendimento, ou seja, acolher essa jovem, desvendando o que há por traz das queixas e estabelecendo estratégias junto a essas jovens para tornar a gestação sem riscos ou reduzir os riscos para a mãe e o bebê.

Um exemplo disso é o A&CR a uma adolescente primigesta em pródromos de trabalho de parto, em que sua queixa é a dor intermitente e lancinante que se irradia da coluna lombar para o baixo ventre. Ao envolverem-se em um diálogo, a enfermeira percebe que esta é uma experiência nova para adolescente, que o seu choro é decorrente da dor, mas que decorre também do medo por nunca ter sentido algo semelhante, por não saber o momento ou maneira de aliviar a dor e por se sentir desprotegida pelo fato de não ter a mãe por perto. É nesse momento que o enfermeiro deve buscar estratégias e intervir com ações educativas, dando oportunidade para a adolescente refletir sobre a gravidez e sua evolução na experiência em que vivencia, tornando-a protagonista do seu cuidado e buscando reduzir os medos e ansiedades existentes.

Desse modo, o enfermeiro, ao realizar o A&CR precisa abrir-se à interação-comunicação com a adolescente e o seu acompanhante, indo para além de questionamentos sobre o motivo/queixa que os trouxeram ao serviço e que são necessários para classificar o risco do atendimento médico. Deve instigar esta adolescente a falar de si e sobre a experiência de estar gerando filho, de suas dúvidas, medos e anseios. Assim, estará desenvolvendo um cuidado de

enfermagem acolhedor e centrado nas necessidades individuais do sujeito ao mesmo tempo em que trará conhecimento para o enfermeiro. Nessa perspectiva esse estudo buscou trabalhar, principalmente os conceitos de diálogo, encontro chamado e resposta e saúde da THE.

2 METODOLOGIA

Nesta etapa são apresentados os procedimentos e passos metodológicos utilizados em função da problemática apresentada e dos objetivos propostos. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) foi escolhida como referencial metodológico, pois seu desenho possibilita investigar e intervir simultaneamente na prática de enfermagem (TRENTINI; PAIM, 2004, TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

2.1 REFERENCIAL METODOLÓGICO E DESENHO DO ESTUDO

Estudo de natureza qualitativa dada a preocupação em compreender a realidade pesquisada, utilizando os pressupostos da THE para observar e refletir as experiências das adolescentes grávidas e dos profissionais enfermeiros no contexto do A&CR.

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com o nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis (MINAYO, 2003, p.22).

Para Polit, Beck e Hungler (2004) a pesquisa qualitativa é aquela cuja investigação propicia a compreensão dos sujeitos a partir de suas vivências. A abordagem qualitativa possibilitou construir subjetiva e coletivamente o diagnóstico da realidade do campo da pesquisa, subsidiando, inclusive a utilização de um desenho metodológico que permitiu pesquisar e intervir concomitantemente no cotidiano de prática do enfermeiro do A&CR.

Para este estudo optou-se em uma abordagem metodológica que propiciasse a articulação de duas práticas: assistencial e pesquisa. A Pesquisa Convergente Assistencial (PCA) atende a proposta do objeto quando investiga e intervém simultaneamente a prática profissional do enfermeiro.

A Pesquisa Convergente Assistencial foi desenvolvida pelas enfermeiras Mercedes Trentini e Lygia Paim que, frente aos problemas assistenciais vivenciados durante suas trajetórias profissionais pensaram em um método que fosse útil para o enfermeiro “aprender a pensar o fazer” no seu cotidiano, pesquisando as implicações teóricas e práticas do seu fazer, percorrendo um processo de ordem

crescente que vai do que fazer, para como fazer, e deste, para o porquê fazer. (TRENTINI E PAIM; 2014).

A PCA é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com a intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudanças e introduzir inovações na prática; portanto este tipo de pesquisa está comprometido com a melhoria direta do contexto social pesquisado (TRENTINI E PAIM, 2004, p.28).

O caráter metodológico da PCA simula uma dança devido ao movimento de proximidade e de afastamento entre a pesquisa e a assistência. O afastamento é caracterizado pelos dois momentos: o momento de exercício de cuidar, que exprime caráter mais investigativo e o momento de exercício de pesquisar, que tem caráter mais metodológico-analítico. Já a aproximação ocorre quando as informações obtidas pela pesquisa vão influenciando a prática assistencial em renovação ao mesmo tempo em que informações obtidas no campo vão alimentando as indagações processadas pela pesquisa. Todavia, há um ponto central nesta dança que corresponde ao respeito à autonomia de cada um desses processos (TRENTINI E PAIM; 2004).

Para explicar o conceito de convergência as autoras da PCA fazem uma metáfora com uma hélice que tem a propriedade de fazer a junção das ações de assistência com as de pesquisa no mesmo espaço físico e de tempo em uma contínua ação dialógica, produzindo ações de compromisso entre o trabalho do pesquisador e o trabalho do grupo de profissionais da assistência para efetivar a construção do nexo pensar e fazer em busca da concretização de mudanças na prática assistencial em saúde (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A convergência na PCA possui propriedades individualizadas e conceitos particulares à sua construção os quais foram minuciosamente observados e trabalhados em busca da autenticidade do método na pesquisa. O conceito de dialogicidade como um processo de comunicação humana de alta complexidade estabelecido pelo diálogo, possibilitando discussão e troca de ideias entre pesquisador e pesquisados para reconhecimento de alternativas que potencializem tanto a investigação quanto a prática. A expansibilidade está na flexibilidade para reformulações teóricas ao longo da pesquisa, pois na medida em que a dialogicidade vai se construindo, o pesquisador pode identificar novos temas emergentes a serem explorados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Dando sequência, o conceito de imersibilidade corresponde à exigência da imersão do pesquisador na assistência durante o processo investigativo, ou seja, enquanto apreende o dado também realiza cuidado. Enquanto a simultaneidade é a condição de concomitante de praticar a assistência enquanto se desenvolve a investigação, sem que haja dominância de uma sobre a outra, guardando suas configurações de instâncias próprias (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Nesse sentido, o desenho convergente assistencial atende a proposta de articular a prática do enfermeiro no A&CR com o conhecimento teórico construído ao longo da pesquisa em busca de melhoria da assistência às gestantes adolescentes.

A trajetória metodológica da PCA está organizada em cinco fases, a saber: concepção, instrumentação, perscrutação, análise e interpretação. Cada uma delas compõe um sub-processo com vários passos consecutivos e inter-relacionados não necessariamente de forma linear (TRENTINI E PAIM, 2014).

[...] os processos de assistência e de coleta e análise de informações deverão ocorrer simultaneamente, o que facilitará a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações, a fim de refletir sobre como fazer interpretações e descobrir vazios que poderão ser preenchidos ao longo do processo (TRENTINI E PAIM, 2004, p. 92)

A fase de concepção deste estudo correspondeu à construção e contextualização do problema da pesquisa, apresentado no capítulo de introdução. No capítulo de métodos estão apresentadas as fases de instrumentação, perscrutação, análise e interpretação, tendo em vista a estreita relação que existe entre elas, pela ocorrência de simultaneidade nessas fases (TRENTINI; PAIM, 2004).

2.1.1 Cenário da pesquisa

A investigação foi realizada no serviço de obstetrícia de um hospital público estadual em Fortaleza, Ceará sendo esse a maior unidade da rede estadual de saúde pública do SUS no Ceará, referência para atendimentos de alta complexidade em 63 especialidades e subespecialidades a exemplo da neurologia, transplante, ortopedia e obstetrícia.

O Serviço de Obstetrícia funciona há 45 anos e tem como missão garantir assistência sistematizada, segura e integral ao binômio mãe-filho, priorizando os casos obstétricos de alto risco. Ainda, faz parte da Rede Hospital Amigo da Criança,

Rede Cegonha e Projeto Nascer. É composto pelas unidades de Emergência Obstétrica, Centro Obstétrico, dividido em Pré-parto e Centro Cirúrgico Obstétrico, Alojamento Conjunto, Ambulatório de pré-natal de adolescentes e de gestação de alto-risco e Banco de Leite. No âmbito neonatal tem-se a UTIN (Unidade de Terapia Intensiva Neonatal), a UCINCO (Unidade de Cuidados Intermediários Convencionais); a UCINCA (Unidade de Cuidados Intermediários – Canguru) e o Ambulatório de egressos – Follow up.

Desde a adesão à Rede Cegonha, em 2012, o serviço de obstetrícia tem trabalhado para estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil, elaborando fluxos de atendimento, implementando as boas práticas do trabalho de parto e parto e o A&CR, que é o foco desta investigação. Como o A&CR acontece na emergência, me ocupei em descrever com maiores detalhes este setor, por ser o cenário da pesquisa.

A Emergência Obstétrica é a porta de entrada do serviço de obstetrícia, está situada no térreo, ao lado da Emergência Geral. A unidade tem estrutura física ampla, moderna, bem equipada e organizada em duas salas de espera de atendimento, sala de enfermagem, sala de A&CR, dois consultórios médicos, sala de medicação, sala de observação com quatro leitos, sala de ultrassonografia, sala de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU), posto de enfermagem, sala de impressos, rouparia, copa, almoxarifado, expurgo, um repouso médico e outro de enfermagem.

A unidade funciona 24 horas todos os dias e procura-se atender a todas as mulheres que durante o período gravídico-puerperal, independente dos riscos, buscam o serviço com queixas ou problemas obstétricos. As pacientes atendidas são em sua maioria das Regionais de Saúde II e VI² vindas de demanda espontânea ou referenciadas das unidades básicas de saúde, dos serviços ambulatoriais e transferidas de outros hospitais tanto da capital quanto do interior do estado do Ceará e também de outros estados.

Os funcionários da EO trabalham em regime de plantão de 12 horas. No turno diurno a equipe de saúde é composta por dois enfermeiros, cinco técnicos de enfermagem, dois médicos obstetras, um médico residente em ginecologia e

² Fortaleza está dividida em seis Regionais de Saúde as quais correspondem a uma organização geoespacial das unidades de saúde (postos de saúde, centros de atenção psicossocial, hospitais, maternidades, unidades de pronto atendimento) referências aos bairros pertencentes às regionais.

obstetrícia. Enquanto no serviço noturno a equipe é reduzida para dois enfermeiros, três técnicos de enfermagem e dois obstetras. Também trabalham na unidade recepcionistas, seguranças, técnicos de transporte e auxiliares de serviços gerais.

O A&CR foi implantado em dois de setembro de 2013. À época, enfermeiros e técnicos da unidade participaram de oficinas de capacitação realizadas pela Secretaria de Saúde do Estado do Ceará quando recebemos orientações sobre o protocolo de classificação de risco e conhecemos a experiência de maternidades que já utilizavam o dispositivo. Posteriormente uma enfermeira e uma técnica de enfermagem da unidade participaram de um curso sobre classificação de risco em obstetrícia sendo multiplicadoras das informações para os demais membros da equipe de enfermagem.

A sala em que é realizado o A&CR segue as recomendações de ambiência propostas pelo MS: espaço privativo e de fácil acesso aos consultórios, equipado com mesa e cadeira, maca, sonar, biombo, equipamentos para aferir sinais vitais entre outros. Atualmente funciona com um enfermeiro e um técnico de enfermagem nas 24 horas. Em 2015 a média foi de 1.108 acolhimentos/ mês.

O enfermeiro do A&CR é responsável por acolher a paciente e seu acompanhante, avaliar a paciente e classificar o atendimento seguindo classificação de risco proposta no Manual de A&CR do Ministério da Saúde enquanto o técnico deverá acolher e aferir sinais vitais da paciente (BRASIL, 2014).

O serviço utiliza o ERP VITAE, um sistema informatizado, integrado e em tempo real que aperfeiçoa o trabalho assistencial e administrativo. Nele consta o prontuário eletrônico do paciente e uma serie de tarefas e ferramentas relacionadas ao processo assistencial. Através do sistema o enfermeiro do acolhimento consulta o número de pacientes que aguardam o acolhimento e aquelas já classificadas que aguardam o atendimento médico. Também é possível consultar, por exemplo, o histórico de passagens da gestante adolescente pelo A&CR com classificações e queixas anteriores, bem como internações anteriores, consultas ambulatoriais e exames prévios ou agendados e pareceres médicos.

Ao buscar atendimento na EO a gestante segue o fluxo de atendimento descrito abaixo:

1. Gestante se dirige à recepção para abertura do Boletim de Atendimento e aguarda na sala de espera externa.

2. Enfermeira do A&CR visualiza nome da paciente na tela de “Pacientes Recepção” do VITAE. A técnica de enfermagem do A&CR vai até a recepção, chama paciente pelo nome e a conduz até a sala do A&CR.

3. O enfermeiro recebe a gestante e seu acompanhante. Em seguida, a técnica afere sinais vitais e o enfermeiro classifica no próprio sistema o risco do atendimento, seguindo o fluxograma do Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014).

4. Boletim de Atendimento com a classificação de risco do atendimento é impresso, a gestante recebe a pulseira e é direcionada a uma das recepções para aguardar o atendimento médico.

2.1.2 Participantes da pesquisa

Trentini e Paim (2014) explicam que na PCA os sujeitos da pesquisa devem ser os atores sociais que atuam no cenário estudado e que estejam em concordância com mudanças e ou inovações a serem introduzidas naquele contexto social. Portanto, consideramos como população para o estudo os enfermeiros que atuam na EO e as gestantes adolescentes atendidas no A&CR.

Trabalham no setor 11 enfermeiras, sendo a pesquisadora uma delas. Desse modo, participaram do estudo as dez profissionais, pois todas atendiam ao principal critério de seleção: atuar há pelo menos seis meses no A&CR, considerado tempo oportuno e satisfatório de adaptação e experiência com o dispositivo. Os critérios de exclusão estavam relacionados aos profissionais de férias ou licença no período da coleta, entretanto, não foram aplicados a nenhuma das participantes. Vale salientar que houve uma perda ao longo do estudo, pois após o primeiro grupo com as profissionais uma participante decidiu retirar-se, justificando que não tinha disponibilidade de tempo para ler os conteúdos e participar dos encontros. Mas ela permitiu que suas informações e contribuições fossem utilizadas na pesquisa. De fato, as informações foram mantidas, pois considerei que as mesmas traziam discussões e reflexões importantes levantadas ao longo do estudo.

Também participaram quatro adolescentes, respeitando-se os critérios de seleção: gestante com idade entre dez e 19 anos, em qualquer tempo de gestação e com disponibilidade para participar dos momentos investigativos; escolha intencional a partir do atendimento no serviço. No momento da realização do Boletim de

Atendimento a pesquisadora consultava o histórico de atendimento da paciente para observar se houve busca recorrente ao serviço e também para investigar se houve peregrinação em outras maternidades nos últimos dias, pois estes casos eram priorizados.

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A, B e C) e nos casos em que a adolescente era menor assinou o Termo de Assentimento (APÊNDICE D).

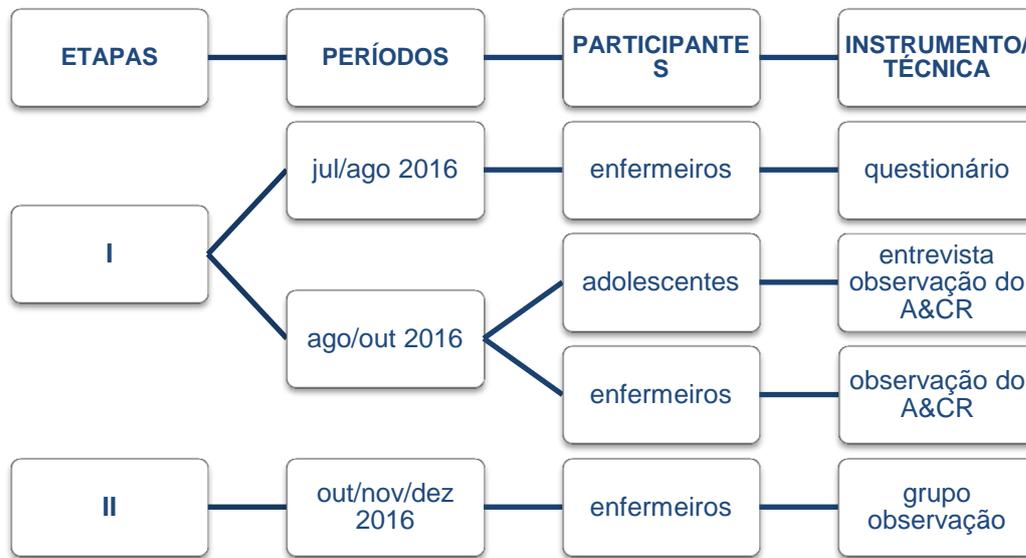
2.1.3 Período de coleta

A coleta de informações aconteceu de julho a dezembro de 2016 em duas etapas. A primeira de julho a outubro para levantar informações que norteariam o planejamento das atividades de grupo e as discussões destes. A segunda etapa de novembro e dezembro, momento dos grupos de convergência, descritos mais adiante.

O período de coleta se estendeu para além do que estava previsto no cronograma, pois houve situações que adiaram ou dificultaram o desenvolvimento desta etapa. Em setembro vivenciamos uma ameaça de fechamento permanente da EO e isto gerou dispersão na coleta, pois nos encontrávamos apreensivos e durante todo o mês estivemos empenhados na luta contra o fechamento da unidade. Ademais, a impossibilidade de novos internamentos devido à superlotação na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal também ocasionou fechamentos da unidade por períodos de 48h, 72h e até 144h, também interferindo na coleta.

O fluxograma a seguir apresenta o delineamento metodológico do estudo, sendo que os instrumentos e técnicas utilizados serão descritos no tópico seguinte (FIGURA 4).

Figura 4 – Fluxograma organizador do delineamento metodológico da pesquisa.



Fonte: Elaborada pela autora

2.1.4 Instrumentos e técnicas para obtenção, registro e organização das informações.

Este tópico contempla as fases de instrumentação e perscrutação, as quais estão diretamente relacionadas entre si. A instrumentação trata dos métodos e procedimentos da pesquisa, enquanto a perscrutação refere-se às habilidades e estratégias utilizadas para que, de modo minucioso e profundo, ocorram as condições favoráveis em todo o contexto da investigação (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Logo, foram descritas as decisões metodológicas do estudo referentes ao cenário da pesquisa, participantes, período de coleta, instrumentos e técnicas utilizados na obtenção e análise das informações.

O método convergente-assistencial se caracteriza pela triangulação de métodos e técnicas na obtenção e análise de informações (TRENTINI; PAIM, 2004). Nesse estudo foi necessário utilizar instrumentos e técnicas para obtenção de informações tanto objetivas quanto subjetivas, buscando-se articulação tanto nas atividades de assistência como de pesquisa. Assim, na composição dos resultados a integração das informações foi essencial para o alcance dos objetivos. Foram

utilizados questionário, entrevista, observação e grupos de discussão, todos abordados adiante.

Na PCA se recomenda a utilização de técnicas mistas de registros, para assegurar o maior montante possível de informações. Assim, considera-se humanamente impossível um pesquisador-assistencial registrar tudo o que ocorre durante uma unidade de tempo, que envolve a pesquisa e a assistência, sendo prudente um auxiliar de pesquisa para as anotações (TRENTINI E PAIM, 2004).

Desse modo, para registro e organização das informações foram utilizados gravador de áudio, dispositivo celular para fotos e vídeos e os diários de campo, sendo necessária a ajuda de uma pesquisadora assistente nestes processos. Ressalto que a referida está trabalhando na mesma temática da pesquisa e teve uma aproximação prévia com os referenciais da PCA, THE e com a PHPN antes da coleta de informações para que tivesse posicionamentos coerentes no campo da pesquisa.

A seguir estão descritos os instrumentos e as técnicas utilizadas na convergência pesquisa-cuidado

Questionário

O questionário (APÊNDICE E) aplicado aos enfermeiros, constituído no primeiro bloco de perguntas objetivas sobre dados pessoais e profissionais e o segundo bloco com cinco perguntas subjetivas, a saber: Como é a sua relação com a adolescente no momento do A&CR? Que estratégias você tem utilizado para identificar as necessidades de cuidado das gestantes adolescentes? De que maneira você tem contribuído para atender estas necessidades? O que você sugere para melhorar a atenção às adolescentes neste serviço e de que modo elas poderiam ser viabilizadas?

Houve a preocupação de abordar cada profissional individualmente para apresentar o instrumento e acompanhar o momento em que era respondido, a fim de obter a devolução no mesmo dia. No entanto, em virtude da intensa dinâmica de trabalho em alguns plantões, algumas participantes levaram o instrumento para casa, mas todas deram devolutivas.

A opção pelo questionário foi para deixar as respondentes mais livres; por serem colegas de trabalho, a meu ver, a entrevista poderia inibi-las e entenderem que estaria avaliando-as. Assim, o propósito do questionário foi de explorar as percepções e práticas de cuidado dessas profissionais à gestante adolescente no momento do A&CR, contribuindo tanto nas observações quanto no planejamento das atividades da etapa seguinte do estudo.

Modalidades de Entrevistas

Foi necessário combinar duas técnicas de entrevista: semi-estruturada e conversação. A entrevista semi-estruturada foi utilizada com as adolescentes, seguindo roteiro com tópicos relacionados às necessidades das adolescentes e o relacionamento delas com o enfermeiro do A&CR, tendo como base os pressupostos da Teoria Humanística de Enfermagem. Para tanto, foi elaborado um instrumento (APÊNDICE F) composto de informações gerais, obstétricas, histórico e experiências da adolescente no A&CR. Além disso, antes das entrevistas com a adolescente, consultava-se o cartão de pré-natal e o prontuário eletrônico dela, tais informações foram essenciais e complementares.

Sobre a entrevista semi-estruturada, as criadoras da PCA explicam que:

[...] à medida que a interação entre o pesquisador e o entrevistado progride, a conversa vai tomando corpo e surge a oportunidade para aprofundar e focalizar o assunto de acordo com o tema da pesquisa [...] o pesquisador, ao conduzir a entrevista terá em mente o referencial teórico e o conhecimento adquirido referente ao tema de pesquisa de pesquisa, que certamente suscitarão direções para o questionamento, e não se condiciona o entrevistador a elaborar exatamente as mesmas perguntas para todos os entrevistados [...] A maneira de fazer perguntas [...] dependerá das características do entrevistado, sua personalidade, linguagem e do nível de interação com o pesquisador (TRENTINI; PAIM, 2004, p.78-79).

Acerca das estratégias utilizadas para as entrevistas é importante saber que ainda na sala de recepção durante a realização do Boletim de Atendimento adolescente e acompanhante eram abordados e informados sobre os propósitos do estudo. Havendo interesse em participar, eram direcionados até a sala do A&CR para leitura e assinatura das duas vias do TCLE

O próximo passo foi participar do momento do A&CR dessas adolescentes. Depois do A&CR a adolescente seguia para o atendimento médico e

só após este era levada até a sala do A&CR ou sala de AMIU para a entrevista. Houve a preocupação com um ambiente favorável à realização da mesma, mantendo portas fechadas, sem fluxo de pessoas, respeitando a privacidade e o sigilo. Os diálogos foram registrados em aparelho gravador de áudio com a permissão das adolescentes e de seus responsáveis.

Assim, conjugou-se também a técnica da entrevista aberta ou conversação a qual não se configura como um instrumento pré-elaborado, pois ocorre em forma de conversa informal durante a prática assistencial do pesquisador, de acordo com as necessidades do momento e ancora-se em algum modelo teórico que orienta todo o processo da assistência e da pesquisa, ressaltam as autoras: A entrevista conversação, por ser uma atividade informal, não tem início e fim preestabelecidos; pode ter, sim, continuidade ao longo de todo o tempo em que o investigador permanecer no campo assistencial para a coleta de dados (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014, p.37).

Nesse sentido, a referida técnica foi utilizada ao longo de toda a pesquisa, nas diversas situações de convergência entre a pesquisa, a prática e o ensino junto aos profissionais e às adolescentes participantes e também esteve ancorada aos pressupostos da THE.

Grupos de convergência

Utilizou-se a técnica de discussão em pequenos grupos de convergência formados com as enfermeiras participantes. Para Simões e Stipp (2006) esses grupos acontecem com finalidade e compromisso de desenvolver, simultaneamente, pesquisa e crescimento social e pessoal dos participantes e na ciência e prática da Enfermagem. Acrescenta-se que os grupos de convergência "... tem o intuito de implementar projetos de prática assistencial participativa e de fazer abstrações desta prática com a intenção de construir conhecimento acerca de temas emergentes no grupo" (TRENTINI; GONÇALVES, 2000, p. 72).

Os grupos aconteceram em três momentos, cada um com objetivos distintos. E para que o assunto de cada momento fosse trabalhado com todas as enfermeiras foram necessários nove encontros. A síntese desses grupos está disponível no quadro a seguir.

Os encontros ocorreram na sala do A&CR e na sala de AMIU, tanto na semana quanto no fim de semana e geralmente nos horários próximos à troca de plantão, entre às 18:00 e 20:00 horas. O tempo de duração variou entre 40 e 100 minutos e os registros das interações das participantes entre si e com a pesquisadora efetivou-se por meio de gravação de áudio, foto e filmagem. A pesquisadora assistente também acompanhou tais grupos para fazer as observações.

Quadro 1–Síntese dos momentos nos grupos de convergência com os enfermeiros.

MOMENTOS	GRUPO DE CONVERGÊNCIA	Nº DE ENCONTROS
I	Notas introdutórias sobre a pesquisa	4
II	Discutindo os pressupostos e conceitos da Teoria Humanística de Enfermagem	3
III	Processo de Enfermagem Fenomenológico à gestante adolescente no A&CR	2

Fonte: Elaborada pela autora

Enquanto moderadora do grupo, procurei seguir a cadeia dialética de ação-reflexão-ação e a relação prática-teoria-prática, trabalhando os temas que emergiram das observações, entrevistas, questionários e discussões no próprio grupo. Desse modo, o desenvolvimento dos encontros grupais seguiu de forma inter-relacionada as quatro fases do “Processo dos Quatro Erres” (4R’s) proposto na PCA e detalhadas na imagem a seguir (FIGURA 5).

Figura 5 – Processo dos 4R's proposto para grupos de convergência na PCA.



Fonte: Extraído de Trentini; Paim; Silva, 2014.

A PCA é uma metodologia que proporciona tanto a identificação de problemas quanto a reflexão e a proposição de mudanças no campo de prática, utilizando de diversidades estratégias que possam promover ações no impulso de reflexão em busca das possibilidades de transformação (TRENTINI; PAIM, 1997).

Nesse sentido, a intenção em fazer as atividades dessa etapa coletivamente foi de, principalmente, gerar discussão, pois o exercício de pensar criticamente se expande para o uso em outras situações análogas, sendo um móvel da condição de autonomia do ser para pensar, refletir, escolher, decidir e se auto-avaliar, em busca de aperfeiçoamento e transformação de saberes e de práticas.

Observação

Na PCA recomenda-se que a observação seja do tipo completa já que o desenho metodológico sustenta o critério de imersibilidade do pesquisador na prática assistencial a fim de se produzir os resultados esperados para o estudo (TRENTINI; PAIM; SILVA (2014). Utilizou-se, portanto, a técnica de observação participante para acompanhar os momentos de prática do enfermeiro no A&CR e das atividades em grupo com os enfermeiros. Esta foi realizada com autorização dos participantes e norteadada pelo guia de observação do A&CR (Apêndice G) e guia de observação dos grupos de convergência (Apêndice H), ambos estruturados com base nos pressupostos teóricos-conceituais da THE.

O diário de campo foi outro instrumento utilizado para registro e organização das informações obtidas ao longo da pesquisa. No registro das informações teve-se a preocupação de manter em ordem cronológica, com data, horário, informações dos participantes e número da entrevista ou observação. Para tanto, foi utilizada a proposta de organização sugerida pelas autoras, que é, na verdade, uma adaptação do modelo de registro organizativo do sociólogo Simon Schwartzman, apresentada em sua obra “Estratégias de pesquisa de campo para uma sociologia natural”. Tal proposta contempla: Notas de Entrevista (NE), Notas de Observação (NO), Notas de Grupo (NG), Notas de Convergência (NC), Notas de Assistência (NA), Notas do Diário (ND) e Notas Metodológicas (NM). Acrescentamos as Informações do Questionário (IQ), referente aos dados subjetivos do mesmo.

2.1.5 Análise e interpretação das informações

A análise das informações seguiu os processos de apreensão, síntese, teorização e transferência utilizados nas pesquisas qualitativas e também propostos na PCA. Esta considera a análise permeada de complexidade, pois o conteúdo coletado pode incluir os mais variados tipos de informação que se mostra útil tanto para a pesquisa quanto para a prática assistencial (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014). Isso requer do pesquisador atenção e criatividade para utilizar as estratégias possíveis que facilitem a tessitura de acontecimentos, ações e interações úteis na convergência pesquisa-cuidado.

Complementa-se que uma boa análise começa com a compreensão e a internalização dos termos filosóficos e epistemológicos que fundamentam a

investigação (MINAYO, 2012). Desse modo, foi necessário um aprofundamento do conhecimento sobre a THE e sua aplicabilidade na saúde obstétrica, movimento construído ao longo de todo o processo da pesquisa.

A etapa de apreensão iniciou com a coleta de informações. Os registros foram mantidos em ordem cronológica, com data, numeração e identificação dos participantes. O primeiro passo foi transcrever os áudios das entrevistas e dos grupos de convergência e em seguida realizar leituras do conteúdo para separar as NE, NO e NG das NA e NC. Para os questionários, separaram-se os dados de caracterização das participantes das IQ. Salienta-se que este processo foi contínuo e dinâmico e que ocorreu logo após a realização de cada atividade (entrevista/questionário/grupo).

A três primeiras modalidades de notas (NE, NO e NG) e as IQ foram analisadas separadamente das demais, por estarem associadas diretamente aos objetivos do estudo, enquanto as demais (NA e NC) contribuíram na escrita da metodologia, discussão e conclusão da pesquisa (SCHATZMAN, 1973 apud TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

Para a conversão das informações das NE, NG, NO e IQ em unidades menores utilizou-se a estratégia sugerida pelas autoras da PCA (TRENTINI; PAIM; SILVA, 2014).

A partir de repetidas e exaustivas leituras dos registros, foram extraídos de cada fala das participantes os Trechos de Sentido (TS) e em cada um deles grifadas as informações que correspondiam ao Núcleo de Sentido (NS). Em seguida houve a compilação das informações, quando os TS com foram agrupados por Códigos de Sentido (CS) e representados por letras do alfabeto.

O passo seguinte foi categorizar as informações para cada agrupamento de CS, ou seja, analisar minuciosamente os TS, extraindo de cada um a Ideia Principal (IP) do trecho. O quadro 2 ilustra partes do processo de apreensão das informações.

Quadro 2– Codificação, compilação e categorização das informações da pesquisa.

CODIFICAÇÃO E COMPILAÇÃO	CATEGORIZAÇÃO
Trechos de Sentido agrupados por Núcleo de Sentido semelhante.	Categorização dos Códigos de Sentidos +Ideais Principais
<p>A- Acho que é só pra <u>ver mesmo se a paciente está bem</u>.</p> <p>A-<u>Só mede pressão</u>, olha lá a <u>temperatura</u> para <u>encaminhar para o médico</u>, que é uma pessoa <u>mais experiente</u> que entende do processo...</p> <p>A- Primeiro tem que falar com a enfermeira, para <u>dizer as coisas que está sentindo</u> e depois <u>encaminhar você para o médico</u>.</p> <p>A- Passa primeiro por lá só <u>paraver a pressão e receber a pulseira</u>... <u>organizar para ver quem vai ser o primeiro</u>.</p> <p>A-. Quando passa pelo médico eu sei que já está perto de tomar remédio ou alguma coisa assim, mas <u>quando passa só por ali</u> [acolhimento] eu sei que ainda <u>vai demorar</u>.</p> <p>A-É sempre <u>a mesma coisa</u> [...] ver pressão e temperatura, mas <u>sempre demora para ser atendido</u></p> <p>A- Botou a <u>verde, vai demorar</u>.</p> <p>B- <u>Não conversa nada</u>.</p> <p>B-<u>Só quer saber o que eu estou sentindo</u>, ver a minha pressão e botar a pulseira</p> <p>B- Ela [enfermeira do A&CR] poderia ter me atendido melhor, <u>não olhava nem para minha cara quando ia me perguntar as coisas</u>. Ficava só de <u>cabeça baixa</u> e mandou esperar lá fora.</p> <p>B-<u>Eu fico até sem entender o que estou sentindo porque uma diz uma coisa e a outra diz outra</u>.</p> <p>B-Quando <u>eu pergunto, elas não falam nada</u>, respondem só que é normal e pronto.</p> <p>B-Tem <u>enfermeira</u> que fica <u>muito calada</u>, não fala nada, parece que está é de <u>mau humor</u></p> <p>B- <u>Só faz o trabalho dela</u> e pronto.</p> <p>C- Não fala mais nada. Eu lá vou dizer o quê? Eu vou <u>ficar calada</u>, né?</p> <p>C- <u>Não falo porque não me perguntam nada</u>.</p> <p>C- Eu <u>não me senti à vontade, quase não perguntava nada a gente</u>.</p> <p>C- Poderia ter me perguntado as coisas, porque <u>eu tenho vergonha de chegar e falar</u>.</p> <p>C-<u>Mau vontade de trabalhar</u>, quando chega aqui, só <u>quer fazer o serviço</u> dela e ir embora.</p> <p>C- São mais <u>legais, já conversa para fazer a pessoa se sentir mais a vontade</u>.</p> <p>C-<u>Meajudou</u> porque botou uma <u>pulseira amarela</u> em mim, me encaminhou pra ser <u>atendida mais rápido</u>...ter classificado como urgência.</p> <p>D-Pode vir com mil <u>problemas</u> que for, que quando chega aqui <u>muda</u> e faz de tudo pra <u>agradar</u> as pessoas.</p> <p>D-<u>Momento de internar</u>. Saber se estava perto ou não.</p> <p>D-Medo de <u>nascer prematuro</u>, nem todas as crianças <u>escapam</u> ao prematuro.</p> <p>D-Dor para nascer [...] as <u>contrações</u> [...] <u>medo</u>, porque eu sei que <u>vai piorar</u>.</p> <p>D-Eu tenho medo de <u>ter normal</u>, eu não queria sentir dor. Eu sempre <u>escuto</u> as meninas <u>falando que dói</u> [...]</p> <p>D-Eu estava nervosa, com medo de vir, com medo do <u>exame de toque</u> [...] fiquei assim desde o dia que vim a primeira vez para fazer o exame de toque. A mulher [médica] foi toda ignorante comigo, não me tratou bem.</p> <p>D-Eu nem entendo com <u>quantas semanas</u> eu estou.</p> <p>D- Porque as vezes <u>fala</u> e a gente <u>não entende direito</u>...</p> <p>D-Estou mais ou menos tranquila. Tenho medo de chegar em casa e a <u>dor voltar</u> de novo.</p> <p>D-Medo por causa do <u>outroparto prematuro</u>.</p> <p>E-Queria que antes de consultar, <u>converse</u>. E que <u>explique</u> também, né? Explicar de uma maneira que a gente entenda.</p> <p>E-Que ela me desse <u>um tempo</u>, pra eu <u>passar</u> o meu <u>nervoso</u>.</p> <p>E-Poderia <u>perguntar melhor</u> as coisas para a gente,</p> <p>E-Olhar para nossa cara, porque nem olha, tratar a gente mais direito, né?</p> <p>E-É legal quando a pessoa é <u>brincalhona</u>, faz a gente <u>esquecer dos problemas</u>.</p> <p>E-Não trata a gente como <u>apenas uma paciente</u>, trata assim <u>como se fosse uma amiga</u>...parece que conheceu você faz tempo. Acho que assim a pessoa não esquece nem dela nem do que ela ensinou.</p> <p>E-Orientar mais as jovens... tipo uma psicóloga, ter <u>mais diálogo</u> com a paciente.</p> <p>F-Eu sei que essa dor é contração porque <u>minha mãe me explicou</u>. Ela senta e conversa comigo...me explica o que é...como é a dor, porque ela <u>já teve nove filhos</u>.</p> <p>F-Entendo porque <u>leio</u> aqui [faz referência a cartilha da gestante] e na internet também.</p> <p>F- Conversei com a <u>menina lá perto de casa</u> que teve neném agora e ela <u>falou que dói</u>.</p> <p>F- A minha vizinha disse que fez <u>exame de toque</u> aqui [...] <u>dói e sangra</u>.</p> <p>F- Aprendi porque já <u>passei por essa dor</u> antes</p>	<p>A- Sentidos do A&CR Avaliar gravidade Ver sinais vitais Encaminhamento para profissional mais experiente Relatar queixas Ordenar atendimento Prolongamento da espera Repetitividade</p> <p>B- Postura do enfermeiro Calado Indiferente às particularidades Interessado nas queixas Classificador de risco Mau humorado Não responde às perguntas Causador de mais dúvidas</p> <p>C- Postura adolescente Responde ao que pergunta Não pergunta Tímida Envergonhada Nervoso Ansioso</p> <p>D- Medos e dúvidas Contrações Parto vaginal Prematuridade Toque Vaginal Idade gestacional Vitabilidade fetal Experiências anteriores</p> <p>E- Sugestões Ouvir mais Orientar mais Orientação compreensível Perguntar melhor Demonstrar interesse Tentar diminuir o nervosismo Descontrair Tratar com maior intimidade</p> <p>F-Origem do conhecimento Família Amigos Vizinhos Pré-natal Leitura Experiência pessoal</p>

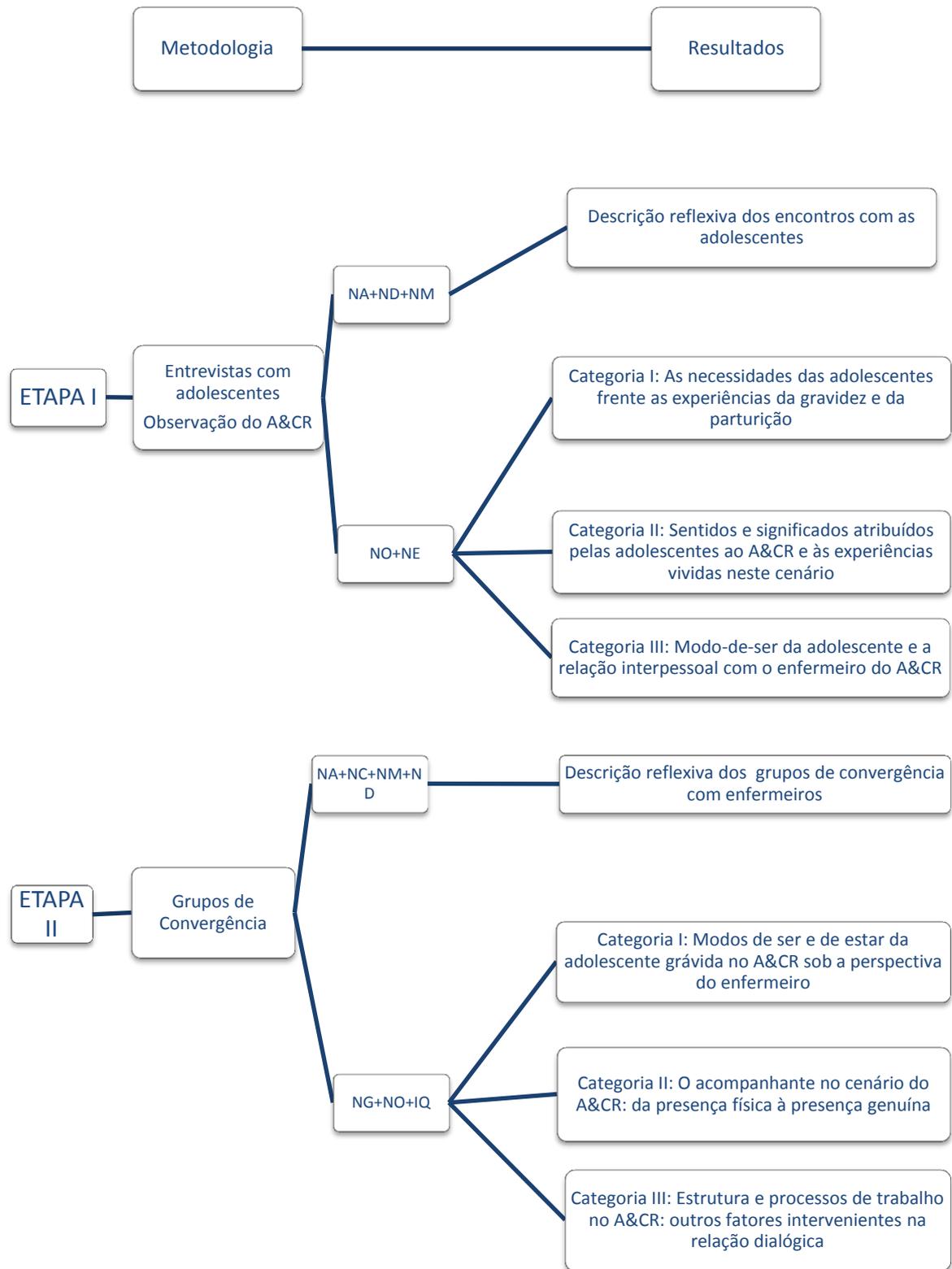
Fonte: Elaborado pela autora com base em BELTRAME, 2000.

No processo de síntese, elementos diferentes, concretos ou abstratos foram reunidos e fundidos em um todo coerente. Assim, na síntese das informações da etapa I resultaram três categorias e da etapa II mais três categorias.

A teorização das informações seguiu o referencial teórico da THE, sendo iniciada pela pesquisadora em momentos de afastamento da prática quando analisou as informações colhidas junto às adolescentes e continuada junto às enfermeiras em momentos de aproximação com a pesquisa, nos grupos de convergência.

Já o processo de transferência foi considerado como algo contínuo, dinâmico e inacabado, pois o conhecimento teórico da pesquisadora e das enfermeiras é construção gradativa, iniciada com as leituras realizadas, as discussões e as reflexões dos grupos de convergência e continuada nas discussões ocasionais durante a prática assistencial. Assim como também é gradativa e continuada a transferibilidade do conhecimento teórico adquirido para a prática assistencial do enfermeiro do A&CR à gestante adolescente, expandindo-se para além do período de coleta de dados da pesquisa. A figura 6 ilustra como os resultados foram organizados a partir do processo metodológico-analítico da pesquisa.

Figura 6 – Organização dos resultados da pesquisa a partir dos processos de análise, síntese, teorização e síntese.



Fonte: Elaborada pela autora

2.1.6 Aspectos éticos da pesquisa

A entrada no campo com a finalidade de coletar informações e do cuidado simultâneo na perspectiva do estudo iniciou após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do local, parecer de aprovação em nove de junho de 2016, número 1582248 (ANEXO A) e outros instrumentos legais, como a autorização da coordenação de enfermagem e médica do serviço de obstetrícia (ANEXO B) e do gerente do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC), fiel depositário dos prontuários e da base de dados da Instituição (ANEXO C), todos inseridos na plataforma Brasil. Além disso, teve-se a autorização com a assinatura dos TCLE's e Termos de Assentimento para adolescente menor de 18 anos, nesses casos exigiu também a assinatura do responsável legal.

Foram respeitadas as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos que constam na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012). Portanto, as participantes receberam as explicações e informações inerentes ao estudo, sendo esclarecidas quanto à participação na pesquisa de forma voluntária, sem custos e sem qualquer remuneração, sobre o direito reservado de, a qualquer momento, poder desistir de participar e retirar seu consentimento sem prejuízo e penalização alguma.

As adolescentes também receberam esclarecimentos acerca dos riscos esperados, como alguma situação de constrangimentos que poderiam ser amenizados, como qualquer outro desconforto. E sobre os benefícios esperados como a melhoria das estratégias de acolhimento, proporcionando qualificação profissional e para o serviço de obstetrícia além da melhoria da assistência de enfermagem às gestantes adolescentes.

Também foi assegurada a privacidade e o anonimato das participantes de modo que todas as informações coletadas em entrevista, questionário e grupos foram consideradas sigilosas, são de posse do pesquisador e só serão utilizadas para fins da própria pesquisa ou divulgação da mesma em meios científicos, em ambos os casos seus nomes serão preservados, sendo substituídos por outros fictícios. Nesse sentido, as adolescentes receberam pseudônimos de estrelas: Sol, Sirius, Vega e Capella e as enfermeiras foram cognominadas de planetas: Mercúrio, Vênus, Terra, Marte, Júpiter, Saturno, Urano, Netuno, Plutão e Ceres.

No que se refere ao rigor metodológico da pesquisa, atentou-se para cumprimento das exigências do método: pesquisador imerso no campo para desenvolver pesquisa e assistência, rompendo com a neutralidade e indo de encontro à criticidade; a convergência na junção das ações de assistência com as da pesquisa, por exemplo, no desvelar dos temas pesquisáveis no momento do A&CR, ou ainda a aplicação dos conhecimentos adquiridos com a pesquisa na prática assistencial, aperfeiçoando-a; o incentivo ao compromisso de construir coletivamente as mudanças necessárias ao longo da investigação por meio da convergência.

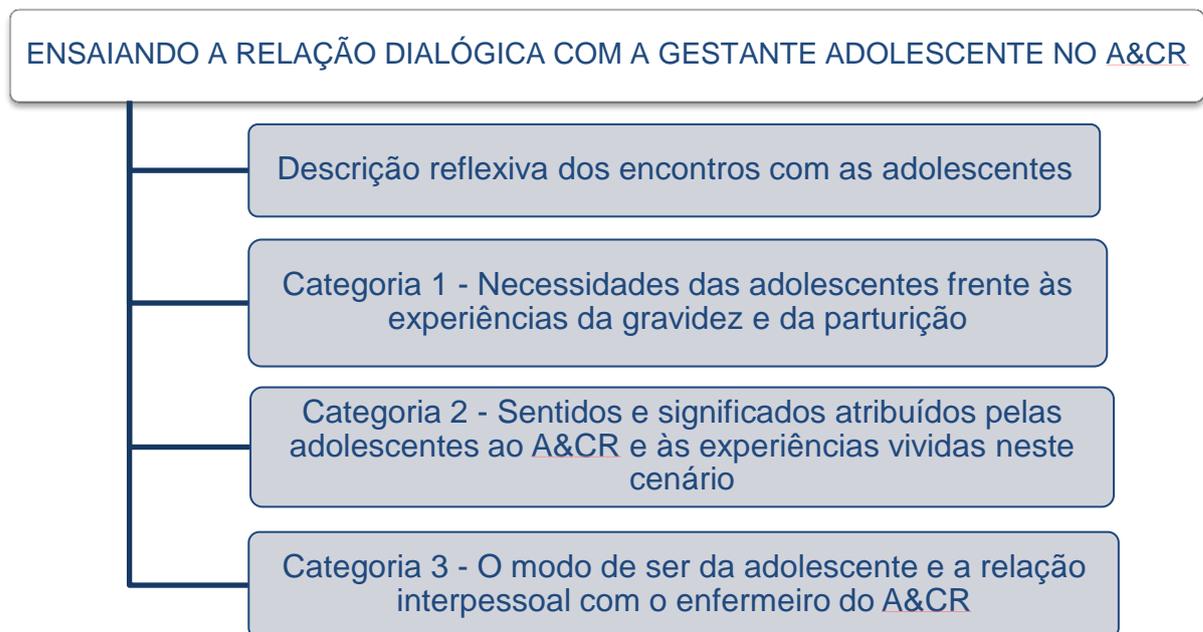
Por fim, o compromisso de retorno ao serviço com os resultados da pesquisa, suscitando, inclusive, a expansibilidade da pesquisa para investigar temas surgidos durante a investigação que requerem maior aprofundamento teórico. Além do compromisso com a construção do conhecimento em enfermagem, ora representada pela construção de um artigo científico para publicação em periódico da área de enfermagem.

3 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

3.1 ENSAIANDO A RELAÇÃO DIALÓGICA COM GESTANTES ADOLESCENTES NO A&CR

Neste capítulo, inicialmente foram descritos e discutidos os momentos investigativos e cuidadosos junto às gestantes adolescentes Sol, Sirius, Vega e Capella. Posteriormente, foram apresentadas as três categorias resultantes do processo analítico das informações apreendidas nos encontros e observações. A figura 7 ilustra a organização dos resultados apresentados no capítulo.

Figura 7 – Organização dos resultados da etapa I.



Fonte: Elaborada pela autora

3.1.1 Descrição reflexiva dos encontros com as adolescentes

Durante a observação do atendimento de enfermagem e a entrevista com as quatro adolescentes, à medida que se investigava para conhecer as experiências vividas com o enfermeiro no A&CR, também eram desveladas e validadas suas necessidades de cuidado com a intenção de atendê-las, por meio de uma relação dialógica pautada nos conceitos da THE (PATERSON; ZDERAD, 1988; GEORGE, 2000). Em todos os casos houve um momento de *feedback* com a enfermeira que

realizou o A&CR da jovem para discutirmos as necessidades emergentes, as estratégias de cuidado utilizadas e outras sugestões.

Optou-se em descrever separadamente cada um desses momentos de intersubjetividade pela possibilidade de conhecer de forma individualizada cada uma das adolescentes e suas experiências, haja vista a riqueza de particularidades em cada encontro. Considero que esta estruturação torna as informações mais compreensíveis na leitura da realidade individual e compreensão do coletivo.

Ainda, algumas características pessoais e obstétricas das adolescentes foram sintetizadas no quadro 3 a seguir.

Quadro 3 – Características pessoais e obstétricas das adolescentes participantes do estudo. Fortaleza, Ceará, 2017.

Adolescente	Idade	Estado civil	Com quem residia	Escolaridade	Idade gestacional	Histórico Reprodutivo GPvA *	Passagem pelo A&CR
Sol	18	Solteira	Mãe e irmãos	Cursando 8º ano	38 semanas	G ₂ P ₀ A ₁	10ª
Sirius	16	União Estável	Mãe e companheiro	Parou no 8º ano	28 semanas	G ₁ P ₀ A ₀	6ª
Veja	18	União Estável	Companheiro	Parou no 6º ano	40 semanas	G ₁ P ₀ A ₀	2ª
Capella	16	União Estável	Companheiro e filho	Parou no 8º ano	37 semanas	G ₂ P _{1v} A ₀	3ª

Fonte: Elaborada pela autora

O encontro com Sol

Sol tinha 16 anos, estava na 38ª semana de gestação e era sua segunda gravidez, a primeira com 15 anos resultou em aborto espontâneo. Estava solteira e ainda se relacionava com o genitor da criança. Vivia com a mãe e os irmãos, ajudava no salão de beleza da família e cursava o oitavo ano do ensino fundamental, mas pretendia dar um tempo nos estudos depois do nascimento do bebê.

Era acompanhada no serviço ambulatorial de pré-natal para adolescente do hospital do estudo, no entanto iniciou tardiamente e só participou de três consultas. Tratava-se da décima passagem de Sol pelo A&CR, sendo cinco vezes na gestação atual e cinco na gestação anterior. Por duas vezes ela fora acolhida por mim, reconhecendo-me logo que me encontrou na recepção do serviço.

O A&CR de Sol aconteceu no turno vespertino de um dia de plantão agitado, durou sete minutos e durante todo o tempo estava acompanhada da mãe, ambas aparentemente tranquilas.

A enfermeira iniciou o acolhimento sem se identificar, não portava crachá ou outro dispositivo que a identificasse, se direcionou à adolescente pelo nome e questionou sobre a queixa que a fez buscar atendimento.

Sol queixava-se de dor no baixo ventre e de perda de líquido. Observou-se pouca interação entre a enfermeira, Sol e sua mãe. A comunicação foi mais investigativa que dialógica. A enfermeira fazia questionamentos pontuais relacionados ao início das queixas referidas, sem que houvesse uma preocupação em conhecer as experiências, dúvidas, anseios e expectativas da adolescente referentes à condição clínica em que se encontrava: um provável trabalho de parto, pois apresentou duas contrações uterinas durante a consulta.

A adolescente apresentava edema importante nos membros superiores e inferiores e Pressão Arterial (PA) (149x88 mmHg), no entanto não se investigou sobre sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia. Foi classificada com a cor amarela e orientada a aguardar o atendimento médico. Após avaliação médica ficou decidido que a mesma seria transferida para um hospital de apoio por estar em início de trabalho de parto.

Enquanto Sol aguardava a transferência dei início à coleta de informações. O obstetra decidiu interná-la por hipótese diagnóstica de Pré-eclâmpsia e solicitou à equipe que não demorasse a encaminhá-la ao Centro Obstétrico. Tal decisão acabou abreviando o tempo de encontro com a adolescente. Mesmo com esta limitação a opção foi prosseguir com a coleta, pois Sol era uma adolescente com muitas passagens pelo A&CR e conhecer tais experiências enriqueceria bastante na investigação sobre as relações de cuidado estabelecidas no momento do acolhimento.

Iniciei o momento explorando as experiências de Sol com relação à sua gestação e à procura a este serviço A&CR e ela explicou que veio para o hospital

porque estava sentindo dor e apresentava perda de líquido. Ela relacionava às queixas com sinais de trabalho de parto. Sol parecia orientada sobre alguns sinais de parto com base no senso comum, conhecimento adquirido com as experiências vividas com familiares, ao acompanhar o trabalho de parto de duas irmãs e com as orientações recebidas de sua mãe, que teve partos vaginais. Sol também confirmou que as informações foram adquiridas no A&CR, quando necessitou de atendimento médico e enquanto acompanhava a irmã, que estava gestante e recebeu orientações sobre os sinais de trabalho de parto.

Um fato que trouxe estranhamento foi perceber que apesar de ser a décima passagem da adolescente pelo A&CR, ela não entendia o propósito do mesmo. Achava que sua finalidade era apenas de organizar o atendimento pelo risco e encaminhar para o médico. Portanto, um dos motivos de não expressar outras necessidades, além das queixas clínicas. Então expliquei para Sol como deveria funcionar o A&CR.

A partir da exploração desse modo em que Sol viveu e compreendeu o A&CR fiz uma reflexão sobre minha prática. Com isto, percebi que a minha preocupação em orientar sobre os propósitos do A&CR estava direcionada apenas para as pacientes de primeira vez. Uma visão limitada da experiência do outro que construí a partir de minhas experiências e percepções. Então nos acolhimentos posteriores passei a explorar o entendimento das adolescentes sobre o A&CR, mesmo nos casos de passagem recorrente. Esta reflexão precisaria ser compartilhada com outras enfermeiras inseridas neste contexto.

A partir de suas experiências no A&CR a adolescente fez referência a um atendimento de enfermagem pouco interessado em sua individualidade. Ressaltando o predomínio de uma relação EU-ISSO, centrado nas queixas clínicas, objeto norteador da classificação de risco. No entanto, Sol recordou que em uma de suas passagens houve uma abordagem dialógica e acolhedora da enfermeira, reconhecendo a importância dessa prática: “A única pessoa que me orientou aqui foi você, naquela outra vez que passei aqui [...] Procurou saber alguma coisa, conversou mais sobre ser adolescente, sobre essa relação de ter filho muito cedo”.

Foi possível perceber outros chamados durante o diálogo com Sol. O primeiro referente ao medo das contrações. Apesar do desejo de parir via vaginal, temia as contrações, pois sabia que a intensidade e o intervalo das dores aumentariam. Assim, procurei atender ao chamado de Sol através do diálogo vivido,

sob uma relação em que o EU-TU são paritariamente coparticipes no processo de cuidar (PATERSON, ZDERAD, 1988).

A saúde também é observada na forma como a mulher participa e vivencia o processo de parturição, podendo estar aberta ou não a esta vivência, que influenciará no seu bem-estar ou estar melhor. E a família pode contribuir neste processo (BRÜGGEMANN, 2003).

Nesse contexto, ao perceber a abertura da adolescente e sua acompanhante, procurei desenvolver o potencial de Sol para estar melhor no processo de parturição, expliquei-lhe que trabalhar a respiração ajudaria e fui exercitando com ela durante as contrações. Também sugeri o banho morno e fiz orientações sobre as posições mais confortáveis no momento da contração, exemplificando para Sol e sua mãe as massagens que poderiam ser realizadas na região lombo-sacral para minimização da dor.

Enquanto exercitávamos Sol fez a seguinte revelação: “Eu não sabia que tinha como diminuir a dor [...] é legal essas massagens [...] vou tentar ficar respirando assim, com calma, para ajudar a bebê”. Logo, a decisão de envolver a adolescente e sua acompanhante no processo de cuidar, em um fazer com, contribuiu para que, simultaneamente, a adolescente adquirisse conhecimento e autonomia para amenizar o desconforto físico, contribuindo para estar melhor durante o trabalho de parto.

Outro chamado percebido no diálogo com Sol foi o desconhecimento da pré-eclâmpsia. Expliquei de uma maneira simples sobre a síndrome, sinais e sintomas. Perguntei se havia sentido algum deles e ela disse que não. Assim, tomou conhecimento dos sinais de risco e da sua participação em relatá-los à enfermeira caso acontecesse. Entendeu que ficaria em acompanhamento dos níveis da pressão ao longo do trabalho de parto, parto e pós-parto e que também faria alguns exames laboratoriais necessários à investigação clínica. Contribuindo assim, para minimizar a ansiedade sobre sua condição de saúde, outro fator que poderia influenciar no bem estar e estar melhor da jovem.

Ainda, foi possível perceber que os cuidados educativos e elucidativos praticados durante nossos encontros contribuíram para o bem estar e estar melhor de Sol, tanto no momento atual como em momentos anteriores, havendo uma presença constante, traduzida não na materialidade do ser, mas através do que

consegui transmitir para ela, se constituindo como aprendizado adquirido (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Considerei também que as narrativas de Sol e a experiência desse encontro contribuíram para o meu bem estar profissional, me incentivando na prática do cuidado dialógico, ajudando a desconstruir percepções e reconstruir novas maneiras de cuidar, envolvendo a adolescente nesse processo de gravidez/parto.

O encontro com Sirius

Sirius tinha 16 anos e estava em sua primeira gravidez, no curso de 28 semanas e 2 dias. Segundo ela, as náuseas e vômitos intensos no início da gestação a impedia de ir à escola, então parou de estudar no oitavo ano do ensino fundamental e não pretende mais voltar. Vivia em união estável com o pai da criança e ambos moravam na casa da mãe de Sirius. Ele trabalhava e ajudava nas despesas do lar.

Ela fazia pré-natal no serviço ambulatorial do hospital do estudo tanto pela idade quanto pelas consecutivas ameaças de trabalho de parto prematuro e até a data do encontro só tinha comparecido a três consultas de pré-natal. Era sua sexta passagem pelo A&CR e em consulta ao histórico observei que no intervalo dos últimos trinta dias ela havia procurado a EO por quatro vezes pela mesma queixa: dor em baixo ventre.

O acolhimento de Sirius aconteceu em uma noite de plantão calmo e durou sete minutos. A enfermeira recebeu a adolescente de maneira empática e carinhosa, chamando-lhe pelo nome e olhando-lhe nos olhos, entretanto não se identificou e, apesar do uniforme que vestia estar impresso seu nome e sua profissão, nem a adolescente nem sua acompanhante atentaram para este detalhe.

A acompanhante de Sirius era uma prima que morava próximo de sua residência, permaneceu em silêncio durante todo o acolhimento. Mas, antes de começarmos a entrevista ela me pediu para que Sirius não voltasse mais para casa naquela noite, pois elas não teriam como voltar ao serviço durante a madrugada caso a dor voltasse. Pedi-lhe para aguardar, pois conversaria com a médica que realizou o atendimento.

Durante o A&CR, o diálogo entre a enfermeira e a adolescente esteve por todo o tempo relacionado à queixa, ou seja, a profissional não se preocupou com a

abertura aos chamados da jovem, fosse indagando-a diretamente sobre as necessidades ou mostrando-se aberta e disponível para ajudá-la.

Sirius referiu dor em baixo ventre durante a consulta. Ao examiná-la, a enfermeira confirmou a presença de contrações uterinas, no entanto não envolveu a adolescente na avaliação ou buscou saber de dúvidas, medos ou anseios que pudessem existir.

Após aferição dos sinais vitais, que estavam normais, ela recebeu classificação amarela e se dirigiu à sala de espera para aguardar o atendimento médico.

Acompanhei a avaliação médica e era nova uma ameaça de trabalho de parto prematuro. Apesar do colo uterino não ter dilatação, estava amolecido e em apagamento, sendo prescritos medicamentos para inibição e analgesia.

Dispus-me para realizar os cuidados de Sirius durante a entrevista. Enquanto conversávamos reservadamente na sala do A&CR, preparei e administrei as medicações prescritas. Neste instante, a minha pretensão não era somente investigativa, mas sim de construir com ela um diálogo vivido, em que pudessemos, por meio de uma relação intersubjetiva, nos aproximar e desenvolver concomitantemente, as relações EU-TU e EU-ISSO em busca de tornar a experiência satisfatória para ambos.

Sirius disse que estava com medo de tomar a medicação. Aquela seria a quinta vez que a tomaria, e nas experiências anteriores havia se sentido mal, apresentando queda de pressão e tonturas.

Tal medicamento se tratava da Nifedipina®, um inibidor dos canais de cálcio, droga utilizada para tocolise no protocolo de condutas médicas da instituição (LEOPOLDO; BEZERRA; SANTOS, 2014). De fato, entre os efeitos colaterais da medicação está hipotensão e cefaleia e não há estudos com alto poder de evidência sobre os efeitos colaterais fetais (BITTAR; ZUGAIB, 2009).

Expliquei-lhe que estes eram efeitos colaterais da medicação, mas que seria importante tomá-la, pois ajudaria a relaxar o útero, diminuindo as dores e evitando que o bebê nascesse antes da hora. Disse-lhe que ficaria ao lado todo o tempo e se caso sentisse algo me avisasse, pois chamaria a médica para avaliá-la.

O compromisso assumido em estar com ela naquele momento de necessidade, fazendo as orientações necessárias, transmitindo-lhe confiança, comprometimento e apoio pareceu tranquilizá-la e fazê-la confiar que esta

experiência poderia ser diferente das anteriores. Então, ela aceitou tomar a medicação e não apresentou nenhum efeito colateral.

Sirius revelou-me algumas de suas necessidades como a dúvida sobre sua condição gestacional e a dificuldade para se deslocar de casa para o hospital:

Eu voltei hoje aqui, porque aumentou a dor, mas eu vim com medo [...] porque essas dores não passam. Eu vou para casa e volto direto e é isto que eu não estou mais conseguindo, porque com as dores eu mal consigo andar e também não tem dinheiro para estar indo e voltando [...] Não sei mais o que fazer (nesse momento, os olhos da adolescente se encheram de lágrimas e ela baixou a cabeça). Eu só queria que desse um jeito para ver se eu fico e volto para casa só quando essa dor passar de vez.

A abertura e a disponibilidade para ouvi-la fez com que Sirius se sentisse a vontade para exteriorizar suas emoções, resultantes das dificuldades enfrentadas ao longo de suas experiências de passagem pelo serviço.

Buscando dar respostas a tal chamado, consultei os exames que trazia e percebi que ela já havia tido infecção urinária por duas vezes durante a gestação, uma delas no mesmo período em que estava em ameaça de trabalho de parto prematuro, vi também em exame de ultrassonografia que o comprimento do colo uterino estava normal, não havendo risco aumentado para o trabalho de parto pré-termo, no entanto a última ultrassonografia realizada evidenciou que o feto já estava em apresentação cefálica ajustada ao estreito superior da bacia.

Esse momento, marcado pela relação EU-ISSO também foi essencial para o diálogo com Sirius, pois a coleta dessas informações me permitiu conhecer e compreender melhor sua história obstétrica, e com isto manter uma relação EU-TU, adequada à realidade de mundo, dentro das vivências e experiências obstétricas dela. Nos esclarecimentos que fiz para Sirius, sobre os prováveis motivos da ameaça de trabalho prematuro, procurei usar uma linguagem fácil e ela pareceu compreendê-los.

Percebia que de fato estávamos construindo um diálogo genuíno ao sentir a disponibilidade da adolescente para ir além. Assim, ela revelou-me outros chamados existentes e importantes de serem trabalhados, pois interferiam no seu bem estar psicológico. Nesse instante percebi que Sirius temia o parto vaginal e tal sentimento resultava dos comentários de outrem (mãe, tia e vizinhas) de que o trabalho de parto era uma experiência difícil, cansativa e dolorosa, afetando a visão de mundo da adolescente sobre a condição de parir vaginal.

Então, procurei tranquilizá-la, explicando que a experiência de parir é muito particular de cada mulher, cada uma com seu limiar de dor, emoções, medos e expectativas, por isto que as experiências obstétricas não poderiam ser generalizadas. Disse-lhe que a priori o objetivo seria impedir que entrasse em trabalho de parto já que se tratava de um bebê prematuro, e para tanto, deveria procurar o serviço logo que as contrações iniciassem, pois a medicação não poderia ser administrada quando em trabalho de parto franco. Desse modo, os ensinamentos adquiridos com a mãe, as experiências até então vividas e as orientações que fiz ajudaria no reconhecimento da contração uterina, tornando-a corresponsável pelo seu cuidado.

Mais uma vez me deparei com a falta de entendimento das pacientes sobre os propósitos do A&CR enquanto espaço de escuta e processo de corresponsabilização do outro. E ao explicar sobre isso, Sirius revelou-me que em uma de suas passagens pelo serviço não tinha como voltar para casa e solicitou ajuda ao segurança do setor:

Eu precisava falar com o serviço social para explicar que eu não tinha mais como ficar indo e voltando tanto porque eu estava com dor e também porque não tinha dinheiro. Aí eu fui perguntar diretamente para o que fica aqui na porta (segurança) e ele mandou eu ir lá (sala da assistente social), mas estava fechada. Eu tinha vergonha de falar para o médico, mas falei... aí ele me deixou de observação e eu fui embora no outro dia.

Analisando a fala de Sirius percebeu-se a necessidade do enfermeiro trabalhar o acolhimento em sua dinamicidade e continuidade, mostrando-se acessível e disponível para atender os chamados que por ventura possam surgir mesmo após a passagem pelo A&CR.

A esse respeito Ayres (2006) lembra que acolhimento não deve ser confundido com recepção. Ele não é restrito a um espaço ou a uma pessoa, ele está no contínuo da interação entre usuários e serviços de saúde, em todas as oportunidades em que se faça presente a possibilidade de escuta do outro.

Diante do meu compromisso com o caso de Sirius, ao encerrar o momento da entrevista procurei o obstetra que havia feito o atendimento e expliquei-lhe toda a situação, ressaltando os riscos e vulnerabilidades que havia identificado durante o diálogo que tivemos. Com isto, ele decidiu mantê-la novamente em

observação para prosseguir com a tocólise e fazer uma maior investigação obstétrica do caso.

Sirius foi internada no dia seguinte em virtude de nova infecção do trato urinário, permanecendo por mais quatro dias até concluir antibioticoterapia. Nesse intervalo ela recebeu orientações sobre como reconhecer precocemente os sinais de infecção urinária e buscar o médico para evitar o agravamento do caso.

Dois meses e meio depois, quando cheguei ao plantão, encontrei Sirius no serviço, estava sendo encaminhada para o centro obstétrico em trabalho de parto. Ela havia alcançado o termo da gestação, estava com 40 semanas.

Nesse instante agradeceu-me pelo apoio prestado quando em sua última passagem pelo serviço. Diante disto, pude constatar o quanto nossa relação dialógica foi significativa esta para Sirius, lhe trazendo bem-estar e reduzindo riscos à saúde materna e do bebê.

O encontro com Vega

Vega tinha 18 anos, era primigesta e estava com 40 semanas e 5 dias de gestação. Não trabalhava, parou de estudar no sexto ano do ensino fundamental, antes mesmo da descoberta da gravidez e não tinha pretensão de voltar. Ela e o pai da criança viviam em união estável e moravam a sós. Fez sete consultas de pré-natal em uma Unidade Básica de Saúde da Família do município de Fortaleza.

Era sua segunda passagem pelo A&CR. A primeira ocorrera sete dias antes, por queixa de dor em baixo ventre. O acolhimento aconteceu em quatorze minutos, no turno vespertino de plantão um pouco agitado e havia uma paciente aguardando para ser acolhida e classificada depois de Vega. Como nos demais A&CR que acompanhei, não houve apresentação da enfermeira, no entanto, durante todo o atendimento a profissional se dirigiu à adolescente pelo nome e procurou envolver a acompanhante, mãe da jovem, no processo.

A adolescente parecia tranquila ao contrário de sua mãe, que se mostrava apreensiva e logo revelou um dos possíveis chamados da filha: o medo do toque vaginal. A enfermeira direcionou o olhar para a acompanhante e ouviu seu relato, no entanto, não explorou as experiências passadas da adolescente com relação ao problema, nem as interferências deste na condição de bem estar da jovem, tampouco se mostrou disponível para ajudar a trabalhar tal condição.

A profissional deu seguimento ao atendimento questionando a jovem sobre a queixa que a fez procurar o serviço. Vega respondeu que procurou a EO porque já estava passando da data de parir e por estar apresentando secreção vaginal.

Observei que Vega também apresentava importante edema com cacifo nos membros inferiores, mas não se queixou deste sinal, que também não foi abordado pela enfermeira. Em seguida a profissional calculou a idade gestacional, viu que a gestação não era pós-termo, pois ainda faltavam uma semana e dois dias para atingi-la, porém não respondeu a este chamado esclarecendo e orientando à jovem sobre tal fato.

A técnica de enfermagem escalada para o A&CR estava ausente no início do atendimento e retornou logo em seguida para aferir os sinais vitais da paciente. No momento de aferição os parâmetros de PA (160x100 mmHg) e pulso materno (132 batimentos cardíacos por minuto), estavam alterados. Foram realizadas mais três aferições da pressão, persistindo os níveis elevados. Nesse meio tempo a enfermeira consultou o cartão de pré-natal e interrogou a adolescente sobre ocorrências anteriores de elevação da PA. Era a primeira vez que ela apresentava pico pressórico.

Vega já não estava calma como em sua chegada à sala de A&CR. Perguntei-lhe se havia algo errado e com olhos fixos para o chão e voz trêmula respondeu-me que não, que só estava nervosa. Intuitivamente, a enfermeira interpretou que o comportamento da adolescente estaria relacionado à probabilidade de realização do toque vaginal. Seria mais um chamado de Vega: o medo do toque vaginal.

Tentando dar resposta ao referido chamado, a enfermeira voltou-se para Vega e disse-lhe que apesar do medo existir, o toque vaginal seria necessário para acompanhar o trabalho de parto e que ela deveria ficar calma para que a PA reduzisse e não prejudicasse a saúde do bebê. Nesse momento, ela e a mãe ouviram atentamente e sem questionar o discurso da profissional. Em seguida a adolescente recebeu a classificação de cor amarela e foi orientada a aguardar o atendimento na sala de recepção.

Acompanhei a avaliação médica de Vega. Ela apresentava perda de tampão mucoso. Não foi submetida ao exame de toque, pois não apresentava

queixa de dor ou dinâmica uterina. Ficou em observação para avaliar PA e aguardar resultados de exames laboratoriais de rotina para investigar pré-eclâmpsia.

Após sair do consultório médico a PA foi novamente aferida e estava 132x85 mmHg, ou seja dentro dos parâmetros de normalidade. Tal ocorrência somou indícios de que a elevação teria resultado da situação estressora em decorrência do medo do toque vaginal, o qual não foi realizado.

Após o término do atendimento médico e a coleta dos exames laboratoriais solicitados, Vega e eu retornamos à sala do A&CR para a entrevista.

Iniciei a conversa explicando-lhe que a intenção de estarmos ali a sós era de ficarmos mais a vontade enquanto dialogávamos sobre suas experiências de passagem neste serviço, desejos e necessidades existentes, disponibilizando-me para ajudá-la no que fosse necessário.

Vega contou que enquanto se preparava para tomar banho percebeu que estava eliminando uma secreção via vaginal. Achou que o momento do parto se aproximava, pensou em não contar para sua mãe, pois estava com medo de vir ao serviço e se submeter ao toque vaginal, mas por medo de parir sozinha em casa decidiu contar. Nesse instante pude validar com ela uma de suas necessidades: o medo do toque vaginal. Inicialmente relatada pela mãe e também sinalizada pelos aspectos objetivos evidenciados na situação vivida no A&CR, a exemplo da taquicardia, elevação da PA e verbalização do medo.

Para que eu pudesse trabalhar com Vega o seu modo de ser frente ao exame de toque vaginal era necessário compreender a origem do medo, conhecer as experiências e as relações que influenciaram no seu surgimento. Em meio a nossa conversa duas informações foram essenciais para que eu tivesse tal compreensão e pudesse trabalhar com Vega estratégias para minimizá-lo, tornando o momento do exame obstétrico menos traumático para ela. Os discursos da adolescente clarificaram a origem do medo:

A mulher (médica) foi toda ignorante comigo, não me tratou bem [...] não botou nenhum gelzinho. Nem falou nada, botou três vezes os dedos, mas eu puxei as pernas. Então ela não quis mais fazer e sai chorando lá da sala de exame. [...] Uma menina lá perto de casa me contou que teve neném aqui, ela foi atendida por essa mesma doutora. Percebi pelo jeito chato e ignorante e fez um exame de toque que sangrou.

Ao refletir às experiências de Vega sob a perspectiva humanística do cuidado foi possível observar a influência das relações da adolescente com a comunidade. Martins (2010) explica, sob uma perspectiva buberiana, que o primeiro ponto parte da compreensão do pensamento humano como um diálogo de coletivos internalizados. Ou seja, o modo de ser e de estar de Vega frente ao toque vaginal foi algo construído antes mesmo dela se submeter ao exame. Era, portanto, fruto dos diálogos pregressos que teve, nesse caso, com pessoas próximas que relataram suas experiências com o exame de toque. Logo, o medo de Vega foi se construindo ao longo dos relacionamentos com o outro, ao tomar conhecimento das experiências alheias, que acabaram influenciando sua autopercepção.

Já o segundo ponto esteve relacionado a uma experiência pessoal em uma de suas passagens pelo serviço. Vega contou que uma médica obstetra a avaliava e de repente realizou o exame de toque vaginal sem que ela soubesse ou consentisse com o procedimento. Para a jovem, esta foi uma situação traumática, tanto física quanto psicológica, pois conta que sentiu vergonha e dor durante o procedimento e referiu “ter sido maltratada” pela profissional, que falou “aos gritos” com ela.

Após as declarações da adolescente procurei dar resposta aos chamados identificados. Então fiz alguns esclarecimentos que considerei importante, por exemplo, sobre a possibilidade de discreto sangramento após o exame, ocasionada pela ruptura de pequenos vasos sanguíneos, visto que o colo uterino é bem vascularizado.

Utilizando as próprias mãos da adolescente, exemplifiquei os orifícios interno e externo do colo uterino e introduzi meus dedos, simulando o toque vaginal. Expliquei-lhe que, quando ela contraía a musculatura vaginal ou fechava as pernas durante o procedimento, dificultava a penetração e ocasionava mais dor. Falei-lhe também que, apesar do desconforto, o ideal seria não causar resistências, tornando o procedimento mais rápido e menos doloroso.

Disse-lhe que o procedimento era necessário para acompanhar a evolução do trabalho de parto, esclarecendo ainda sobre a frequência de realizações. Ao final das orientações, perguntei-lhe se estava preparada para realizar o exame caso fosse necessário em um próximo atendimento e obtive a seguinte resposta: “Mesmo você me explicando tudo eu ainda tenho medo. Se

precisar fazer o toque de novo e for com aquela mulher que olhou a minha pressão hoje eu não vou fazer não. Mas se for você eu não vou ter tanto medo”.

A partir desse relato, percebi que Vega havia confundido a técnica de enfermagem do acolhimento com a médica que lhe atendeu em sua passagem anterior pelo serviço. Então, disse-lhe que se tratava de pessoas diferentes, uma era médica e atendia no consultório, e outra era a técnica de enfermagem do A&CR. A identificação do equívoco me ajudou a compreender a mudança de comportamento da adolescente durante o acolhimento e a repercussão na sua condição clínica, justificando a taquicardia e a elevação da PA. Além de reforçar a necessidade de investirmos na identificação profissional.

Diante da revelação, perguntei para Vega o porquê dela não ter relatado à enfermeira do A&CR sobre sua condição de medo para que ela pudesse ajudá-la. A jovem não soube responder à pergunta, porém ao explorar mais sobre a compreensão e as vivências de Vega no A&CR consegui compreender. Ela desconhecia o A&CR enquanto espaço de escuta e apoio, compreendendo-o apenas como uma das etapas do fluxo do atendimento. Ao orientá-la sobre as proposições do acolhimento fez outra revelação importante, sobre a fragilidade no relacionamento profissional-paciente durante o A&CR, visto a dificuldade de ambos estarem presentes em uma relação que deveria ser dialógica.

Segundo os relatos, o encontro foi marcado pelo distanciamento imposto pela mecanicidade de tarefas, abordagens impessoais com perguntas pontuais e de investigação clínica, não se percebendo receptividade, abertura e disponibilidade da enfermeira para explorar o mundo da adolescente e as necessidades contidas nele.

A disponibilidade de um ser para o outro durante o diálogo abre espaço para a reciprocidade, ou seja, quando há a presença genuína de um, provavelmente estimular-se-á a presença no outro ser (GEORGE, 2000). Isto explica a dificuldade de Vega em abrir-se para o momento do encontro e confidenciar à enfermeira suas necessidades, por não se sentir acolhida por ela.

O fato da profissional não dirigir o olhar para Vega durante a consulta foi interpretado como uma atitude que dificultou a abertura da jovem à presença genuína e simultânea. A ausência do olhar para o outro, do encarar-se durante o diálogo mostrou-se como uma condição de desinteresse pela pessoa e por tudo que ela traz em seu mundo de particularidades, causando distanciamento entre os seres.

Em continuidade, após estabilização da PA e exames laboratoriais sem alterações, Vega retornou à sua residência. Porém, na manhã seguinte retornou ao serviço queixando-se de fortes dores no baixo ventre e que se irradiavam até a lombar. Foi novamente acolhida, mas desta vez parecia mais tranquila. Perguntei-lhe se estava preparada para realizar o exame de toque, se gostaria que eu acompanhasse o procedimento ou realizasse-o, e ela respondeu-me que estava tranquila, que havia entendido que o medo piorava tudo e que estava preparada para fazer o exame.

Acompanhei o procedimento, que aconteceu sem resistências. Ela estava em trabalho de parto, com colo pérvio para quatro centímetros e foi referenciada a um hospital de apoio onde foi realizado o parto. Desse modo, o diálogo vivido durante nosso encontro pareceu ajudá-la no enfrentamento de uma das necessidades que mais lhe causava mal estar emocional e físico, ressignificando as experiências do exame de toque vaginal.

O encontro com Capella

Capella tinha 16 anos, estava com 37 semanas e quatro dias de gestação e era sua segunda gravidez. Aos 14 anos teve seu primeiro filho, o mesmo era prematuro, de parto vaginal pélvico e assistido na Unidade Neonatal. Vivia em união estável com o genitor da criança que estava esperando. Capella, o companheiro e o filho dela moravam juntos. Ela cuidava da casa e da criança e ele trabalhava fora. Parou de estudar durante a última gestação, no oitavo ano do ensino fundamental e não pretende mais voltar. Era acompanhada no serviço ambulatorial de pré-natal para adolescente do hospital do estudo e compareceu há seis consultas.

O A&CR de Capella durou oito minutos. Ela e a mãe foram bem recebidas pela profissional, que se apresentou como enfermeira do A&CR, disse como se chamava e todas as vezes que se dirigiu à jovem chamou-a pelo nome, mas houve pouco envolvimento com a acompanhante durante o acolhimento. A profissional soube que aquela era a terceira passagem da adolescente pela EO, no entanto não procurou saber se ela entendia os propósitos daquele momento nem sobre as experiências das passagens anteriores.

A adolescente relatou à enfermeira que procurou o serviço porque já estava sentindo contrações. A profissional registrou tal informação no sistema e deu continuidade à consulta com uma abordagem clínica investigativa que a ajudaria na

classificação do risco do atendimento. Questionou a jovem sobre a ocorrência de movimentação fetal e de perdas vaginais e avaliou a dinâmica uterina. No momento da avaliação a adolescente permaneceu em silêncio, apenas observando o exame da profissional. A enfermeira não se atentou para a oportunidade de fazer com que a adolescente participasse ativamente do processo, envolvendo-a no exame, para ao mesmo tempo, avaliar a dinâmica e explorar o conhecimento da jovem sobre contrações, identificando as dúvidas e esclarecendo-as.

A enfermeira não flagrou contrações uterinas durante a avaliação. Então registrou os sinais vitais e concluiu o atendimento classificando a jovem com a cor verde. Em seguida, Capella se dirigiu ao consultório médico. O obstetra que a avaliou disse-lhe que ainda não era o momento de se internar, pois não estava em trabalho de parto e solicitou que retornasse à emergência quando as dores de contração aumentassem. Após esse atendimento Capella e eu nos dirigimos novamente à sala de A&CR para termos o encontro, agora focando diretamente nas questões do estudo.

Assim como as demais adolescentes que participaram do estudo, Capella parecia não compreender os propósitos do A&CR, relacionando-o apenas com “um momento em que a enfermeira escolhe quem vai ser atendido primeiro”. Expressou sua insatisfação justificando que a classificação prolongava o tempo de espera para o atendimento médico. Nesse instante, expliquei que o propósito da classificação era de identificar as condições de risco para priorizar o atendimento desses casos.

Buscando facilitar o entendimento sobre a classificação de risco, utilizei as experiências de Capella em suas passagens no A&CR como exemplo. Comparei a condição em que se encontrava nessa última passagem pelo A&CR com aquela vivida no dia em que se internou para ter o primeiro filho, quando as dores eram bem mais intensas e se tratava de um bebê prematuro. Pedi então que ela avaliasse as duas situações e julgasse qual delas era de maior risco. Assim ficaria mais compreensível o sentido da classificação do risco pelos critérios de gravidade, ou seja, a demora do atendimento não estaria associada à cor da pulseira e sim à demanda do serviço, pois caso houvesse pacientes em situação de maior gravidade, nestes casos o atendimento seria priorizado, minimizando-se o tempo de espera.

Os momentos de intimidade que vivenciamos neste encontro ajudaram-me na compreensão do mundo subjetivo de Capella. Seus relatos sobre o parto

prematureto revelaram, tanto na fala quanto nas expressões, o trauma deixado pela experiência. Falou do medo que sentiu do filho não resistir à prematuridade e da sensação de culpa pelo ocorrido. E, apesar do desfecho ter sido satisfatório, trouxe repercussões para a gestação atual, interferindo no seu bem estar.

A experiência anterior trouxe alguns conhecimentos e também motivou a adolescente a conhecer mais sobre a gravidez e o parto, buscando informações na caderneta da gestante e em documentos da internet. Mas, apesar do conhecimento, adquirido foi possível identificar que ainda existiam dúvidas relacionadas à parturição e que estas ocasionavam medo.

Aproveitei o encontro para estar com Capella, respondendo aos chamados percebidos ou expressados e também aprendendo com suas revelações, pois em minha visão de mundo, acreditava que aquelas mulheres que já haviam tido filhos de parto vaginal conheciam o processo de parturição, portanto não me preocupava em explorar tal problemática com essas pacientes.

Assim, expliquei-lhe sobre as características e os intervalos das contrações que caracterizavam o trabalho de parto, bem como outros sinais associados como a perda do tampão mucoso, a diminuição da movimentação fetal, para ajudá-la a identificar o momento que deveria procurar a emergência. Expliquei-lhe também que segundo os protocolos da unidade, quando ela estivesse com três centímetros ou mais de dilatação, ou seja, em trabalho de parto franco, seria internada ou transferida a um hospital de apoio.

Ao longo de nossa conversa, sempre perguntava se Capella estava conseguindo compreender a explicação, procurando explicar com exemplos, comparações e imagens da internet que facilitassem seu entendimento. “Eu nunca tinha visto esse tampão com sangue [...] ainda bem que você me mostrou porque da outra vez eu não soltei ele [...] iria me desesperar em casa quando visse, achando que era sério”. Nota-se, portanto que orientar Capella sobre o trabalho de parto ajudou no seu bem estar, ajudando a diminuir a tensão diária pelo medo de não saber reconhecer o momento de procurar o serviço e de viver outra experiência traumática como a do primeiro parto.

Após cada encontro vivido com a adolescente, ocorria o momento de afastamento da pesquisadora para analisar o material produzido e refletir estratégias para o encontro seguinte, bem como para o remodelamento gradativo da prática. O resultado desta “dança” de afastamento e de aproximação, possibilitada pela PCA,

permitiu que ao final da etapa 1, em um momento de afastamento, todas as informações tratadas fossem condensadas em um todo analítico/reflexivo, e organizadas em três categorias, apresentadas a seguir. Tal organização foi, inclusive, norteadora do planejamento da etapa 2 da pesquisa.

3.1.2 Categoria 1 – Necessidades das adolescentes frente às experiências da gravidez e da parturição

Nesta categoria, foram apresentadas tanto as necessidades anunciadas pelas adolescentes quanto aquelas percebidas durante o encontro. Os temas emergentes desta categoria estiveram relacionados ao processo de gravidez e parturição, enunciados, por exemplo, no medo das dores de contração, no medo do exame de toque e na falta de preparo para reconhecer os sinais e sintomas do início de trabalho de parto.

Os autores Silva, Lopes e Diniz (2004) lembram que a adolescente primigesta, enquanto ser-no-mundo, lançada na condição de gestação, vive as expectativas do momento do parto, e geralmente resgatam para a experiência e a vivência deste, as particularidades fisiológicas, psicológicas e sociais, havendo, portanto a possibilidade de manifestações de sentimentos de temor e de dor. O que pôde ser observado nos relatos a seguir:

Eu quero ter logo, sentir logo essa dor para ter logo, mas tenho medo, porque eu sei que vai piorar (Sol).

Eu tenho medo de ter normal, eu não queria sentir dor. Eu sempre escuto as meninas falando que dói (Vega).

Mesmo sem nunca ter vivenciado a experiência da parturição, essas adolescentes, demonstraram uma experiência dolorosa, incorporada do senso comum. Trata-se, portanto, de um conhecimento adquirido nas observações que fizeram do mundo, fruto da comunicação estabelecida com os outros seres (mãe, avó, irmãs, amigas e pessoas conhecidas), no partilhar de vivências, expectativas, opiniões, construídas na intersubjetividade.

Tais achados corroboram com os resultados da pesquisa de Almeida, Medeiros e Souza (2012). Segundo as pesquisadoras, a construção dos sentidos da

dor do parto normal para as primigestas começa de fato no período pré-natal e tem como base fundamental a rede de informação adquirida em seu meio sociocultural e também a assistência obstétrica pré-natal.

Com relação ao exame de toque vaginal, observou-se que a construção de sentidos dados pelas adolescentes se assemelhava aos da dor parto do parto, pois declaravam como uma condição dolorosa, associada a vivências negativas, fosse por elas mesmas ou por outras parturientes, e afetando sua condição de bem estar.

Eu não queria vir, estava nervosa [...] com medo do exame de toque [...] uma vizinha minha, que também é adolescente, me falou que tem uma médica aqui que é super ignorante [...] que fazia um exame que doía e até sangrava [...] foi ela, tenho certeza que foi ela quem me atendeu na primeira vez que vim [...] foi toda ignorante comigo, não me tratou bem (Vega).

De fato, o exame de toque não é tido como uma experiência satisfatória pelas parturientes adolescentes. Em estudo de Oliveira e Madeira (2002) adolescentes consideraram o toque vaginal um dos procedimentos mais incômodos e dolorosos da experiência da parturição e não foram capazes de entender a sua necessidade, percebendo-o como um procedimento invasor, realizado de qualquer jeito e sem uma finalidade bem definida.

Nesse sentido, Santos e Souza (2009) ressaltam a falta de compreensão, apoio e orientação de alguns profissionais de saúde e o posicionamento destes frente às reações da gestante durante o exame. Ainda, destacam a necessidade de profissionais preparados para informá-las e apoiá-las no sentido de tornar a experiência mais humanizada possível. Portanto, um ponto importante a ser observado e melhorado no A&CR.

Outra condição que pareceu comprometer o bem estar das adolescentes foi o pouco conhecimento sobre a condição gestacional, resultando em ansiedade, medo e dúvidas quanto ao momento do parto e as condições do nascimento da criança.

Nunca me falaram sobre o momento de me internar para ter o bebê, eu não sei quando vai ser [...] não entendo esse negócio das semanas. Só queria saber se estava perto ou não [...] fico ansiosa (Capella).

Eu nem entendo com quantas semanas eu estou por que o médico lá do pré-natal do posto me disse que todo dia 2 que eu completava mês, já o

médico do pré-natal daqui disse que era todo dia 11 e não todo dia 2[...] fico é com medo de passar do tempo e fazer mal para o meu bebê (Sirius).

Diariamente, observo nas vivências do A&CR com esse público que a dúvida sobre o tempo de gravidez e sobre a data da resolução da gestação é constantemente relatada por elas e está entre as justificativas da procura repetitiva aos serviços de emergência. Elas têm como referência a data provável para o parto registrada no cartão de pré-natal, porém não são orientadas ou não conseguem entender que se trata de uma previsão. Uma vez que a data provável trata-se de um cálculo estimativo de quando se iniciará o trabalho de parto, com margem de até uma semana e meia, antes ou depois da previsão (LEOPOLDO; BEZERRA; SANTOS, 2014).

No tocante aos sinais e sintomas do trabalho de parto, observaram-se dificuldades e dúvidas no reconhecimento das contrações uterinas e das perdas vaginais, resultando em intranquilidade, medo e também na procura repetitiva aos serviços de saúde.

Já fui e voltei bem umas três vezes, por causa desse liquidozinho, tipo baba [...] não sabia o que era [...] não soltei ele no outro parto [...] me deu medo de ser coisa séria com o bebê, mas agora eu me tranquilizei...entendi... achava que era líquido (Capella).

Estou mais ou menos tranquila. Não é contração, mas normal também não é [...] sentir dor direto [...] Eu penso em não voltar [...] porque das outras vezes não resolveu, vai resolver dessa vez por quê? [...] Mas tenho medo de nascer prematuro, porque nem todas as crianças escapam ao prematuro [...] fico pensando... só o que passa pela minha mente é isso[...] (Sirius).

A dificuldade em diferenciar as contrações de trabalho de parto (Metrossístoles) das contrações uterinas de treinamento (Contrações de Braxton Hicks) e também do desconforto pélvico em decorrência do estiramento das fibras musculares uterinas, do peso e da acomodação fetal resulta da inexperiência com o evento e também da ausência ou precariedade de orientação recebida pelos profissionais de saúde.

Os discursos de Capella e Sirius despertaram a atenção para a necessidade de o profissional envolver a paciente no momento da avaliação, prestando informações que sejam compreensíveis para a adolescente e que sirvam de referência para fortalecer a autonomia dessas jovens no reconhecimento não só das contrações uterinas, mas de outros sinais indicativos de trabalho de parto ou de risco para ela e o conceito, contribuindo para a minimização de medos e anseios, enfim, ampliar o seu protagonismo.

Ademais, observou-se na fala de Sirius outras dificuldades, diretamente relacionadas com a condição econômica e familiar dela, gerando preocupação em decorrência das limitações que poderiam existir ao necessitar retornar ao serviço: “Tenho medo de ir para casa e a dor voltar de madrugada [...] Difícil para vir [...] dinheiro [...] a dor que é ruim para andar [...] ter alguém me trazer...”.

Portanto, o material empírico analisado revelou que as adolescentes reconheceram que suas necessidades transcendiam a ordem biológica, envolvendo, por exemplo, condições psicológicas e socioeconômicas que afetavam o seu bem estar e estar melhor no mundo.

Por fim, considerou-se importante ressaltar as palavras de Deslandes (2006) no que diz respeito às singularidades de cada pessoa, as quais são definidoras de uma identidade única e estar insensível a esse aspecto conduz a tratamento padronizado, impessoal ou falsamente personalizado.

Nesse sentido, as necessidades aqui apresentadas não podem e nem devem ser generalizadas a todas gestantes adolescentes, nem tampouco correspondem ao universo de necessidades desses seres, haja vista o universo de particularidades e o contexto de mundo em que vivem. Portanto, estas correspondem apenas a uma pequena parte do todo e a intenção em destacá-las foi para que os profissionais atentassem não só para a existência, mas principalmente na maneira como poderiam trabalhá-las a partir de uma relação dialógica no A&CR.

3.1.3 Categoria 2 – Sentidos e significados atribuídos pelas adolescentes ao A&CR e às experiências vividas neste cenário

Nessa categoria retrataram-se os sentidos e os significados que as adolescentes atribuíram ao A&CR e à relação com o enfermeiro, embasados na THE. As teoristas Paterson e Zderad (1988) lembram que o encontro é o reunir-se de seres humanos e os fatores que o influenciam são sentimentos surgidos pela antecipação do encontro, a quantidade de controle que a enfermeira ou a paciente apresenta ao reunir-se, a singularidade da enfermeira e da paciente e a decisão de revelar-se para o outro ou de conter-se com o outro.

As adolescentes consideraram o A&CR como uma das etapas obrigatórias do fluxo para chegar ao atendimento médico. E o descreveram como um momento de rápido contato com a enfermeira cuja intenção era fazer uma

investigação sobre a condição de saúde a partir da aferição de sinais vitais e de questionamentos sobre queixas clínico-obstétricas, organizando as pacientes para a consulta médica segundo o risco.

Eu entendo que passa primeiro por lá só para...organizar para ver quem vai ser o primeiro (Sirius).

Acho que é só pra ver mesmo se a paciente está bem [...] para encaminhar para o médico, que é uma pessoa mais experiente que entende do processo (Sol).

Eu acho que é porque primeiro tem que falar com a enfermeira, para dizer as coisas que está sentindo e depois encaminhar para o médico (Vega).

A partir das falas, foi possível inferir que para as adolescentes o A&CR é um momento pouco significativo em sua passagem pelo serviço, visto que suas expectativas estavam direcionadas à consulta com o médico, instante em que obteriam respostas às suas queixas. Sol, por exemplo, considerou a equipe médica mais experiente que a equipe de enfermagem e ao questioná-la sobre tal afirmativa explicou-me que só quando era atendida pelo médico entendia o que estava acontecendo ou recebia uma medicação aliviando suas queixas e também sua ansiedade.

Nos discursos das participantes, foi perceptível a “tendenciosidade” dos profissionais às posturas e práticas mecanicistas, centradas no propósito de investigar as condições e queixas clínicas para correlacioná-las com o fluxograma orientador da classificação de risco. Portanto, a interpretação das adolescentes sobre o A&CR esteve diretamente relacionada à proposta da classificação de risco, uma construção resultante da experiência de seus relacionamentos no referido cenário.

Um estudo realizado por Guedes, Henriques e Lima (2013) para compreender como os usuários de um serviço de emergência percebiam a atuação da enfermagem na realização do acolhimento apresentou resultados semelhantes aos desta investigação na perspectiva da compreensão do dispositivo como uma avaliação inicial do risco e da gravidade dos pacientes que recorrem ao serviço, sem relacionar a outros propósitos que devem ser acionados neste cuidado.

É fato que o A&CR, como diretriz operacional, deve utilizar da avaliação clínica para estratificar o atendimento e priorizar os casos mais graves, no entanto não se pode perder de vista o sentido da humanização do cuidado, a qual é

dependente do acolher dessa usuária. Nesse sentido, concorda-se com a crítica de Ayres (2006) de que o momento assistencial pode (e deve) fugir de uma objetivação “dessubjetivadora”, de uma interação tão obcecada pelo objeto de intervenção que deixe de perceber e aproveitar as trocas mais amplas que ali se realizam. Se apoiando na tecnologia, mas não se limitando a ela. Estabelecendo-se a partir e em torno dos objetos que ela constrói, sem deixar de enxergar seus interstícios.

Quando no diálogo entre os seres tem-se um desequilíbrio entre a relação EU-TU e EU-ISSO, com predomínio desta última, observa-se, portanto, a objetivação dessubjetivadora das relações. Voltando-se para o discurso de Capella, observou-se o uma associação do A&CR a uma atividade de práticas repetitivas e obcecadas na comunicação unilateral: “É sempre a mesma coisa... só faz sempre as mesmas perguntas, ver pressão e temperatura. E, no fim, não adiante nada, porque sempre demora de qualquer jeito”.

Outra semelhança encontrada entre o presente estudo e aquele realizado Guedes, Henriques e Lima (2013) diz respeito às críticas quanto à demora para o atendimento médico e às falhas na orientação do fluxo do atendimento.

Em sua fala, Capella afirmou que independente do A&CR o atendimento no serviço era demorado, evidenciando a necessidade de maior esclarecimento sobre o fluxo e os fatores que interferem neste. Por exemplo, a quantidade de pacientes acolhidas e classificadas com maior risco de gravidade, cujo atendimento é priorizado, além de que, muitas vezes, nestes casos o atendimento médico demanda maior tempo tendo em vista as intervenções específicas, o que conseqüentemente prolonga o intervalo entre as consultas médicas.

3.1.4 Categoria 3 – O modo de ser da adolescente e a relação interpessoal com o enfermeiro do A&CR

Nesta categoria, discutiu-se sobre os modos de ser das adolescentes frente às experiências vividas com o enfermeiro no A&CR.

O modo-de-ser no mundo e o momento vivido no A&CR, descrito por Vega e Sirius revelou que as adolescentes tinham dificuldades de se expressar. Posturas reticentes justificadas pela timidez, pela vergonha e pelos chamados expressados que permaneceram sem respostas, parecem ter motivado a dificuldade

de abertura ao diálogo. Possivelmente, o estímulo à comunicação, partindo da enfermeira facilitaria esta comunicação.

Eu não me senti à vontade para falar do meu nervoso [...] Ela poderia ter me perguntado as coisas, porque eu tenho vergonha de chegar e falar. Poderia ter me dado um tempo para passar o meu nervoso (Vega).

Minha mãe fica dizendo que eu tenho que abrir minha boca e falar, falar, falar...perguntar [...] Aí, eu disse pra ela que não falo porque não me perguntam nada. Se perguntar eu respondo, mas não perguntam. E quando eu pergunto, eles não falam nada, respondem só que é normal e pronto. Eu sou muito calma, tudo comigo é na tranquilidade [...] falo pouco, fico na minha. (Sirius.)

Santos, Saunders e Baião (2012) ao analisarem a relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante no pré-natal observaram que de fato a timidez da adolescente pode atrapalhar sua participação durante a consulta. No entanto, a postura passiva que ela tende a assumir é, sobretudo, consequência do grau de assimetria instalado, modulado pelo menor ou maior espaço oferecido pelos profissionais para a conversa e a escuta.

Acerca deste espaço para a comunicação observou-se tanto nos relatos das adolescentes quanto nas observações de campo que a consulta era conduzida pela enfermeira, que, na maior parte do tempo, assumia uma postura predominantemente investigativa do ponto de vista biomédico, de tal maneira que a “abertura” para a participação da adolescente e de seu acompanhante esteve limitada, muitas vezes, à condição de informantes de dados que contemplassem a investigação do enfermeiro para avaliar e classificar o risco do atendimento.

No entanto, esse espaço de “abertura” não se aproximou da proposta de Paterson e Zderad no sentido de abrir-se para o outro por meio da presença, a qual requer a escuta atenta e o olhar interessado no que o outro fala e faz (PATERSON; ZDERAD, 1988).

A forma vertical e unilateral de ver a comunicação criou uma distância entre as pessoas, tornando difícil o que deveria ser simples: falar e ouvir, sentir e ver, ver e sentir. De tal modo que a expressividade do ser humano ficou restrita à possibilidade de ser interlocutor, ora enviando, ora recebendo mensagens. Além de que, quanto mais se expandem os meios comunicacionais, devido os avanços tecnológicos, mais as pessoas se distanciam, perdendo o fio que mantém os relacionamentos (SOUZA, 2003).

A crítica de Souza (2003) contribuiu para elucidar as palavras de Vega descritas a seguir. Vega não se percebeu como importante para a enfermeira que a atendeu. Em sua interpretação, o foco do atendimento não seria ela, mas sim os registros obtidos a partir dela, os quais ajudariam a enfermeira a fazer o seu trabalho, que seria de registrar tais informações. Assim, a enfermeira do A&CR estaria mais envolvida e interessada com o computador do que com a presença da jovem. O olhar atento e focado na máquina desviou a comunicação, desconectando os fios que mantêm a comunicação viva e dialógica proposta na THE.

Da outra vez que eu vim, ela (enfermeira do A&CR) poderia ter me atendido melhor, não olhava nem para minha cara quando ia me perguntar as coisas. Só perguntou se eu estava sentindo dor e se o menino se mexia, mais nada [...] ficou de cabeça baixa o tempo todo, só mexendo no computador (Vega).

Brüggemann (2003) lembra que a assimetria na saúde obstétrica acontece, por exemplo, quando se perde de vista a importância do respeito à singularidade do outro, comprometendo inclusive a humanização do cuidado a essas mulheres. Assim, para evitar tal assimetria nas relações de cuidado com as adolescentes no A&CR é necessário, portanto, respeitar o mundo interior de crenças e valores e o direito de escolhas, principalmente sobre o seu corpo e mesmo em ações mais simples como o ato de tocá-lo.

Sirius ao se reconhecer como sujeito de escolha e de direito expressou sua insatisfação com a maneira na qual a enfermeira apoderou-se do seu corpo para examiná-lo, sem pedir licença, sem conquistar tal espaço. Além da forma como se expressou a profissional, colocando-se como aquele que sabe mais sobre o outro do que ele mesmo. Resultando em certo mal estar para a jovem devido a incompreensão da sua condição.

Outra vez que passei aqui (sala do A&CR) senti a dor na barriga e a outra (técnica de enfermagem) falou que achava que era contração. Aí ela (enfermeira) apertou com força a minha barriga e disse assim: “que nada, sua barriga está é mole” (Referindo-se à palpação abdominal para avaliar a dinâmica uterina) Aí, eu disse: “espera aí, não force assim não, porque quem está sentindo dor sou eu.” E ela me pediu desculpa [...] Mas eu fico até sem entender o que estou sentindo porque uma diz uma coisa e a outra diz outra (Sirius).

Enquanto realizamos o A&CR de uma gestante com queixas de dor abdominal, em baixo ventre, pélvica ou lombar é necessário investigarmos a presença, a frequência e a intensidade de contrações. Mas, para esta investigação é importante nós enfermeiros considerarmos as palavras de Brüggemann (2003) e, sobretudo, que a façamos em um processo dialógico e educativo, no qual estaremos com e faremos com a gestante para que ela seja um ser ativo no processo tanto da investigação quanto da orientação. Para Santos, Saunder e Baião (2012, p. 780):“atitudes fechadas ao diálogo, funcionam como travas à motivação e à iniciativa da adolescente, que busca minimizar as inquietações próprias da gestação por meio da compreensão dos delicados processos corporais que cursam nesse período”.

Outro ponto de dificuldade para estabelecimento da relação dialógica no A&CR, segundo as adolescentes foi o silêncio do profissional, relacionando-o ao estado de espírito de mau humor ou a dificuldade de inteligência emocional para separar os problemas pessoais das relações de trabalho. Observando a fala de Capella, inferiu-se que a adolescente só percebia como obrigação de trabalho do enfermeiro o compromisso pelo acolhimento das demandas.

Tem enfermeira que fica muito calada, não fala nada, parece que está de mau humor [...] não sabe separar as coisas [...] parece que traz os problemas de casa para cá e desconta na gente [...] só atende a pessoa e pronto, vá embora e tchau... faz só o trabalho dela e pronto. Não fala nem mais nada. Eu lá vou dizer o quê? Eu vou ficar calada, né?

Um ato entendido como ajuda foi expresso por Sol, quando o enfermeiro classifica o atendimento dela como prioritário, diminuindo o tempo de espera, sem associar aos riscos, os quais justificam as demandas mais urgentes de cuidado.

A única ajuda que elas dão é quando bota uma pulseira amarela em mim, me encaminhando para ser atendida mais rápido...ter classificado como urgência [...] poderia ajudar mais [...] Orientar mais as jovens... tipo uma psicóloga, ter mais diálogo com a paciente.

A fala de Capella mostrou que apesar das adolescentes não perceberem o acolhimento como uma prática frequente na consulta do A&CR e citarem condições limitadoras deste, o reconheceram como uma relação acolhedora e humanizada capaz de contribuir para o seu bem estar e estar melhor diante das queixas, dificuldades ou problemas existentes. Além de que, a disponibilidade orientada para a pessoa, expressa em palavras, gestos e atitudes de atenção,

interesse, afeto e segurança geram vínculos, que são potencializadores das relações dialógicas e humanizadas.

Tem outras (enfermeiras) que são mais legais, já conversa para fazer a pessoa se sentir mais a vontade. É legal quando a pessoa é brincalhona, faz a gente esquecer dos problemas. Não trata a gente como só apenas uma paciente, trata assim como se fosse uma amiga...parece que conheceu você faz tempo. Acho que assim a pessoa não esquece nem dela nem do que ela ensinou (Capella).

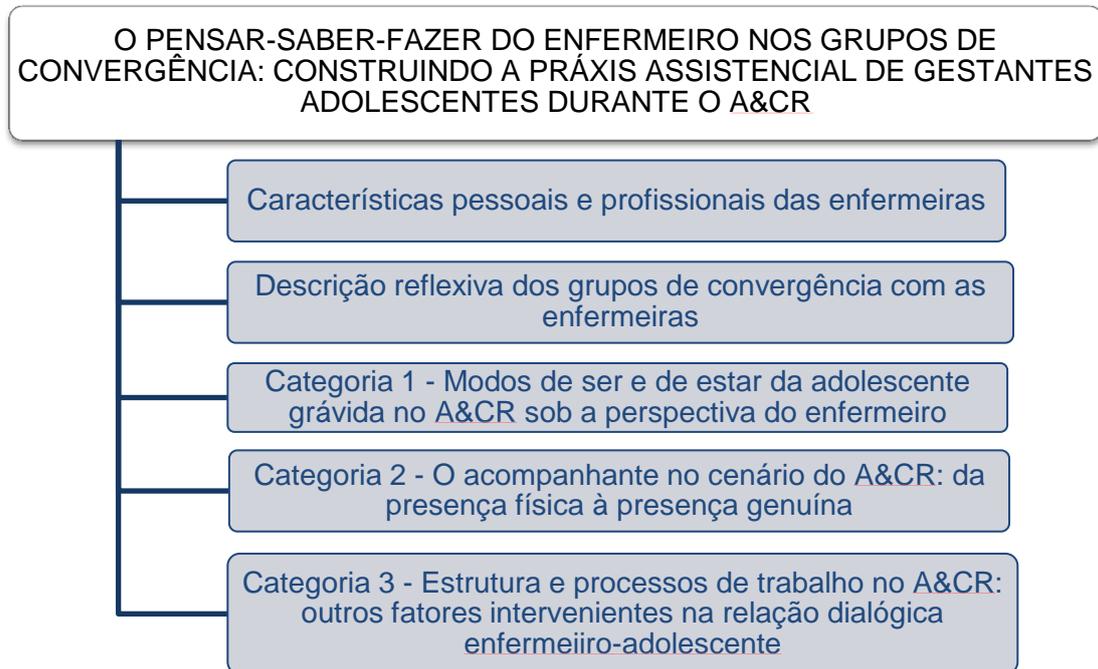
É fundamental, portanto, que o enfermeiro tome consciência de que a percepção da adolescente sobre a relação entre eles determina, em grande parte, a natureza de sua resposta (SANTOS; SAUNDER; BAIÃO, 2012). Logo, os fatores que dificultaram a abertura e a disponibilidade das jovens para um diálogo vivido com chamadas e respostas, foram o modo-de-ser da adolescente, a percepção do A&CR apenas como espaço de classificação de risco, mas principalmente as interações verticalizadas e objetivantes (EU-ISSO) conduzidas pelo enfermeiro no momento do encontro.

3.2 O PENSAR-SABER-FAZER DO ENFERMEIRO NOS GRUPOS DE CONVERGÊNCIA: CONSTRUINDO A PRÁXIS ASSISTENCIAL DE GESTANTES ADOLESCENTES DURANTE O A&CR

Neste capítulo, foi apresentada, essencialmente, a segunda etapa da pesquisa. Trata-se, portanto, da conjunção dos grupos de discussão, que alicerçaram o processo crítico-reflexivo desenvolvido com as enfermeiras sobre sua práxis assistencial, essencialmente, no cuidado de gestantes adolescentes durante o A&CR. A organização dos resultados foi representada na figura 8.

Inicialmente, foram apresentadas as características pessoais e profissionais das enfermeiras, seguido da descrição reflexiva dos grupos de convergência e posteriormente, apresentadas as três categorias resultantes do processo analítico das informações apreendidas nos discursos e observações dos momentos grupais e das informações subjetivas dos questionários, as IQ.

Figura 8 – Organização dos resultados da etapa II.



Fonte: Elaborada pela autora

3.2.1 Características pessoais e profissionais das enfermeiras

No quadro 4 estão dispostas as principais características pessoais e profissionais das enfermeiras que participaram do estudo. A idade das participantes variou de 27 a 67 anos e a idade média foi de 39,8 anos. O tempo de formação acadêmica variou de 3 a 39 anos, com média de 13,4 anos, sendo que, quase metade (quatro) tinha menos de cinco anos de graduação. Sete enfermeiras atuavam no A&CR desde a sua implantação, há 34 meses.

Mais da metade das participantes (seis) trabalhava como cooperado. Esse resultado reflete a realidade do setor público de saúde brasileiro, cuja flexibilização dos vínculos empregatícios tem resultado no aumento crescente da prestação de serviços, a exemplo das cooperativas de saúde.

Segundo Gomes et. al (2016) a flexibilização trabalhista é uma condição que vem contribuindo para a precarização do trabalho de enfermagem com repercussões diretas na saúde do trabalhador. Enquanto Silva e Santos (2014) atentam para as repercussões na saúde do paciente, ao considerarem que esta

flexibilização de vínculos se trata de um determinante na qualidade do cuidado prestado ao paciente.

Quadro 4 – Características pessoais e profissionais das enfermeiras do serviço de emergência obstétrica. Fortaleza, Ceará, Brasil, 2017.

Enfermeiras	Idade	Estado civil	Modalidade empregatícia	Tempo de formação acadêmica	Tempo de atuação no A&CR	Especialização em Enfermagem Obstétrica
Mercúrio	66 anos	Divorciada	Concursada estadual	39 anos	34 meses	Não
Vênus	29 anos	Casada	Cooperada sem vínculo	4 anos	28 meses	Sim
Terra	27 anos	Casada	Cooperada sem vínculo	3 anos	24 meses	Sim
Marte	28 anos	Solteira	Cooperada sem vínculo	5 anos	34 meses	Sim
Júpiter	28 anos	Solteira	Cooperada sem vínculo	4 anos	34 meses	Sim
Saturno	43 anos	Divorciada	Concursada estadual	20 anos	34 meses	Sim
Urano	67 anos	Solteira	Concursada estadual	22 anos	34 meses	Não
Netuno	30 anos	Solteira	Cooperada sem vínculo	4 anos	12 meses	Sim
Plutão	29 anos	Casada	Cooperada sem vínculo	5 anos	11 meses	Sim
Ceres	51 anos	Casada	Concursada estadual	28 anos	34 meses	Sim

Fonte: Elaborada pela autora

Observou-se que a maior parte das participantes (oito) era especialista em Enfermagem Obstétrica. Essa capacitação profissional, segundo as participantes, resultou tanto do interesse pessoal, quanto das exigências do serviço, o qual vem buscando o aperfeiçoamento e a qualificação da assistência prestada a fim de atender às propostas da RC.

Vale ressaltar que a RC tem propiciado a expansibilidade de atuação do enfermeiro com a criação de novos campos de trabalho. Dentro da estratégia estão previstos os Centros de Parto Normal, unidades que funcionam em conjunto com as maternidades para humanizar o parto e nascimento, e contam com a inserção dos enfermeiros obstétricos na assistência ao parto de risco habitual. Por conta deste novo modelo é importante aumentar a quantidade desses profissionais disponíveis no SUS(BLOG DA SAÚDE, 2012).

A formação de enfermeiros obstetras é incentivada inclusive, pelo MS, com a criação do Programa Nacional de Residência em Enfermagem Obstétrica (PRONAENF) para capacitar enfermeiros obstetras e inseri-los no Sistema Único de

Saúde, sobretudo, nas regiões que aderiram à estratégia Rede Cegonha. No Ceará, o exemplo é o Programa de Residência em Enfermagem Obstétrica da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), cuja última seleção ocorreu em 2016 (BLOG DA SAÚDE, 2012; UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ, 2016).

3.2.2 Descrição reflexiva dos grupos de convergência com as enfermeiras

Nos grupos, as enfermeiras foram convidadas a refletir e a avaliar suas práticas a partir dos conceitos e dos pressupostos da THE estudados, como também dos pontos emergentes dos encontros com as gestantes adolescentes e das IQ das enfermeiras, ambos produzidos na etapa 1 desta pesquisa.

O exercício reflexivo ocorreu individualmente por meio da introspecção e coletivamente no compartilhar de experiências, percepções e sugestões de cada participante. A partir disso, eram levantados novos problemas, tanto de pesquisa quanto da assistência. Cabendo, no primeiro caso, ao pesquisador perscrutar para solucioná-los e, no segundo caso ao grupo, leia-se pesquisadora e participantes, discutir estratégias de mudanças, que poderiam ser desenvolvidas imediatamente na prática assistencial em seus próximos momentos de aproximação com gestantes adolescentes.

Vale ressaltar que não houve intencionalidade em solucionar os problemas da prática do A&CR às gestantes adolescentes por intermédio do planejamento e implementação de ferramentas padronizadas, pois se levou em consideração que o acolhimento deve ser um encontro muito particular entre sujeitos, que por sua vez têm suas individualidades e modo-de-ser-no-mundo também particular (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). Portanto, nem as necessidades nem as estratégias de solução deveriam ser engessadas. O que se propunha era uma constante ação-reflexão dos participantes em busca de bem estar e estar melhor para si, para a adolescente e o seu acompanhante.

Conforme já descrito na metodologia, os grupos de convergência tiveram três momentos distintos. E para cada um desses momentos ocorreu número variável de encontros; sendo quatro encontros para o momento I, três encontros para o momento II e dois encontros para o momento III.

Nesta etapa, houve continuidade na dança da PCA com movimentos de aproximação, afastamento e convergência da pesquisa e da prática, tanto para a pesquisadora quanto para as participantes.

Para as enfermeiras, os momentos de aproximação com a pesquisa ocorreram nos grupos e a convergência entre pesquisa e prática durante a assistência às adolescentes, praticando o que foi aprendido/refletido/proposto nos grupos.

Nos momentos de afastamento, entre um encontro e outro dos grupos, a pesquisadora realizava o processo analítico/reflexivo do material levantado nas discussões grupais. Esses afastamentos foram essenciais ao planejamento das atividades dos grupos de convergência, instante em que a pesquisadora refletiu, planejou e elaborou os roteiros dos momentos I, II e III, dispostos nos APÊNDICES I, J, K, respectivamente.

Momento I: notas introdutórias sobre a pesquisa

O momento I, designado de “Notas introdutórias sobre a pesquisa”, teve como objetivos conhecer as expectativas dos participantes, apresentar e discutir resultados da etapa I da metodologia, referentes às necessidades das adolescentes. Para incluir as dez enfermeiras nesse momento, efetivaram-se quatro encontros, com duração média de 50 minutos cada.

Foi elaborado e distribuído um pequeno recorte do projeto contendo as informações mais importantes como o problema de pesquisa, os objetivos e a metodologia que seria utilizada nos grupos.

A discussão inicial foi sobre o problema de pesquisa; a busca recorrente de gestantes adolescentes à EO e a dificuldade dos profissionais em atender suas necessidades. Vale ressaltar que à época da construção do projeto já discutíamos informalmente sobre ele, quando algumas enfermeiras afirmaram também percebê-lo. No grupo não foi diferente, validando a importância de trabalhar tal problemática em forma de pesquisa e fazendo com que as enfermeiras se reconhecessem, simultaneamente, como participantes e pesquisadoras.

De acordo com as autoras da PCA, o reconhecimento e o interesse dos participantes é fundamental e formalmente necessário nesta metodologia, para compor uma equipe de pesquisa que assume coletivamente a responsabilidade pelo desenvolvimento do trabalho, com a significação política e ética proposta nessa atividade (TRENTINI; PAIM, 2004).

Retomando a descrição do primeiro momento, enquanto líamos e discutíamos o material elaborado emergiram dúvidas relacionadas principalmente à metodologia, pois a PCA era um método até então desconhecido por elas.

As expectativas das profissionais em participar do estudo eram aparentemente boas, mas ao mesmo tempo notava-se a preocupação de algumas delas quanto às estratégias de coleta das informações: observação durante os A&CR e registros de áudios dos grupos de convergência e quanto à socialização desses resultados, conforme exemplifica a fala de Urano: “Achei muito interessante essa sua ideia desse seu trabalho [...] mas os resultados? [...] o que você encontrar de erro [...] em relação ao teu trabalho escrito [...] vai repassar só para gente, para todos? Todo mundo vai poder ver?”.

A profissional parecia temer que suas práticas fossem alvo de julgamentos e que estes, juntamente com seus depoimentos constassem no texto dos resultados da pesquisa de tal maneira que a identificasse, estando disponível para o conhecimento de outrem.

Com isto, foram reforçados os preceitos éticos do sigilo e da confidencialidade dos informantes na apresentação dos dados. Também foi explicado que elas seriam cognominadas de planetas. Os esclarecimentos pareceram não convencer Urano, que após o grupo decidiu retirar-se da pesquisa. Quanto às demais participantes, após os esclarecimentos demonstraram estar mais à vontade e motivadas a pensar coletivamente nos problemas vivenciados na prática.

No segundo momento do grupo iniciamos a apresentação dos resultados obtidos junto as adolescentes do estudo, àqueles relacionados às necessidades das adolescentes, tanto as expressadas por elas quanto aquelas identificadas durante a observação do A&CR ou da entrevista: dificuldades no reconhecimento dos sinais de parto e nos sinais de risco para trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia, hemorragias, medo do toque vaginal, dúvidas sobre a condição gestacional, ansiedade com o bem estar da criança, dificuldades para acessar o serviço, dificuldades para se relacionar com o enfermeiro do A&CR.

Para apresentar tais resultados ao grupo de convergência foram selecionados trechos das falas das adolescentes participantes e\ou narradas algumas situações do A&CR e\ou do encontro com elas.

Na medida em que avançávamos no diálogo participativo, as enfermeiras reconheciam que muitas das necessidades já haviam sido observadas e trabalhadas por elas em experiências passadas de A&CR às adolescentes. Com isto passaram a revelar tais experiências, compartilhando-as com o grupo e discutindo as estratégias que utilizaram ou que poderiam ter sido utilizadas para perceber e ajudar as adolescentes. O quadro 5 é uma síntese desses encontros.

Conforme relatado anteriormente, após cada encontro com a adolescente eu retornava até a enfermeira que havia realizado o A&CR para discutirmos os achados da investigação e os cuidados realizados junto a adolescente. Então, no momento do grupo de convergência essas enfermeiras também contribuíram repartindo suas experiências e os impactos alcançados a partir da reflexão desta.

As participantes também reconheceram que não atentavam para algumas das necessidades e o impacto que estas causavam ao bem estar da adolescente, a exemplo do medo do toque vaginal. Após refletir tais limitações, repensaram algumas de suas abordagens e posturas no sentido de contribuir para o bem estar das adolescentes.

As falas a seguir ilustram a contemplação dos 4R's no diálogo participativo sobre o medo que algumas adolescentes experimentam do toque vaginal.

O medo do toque vaginal apareceu como uma necessidade [...] foi relatada pela acompanhante de uma das adolescentes que participou do estudo e posteriormente, durante a entrevista, nós conversamos e eu validei a existência desse medo com a adolescente (Pesquisadora).

A paciente não estava assim com uma face de ansiedade, nem nervosismo, mas, quando ela sentou na cadeira para a “fulana” verificar os sinais a fisionomia dela mudou. Eu não percebi porque estava de costas. A pressão dela deu muito alta e ela ficou nervosa [...] nem fiz relação a esse medo [...] nem pensei nessa consequência toda [...] Depois ela contou para a “pesquisadora” que achava que a técnica de enfermagem era a médica obstetra [...] eu me impressionei...(Terra).

Confundi a técnica com a médica [...] elas tem dificuldade até de saber quem é quem [...] mas também, a gente nem se apresenta, né? (Netuno).

Às vezes quando a pressão da paciente está alterada eu procuro saber se ela está de bexiga cheia, se aconteceu alguma coisa, algum abalo emocional. Tento acalmá-la e depois é que verifico de novo. Porque pode ser só do nervoso. Se não fizermos isso, haja Sulfato de Magnésio e Hidralazina (Medicações frequentemente utilizadas nas Síndromes Hipertensivas da Gravidez) (Vênus).

A gente vai conversando e lembrando das coisas que já aconteceram...Tocamos em um ponto muito forte. Talvez um dos maiores conflitos para a jovem seja o toque vaginal mesmo. Então, seria importante, aqui no acolhimento, a gente até já conversar sobre isso com a adolescente [...] ver se ela tem medo [...] tentar uma forma de ajudá-la [...] orientando [...] direcionando para um médico mais humanizado (Urano).

Enquanto a pesquisadora revelava os resultados para o grupo, as participantes iam se reconhecendo entre os pares, por meio do diálogo participativo. Então Terra se sentiu confiante para revelar sua experiência, repartindo com as colegas a vivência com Vega, a adolescente investigada; a surpresa com a descoberta da necessidade e o impacto desta na condição de bem estar da jovem. Netuno identificou como outra necessidade a dificuldade da adolescente em reconhecer os profissionais segundo as categorias de trabalho e fez o grupo repensar a importância da apresentação e da identificação profissional nos atendimentos. Já Vênus repartiu suas estratégias para avaliar alterações nos níveis pressóricos das pacientes e Urano, por sua vez, levou o grupo a refletir sobre as implicações do problema e a repensar os modos de perceber e de lidar com o problema.

O exemplo a seguir sintetiza a discussão do grupo, perfazendo o processo dos 4R's sobre os sinais e sintomas de trabalho de parto.

A gente observou que as adolescentes têm dificuldade em reconhecer a contração, às vezes confundem com a cólica ou com a própria movimentação do bebê. Também confundem o tampão mucoso com o líquido amniótico. Esses estão entre os motivos que as tem feito procurar o serviço com certa frequência. Queria saber se vocês têm percebido estas dificuldades e como têm sido trabalhadas (Pesquisadora).

Uma vez eu acolhi uma adolescente, estava muito agitada. A gente não sabia se era uma dor constante ou se era só quando vinha contração. Muito, diferente de uma paciente que não é adolescente, era difícil até para tentar orientá-la (Saturno).

Muitas vezes adolescente e acompanhante ficam sem acreditar na palavra do médico e aí peregrinam por não sei quantas maternidades repetindo o exame de toque correndo o risco de uma infecção, romper a bolsa. Acho que a gente pode ajudar mais nesse sentido, tentando deixar claro para evitar essa peregrinação desnecessária (Marte).

Tem que tentar acalmar, procurar explicar como é a contração e que só vai se internar quando tiver três em dez minutos...quando passar dos três centímetros, porque antes são pródromos e não interna (Plutão).

Quando ela diz que teve uma contração, peço para ela me explicar, me mostrar quando acontecer [...] Às vezes, o menino mexe e ela acha que é contração [...] explicar que contração é uma dor no “pé da barriga”, às

vezes, nas costas, e a barriga tem que ficar dura como uma melancia pelo menos uns 15-20 segundos ou mais. (Ceres).

Eu explico com palavras simples, mas se ela continua sem entender mostro imagem do computador porque às vezes facilita (Terra).

Digo que o líquido é mais como o xixi e que tem cheiro de água sanitária. Quando vejo que é só o tampão eu explico para elas que não tem risco, digo o que é ele (Netuno).

Você fala com a acompanhante também, se ela já tiver tido filho normal pode ajudar, se lembrar como é a contração, ne? (Mercúrio).

O diálogo participativo também foi válido para que as participantes reconhecessem, revelassem e repartissem suas expectativas de participar da pesquisa e ainda algumas de suas fragilidades e limitações para cuidar da adolescente. Isto me ajudaria a reconhecer o grupo e a traçar as estratégias para os momentos posteriores.

E aí, o que vocês acharam do nosso encontro? (Pesquisadora).

Eu estou adorando esse trabalho, porque eu acho que vai ajudar muito a gente, no nosso serviço (Urano).

Não sei se a gente vai ter a sensibilidade de perceber isso (as necessidades) quando ela chega aqui [...] Não sei se temos conhecimento suficiente para desenvolver, atuar, minimizar ou tentar resolver estas necessidades das adolescentes (Saturno).

Elas são muito imaturas até para entender o que a gente fala. É difícil de trabalhar (Júpiter).

Ao final do grupo, as participantes receberam o material selecionado para embasar as discussões do momento seguinte, tais como capítulos de livros, artigos científicos de pesquisas em enfermagem que abordavam a THE e outras que associavam a PCA e a THE. As enfermeiras foram orientadas a fazer a leitura projetando o conhecimento adquirido às suas experiências passadas e futuras com as adolescentes no A&CR, iniciando, individualmente, o processo crítico-reflexivo proposto na pesquisa, que posteriormente se expandiria ao coletivo, nas discussões do grupo, movidas por momentos de reflexões da prática.

Quadro 5 – Síntese dos encontros do Momento I do Grupo de Convergência com as enfermeiras.

MOMENTO I: NOTAS INTRODUTÓRIAS SOBRE A PESQUISA				
DATA DOS ENCONTROS	PARTICIPANTES	OBJETIVO	NECESSIDADES DAS ADOLESCENTES TRABALHADAS	ALGUMAS SUGESTÕES APRESENTADAS
5/10	Júpiter e Saturno	Apresentar problema, objetivo e método da pesquisa Conhecer as expectativas dos participantes Apresentar e discutir resultados da pesquisa referentes às necessidades das adolescentes	Toque Vaginal Condição gestacional Condição socioeconômica Sinais e sintomas do parto (contração, tampão mucoso, cólica, vômito) Bem estar do bebê (movimentação fetal, medo da UTI, idade do bebê) Sinais e sintomas de Risco na gravidez (Pré-eclâmpsia, Trabalho de Parto Prematuro, Sangramentos) Dificuldades de relacionamento, modo de ser da adolescente (vergonha, timidez)	Identificação verbal e escrita do profissional. Investigar o medo do toque vaginal e trabalhá-lo. Orientação sobre sinais de trabalho de parto e sinais de risco utilizar imagens da internet, fazer comparações, identificar e apresentar pacientes sintomáticas que estejam no setor.
6/10	Urano e Netuno			
20/10	Vênus, Terra e Marte			
10/11	Mercúrio, Plutão e Ceres			

Fonte: Elaborada pela autora

Momento II: discutindo pressupostos e conceitos da Teoria Humanística de Enfermagem e preparando o enfermeiro cognoscente

Foram necessários três encontros para que as nove participantes vivenciassem o segundo momento e a duração média de cada um deles foi de cem minutos. Vale lembrar que a redução de dez para nove participantes decorreu da desistência de Urano após o primeiro momento do grupo de convergência. A síntese desses encontros consta no quadro 6.

Os objetivos do momento II eram discutir pressupostos e conceitos da THE na perspectiva do A&CR à gestante adolescente a partir da leitura proposta, dos resultados obtidos na primeira etapa do estudo e de suas práticas assistenciais. Também era objetivo realizar atividades que estimulassem a reflexão coletiva e a autorreflexão das participantes sobre o modo-de-ser no cuidado à adolescente e, a partir deles, tentar prepará-las para uma construção autonômica do conhecimento e da identidade profissional.

Iniciamos o grupo com a tentativa de discussão dos textos, em um repartir do conhecimento, conforme propõem Trentini e Paim (2004). No entanto, era notória a dificuldade das participantes em expressarem-se, pois algumas não realizaram a leitura por falta de tempo e outras a fizeram com dificuldade.

Nesse momento, houve a revelação de algumas participantes que as teorias não faziam parte de suas rotinas de estudo ou do processo de cuidar das participantes, fazendo com que a leitura fosse enfadonha, difícil ou incompreensível em alguns momentos. Ao mesmo tempo, algumas reconheciam a importância desse conteúdo e seu exercício na prática de Enfermagem. O discurso da participante ilustra esta realidade:

Teoria é uma coisa que há muito tempo eu não vejo [...] não está no meu dia a dia. Mas eu acho que [...] tem que tê-la como um alicerce para poder estar se apropriando mais desse cuidado e muitas vezes nos falta [...] A humanização perpassa por todas as teorias que são estudadas na Enfermagem [...] temos um link muito grande com a humanização, não é a toa que a humanização do cuidado está na nossa mão (Ceres).

Corroborando com a afirmação de Oliveira, Bruggemann e Fenilli (2003, p. 28) sobre a THE: “ela não é simples, sendo um tanto difícil de ser captada, pois a enfermeira deve estar familiarizada com a filosofia existencial e com a fenomenologia”. Ante a estas circunstâncias, optei por fazer uma breve explanação

sobre a THE, abordando sobre sua origem, sua fundamentação fenomenológica-existencial-humanística e a possibilidade de utilizá-la no cenário de pesquisa. Esclarecendo ainda que não havia a intencionalidade de que as participantes decorassem as informações trazidas nos textos, pois o propósito seria de discuti-las, correlacionando-as com as experiências profissionais e com os achados iniciais da pesquisa. Desejando, portanto, que o conhecimento fosse construído naturalmente, e simultaneamente, que a prática fosse modificada.

Demos continuidade procurando discutir cada um dos principais conceitos presentes na teoria: o ser humano, o diálogo (EU-TU, EU-ISSO, NÓS), a relação intersubjetiva (fazer com e estar com), o encontro, o relacionamento, a presença, o chamado, a resposta e as metas de estar bem e de estar melhor para a adolescente e o enfermeiro (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Para tanto, apresentamos mais alguns resultados da etapa anterior: a percepção do A&CR pelas adolescentes e como elas consideravam a relação com o enfermeiro nesse espaço (modo de ser das adolescentes, o modo de perceber o enfermeiro e as relações no A&CR, por exemplo), além de contrastarmos as IQ obtidas dos enfermeiros na etapa I com as reflexões atuais dos grupos de convergência.

As atividades descritas a seguir foram planejadas a partir da perspectiva filosófica do existencialismo-fenomenológico e do humanismo com o propósito de despertar nas participantes a capacidade de autopercepção para encontrar sua própria identidade e dar sentido/significado as próprias experiências junto às adolescentes, além de procurar conscientizá-las de sua liberdade e responsabilidade para as interações humanas, quando o seu modo-de-ser no mundo influencia e pode ser influenciado pelo outro, cabendo o inquietar-se em vir a ser mais (PATERSON, ZDERAD, 1988). Lembrando que a descrição completa dessas atividades consta no apêndice J.

Quadro 6 – Síntese dos encontros do Momento II do Grupo de Convergência com as enfermeiras.

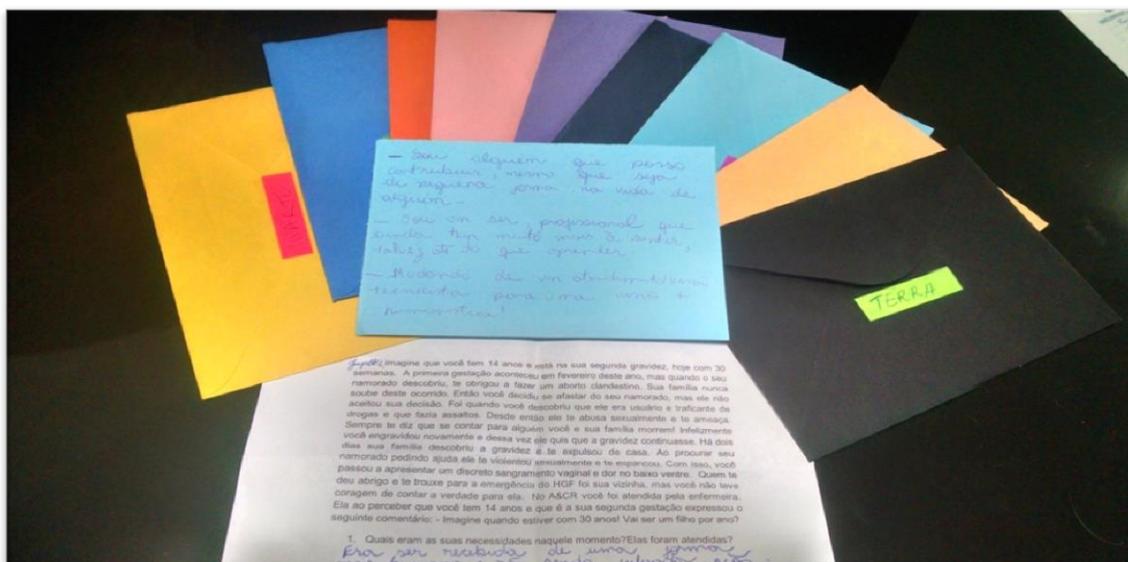
MOMENTO II: DISCUTINDO OS PRESSUPOSTOS E CONCEITOS DA TEORIA HUMANÍSTICA DE ENFERMAGEM E PREPARANDO O ENFERMEIRO COGNOSCENTE				
DATA DOS ENCONTROS	PARTICIPANTES	OBJETIVO	MOMENTO INICIAL	ATIVIDADES REFLEXIVAS ENVELOPE CONSCIÊNCIA
13/11	Vênus, Marte, Júpiter e Ceres	Discutir as suposições, pressupostos e conceitos da THE na perspectiva do A&CR à gestante adolescente.	Discussão da THE textos lidos + resultados etapa 1 (observação, entrevista e questionário) + relatos de experiências das participantes	<p>Questões Norteadoras da reflexão:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Quem sou eu no mundo? 2. Quem sou eu enfermeiro? 3. Quem sou eu cuidando de uma adolescente grávida?
19/11	Netuno e Plutão	Apresentar resultados da pesquisa e discuti-los a partir da THE		<p>ATIVIDADE 1: Vídeos</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Sou feita de retalhos 2. Eu sou apenas uma enfermeira
25/11	Mercúrio, Terra e Saturno	Explorar o ser-enfermeiro-no-mundo; fortalecendo o conhecimento e identidade profissional.		<p>ATIVIDADE 2: Dinâmica Refletindo a realidade do A&CR</p> <p>Imagine que...</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Você tem 14 anos esta grávida e é atendida no A&CR 2. Você é enfermeira do A&CR e está atendendo uma adolescente de 14 anos

Fonte: Elaborada pela autora

Portanto, o início de um trabalho preparatório das enfermeiras para subjetivamente vivenciar o outro, aqui representado pela adolescente e o seu acompanhante. Sendo necessário desenvolver a sensibilidade da condição humana e também a autopercepção para o encontro com a adolescente durante o acolhimento.

Para iniciar a reflexão, foi entregue a cada participante um envelope personalizado, designado de “consciência” (FOTOGRAFIA 1). Em seu interior havia duas atividades, a primeira delas com três questões comuns a todas as participantes: Quem sou eu no mundo? Quem sou eu enfermeiro? Quem sou eu cuidando de uma adolescente grávida? Foi solicitado que fizessem a leitura das perguntas, assistissem os dois vídeos que seriam apresentados e então refletissem para responder as questões.

Fotografia 1 – Envelopes da consciência e atividades propostas às enfermeiras no Momento II do Grupo de Convergência.



Fonte: Elaborada pela autora

O primeiro vídeo com o poema “Sou feita de retalhos”, de Cora Coralina, falava das relações humanas e da força dessas experiências de encontro na construção do EU e do modo de ser. O segundo vídeo “Sou apenas uma enfermeira” era o testemunho de uma enfermeira que cuidou de um paciente com Mal de Alzheimer e destacava o poder da relação dialógica como terapêutica para o paciente, contribuindo para o bem estar e o estar melhor de ambos.

Os recortes a seguir ilustram a reflexão de Plutão, Marte e Júpiter depois de assistirem os vídeos.

O vídeo falou sobre a gente ser um pedacinho de retalho na vida da outra pessoa. Eu acho que o que me move, o que me faz ser como eu sou é justamente essa questão. Eu sempre trabalho com o intuito de... Eu não quero ser imortal na vida de ninguém, mas eu quero ser... Lembro-me de uma paciente que acolhi muito ansiosa com as dores do parto e eu ajudei a tranquilizá-la. Dias depois ela voltou a me procurar, para me agradecer [...] Isso me envaidece. E o que nos envaidece faz com que a gente busque ser “dali para a melhor”, nunca para a pior. Então, é em cima dessas coisas que eu me construo. Faço questão de ser um pedacinho desse recorte na vida de uma pessoa dessas. De ela estar lá na casa dela e dizer: “Para mim foi ótimo, porque lá no hospital tinha uma enfermeira que foi maravilhosa, ela me ajudou, ela esclareceu as minhas dúvidas, ela me tranquilizou.” Tudo isso é importante? Claro que é! (Plutão).

Às vezes, a gente usa os empecilhos como uma desculpa para trabalhar menos, para falar menos, para se livrar logo da paciente. Daí você vê a proporção que atitudes tão simples tem (Marte).

Nós não devemos perder a oportunidade de falar algo para essa paciente [adolescente], não devemos perder a oportunidade de dar a orientação, de fazer aquele acolhimento mesmo propriamente dito, de estabelecer aquele vínculo entre o paciente e o enfermeiro e saber que nós podemos mudar alguma coisa sim, mesmo que seja em pequenas atitudes, mesmo que seja com um simples sorriso, mesmo que seja com uma única palavra: “te desejo tudo de bom na sua gestação, que você tenha um bom parto” (Júpiter).

Os relatos revelam uma tomada de consciência das participantes sobre como os seus modos de ser cuidado a essas adolescentes podem potencializar o bem estar delas ou torná-las melhor diante das adversidades enfrentadas. Ao mesmo tempo, a atitude de reconhecimento pelo trabalho prestado também potencializa a capacidade do profissional para ouvir a ser mais.

A esse respeito Caprara e Silva Franco (2006) lembram que o comportamento dialógico, na perspectiva buberiana, se dá no domínio inter-humano e consiste na possibilidade dos membros de uma relação se reconhecer como influenciadores mútuos, mas para tanto, é necessário que cada um dos envolvidos se torne consciente do outro de tal forma que, precisamente por isso, assuma para com ele que não o considere e não o trate como seu objeto, mas como seu parceiro em um acontecimento da vida.

Já a segunda atividade era uma dinâmica em dupla, uma participante fazia o papel de uma gestante adolescente de quatorze anos que procurava o serviço de obstetrícia e a outra o papel da enfermeira do A&CR. Cada uma retirou do seu envelope “consciência” o cartão com o fragmento textual para leitura e

reflexão individual e em seguida expor suas respostas ao grupo. Gerando novo momento de discussão grupal (FOTOGRAFIA 2).

Com essa simulação a gente viu que tinha feito um julgamento. Serviu para que a gente consiga refletir para tentar separar essas coisas. [...] a gente não pode colocar as nossas regras da vida, do que a gente foi ensinado, orientado para gente como sendo o padrão para a vida do outro. Meio que tipo você “criar uma barreira” do você pensa pra poder acolher o próximo, né? Conversar com essa gestante, seja adolescente ou não, sem está com os preconceitos, os preceitos, os julgamentos antes de conversar, antes de saber o real motivo da situação (Marte).

Depois que comecei a ler os textos e com essas dinâmicas deu para gente ter uma reflexão maior sobre a adolescente como um todo, sabendo que ela tem seus sentimentos, suas emoções, seus contextos físico, emocional, econômico. Outra coisa que eu aprendi hoje é que o que pode ser uma coisa assim absurda para mim, pode ser normal para realidade dela... (Júpiter).

Fotografia 2 – Enfermeiras participando de dinâmica no Momento II do Grupo de Convergência.



Fonte: Elaborada pela autora

A referida atividade estimulou exame de consciência e autopercepção das profissionais sobre o estar aberto ao encontro com as adolescentes, trabalhando a proposta das teóricas de que se vá à situação de enfermagem sem quaisquer noções preconceituosas, tentando evitar expectativas, rótulos e julgamentos. Portanto, um importante exercício para reconhecimento de tais condições e das repercussões que trazem para o encontro (PATERSON; ZDERARD, 1979).

Algumas participantes reconheceram que as leituras e discussões sobre a THE aliadas às dinâmicas realizadas contribuíram com o início de um aprendizado para o aperfeiçoamento de suas práticas ao mesmo tempo em que reconheceram dificuldades e limitações para conduzir a relação dialógica com as adolescentes, revelando a necessidade de aprender uma abordagem sistemática para a interação com a jovem.

Eu entendi que o enfermeiro, diante dessa teoria, ele não é só fazer, ele tem de ser humanizado também, tem que estar ali junto da adolescente, tem que ser presença [...] Todo esse cuidado proporciona a aproximação para que ela [adolescente] possa se sentir melhor (Netuno).

De fato a gente precisa ter um preparo maior para lidar com as adolescentes, sem fazer julgamentos, sem generalizar os casos. Mas eu fiquei me perguntando como acontece esse feedback? Como eu vou saber se estou conseguindo fazer essa relação de ajuda? (Júpiter).

As participantes reconheceram que havia a necessidade de uma teoria que norteasse suas práticas e destacaram as contribuições que a THE poderia trazer à relação enfermeiro-adolescente, no sentido de torná-la dialógica e humanizada, atendendo, assim, aos pressupostos que regem a proposta do acolhimento na saúde (FRANCO; BUENO; MERHY, 1999).

Por outro lado, as participantes também revelaram não saber como aplicar a THE em um processo lógico, dinâmico e sistematizado durante o momento do A&CR. Diante desse problema emergente na pesquisa, discutimos no grupo a possibilidade de estudarmos o PEF, adaptando suas etapas à realidade de trabalho com as gestantes adolescentes. Ficou acordado que este tema seria estudado no próximo momento do grupo de convergência.

Momento III: processo de enfermagem fenomenológico à gestante adolescente no A&CR

O terceiro momento em grupo, designado “Processo de Enfermagem Fenomenológico à gestante adolescente” teve como objetivos discutir e planejar as cinco etapas de um PEF que norteasse uma prática humanista do enfermeiro no A&CR de gestantes adolescentes.

Para que todas as enfermeiras participassem desse momento foram necessários dois encontros que duraram cerca de 100 minutos, cada. O quadro 7 é uma síntese do terceiro momento do grupo de convergência.

Quadro 7 – Síntese dos encontros do Momento III do Grupo de Convergência com as enfermeiras.

MOMENTO III: PROCESSO DE ENFERMAGEM FENOMENOLÓGICO À GESTANTE ADOLESCENTE NO A&CR		
DATA DOS ENCONTROS	PARTICIPANTES	OBJETIVO
4/12	Netuno, Plutão, Ceres, Vênus e Marte	<p>Conhecer e discutir as etapas do PEF.</p> <p>Construir o PEF às adolescentes do A&CR</p>
6/12	Mercúrio, Terra, Saturno e Júpiter	<p>Conhecer e discutir as etapas do PEF.</p> <p>Construir o PEF às adolescentes do A&CR</p>

DESENVOLVIMENTO
<p>FASE I: Preparando-nos para acolher a adolescente grávida</p> <p>PP*1: Trabalhar a capacidade de autopercepção e de percepção do outro</p> <p>PN*2: Como eu percebo a adolescente grávida? Quem sou eu-enfermeiro-acolhendo-a-adolescente-grávida? Quais têm sido as limitações, fragilidades e potencialidades no cuidado às adolescentes que atendemos no A&CR?</p>
<p>FASE II: Conhecendo intuitivamente a adolescente grávida</p> <p>PP: Trabalhar a capacidade das participantes para conhecer intuitivamente a adolescente grávida durante o A&CR.</p> <p>PN: Como tem sido nossos encontros, que tipo de relação temos priorizado? Que aspectos mais interferem na capacidade de conhecermos intuitivamente a adolescente e propiciar a presença tanto para nós quanto para a adolescente?</p>
<p>FASE III: Conhecendo cientificamente a adolescente grávida</p> <p>PP: Pensar a possibilidade das enfermeiras realizarem a investigação clínica da adolescente sob um processo relacional e dialógico.</p> <p>PN: Como tem ocorrido nossa avaliação clínica para a classificação de risco da adolescente? De quais maneiras poderíamos envolver a adolescente e o acompanhante nesse processo avaliativo?</p>
<p>FASE IV: Sintetizando complementariamente as realidades</p> <p>PP: Preparar as enfermeiras para comparar realidades múltiplas conhecidas com os dados e a experiência de cada adolescente e sintetizá-los em uma visão ampliada da experiência da adolescente.</p> <p>PN: De que maneira poderíamos sintetizar as experiências vividas com as adolescentes no A&CR? Que exemplos da nossa prática podem ser apresentados nesse delineamento?</p>
<p>FASE V: Da sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal do processo interno, compreendendo o todo</p> <p>PP: Construir o conceito da experiência vivida com a adolescente no A&CR</p> <p>PN: Que conclusões tivemos de nossas experiências com as adolescentes desde que nos aproximamos da THE?</p>

Fonte: Elaborada pela autora

O PEF presume que o enfermeiro que participa do processo tenha formação referente às necessidades biopsicoespirituais dos indivíduos, além de possuir uma sensibilidade e conhecimento da condição humana, bem como autoconhecimento (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Pensando nisto, foi elaborado um material de estudo sobre o PEF e entregue às participantes com uma semana de antecedência do primeiro encontro. Seu conteúdo além de apresentar de maneira sintética e clara as fases do processo, também trazia perguntas norteadoras para planejar as fases numa perspectiva de cuidado às gestantes adolescentes. O referido material foi utilizado como roteiro do terceiro momento (APÊNDICE K).

Pensando em dar dinamicidade ao momento, o espaço do A&CR foi adaptado aos encontros. As participantes se organizaram em círculo defronte a uma parede onde estavam distribuídas cinco cartolinas coloridas, cada uma representando uma das cinco etapas do PEF, e disponibilizados pincéis às participantes. Na medida em que se discutiam as fases do processo, as informações relevantes de cada fase eram registradas em sua respectiva cartolina (FOTOGRAFIA 3). Desse modo, buscávamos elaborar um processo de enfermagem adaptado às gestantes adolescentes em atendimento no A&CR, o qual se encontra ilustrado na figura 9.

Fotografia 3 – Enfermeiras elaborando o Processo de Enfermagem Fenomenológico durante o momento III do grupo de convergência.



Fonte: Elaborada pela autora

Fase 1: preparando-nos para acolher as adolescentes grávidas

Nesta etapa, o objetivo foi trabalhar a capacidade de autopercepção e de percepção do outro. Seria, portanto, uma possibilidade das enfermeiras tomarem ciência de suas limitações e fragilidades, a fim de melhor usufruir do potencial para o cuidado humanístico da gestante adolescente (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008).

Assim, a discussão dessa fase foi norteadada pelos seguintes questionamentos: Como eu percebo a adolescente grávida? Quem sou-eu-enfermeiro-acolhendo-a-adolescente-grávida? Quais têm sido as limitações, fragilidades e potencialidades no cuidado às adolescentes que atendemos no A&CR?

A partir destes questionamentos, as participantes explorariam o seu “EU”, refletindo suas experiências pessoais e profissionais junto às gestantes adolescentes e aos acompanhantes. Confrontando valores morais e éticos frente a estas experiências, a fim de fortalecer a identidade profissional e a capacidade de conhecer e vivenciar o “OUTRO” subjetivamente e com isto procurar melhorar a relação dialógica com a adolescente durante o A&CR.

Nesse sentido, as profissionais refletiram como os valores morais influenciam na maneira de perceber a adolescente grávida. Observou-se que tal construção partiu do convívio familiar, dos valores da família, esta que é, geralmente, a unidade fundamental provedora da ética e da moral de seus membros (CAREGNATO; MARTINI; MUTTI, 2009).

Lá na minha casa engravidar com 14 anos não é correto não! Tem que estudar, casar, ter carro, casa... Mas não adianta você querer que na casa dos outro seja a mesma coisa. Você não pode exigir que a pessoa seja uma coisa que ela não quer ser [...] É como passou no Fantástico (programa de TV) uma vez. A tataravó engravidou com 14 anos, a mãe com 14 anos... Já estava na 5ª geração e todas engravidaram com 14 anos (Vênus).

A minha visão de mundo tem toda uma vida que vai me modificando na medida em que eu vou selecionando o que eu quero e o que eu não quero mudar. Eu não quero que meu filho seja pai com essa idade de quatorze anos [...] Eu vou me imbuir do meu preconceito [...] Não acho que é a idade certa para engravidar (Ceres).

Às vezes, o que eu penso sobre a minha família eu deixo transparecer. Por exemplo, atendi uma paciente de 14 anos, em trabalho de parto, aí, começa com aquelas coisas: eu quero a minha mãe, mamãe... Ou coisa do tipo... Me dá um abuso, eu tento me controlar, mas me dá um abuso, porque a primeira coisa que eu quero pensar é: engraçado, nessa hora ela lembra da mãe. Eu fico com raiva porque ela não teve a consciência e está grávida [...]

não foi isso na minha criação. Isso pra mim... Ave Maria, se falasse pelo menos alguma coisa do tipo, um namoro mais arrojado... Não tinha nem perigo [...] Mas, eu não sou de dar “carão” ou apontar o que a pessoa fez [...] eu sou tímida ao ponto de não fazer isso. Mas achar certo? Não acho! Eu penso, mas não falo. Mas, ao vê-la chorando, que eu poderia dar um consolo pra ela, eu normalmente me esquivo, não vou, eu não digo nada [...] não vou lá pra dar uma força pra ela, entendeu, justamente por conta desse preconceito. Tenho que aprender a separar (Plutão).

Neste exercício, para tomada de consciência sobre seus modos de ser no cuidado às gestantes adolescentes, as profissionais se deram conta que o preconceito com a gravidez na adolescência tornava-se uma limitação e fragilidade para desenvolver o cuidado humanístico com essas jovens.

Plutão reconheceu no seu modo de ser o preconceito com a gravidez precoce como uma condição limitadora da possibilidade de estar com a adolescente e de contribuir para o estar melhor da jovem na experiência em que se encontrava lançada. A esse respeito, Netuno, por sua vez, atentou para a possibilidade e a responsabilidade do ser de conter-se em seu mundo, guardando para si, sentimentos, percepções e opiniões acerca da experiência da maternidade precoce para essa jovem. Terra, por sua vez, lembrou-se da importância da não generalização dos casos, pois a experiência da maternidade para a adolescente pode ser inesperada para umas e planejada para outras.

A gente pensa, a gente não deixa de pensar: é uma adolescente que já está na segunda gravidez. Meu Deus, daqui a um ano, ela vai ter de novo um menino. Por mais que a primeira coisa que passe na sua cabeça seja isso, mas você não tem direito nenhum de expor aquilo ali para ela, de julgar [...] acho errado você expressar isso para ela (Netuno).

A gente quer generalizar, achar que toda gravidez na adolescência foi descuido, irresponsabilidade, mas não é bem assim [...] tem o sonho do outro. Algumas já queriam ser mãe, se planejaram e tudo. Outras não se planejaram, mas pelo menos tem uma certa estrutura familiar, já vive com o parceiro, já trabalha (Terra).

Na perspectiva existencial em que se constrói a THE, deve-se levar em consideração que vivemos num mundo de inúmeras possibilidades, por exemplo a de conter-se ou revelar-se, e a responsabilidade de fazer o máximo dessa existência encontra-se dentro de cada um de nós (PATERSON; ZDERAD, 1988). Nesse sentido observou-se no discurso que Plutão reconheceu no seu modo de ser o preconceito com a gravidez precoce como uma condição limitadora da possibilidade

de estar com a adolescente e de contribuir para o estar melhor da jovem na experiência em que se encontrava lançada.

A fenomenologia, entendida como estudo do significado do fenômeno para um indivíduo em particular, é comumente considerada como tendo influência significativa no desenvolvimento do existencialismo, porque requer uma análise da situação a partir da perspectiva da experiência própria do indivíduo (PATERSON; ZDERAD, 1988).

Seguindo tal raciocínio, Netuno, lembrou que refletir as experiências vivenciadas no A&CR contribui na construção da sensibilidade humana ajudando-lhe a se preparar para vivenciar o outro.

Eu acho que a gente cresce vendo a dificuldade do outro. Eu tive essa reflexão hoje depois de acolher uma paciente, mas ela não era adolescente. Era uma cadeirante que havia perdido um bebê no nono mês de gestação. Sofreu um AVC (Acidente Vascular Cerebral), está com um câncer cerebral e veio na emergência para confirmar se estava grávida, porque precisava iniciar a quimioterapia. Aquilo mexeu muito comigo. O mais interessante foi que eu vi que ela era uma pessoa simpática, serena, uma pessoa maravilhosa de se conversar. Isso vai construindo o nosso modo de ser também. A gente vai juntando até os problemas das nossas pacientes para poder crescer como profissional (Netuno).

Outro ponto de reflexão foi sobre a condição de espírito do profissional no momento do A&CR, pois esta pode inviabilizar habilidades e sensibilidades que seriam determinantes no fundir-se do self com o espírito rítmico do outro, contribuindo para o sucesso do encontro.

Tenho que refletir [...] será que eu estou no momento de fazer todas essas fases [propostas pela teoria], de compreender, de me colocar no lugar dela, de compreender ela e a acompanhante? Nem sempre, nem em todos os momentos, nós vamos estar com essa disponibilidade [...] Começar pensando assim: “Hoje é um bom dia para eu ficar aqui?” (Saturno).

Eu vou falar por mim. A questão do acolhimento reflete até a maneira de como eu estou, como eu venho trabalhar. Tem dias que eu estou melhor e acabo conversando mais e quando não estou tão bem acabo conversando menos. Normalmente, quando eu não estou tão bem, eu sou muito introspectiva e acabo, realmente, blindando essa possibilidade da paciente conversar um pouco mais comigo, acabo sendo pontual no que ela está referindo como queixa, sem me preocupar muito com orientação ou fazer com que ela se sinta a vontade (Plutão).

Destarte, considero que as reflexões realizadas para esta fase, contribuíram no despertar das participantes para o fortalecimento da identidade

profissional, condição essencial para dar seguimento às outras fases do processo, em busca do conhecimento sobre aquele que é cuidado, neste caso, a gestante adolescente.

Fase 2: conhecendo intuitivamente à adolescente grávida

Esta fase caracteriza-se por um “entrar” do cliente na situação humana, o encontro empático e o início da relação EU-TU, pela qual a enfermeira compreende, repentina e intuitivamente, a experiência do outro (PATERSON; ZDERAD, 1988). Tal compreensão é resultante da atitude de tentar ver o mundo através dos olhos do “OUTRO”, ou seja, pela possibilidade de conhecê-lo intuitivamente (OLIVEIRA; BRÜGGEMANN; FENILLI, 2003).

Destarte, a proposta era trabalhar a capacidade das participantes para conhecer intuitivamente a adolescente grávida durante o A&CR. Para tanto, levou-se em consideração que este conhecimento intuitivo é influenciado pela autopercepção do profissional sobre seu modo de ser (atitudes de preconceito, julgamentos, de empatia, de solidariedade) e de estar com o outro (a abertura propiciada ao outro) (GEORGE, 2000).

Desse modo, as participantes foram convidadas a responder os seguintes pensamentos norteadores: Como tem sido nossos encontros, que tipo de relação temos priorizado? Que aspectos mais interferem na capacidade de conhecermos intuitivamente a adolescente e propiciar a presença tanto para nós quanto para a adolescente? Com isto, as participantes eram levadas a resgatar vivências com as adolescentes e refleti-las sob a perspectiva da THE.

Para compreender intuitivamente a realidade do mundo da adolescente que procura atendimento na EO, as enfermeiras consideraram importante abrir-se, de fato, à experiência da jovem, despindo-se de preconceitos e estereótipos arraigados do senso comum, pois em alguns casos, esse conhecimento abstrato remete a uma “conclusão pouco fundamentada”, que em muitos casos é divergente da realidade dela.

É tipo assim, chega a adolescente no comecinho da gravidez e está sangrando, aí a gente vai logo julgando, que ela usou “Citotec”, que está tentando abortar, que é irresponsável [...] generaliza, não é? É isso que não está certo [...] falso conhecimento, não é? (Vênus)

Ilustramos a posição de algumas enfermeiras representada nas falas de Mercúrio e Terra, quando retomaram à experiência das dinâmicas realizadas no

momento II considerando-as como um ponto importante de tomada de consciência de suas práticas e das necessidades de mudanças, desconstruindo as atitudes de repreensão e de julgamento.

Acho que vínhamos priorizando uma relação de repreensão (Mercúrio).

Eu não tinha essa percepção que fazia julgamentos [...] foi naquele nosso encontro que tomei consciência, aquela dinâmica [...] venho trabalhando isso em mim diariamente para não fazer julgamentos, principalmente, nos plantões noturnos, que elas chegam uma, duas, três da manhã sentindo dor desde o dia anterior e deixa pra vir de madrugada e, às vezes, vêm sobre o efeito de drogas, que também é outra coisa que não cabe ficar questionando [...] Não! Eu estou aqui para acolher e atender essa paciente (Terra).

Já Vênus, Plutão e Júpiter lembraram que para conhecer intuitivamente à adolescente é necessária uma prática acolhedora, de escuta atenta e interessada e de abertura para o outro, em que ambos tornam-se mais, pois o profissional é capaz de crescer e aprender com as experiências vividas e de sentir-se melhor com o encontro, assim como a adolescente.

Às vezes, até a maneira como você recebe ela (gestante adolescente). Se você recebe (de forma) mais carismática, ela vai ter mais uma abertura pra conversar com você; mas, se você recebe [...] olhando só para o papel, interessada só em preencher aquela folha... (Vênus).

O fato de você conversar, de ouvir, de você dar uma abertura para outro tipo de assunto que não seja necessariamente as queixas que ela está apresentando naquele momento, dá para a paciente certa tranquilidade e um acesso a nós (Plutão).

Quando se admite descentralizar e reconstruir o eixo norteador do acolhimento, abrindo-se de fato a um diálogo, no qual a fala do outro não é qualificada a partir de uma mesma referência, mas introduz novas referências que redimensionam o que é preciso fazer, então novos objetos podem surgir, ou novos aspectos do mesmo objeto, pela presença do outro sujeito.

Depois que a gente teve aquele encontro sobre a teoria, passei a trabalhar mais essa abertura, fazendo perguntas bem simples, tipo “Tudo bem com você? Como você se sente?” Coisas bem simples, mas que fazia elas perceberem que eu tinha interesse em conversar. Com isso elas vão se abrindo mais (...) Atendi uma garota de 17 anos, fui conversando mais e descobri que ela nem se sentia grávida apesar de já estar com 40 semanas. Soube também que a mãe dela tinha problemas mentais, que o pai do bebê

virou bandido e não falava mais com ela e apesar de tudo ela se sentia bem [...] O contexto que ela vive, acostumada com aquilo. A gente aprende com elas [...] Aprendi que o que pode ser uma coisa assim absurda para mim, pode ser normal para realidade dela (Júpiter).

A fala de Júpiter representa a experiência subjetiva vivida com uma adolescente, e conduzida em um processo simultâneo, para ela e a jovem, de abertura, disposição e receptividade à singularidade do outro, e proporcionando a relação EU-TU é dependente. A presença de Júpiter aparece na simultaneidade entre o estímulo à fala da jovem, a disponibilidade para escutá-la e o permitir-se se surpreender e aprender com a existência dela.

Nesse contexto, George (2000) considera que a relação EU-TU, é na verdade, uma relação sujeito-sujeito, uma união de seres que só se efetiva quando ambos acham-se abertos reciprocamente, um reconhecendo a singularidade do outro e um indo em direção ao outro, oferecendo-lhe presença autêntica e possibilitando a presença autêntica com o seu próprio "EU". A presença, nada mais é que a qualidade de estar aberto, receptivo, pronto e disponível para a outra pessoa, de um modo recíproco. Ela necessita do estar-se aberto ao todo da experiência de enfermagem.

Ainda nesta reflexão, Netuno lembrou também que não é só o que se fala que interfere na relação, mas também como se fala: "Às vezes, até a forma de você falar [...] a paciente pode receber como uma crítica ou como um apoio".

Outro ponto considerado fundamental para a relação intersubjetiva enfermeiro-adolescente foi a linguagem não verbal construída através do olhar e do toque os quais transmitiriam apoio, confiança, segurança e tranquilidade, proporcionando um estar melhor à adolescente.

A linguagem não verbal, como o simples pegar na mão ou passar a mão na cabeça da paciente, tentando acalmá-la [...] é você estar junto ali, demonstrando que você está ali ao lado dela com a sua presença para que ela (a parturiente) possa se sentir melhor (Netuno).

A empatia também foi citada como importante na construção do conhecimento intuitivo do enfermeiro à adolescente. Corroborando com as manifestações das participantes do grupo, Kestenberg (2013) lembra que empatia é uma habilidade socialmente aprendida e essencial para a relação interativa na enfermagem, pois quando o paciente se dá conta do interesse do enfermeiro para

consigo, mais facilmente se permite construir ou manter vínculos. Na perspectiva da THE, se trata, portanto, da capacidade do profissional de se colocar no lugar da adolescente buscando entender seus sentimentos, percepções e necessidades e usar tal entendimento para conduzir uma relação EU-TU nas ações e decisões como enfermeiro.

Quantas vezes a adolescente vem transferida de outro hospital, chega aqui grave, às vezes vai fazer uma cesárea de urgência e chega aqui sem entender nada do que está acontecendo com ela [...] com aquele olhar de quem está perdido [...] preocupada, com medo [...] É você se colocar no lugar dela. Se fosse você, não iria querer que o outro lhe explicasse? (Mercúrio).

A revelação do sentimento empático do enfermeiro ao paciente demonstra sua capacidade de estar e relacionar-se com os outros e com as coisas. Estar com o paciente empaticamente representa uma relação interior em que se manifesta a capacidade do ser humano de conhecer a si mesmo e aos outros (ROLIM; PAGLIUCA; CARDOSO, 2005). Este pensar do enfermeiro deve direcionar o seu fazer na enfermagem humanística-fenomenológica, indo ao encontro das proposições do A&CR.

Mediante as discussões e construções dessa fase, inferiu-se que as participantes compreenderam e equipararam a validade da experiência subjetiva à experiência objetiva com a adolescente no A&CR.

Fase 3: conhecendo cientificamente a adolescente grávida

Para esta fase, o objetivo era pensar a possibilidade das enfermeiras realizarem a investigação clínica da adolescente sob um processo relacional e dialógico de estar com e fazer com ela.

Assim foram levantados os seguintes questionamentos norteadores: Como tem ocorrido nossa avaliação clínica para a classificação de risco da adolescente? De quais maneiras poderíamos envolver a adolescente e o acompanhante nesse processo avaliativo?

Ao observar as manifestações das enfermeiras sobre tais questionamentos, apreendeu-se a forte tendência da relação sujeito-objeto, que é, geralmente, a principal condutora do processo de avaliação clínica da adolescente. Vênus e Netuno consideraram que para o enfermeiro avaliar e

classificar o risco do atendimento seria necessário, sobretudo, o conhecimento clínico e um olhar crítico da experiência dessa adolescente, ajudando a discernir entre o real e o imaginário no mundo dessa adolescente.

Primeiro você tem que saber a clínica para poder fazer o cuidado [...] Com o olhar crítico dá para você avaliar o que é real, porque, às vezes, ela diz que está sentindo uma coisa para ser classificada com cor amarela (Vênus).

A gente já sabe de cor essa classificação [...] os eixos [...] acaba sendo essa coisa mecânica mesmo de queixa referida... sinais vitais...compara com o protocolo, classifica e pronto (Netuno).

Diante desta realidade, pensou-se que uma maneira de desconstruir essa perspectiva dessubjetivadora da avaliação clínica seria envolvendo a adolescente nesse processo avaliativo, onde a enfermeira co-experienciaria o mundo da adolescente e aproveitaria para orientá-la, desenvolvendo o potencial dela para vir a ser mais em termos de autonomia e de conhecimento sobre a sua condição de saúde e de bem estar.

Acho que se avaliarmos a dor que ela diz que sente junto com ela [...] avisando a hora que dói, onde dói, ficaria mais fácil a gente identificar se é mesmo contração ou se é só movimentação do bebê e aí já vai ensinando para ela aprender a diferenciar. Porque tem adolescente que grita tanto e tá só no comecinho do trabalho de parto e tem outras que ficam caladinhas e já estão bem evoluídas. Então se a gente for classificar só no grito, né? (Terra).

Também foi considerado importante o profissional se autoavaliar e auto-criticar durante o desenvolvimento desta tarefa, observando se as palavras são utilizadas de forma a emitir uma informação compreensível e o tom de voz utilizado nesta emissão.

Pensar na autoavaliação. Será que o que eu falei serviu para ela? Será que ela entendeu? Às vezes, você fala, fala, fala e, no final, ela não entendeu nada do que você disse [...] Ter o cuidado de perguntar se ela entendeu [...] Você quer que eu explique novamente? (Vênus).

Eu acho que a gente pode aproveitar a oportunidade para fazer uma orientação, mas também tem que saber que tipo de palavras usar. Além das palavras, o tom que você utiliza. Isso é muito importante (Plutão).

Discutiu-se também sobre o exercício de respeito e paciência às limitações de compreensão que podem existir, pois muitas vezes estas são

resultantes da forte influência que o conhecimento adquirido pelo senso comum tem tanto na compreensão quanto na aceitação daquilo que é falado.

Tem adolescente que é difícil, a gente explica uma, duas, dez, vinte vezes que ela não tem indicação de fazer cesárea, por que não está passando do tempo, nem ela nem o bebê estão em risco que justifique uma cesárea de urgência. Mas parece que não adianta, só fica falando que o menino vai nascer igual o filho da vizinha, de não sei mais quem, que o menino foi para UTI porque passou do tempo (Marte).

[...] Tem que ter paciência mesmo, explicar que cada caso é um caso, que às vezes o que aconteceu não foi porque passou do tempo, que existem outras razões, por exemplo, a própria anestesia, que pode levar a uma depressão respiratória no bebê. Tentar explicar isso para ela de um jeito que ela possa entender (Terra).

Nesse instante, foram lembradas algumas estratégias que poderiam ser utilizadas no processo educativo dessas jovens como: o uso de imagens e vídeos curtos que pudessem ser apresentados durante o acolhimento, o incentivo a leitura da caderneta da gestante, a contagem e registro da movimentação fetal e das contrações uterinas, o uso de aplicativos no celular sobre dicas e evolução da gestação e idade gestacional.

Portanto, considerou-se importante nessa fase para as enfermeiras, a todo tempo, o afastamento para reflexão crítica sobre a vivência com a adolescente, ao mesmo tempo em que está inserida nela. E com isto, fortalecer a capacidade de refletir a relação EU-ISSO no cuidado vivenciado.

Fase 4: sintetizando complementarmente as realidades conhecidas sobre a experiência da adolescência

Nesta fase, o objetivo era preparar as enfermeiras para comparar realidades múltiplas conhecidas com os dados e a experiência de cada adolescente e sintetizá-los em uma visão ampliada da experiência vivida, norteadora da relação dialógica para o bem estar e o estar melhor da adolescente frente às suas necessidades.

Assim, foi esclarecido para as participantes que inicialmente elas teriam que fazer uma comparação analítica da experiência da adolescente com os dados obtidos intuitivamente e cientificamente nas etapas II e III do PEF, respectivamente. E em seguida também deveriam compará-los e contrastá-los com outras realidades

conhecidas, a fim de sintetizá-los em uma visão ampliada, denominada pelas idealizadoras da THE de formulação de conceitos.

Com isto, deveriam compreender que a referida etapa permite um diálogo entre as realidades e admite as diferenças. O momento da efetivação do cuidado dialógico, contemplando simultaneamente as duas formas do relacionar-se: sujeito-objeto e sujeito-sujeito, pois ambas são fundamentais para a existência humana genuína, ou seja, para a compreensão da existência da adolescente (PATERSON; ZDERAD, 1988).

As perguntas norteadoras para a construção desta fase foram: De que maneira poderíamos sintetizar as experiências vividas com as adolescentes no A&CR? Que exemplos da nossa prática podem ser apresentados nesse delineamento?

Nas discussões sobre esta etapa as profissionais consideraram que na relação sujeito-sujeito, aquelas necessidades levantadas intuitivamente deveriam ser prontamente validadas e trabalhadas com as jovens. Netuno trouxe um exemplo do levantamento de necessidades psicossociais da adolescente, que foram intuitivamente percebidas, levadas a validação pelo contraste com a realidade da jovem e trabalhadas dialogicamente na perspectiva da escuta e do apoio.

A adolescente que não tem o apoio [...] talvez seja a que mais precise de nós [...] Então quando eu as vejo chegando aqui com gente que não é da família, ou vem só, vem com uma coleguinha [...] eu já acho que ela pode estar sem apoio da família. Daí, eu vou conversando, para ver se é realmente o que eu estou pensando [...] às vezes elas se abrem com a gente [...] choram [...] quando acho que precisa vejo com ela para chamar a assistente social (Netuno).

Já na relação sujeito-objeto também poderiam ser levantadas outras necessidades autorreferidas (queixas clínico-obstétricas, problemas psicossociais, econômicos, familiares e afetivos) ou identificadas pelo profissional por meio da avaliação clínica. E no caso das condições clínico-obstétricas, tais achados seriam contrastados com o conhecimento científico, o qual permitiria uma análise por um olhar clínico e crítico da situação e comparados a outras experiências profissionais e pessoais do enfermeiro, de modo a ajudar não só na classificação do risco, como na identificação de necessidades como o risco potencial para algumas patologias ou agravos obstétricos.

Tem intuição também, que é aquele insight de tipo... eu olho e penso... “Já está perto dessa adolescente parir, vou deitar ela aqui” [...] Esse olhar crítico vem do conhecimento científico, mas vem também do meu conhecimento adquirido da prática e também das nossas experiências que a gente já teve no pessoal, na nossa família, com nossos amigos (Ceres).

Tem adolescente em tratamento de infecção urinária, por exemplo, que já passou no hospital, o médico passou a medicação e ela está tomando, mas quando você vai conversar direitinho descobre que ela está tomando a medicação toda errada. Aí a gente tem que explicar como é que tem que tomar [...] falo logo do risco que tem: “Olha, você sabia que infecção urinária que não trata direito pode fazer o bebê nascer antes do tempo ou pegar uma infecção?” Às vezes falo até do risco da bactéria subir para os rins e para o resto do corpo dela [...]. Às vezes a gente tem que dar esse choque nela para não acontecer o pior, né? Já vi gestante morrer de urosepsis aqui (Saturno).

Ceres e Saturno destacaram o conhecimento da clínica como algo que é cientificamente construído, mas que também é adquirido pelo senso comum, no vivenciar, experienciar e observar o mundo da obstetrícia, tanto na prática de trabalho quanto nas demais relações em comunidade.

Para esta fase, as discussões das enfermeiras estiveram centradas na proposta de que, para se construir uma visão ampliada do ser adolescente e de sua existência/experiência, seria necessário partir de uma avaliação micro para uma micra, ou seja, de generalizações à particularidades, portanto seria uma lapidar desse conhecimento sobre a adolescente, cujo processo tem comparação e contraste das realidades múltiplas delas, dados objetivos e a experiência da adolescente para se chegar a uma síntese.

5ª fase: da sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal do processo interno, compreendendo o todo da experiência.

Nesta etapa, o objetivo era a construção do conceito da experiência vivida. Para tanto, foi esclarecido ao grupo que tal construção é, na verdade uma conclusão estabelecida após a síntese de ideias e dados da relação. Sendo, portanto, uma avaliação do significado da experiência para os sujeitos que a vivenciaram: enfermeira, adolescente e acompanhante.

O pensamento norteador foi: Que conclusões tivemos de nossas experiências com as adolescentes desde que nos aproximamos da THE?

Nessa fase, existe um paradoxo no fato de que a enfermeira começa por uma noção geral, algo intuitivamente captado e depois ela o estuda, compara, contrasta e sintetiza (fase 4) de modo a chegar a uma verdade que é singularmente

pessoal, embora tenha um significado geral: um construto descritivo e teórico da enfermagem (GEORGE, 2000).

Essa conclusão, portanto, tem um significado para todos, sendo na verdade, mais que uma formação de diagnóstico ou problema, é uma formação de um conceito. Assim, a conclusão para o enfermeiro é, na verdade, a reflexão do momento vivenciado (bem-estar) e experimentado (vir-a-ser), para que haja o fortalecimento à preocupação de estar com alguém que está em necessidade de acolhimento.

A enfermagem humanística preocupa-se em estar com o outro que possui uma necessidade e através da relação dialógica alcançar a meta de estar melhor ou de bem estar para ambos (PATERSON; ZDERAD, 1988). Nessa perspectiva Souza (2003) destaca que o comportamento modifica-se como resultado das ações da enfermeira e do cliente que se relacionam dialogicamente em uma perspectiva existencialista-fenomenológica-humanística:

O estar com uma pessoa que sofre, na relação EU-TU, amplia as oportunidades do indivíduo para o estar melhor, de modo que a tristeza possa ser partilhada com o outro. E isso pode resultar no cliente sentir-se mais capaz de fazer escolhas. Assim o resultado desse processo pode ser validado em uma atividade indicadora de que o sofrimento está melhorando (SOUZA, 2003, p.196).

Fazendo uma aproximação da afirmativa da autora supracitada com a realidade do A&CR das adolescentes relatada pelas enfermeiras, observou-se nos discursos das participantes que o diálogo vivenciado em uma perspectiva de reconhecer e trabalhar as necessidades possibilitou um estar melhor para a adolescente e uma sensação de bem estar para o profissional.

Vênus destacou que o exercício de refletir a prática do toque vaginal nas adolescentes despertou-lhe interesse em orientá-las contribuindo para que compreenda a necessidade deste e colabore com o profissional no momento da realização do exame, pensando em experiências menos estressantes, traumáticas e desumanizadas que seriam resignificadas tanto pela adolescente quanto pelo profissional.

Depois do primeiro encontro (da pesquisa) que a gente teve, sempre que ela vem aqui (a adolescente), eu me preocupo em falar sobre o exame de toque, porque muitas acham que é feito porque tem que fazer. Não explicam a necessidade de fazê-lo [...] “Você sabe por que é feito o exame

de toque? Ela: “Não sei.” Aí, eu vou explicar a fisiologia para ela entender. Aí, ela: Ah, por isso sempre tem que fazer (Vênus).

As falas das enfermeiras revelaram que ao estabelecer uma relação dialógica com a adolescente há possibilidade de, simultaneamente, alcançar um bem-estar e estar melhor para ambos, fenômeno com significados nos discursos.

Para mim o que me deixa melhor é mais aquela sensação de dever cumprido (Saturno).

Eu acho que ela fica melhor quando sente que você se importa com ela [...] Quando a gente sente que ela se sentiu bem acolhida [...] eu fico bem quando sinto isso (Mercúrio).

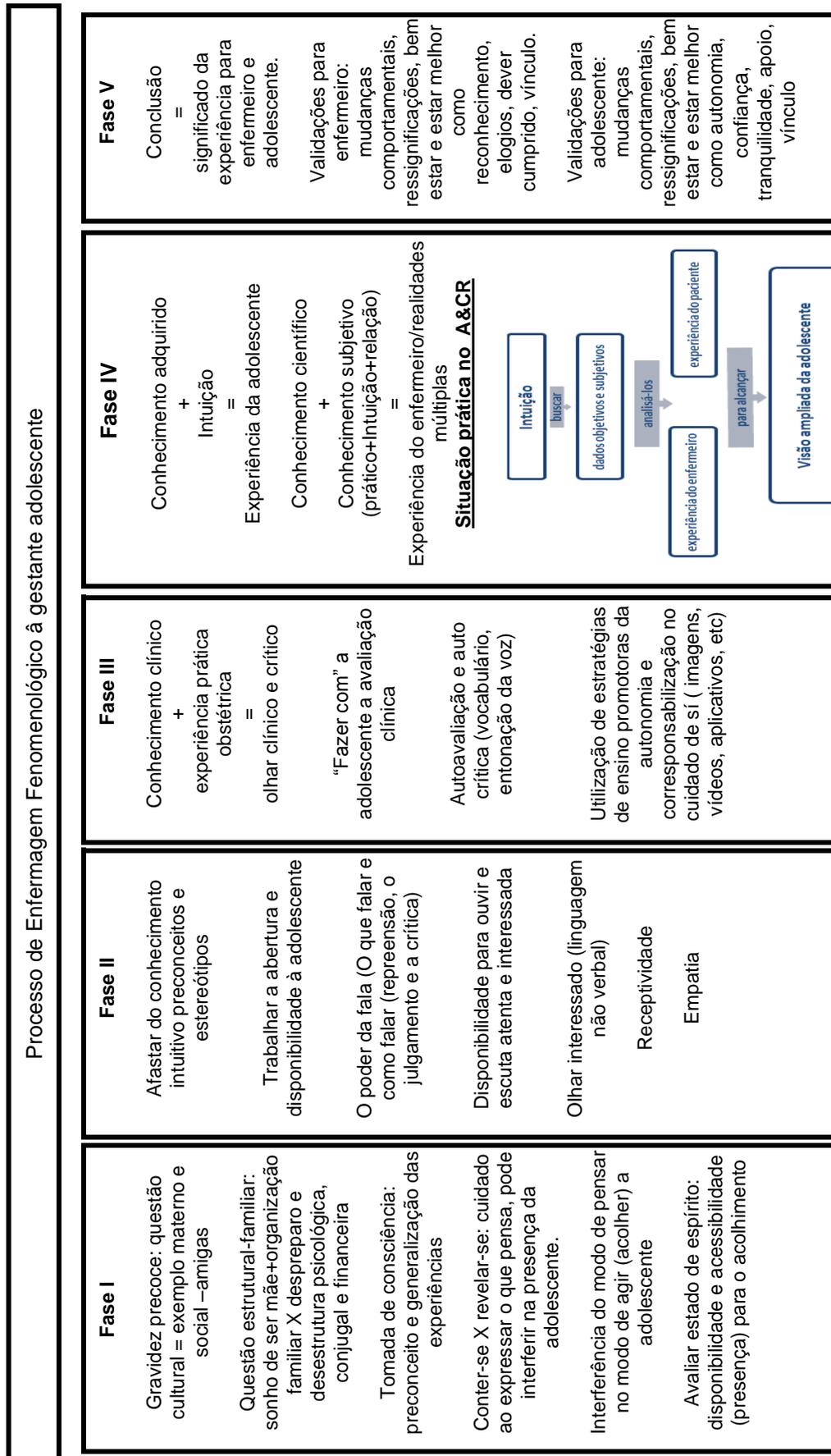
Às vezes, quando elas se abrem aqui com a gente elas ficam melhor, alivia um pouco do medo, da tristeza (Vênus).

Ao sintetizar o mundo das experiências dos enfermeiros com a gestante adolescente sinalizou-se para construção norteadora do cuidado humanístico, que une a intuição e a clínica mediada por uma relação dialógica, possibilitando um encontro com a experiência do outro. Trazendo em si uma reflexão sobre as possibilidades de melhorar a prática do A&CR utilizando estratégias que fortaleçam esse dispositivo, reafirmando os seus propósitos.

A construção do PEF às gestantes adolescentes foi, na verdade, o produto dos três momentos dos grupos de convergência e está ilustrado na figura 9. Ainda, a contemplação dos 4R's propostos na PCA também foi representada na figura 10.

Em continuidade ao movimento de dança, característico da PCA, um dos últimos exercícios de afastamento da pesquisadora, teve a pretensão de sintetizar as análises prévias dos momentos I, II e III dos grupos de convergência em um todo coerente. O resultado disto está organizado nas três categorias apresentadas a seguir.

Figura 9–Ideias centrais do Processo de Enfermagem Fenomenológico elaborado pelas enfermeiras.



Fonte: Elaborada pela autora

Figura 10 – Contemplação dos 4R's propostos na PCA



Fonte: Elaborada pela autora

3.2.3 Categoria 1 – Modos de ser e de estar da adolescente grávida no A&CR sob a perspectiva do enfermeiro

Nas falas analisadas observou-se que as enfermeiras consideram a adolescente como um ser que, quando lançado no mundo na condição de gestação, demanda uma atenção especial da enfermagem tanto pelas necessidades clínico-obstétricas enfrentadas quanto por aquelas influenciadas pelo seu modo de ser e de estar no mundo.

Para Júpiter, Netuno e Terra a gestante adolescente geralmente está no mundo em uma condição difícil, sendo alvo de críticas, julgamentos e, às vezes, de abandono da família, de amigos e do parceiro.

Elas chegam aqui acompanhadas de gente que nem da família é. A família abandona e o namorado também (Júpiter).

É verdade, elas se sentem mal com isso, sofrem com isso (Netuno).

Procurar apoiar, porque, muitas vezes, elas não têm isso dentro de casa, então que elas tenham, pelo menos, nos serviços que procuram (Terra).

Nas discussões também foi levantada a condição de despreparo da adolescente em termos de conhecimento sobre a gestação, relacionando-o com a falta de experiência e de maturidade da jovem.

Tais achados corroboram com os de Menezes, Queiroz e Pereira (2014). No estudo dessas pesquisadoras, os enfermeiros relataram que existem diferenças entre cuidar de uma mulher grávida e cuidar de uma adolescente grávida e que estas diferenças se detêm, principalmente, nas condições psicossociais, na falta de maturidade na compreensão cognitiva e no compromisso de cuidar do recém-nascido.

Nos discursos das enfermeiras ressaltou-se ainda a importância que o pré-natal deveria ter na construção do conhecimento dessas jovens.

Às vezes a adolescente não tem experiência de vida ainda. Talvez ela não sinta o impacto agora, porque não tem maturidade suficiente. Com isso tem coisas que elas deveriam saber e nem sabem [...] coisas importantes que deveriam saber desde o pré-natal, mas elas vêm saber (Netuno).

Eu percebo que as gestantes que vêm pra cá, que fazem o pré-natal de risco aqui, elas são mais preparadas do que as outras gestantes (Saturno).

Plutão exemplificou como a falta de orientação no pré-natal contribuía para a procura recorrente da adolescente ao serviço:

Quando elas chegam aqui com 12 semanas, dor em baixo ventre, mas é uma cólica que ela vai sentir. Você pode dar um remédio para passar. Vai passar, mas vai voltar a sentir. Porque seu corpo ainda está reconhecendo, então até ele se adaptar, até seu corpo saber que ali tem uma coisa que está crescendo, ela vai sentir cólica. Aquela sensação de como se fosse menstruar o tempo inteiro e não menstrua. Orientação essa que deveria ser dada no pré-natal (Plutão).

Outras participantes consideraram que o despreparo da adolescente não pode estar relacionado somente com a questão financeira e familiar, ou com a qualidade do pré-natal, pois muitas vezes é também uma questão de interesse da jovem. É algo que tem a ver com o seu modo de ser.

Eu acho que elas são possuidoras de conhecimento ou pelo menos tem acesso a ele. Hoje a gente pode ver tudo na internet e muitas vezes elas têm acesso. Então por que não chega até elas esse conhecimento? (Marte) Mas o assunto não é interessante. Porque é muito mais fácil e muito mais cómodo o conhecimento popular (Plutão).

A maioria delas é assim, não abre a boca, quem abre é a mãe [...] acha que por ser adolescente o acompanhante tem que resolver as coisas por ela [...] Tem coragem de dizer para o acompanhante, mas não tem coragem de dizer para o profissional. Aí, coloca o acompanhante para falar. Peço um momento para a acompanhante [...] ficar em silêncio, para ela [a adolescente] poder falar. Eu digo: “Ela sabe falar [...] às vezes não sabe se expressar com facilidade, mas deixa falar da forma como ela acha que está sentindo, como ela achar que é” (Vênus).

Em seu discurso, Terra lembrou que, por vezes, as adolescentes silenciam e não manifestam sua necessidade. Tal dificuldade em se expressar pode, inclusive, gerar outras necessidades para a jovem.

[...] muitas vezes, elas entram aqui no hospital com um ponto de interrogação e saem com dez (Terra).

São muito inibidas (Netuno).

Adolescência é uma fase tão difícil de agradar, eu digo isso porque eu tenho uma filha adolescente. A mesma coisa é a gestante adolescente [...] Não gosta de se expor e só se abre quando percebe que tem do outro uma confiança, né? É questão de você conquistar a confiança, porque adolescente não se abre nem com a mãe (Saturno).

Trabalhar com adolescente, estar junto do adolescente é difícil, eu tenho um filho adolescente e sei como é [...] toda adolescente é problemática (Ceres).

Saturno e Ceres compartilharam com o grupo a experiência de ter filhos adolescentes, explicando que se trata de uma fase difícil porque os jovens não costumam conversar, portanto o profissional precisa despertar tanto o interesse quanto a confiança deles.

3.2.4 Categoria 2 –O acompanhante no cenário do A&CR: da presença física à presença genuína

Dentre as proposições da RC para a humanização no A&CR em obstetrícia está a garantia da presença do acompanhante durante o atendimento da mulher, sendo uma das atribuições do enfermeiro do acolhimento solicitar a presença do acompanhante e acolhê-lo de forma cordial e responsável (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, as discussões das enfermeiras revelaram o cumprimento da primeira exigência que seria a presença de um acompanhante, sendo mais citados o parceiro e a mãe da adolescente. Já a segunda proposição, de uma atitude acolhedora para com o acompanhante nem sempre é praticada, pela dificuldade das profissionais despertarem para a necessidade de estar aberta, receptiva e disponível a esse outro ser, que também deveria estar presente na relação dialógica. Uma vez que, ele é fonte de mediação das informações e respostas às necessidades das adolescentes.

O significado da dimensão interacional estabelecida com o acompanhante no acolhimento foi divergente entre as participantes, ora vista como ajuda, ora como empecilho.

O acompanhante é sempre fundamental, mesmo que, às vezes, ele ajude ou atrapalhe, [...] Porque, às vezes, vê coisas que você não vê [...] tem aquele cuidado de dizer que o ela não está dizendo. Hoje, por exemplo, chegou uma adolescente que estava sangrando, mas não disse que o sangramento veio depois de uma relação sexual. Quem disse foi ele [o acompanhante [...] Outras vezes a paciente quer falar, mas o acompanhante interfere [...] eu tenho sempre aquele cuidado. Espero ele dizer tudo o que tem para dizer. Quando termina, eu digo: "Vou perguntar a ela, porque, às vezes, você sabe, mas a forma como ela está sentindo é diferente da maneira como você está falando" (Vênus).

Em sua fala, Vênus considera que, em algumas situações, o acompanhante pode ajudá-la a compreender a experiência e as necessidades da

adolescente. Já em outras, ele pode tomar o espaço da fala da adolescente para si, como um porta-voz da jovem, nesses casos, é necessário tentar introduzir a adolescente no diálogo deixando que ela fale por si. Mas, conforme se observou no relato de Vênus, essa tentativa de “inversão do orador principal”, do acompanhante para a adolescente, não deve acontecer de maneira brusca e sim negociada. Esclarecendo para o acompanhante que aquele que vive a experiência pode e tem capacidade para descrevê-la em maiores detalhes.

Enquanto ser no mundo, o acompanhante também vive a experiência do momento junto à adolescente e têm suas próprias necessidades, que muitas vezes são dúvidas, ansiedade, medo e estresse, correspondendo a chamados que também deveriam ser acolhidos e respondidos, mas que por vezes passam despercebidos ou são ignorados pelo profissional. A partir do relato de Ceres, observou-se uma atitude de repreensão do profissional à forma como a acompanhante expressava o seu chamado: o nervosismo.

Às vezes a acompanhante chega mais alvoroçada do que a paciente que está em trabalho de parto (Mercúrio).

[...] É, mas quando eu estou em atendimento, eu digo “Opa, quem é a paciente? Oh, amiga, por favor, fica caladinha, que eu quero escutar ela”. Sempre, quando eu vejo a acompanhante tomando a frente, eu digo “Olhe, se a senhora não puder ficar em silêncio é melhor esperar ali fora”. Eu corto mesmo (Ceres).

A presença do acompanhante no A&CR pode ser puramente física, como uma figura estática, que não interage com os outros e sua inserção no diálogo pode estar condicionada, principalmente, às suas manifestações verbais. Vênus revelou a dificuldade em estimular a participação do acompanhante. Ademais, acredita-se que, muitas vezes, o modo de ser e de estar do acompanhante no A&CR é reflexo de sua condição emocional e esta, por sua vez também interferirá no modo como o profissional vai percebê-lo.

Às vezes, eu peço, porque só olho para a paciente, não olho para o acompanhante [...] não tenho interesse de olhar para ele [...] só olho quando ele abre a boca [...] Às vezes a gente tem que acalmar a mãe [...] chega a “xingar” a gente e até a paciente. Uma vez eu pedi para a mãe sair da sala porque não estava ajudando [...] fazia a adolescente chorar e interrompia a fala dela. Quase espancava a filha na minha frente porque não queria que ela tivesse engravidado (Vênus).

Analisando o caso relatado por Vênus, viu-se que a mãe da adolescente demandava cuidado, pois sua ira não só influenciava no bem estar da adolescente e da profissional como também comprometia a relação dialógica. Talvez, a condição emocional da mãe fosse a principal necessidade a ser acolhida naquele encontro, de tal modo que não trabalhá-la, comprometeria outras possibilidades e potencialidades daquele encontro.

Nesse sentido, é necessário estarmos atentos, pois às vezes, o acompanhante pode necessitar de mais cuidado que o próprio paciente. Além de que, a condição de bem estar é dependente de várias relações interpessoais, de tal modo que o equilíbrio da família interfere no bem estar da paciente e vice versa (LIMA; FREITAS, 2011).

Para o acompanhante, estar na emergência significa encontrar-se em um cenário estressante e conflituoso, vivenciar momentos difíceis e diversificados com situações opostas de saúde e de doença que levam a ambiguidades de sentimentos e de emoções capazes de gerar mal-estar. Por esse motivo, o acompanhante que se encontra neste cenário necessita de apoio e solidariedade do profissional para encontrar energia e viver este momento (ANDRADE et al, 2009).

Essencialmente, no cuidado à adolescente na EO, esse fenômeno pode gerar muitas demandas em que a enfermeira precisa estabelecer com a adolescente e a acompanhante, descobrindo a melhor maneira de ajudá-las. No cenário da EO, muitas vezes os acompanhantes sentem-se ansiosos ou preocupados com relação à condição da adolescente, refletindo na maneira como se comportam. Ainda, em muitos casos, tais sentimentos e comportamentos dos acompanhantes são resultantes das experiências ou da falta delas, bem como da solicitude dos profissionais.

Teve um plantão que ninguém queria ir para a observação por conta da acompanhante de uma adolescente. Disseram que a mulher era chata, que ficava questionando o tempo todo [...] A mãe dela disse: "Mulher, ela está morrendo de fome, ela não vai comer não?" Eu disse que não tinha como dar a resposta agora e perguntei se ela sabia por que a filha estava de jejum. Ela disse que não. Expliquei que ela fazia um procedimento que precisava estar de jejum, que a gente estava esperando um anestesista, que a equipe estava reduzida, tendo só dois anestesistas. Então, eu disse que não podia garantir que seria dali a 10 minutos, mas que ela estava de jejum por conta da anestesia. Ela olhou pra mim e disse: "Se você tivesse me explicado desse jeito, eu já teria entendido" (Plutão).

A acompanhante estava bem tranquila porque já tinha tido dois filhos normais, já tinha passado por essa experiência (Saturno).

De acordo com Lima e Freitas (2011), quando você envolve o acompanhante no processo, conversa e faz esclarecimentos, você está cuidando da família. Ações aparentemente simples, mas que são carregadas de significados para todos os envolvidos: para a enfermeira que percebe o sofrimento da família e tenta intervir de alguma forma, e para os familiares que recebe informações numa linguagem acessível de um profissional da saúde.

Nesse sentido, concluiu-se que ao contribuir para uma relação dialógica com adolescente-acompanhante no cenário do A&CR o enfermeiro, conseqüentemente, também estará contribuindo na construção de um vínculo de confiança deles com os profissionais e os serviços de saúde.

3.2.5 Categoria 3 – Estrutura e processos de trabalho no A&CR: outros fatores intervenientes na relação dialógica enfermeiro-adolescente.

Ao longo dos nove encontros dos grupos de convergência, as enfermeiras teceram discussões reflexivas em busca do conhecimento sobre o ser adolescente lançado na condição de gravidez e que experencia o A&CR, ao mesmo tempo em que trabalharam os significados do acolhimento sob uma perspectiva da situação humana. Mediante tais exercícios, as participantes identificavam e refletiamos limites e as potencialidades; humanas (de si e do outro), ambientais e materiais, enquanto fatores intervenientes para a relação dialógica, integral e humanizada no A&CR.

Conforme discutido nos resultados até então apresentados, os modos de ser e de estar da adolescente, do acompanhante e do enfermeiro podem interferir na relação dialógica pretendida pela PHPN para a situação do A&CR. Todavia, constataram-se tanto nas observações quanto nas discussões que àqueles não seriam os únicos fatores intervenientes, havendo outros relacionados à estrutura e ao processo de trabalho não só no A&CR, mas na EO como um todo.

Entre os fatores pontuados nos discursos das participantes, estava a falta de preparação profissional para atuar no A&CR sob uma perspectiva da humanização. Preparação que, segundo elas, deveria existir desde a implantação do serviço, com cursos preparatórios, e ser continuada por cursos de aperfeiçoamento.

Vale ressaltar que, no período de implantação e adaptação do dispositivo A&CR no serviço (2013/2014), apoiadores e colaboradores da RC no Ceará promoveram algumas oficinas de capacitação. No entanto, conforme exemplificam os relatos de Vênus, Urano e Netuno, nem todas as profissionais participaram das referidas oficinas, e aquelas que estiveram presentes as consideraram como uma preparação técnica do profissional para realizar a classificação de risco segundo o protocolo.

A gente foi treinada não para fazer acolhimento, a gente foi treinada para classificar (Vênus)... eu me lembro demais, naquela reunião com o pessoal do Ministério da Saúde [...] só era explicando a usar os fluxos do protocolo [...] como ver as outras necessidades da paciente, isso eles não ensinaram não (Urano).

E eu que nem curso fiz! [...] quando cheguei aqui só me explicaram como era o fluxo e pronto (Netuno).

Dentre as exigências da Rede Cegonha com relação ao A&CR está a adequação da ambiência, a qual significa organizar os espaços físicos com o objetivo de qualificá-los para favorecer e facilitar os processos e relações de trabalho (BRASIL, 2014).

Nesse sentido, algumas participantes consideraram que o serviço apresentava estrutura física satisfatória e que essa parecia favorecer a relação dialógica adolescente-enfermeiro devido ao ambiente ser acolhedor, confortável e, principalmente, por viabilizar privacidade à adolescente, uma característica destacada por Ceres como diferencial quando comparado a outras maternidades onde o dispositivo também foi implantado.

Eu já acho que esse serviço aqui é um dos melhores, porque em outros locais não tem um pingão de privacidade, é terrível. Aqui tem um espaço propício para elas se sentirem bem e conversarem (Ceres).

Uma vez veio uma adolescente aqui que, mesmo sendo menor, preferiu que o acompanhante dela ficasse lá fora [...] queria conversar sobre a dor na relação sexual (Vênus).

As manifestações das profissionais se assemelharam aos resultados de Caprara e Silva Franco (2006), quando essas analisaram limites e possibilidades para uma relação humanizada médico-paciente, reconhecendo os fatores

estruturais, ora discutidos, como intervenientes e acrescentando a esses o isolamento acústico do ambiente.

Durante as discussões dos grupos de convergência, as profissionais atentaram para um ponto que ainda necessitava de adequação em termos de ambiência: a organização da mobília e de alguns equipamentos da sala de A&CR. Pois, segundo as participantes, a maneira como aqueles artigos estavam dispostos parecia gerar um distanciamento entre a enfermeira, a paciente e o acompanhante, o qual além de físico era também inter-relacional.

A adolescente quando chega aqui, que a gente está aí [referindo-se ao fato da enfermeira atender atrás do birô] isso aqui já afasta, cria um distanciamento que não é só físico, entendeu? (Saturno).

Essa cadeira, quando está lá atrás, me dá uma agonia. Eu gosto que a paciente fique um pouquinho mais pra cá, sabe? [...] empurro esse computador um pouquinho para lá para me sentar aqui de frente para ela, porque a gente fica muito “bitolado” em olhar para o computador. (Urano).

Em algumas situações, o profissional se coloca e também é colocado pelo paciente na posição de detentor do “poder” sobre a relação, sobre o conhecimento científico e sobre a experiência do outro mais que ele próprio. Essa construção subjetiva do poder, conferido àquele que se coloca atrás de uma mesa, faz parte do raciocínio tradicional da biomedicina e tem grandes impactos no encontro desses sujeitos, sendo determinantes na construção da relação dialógica (SANTOS; SAUNDERS; BAIÃO, 2012).

Nesse sentido, as participantes sugeriram um rearranjo espacial da mobília (mesa, cadeira, computador), tentando uma nova disposição dos móveis de maneira tal que afastasse a ideia de centralização do poder na figura do enfermeiro. Dessa forma, se valida que “as discussões coletivas da ambiência tem se mostrado uma excelente oportunidade de repensar não só os espaços físicos, mas os espaços das relações” (BRASIL, 2014, p. 11).

Sob uma perspectiva dos processos de trabalho no A&CR, as participantes citaram como fator interveniente na relação enfermeiro-paciente o tempo disponível para realizar o atendimento. Esse, determinado tanto por cobranças da gerência para que o acolhimento ocorresse em até cinco minutos, quanto pela demanda excessiva em alguns turnos de trabalho.

O tempo é uma limitação [...] Não tem como você acolher uma paciente em cinco minutos. Não tem! A gente não está vendo a necessidade da paciente. A gente não procura conhecer a gestante como deveria e ela percebe isso [...] não vai sentir aquela oportunidade de abertura para dizer realmente o que ela está sentindo [...] (Vênus).

Não adianta botar uma venda nos olhos e dizer que aqui não está sendo só uma classificação, porque na maioria das vezes é [...] Um dia a gente já foi cobrada para ser um atendimento bem rápido [...] Cinco minutos se ela for realmente paciente grave, talvez faça a diferença, mas, se for outro problema social, pessoal, familiar, socioeconômico, vai levar mais tempo esse acolhimento (Júpiter).

Em suas falas, Vênus e Júpiter reconheceram que, em muitas situações, o momento do A&CR tem se limitado ao objetivo de realizar a classificação de risco, e justificam que isto seria reflexo de cobranças da gerência para alcançar os indicadores de qualidade propostos pela RC. Logo, as posturas adotadas pelos profissionais seriam percebidas, avaliadas e interpretadas pelas adolescentes, que por sua vez, passariam a se comportar de maneira tal que não favoreceria a abertura ao encontro. Por outro lado, há outras profissionais, a exemplo de Netuno, que diz não se sentir pressionada com tal exigência.

Quando eu entrei aqui, que foram me explicar sobre o acolhimento [...] disse que era para acolher em menos de cinco minutos. Eu até pensei: meu Deus, como eu vou acolher em menos de 5 minutos? A maioria das vezes em que isso aconteceu foi mais pela correria do plantão, muito paciente lá fora, aí não dá para você conversar tanto. Mas estar preocupada com o horário e em fazer em menos de cinco minutos, acho que isso nunca aconteceu não (Netuno).

Conforme reza o manual do A&CR, para monitoramento e avaliação do dispositivo existem alguns indicadores, dois deles essenciais nessa discussão. O primeiro, designado de “Tempo médio de espera do cadastro ao início da classificação de risco”, alcançado na somatória de todos os tempos de espera das usuárias, dividido pelo total delas no período de um mês, deverá ser menor que dez minutos. O segundo é “Tempo médio da classificação de risco”, obtido pela somatória de todos os tempos de duração da classificação de risco, do início ao final da classificação, dividido pelo número de usuárias classificadas no mês, deverá ser menor que cinco minutos (BRASIL, 2014).

Analisando os indicadores acima referidos, observou-se que eles estão interligados e são diretamente proporcionais, pois quanto maior o tempo em acolhimento com a adolescente, maior será o tempo de espera das pacientes que aguardam a classificação. No entanto, este indicador parece não levar em consideração o acolhimento, que deve acontecer simultaneamente à classificação, mas que em alguns casos demanda mais tempo, como explicaram Vênus e Júpiter. A esse respeito, Urano fez a seguinte consideração:

Quanto aos cinco minutos [...] eu acho que toda regra deve ter sua exceção, devemos ser flexíveis [...] quando tiver um tempo, sem paciente lá fora aguardando acolhimento [...] fazer alguma coisa aqui dentro já é superimportante, porque, passou daqui dificilmente [...] queria poder levantar daqui e poder ir conversando com ela na hora do atendimento médico, mas não dá [...] falo para elas que se precisar pode voltar aqui para eu orientar e elas voltam, elas esperam (Urano).

Na fala de Urano, estão implícitas algumas características fundamentais àquele que realiza acolhimento. A primeira delas seria a compreensão de acolhimento em sua dinamicidade e como um contínuo de interação entre enfermeira, adolescente e acompanhante em todas as oportunidades de escuta do outro. A autonomia do profissional para avaliar quando é possível prolongar o tempo do acolhimento ou usar estratégias para garantir sua continuidade ao longo da permanência da adolescente no serviço, outra característica fundamental. Viu-se também a responsabilização pelo outro e as necessidades dele, e a tentativa de construção de vínculos.

Outros fatores intervenientes na perspectiva do processo de trabalho no A&CR são as relações interpessoais dos profissionais de saúde. Vênus e Netuno lembraram momentos de ruptura no diálogo entre as adolescentes e elas devido à interferência de outros profissionais:

Às vezes a gente está querendo conversar com a paciente e a técnica de enfermagem fica interrompendo perguntando a cor da classificação (Vênus). Uns [médicos obstetras] ficam é aqui na porta, pressionando para acabar logo de acolher, para levar a paciente para eles no consultório [...] falam que a gente está conversando demais (Netuno).

Nas falas de algumas enfermeiras observou-se que as relações de poder entre as categorias profissionais estão imbricadas nas relações interprofissionais, podendo interferir na relação enfermeiro-adolescente e na possibilidade de

promoção de bem estar ou estar melhor que a experiência do encontro humanístico poderia trazer para ambos. O relato de Saturno ilustra tal consideração:

Uma vez teve um parto aqui na sala do acolhimento. A adolescente gritava e a médica falou para ela não gritar. Eu queria dizer que ela podia gritar, se expressar, mas fiquei com medo de falar, não quis desmoralizar a médica na frente de outros profissionais que estavam presentes [...] eu coloquei esse meu medo acima do bem estar da paciente, porque ela tinha todo o direito de gritar [...] Eu me senti incapaz, um lixo (Saturno)

O estereótipo de submissão no âmbito de valor da profissão da enfermagem com relação à medicina advém de uma tradição militar que prezava pelo treinamento da enfermeira para agir com fiel observância às ordens médica e atenta às relações de autoridade (NAUDERER; LIMA, 2005).

Por outro lado, nem sempre a relação interprofissional tem interferência negativa, por exemplo, quando há dialogicidade e decisão compartilhada no grupo de trabalho, podendo ajudar a jovem tanto em suas necessidades físicas quanto psicológicas, como exemplificou Urano:

Quanto percebo que a adolescente está com medo de ser avaliada. Eu me levanto daqui, pego a ficha, imprimo, vou lá e converso com o outro profissional (médico obstetra) [...] espero, e olho se realmente a paciente foi para lá mesmo [...] atrapalha às vezes aqui o atendimento, mas, pensando na paciente, a gente faz (Urano).

Outras condições intervenientes identificadas através das falas das participantes estavam relacionadas à dinamicidade e à resolutividade no serviço, cujo sucesso delas era interdependente, ou seja, do trabalho em equipe.

O que não me deixa bem é vir trabalhar em certo dia da semana [...] Porque eu já venho tensa pelos profissionais que estão aqui, já venho chateada por não me sentir resolutiva, porque eu deixo várias pendências para o pessoal que vem à noite, apesar de não ser responsabilidade minha, mas a gente acaba se colocando nessa situação. Então, quando tem vários pacientes lá fora, você quer o que: agilizar! Então, você acaba sendo pontual (Plutão).

Diante das discussões apresentadas, reafirma-se, portanto, a importância dos fatores intervenientes apontados para a relação dialógica enfermeira e adolescente, entendendo-a nas entrelinhas, como uma construção, cujo sucesso depende de multifatores e múltiplos sujeitos, ainda que esses não estejam diretamente no cenário do A&CR.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A proposta de desenvolver um processo de interação-reflexão-intervenção com as enfermeiras do A&CR em obstetrícia objetivando contribuições para o cuidado à gestante adolescente foi alcançada ao longo do percurso metodológico adotado, utilizando-se, para tanto, a PCA e a THE.

O desenho metodológico da PCA possibilitou momentos de encontro entre as participantes para discutir estratégias de cuidado e compartilhar experiências da aplicabilidade dessas junto às adolescentes. Assim, a tentativa de preparação das enfermeiras ocorreu em um processo crítico-reflexivo-prático, norteado por observações da realidade e embasado cientificamente na THE de Paterson e Zderad, devido o referencial teórico ser condizente com a característica dialógica do A&CR. Nesse contexto, as participantes se aproximaram dos conceitos da THE para compreender como cada um deles: abertura, presença, chamado, resposta, saúde poderia ser trabalhado na relação de cuidado no A&CR.

As estratégias utilizadas no grupo levaram as participantes a revelarem e reconhecerem limites, potencialidades e fragilidades da relação enfermeiro-adolescente. Como também a repartirem experiências, conhecimentos e estratégias de cuidar, contribuindo para repensar a prática enquanto encontro dialógico de equilíbrio entre as relações EU-TU e EU-ISSO objetivando bem estar e estar melhor às gestantes adolescentes e àquele que a acompanha.

Dentre as contribuições alcançadas com a pesquisa destaca-se a preparação das participantes para auto-avaliação simultânea ao processo de assistir. As enfermeiras também perceberam a influência de crenças e de valores morais nos seus modos de ser cuidado e com isto buscaram trabalhar o afastamento de preconceitos e estereótipos que comprometiam a abertura do profissional ao vir ser mais cuidado às adolescentes e atender aos chamados delas.

As enfermeiras também passaram a explorar os aspectos fenomenológicos e existenciais da experiência gravídica da adolescente em busca de perceber e minimizar situações estressoras ou de risco que poderiam comprometer o bem estar materno e/ou fetal, como o medo do toque vaginal e as dúvidas sobre os sinais de trabalho de parto ou sinais de risco.

Dentre as limitações do estudo destacaram-se as dificuldades para agendar os encontros por falta de tempo das participantes, inclusive para fazer a

leitura dos textos sugeridos, mesmo tendo sido entregues com certa antecedência da data do grupo.

Mesmo com as limitações existentes, ao longo dos três momentos dos grupos de convergência com as enfermeiras viu-se contínuo movimento de apresentação e de discussão das observações da realidade, compartilhamento de experiências, considerações, críticas, sugestões, estratégias e reflexões as quais possibilitaram construir o PEF adaptado às gestantes adolescentes.

Por fim, ressalta-se que pensar A&CR em obstetrícia na perspectiva da enfermagem humanística foi além de uma tentativa de sistematizar o cuidado, passando ao largo da ideia de solucionar os problemas da prática por intermédio do planejamento e da implementação de ferramentas padronizadas às adolescentes. Tratou-se, portanto de um ensaio a uma nova práxis assistencial que envolve o pensar-saber-fazer do enfermeiro durante o A&CR.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Nilza Alves Marques; MEDEIROS, Marcelo; SOUZA, Marta Roverly de. Sentidos da dor do parto normal na perspectiva e vivência de um grupo de mulheres usuárias do Sistema Único de Saúde. **REME – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 2, p. 241-250, abr./jun., 2012.
- ANDRADE, Luciene Miranda de *et al.* Atendimento humanizado nos serviços de emergência hospitalar na percepção do acompanhante. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n.1, p.151-157, 2009.
- ANDRADE, Maria Angélica Carvalho; LIMA, João Batista de Castro. O modelo obstétrico e neonatal que defendemos e com o qual trabalhamos. In: BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2014.
- ARAÚJO, Nayara Bueno de; MANDÚ, Edir Nei Teixeira. Construção social de sentidos sobre a gravidez-maternidade entre adolescentes. **Texto Contexto Enferm.**, v. 24, n. 4, p. 1139-1147, out./dez. 2015.
- AZEVEDO, Walter Fernandes de *et al.* Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura. **Einstein**, São Paulo, v. 13, n. 4, p. 618-626, dez. 2015.
- AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e humanização das práticas de saúde. In: DESLANDES, Suely Ferreira (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. cap.2, p. 49-84.
- BASBASTEFANO, Patrícia Santos; GIRIANELLI, Vania Reis; VARGENS, Octavio Muniz da Costa. O acesso à assistência ao parto para parturientes adolescentes nas maternidades da rede SUS. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 31, n. 4, 2010.
- BELTRAME Vilma. O cuidado cultural compartilhado em grupo com pessoas na condição crônica de diabetes mellitus. [dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
- BITTAR, Roberto Eduardo; ZUGAIB, Marcelo. Tratamento do trabalho de parto prematuro. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 31, n. 8, p. 415-422, 2009.
- BLOG DA SAÚDE. **Governo incentiva formação de enfermeiros obstetras**. set. 2012. Disponível em: <<http://www.blog.saude.gov.br/31033-governo-incentiva-formacao-de-enfermeiros-obstetras>>. Acesso em: 10 de jan. 2017.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 2.466, de 12 de dezembro de 2012**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS n. 4.279, de 30 de dezembro de 2010**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de acolhimento e classificação de risco em obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde**. 2. ed. 5. reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 44 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 3. ed. 1 reimp., Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 52 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRÜGGEMANN, Odaléa Maria. A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta de cuidado humanizado durante o processo do nascimento. In: OLIVEIRA *et al.* (Org.). **Cuidado Humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. cap. 2, p. 37-84.

BUBER, M. **Eu e Tu**. Tradução de Newton Aquiles Von Zuben. São Paulo: Cortez e Moraes, 1977.

CAMACHO, Karla Gonçalves; PROGIANTI, Jane Marcia. A transformação da prática obstétrica das enfermeiras na assistência ao parto humanizado. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 15, n. 3, p. 648-55, jul./set., 2013.

CAMINHA, Naíra de Oliveira *et al.* Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 33, n. 3, p. 81-88, 2012.

CAPRARA, Andrea; FRANCO, Anam lia Lins e Silva. Relação médico-paciente e humanização dos cuidados em saúde: limites, possibilidades, falácias. In: DESLANDES, Suely Ferreria (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde**: conceitos, dilemas e práticas. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. cap. 3, p.85-108.

CAREGNATO, Rita Catalina Aquino; MARTINI, Rosa Maria Filipozzi; MUTTI, Regina Maria Varini. Questão  tico-moral na formação dos enfermeiros e médicos: efeitos de sentidos nos discursos docentes. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, p. 713-721, out./dez., 2009.

CAVALCANTI, Pauline Cristine da Silva *et al.* Um modelo lógico da Rede Cegonha. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 1297-1316, dez. 2013.

COSTA, Paula Cristina Pereira da; GARCIA, Ana Paula RigonFrancischetti; TOLEDO, Vanessa Pellegrino. Acolhimento e cuidado de enfermagem: um estudo fenomenológico. **Texto Contexto Enferm.**, v. 25, n. 1, 2016.

DESLANDES, Suely Ferreira. Humanização: revisando o conceito a partir das contribuições da sociologia médica. In: _____ (Org.). **Humanização dos cuidados em saúde: conceitos, dilemas e práticas**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2006. cap. 1, p. 33-48.

DIAS, Ana Cristina Garcia; TEIXEIRA, Marco Antônio Pereira. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. **Paideia**, v. 20, n. 45, p. 123-131, jan./abr. 2010.

FENILI, R. M.; SANTOS, O. M. B. Analisando a teoria humanística de Paterson e Zderad para vislumbrar a enfermagem como diálogo vivo. **Nursing**, v. 4, n. 39, p. 30-34, ago., 2001.

FRANCO, Fernanda Aparecida. *et al.* A compreensão das necessidades de saúde segundo usuários de um serviço de saúde: subsídios para a enfermagem. **Esc. Anna Nery**. v. 16, n. 1, p. 157-162, jan./mar., 2012.

FRANCO, Tulio Batista; BUENO, Wanderlei Silva; MERHY, Emerson Elias. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: o caso de Betim, Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro. v. 15, n. 2, p. 345-353. 1999.

GEORGE, J.B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos à pesquisa profissional**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2000. p. 204-224.

GERLÍVIA, Maria. Plano de Qualificação das Maternidades: estratégia para redução da mortalidade infantil e materna. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE REDES DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER E DA CRIANÇA, 3., 2015, Brasília, **Anais....** Brasília: Ministério da Saúde, 2015. p. 23-32.

GOMES, Andréa Tayse de Lima *et al.* Aplicação da Teoria de Paterson e Zderad conforme a sistematização da assistência de enfermagem. **Rev. Enferm. UFPE On Line.**, Recife, v. 8, n. 6, p. 1709-1716, jun., 2014.

GOMES, Helena Ferraz *et al.* Precarização do trabalho de enfermagem e repercussões na saúde dos trabalhadores brasileiros: revisão integrativa. **Rev. Enferm. Atual in Derme**. p. 77, 2016.

GONÇALVES, Izabela Tamires Jully Pereira *et al.* Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Rev. Rene**, v. 14, n. 3, p. 620-629, 2013.

GRAMACHO, Rita de Cássia Calfa Vieira; SILVA, Rita de Cássia Veloso da. Enfermagem na cena do parto. In: BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília, DF, Ministério da Saúde: 2014.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Célia Pinto Teixeira; LIMA, Morgana Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 66, n. 1, p. 31-37, jan./fev., 2013.

KESTENBERG, Célia Caldeira Fonseca. A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 427-433, out./dez., 2013.

LEOPOLDO, Karla Maria Rêgo; BEZERRA, Leonardo Robson Pinheiro Sobreira; SANTOS, Renata Silva dos Santos. Prematuridade. In: ELEUTÉRIO, Francisco José Costa *et al.* (Org.). **Protocolos de obstetrícia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará**. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2014. cap. 7, p. 69-76.

LIMA, Marcos Paulo de Oliveira; FREITAS, Consuelo Helena Aires de. A enfermeira interagindo e se relacionando: o contexto do cuidado de enfermagem em unidade semi-intensiva. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 64, n.6, p. 1067-1074, nov./dez., 2011.

LÚCIO, Ingrid Martins Leite; PAGLIUCA, LoritaMarlenaFreitag; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Diálogo como pressuposto na teoria humanística de enfermagem: relação mãe-enfermeira-recém nascido. **RevEscEnferm USP**. v. 42, n. 1, p. 173-180, 2008.

LUCZINSKI, Giovana Fagundes; ANCONA-LOPEZ, Marília. A psicologia fenomenológica e a filosofia de Buber: o encontro na clínica. **Estudos de Psicologia**, Campinas, SP, v. 27, n. 1, p. 75-82, jan./mar., 2010.

MARTINS, Cátia Paranhos *et al.* Humanização do Parto e Nascimento: pela Gestaçãõ de Formas de Vida das quais Possamos ser Protagonistas. In: BRASIL. **Cadernos HumanizaSUS: humanização do parto e do nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde: 2014.

MARTINS, Jasson da Silva. A existência intersubjetiva em Martin Buber. **Argumentos**. v. 2, n. 4, 2010.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2549-2558, maio, 2011.

MELO, Mônica Cecília Pimentel de *et al.* Integralidade e gênero como base teórica para o cuidado à saúde de adolescentes grávidas. **Rev. Min. Enferm.**, v. 17, n. 3, p. 731-35, jul./set., 2013.

MENEZES, Giselle Maria Duarte; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; PEREIRA, Alexsandro Santos. Ações estratégicas do enfermeiro na linha do cuidado À adolescente grávida. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, Recife, v. 8, n. 4, p. 927-936, abr., 2014.

MERHY, Ermerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2002, 189p.

MERCÊS, Cláudia Angélica Mainenti Ferreira; ROCHA, Ruth Mylius. Teoria de Paterson e Zderad: um cuidado de enfermagem ao cliente crítico sustentado no diálogo vivido. **Rev. Enferm. UERJ.**, v. 14, n. 3, p. 470-475, jul./set., 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621-626, 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. 22. ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2003.

MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira; ALVES, Maria Dalva Santos; FARIAS, Maria do Carmo Andrade Duarte de. A Fenomenologia das Relações Sociais e a Teoria Humanista. In: MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira; BARRETO, José Anchieta Esmeraldo. **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José Alencar Programa Editorial, 2001.

MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira *et al.* O Existencialismo Fenomenológico e a Teoria Humanista. In: MOREIRA, Rui Verlaine Oliveira; BARRETO, José Anchieta Esmeraldo. **A outra margem**: filosofia, teorias de enfermagem e cuidado humano. Fortaleza: Casa de José Alencar Programa Editorial, 2001.

NAUDERER, T. M.; LIMA, M. A. D. S. Imagem da enfermeira: revisão da literatura. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 1, p. 74-77, jan./fev., 2005.

NÓBREGA, L.E.R.; BEZERRA, F.P.F. Percepções de puérperas adolescentes frente à assistência de enfermagem no alojamento conjunto. **Rev. RENE**, n. 10, p. 42-52, 2010.

OLIVEIRA, Cynthia Helena Chaves. Resenha: BUBER, Martin. Eu e Tu. Tradução do alemão, introdução e notas por Newton Aquiles Von Zuben. 10. ed. São Paulo: Centauro, 2001. 170 p. **InterEspaço**, Grajaú, MA, v. 2, n. 4, p. 210-213, jun., 2016.

OLIVEIRA, Denize Cristine. Prioridades de pesquisa em enfermagem e as linhas de pesquisa: dando continuidade ao debate. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 712-716, set./out. 2014.

OLIVEIRA, Maria Emília de; BRÜGGEMANN, Odaléa Maria; FENILI, Rosângela Maria. A Teoria Humanística de Parterson e Zderad. In: OLIVEIRA *et al.* (Org.). **Cuidado Humanizado**: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. cap. 1, p. 11-36.

OLIVEIRA, Zuleyce Maria Lessa Pacheco de; MADEIRA, Anézia Moreira Faria. Vivenciando o parto humanizado: um estudo fenomenológico sob a ótica de adolescentes. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 36, n. 2, p. 133-140, 2002.

PADOIN, Stela Maris de Mello; PAULA, Cristiane Cardoso de; SCHAURICH, Diego. Pesquisa em enfermagem: possibilidades da filosofia de Buber. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 6, p. 912-915, dez., 2009.

PAGLIUCA, LoritaMarlenaFreitag; CAMPOS, Antônia do Carmo Soares Campos. Teoria humanística: análise semântica do conceito de community. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 56, n. 6, p. 655-660, dez., 2003.

PARIZ, Juliane; MENGARDA, Celito Francisco; FRIZZO, Giana Bitencourt. A atenção e o cuidado à gravidez na adolescência nos âmbitos familiar, político e na sociedade: uma revisão da literatura. **Saúde e Sociedade**, v. 21, n. 3, p. 623-636, set., 2012.

PATERSON, Josephine G; ZDERAD, Loretta T. **Enfermería Humanística**. México: Limusa, 1979.

PATERSON, Josephine G.; ZDERAD, Loretta T. Humanistic Nursing. USA: National League of Nursing, 1988.

PEIXOTO, Catharina Rocha *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.

PEREIRA, S. V. M.; Bachion, M. M. Diagnósticos de enfermagem identificados em gestantes durante o pré-natal. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 58, n. 6, p. 659-664. nov./dez., 2005.

PITILIN, Érica de Brito; MOLENA-FERNANDES, Carlos Alexandre; SILVA FILHO, Cláudio Claudino da. Os serviços de saúde sob a ótica da adolescente grávida: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Enferm. UFSM**, v. 5, n. 3, p. 563-572, jul./set. 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P.; **Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem, métodos, avaliação e utilização**. 5. ed., Porto Alegre: Artmed, 2004, 487 p.

PROGIANTI, Jane Marcia; PEREIRA, Adriana Lenho de Figueiredo; SÉ, Carla Coutinho Sento. A prática das enfermeiras obstétricas nas emergências vinculadas ao Programa Cegonha Carioca. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 6, p. 742-747, nov./dez., 2014.

ROLIM, Karla Maria Carneiro; PAGLIUCA, LoritaMarlenaFreitag; CARDOSO, Maria Vera Lúcia Moreira Leitão. Análise da teoria humanística e a relação interpessoal do enfermeiro no cuidado ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. v.13, mai./jun. 2005.

SANTOS, AmuzzaAylla Pereira dos; SOUZA, Karla Romana Ferreira de. O sentimento do toque vaginal para parturiente durante a assistência no pré-parto. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL, 6, 2009, Teresina. **Anais...** Teresina: Universidade do Piauí, 2009.

SANTOS, Marta Maria Antonieta de Souza; SAUNDERS, Claudia; BAIÃO, Mirian Ribeiro. A relação interpessoal entre profissionais da saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 775-786, 2012

SCHAURICH, Diego *et al.* Teoria Humanística de Paterson e Zderad em enfermagem pediátrica. **Esc. Anna Ner. Rev. Enferm.**, v. 9, n. 1, p. 265-270, abr., 2005.

SCHAURICH, Diego; CROSSETTI, Maria da Graça Oliveira. O elemento dialógico no cuidado de enfermagem: um ensaio com base em Martin Buber. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 3, p. 544-548, set., 2008.

SIMÕES, Fabiana Verdan; STIPP, Marlucci Andrade Conceição. Grupos na enfermagem: classificação, terminologias e formas de abordagem. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 139-144, abr. 2006.

SILVA, Alcione Leite da; BALDIN, Sonciarai Martins; NASCIMENTO, Keyla Cristiane do. O conhecimento construtivo intuitivo no cuidado de enfermagem. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v.56, n. 1, p. 7-11, 2003.

SILVA, Andréa Lorena Santos; NASCIMENTO, Enilda Rosendo do; COELHO, Edméia de Almeida Cardoso. Nurses practices to promote dignity, participation and empowerment of women in natural childbirth. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 424-431, set., 2015.

SILVA, Thaís Jormanna Pereira *et al.* Cuidado à adolescente em parturição: estudo descritivo. **Online Braz J Nurs**. v. 12, n. 4, p. 872-881, dez. 2013.

SILVA, Mariana Costa da; Silvane Santa Bárbara. Gestão do cuidado de enfermeiras: estudo de caso em hospital de administração pública indireta. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DA REDE UNIDA, 11, 2014, Botucatu, **Anais...** Botucatu: Interface, 2014.

SILVA, Marques de Oliveira e; LOPES, Regina Lúcia Mendonça; DINIZ, Normélia Maria Freire. Vivência do parto normal em adolescentes. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, DF, v. 57, n. 5, p. 596-600, set./out., 2004.

SILVEIRA, Isolda Pereira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Conceitos da teoria humanística no cuidar obstétrico. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 1, p. 78-84, jan./abr., 2007.

SOUZA JÚNIOR, Hugo Macedo Ferraz e. **Invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares na assistência a adolescente grávida**. 2014. 94f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Pública, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2014.

SOUZA, Lúcia Nazareth Amante de. A interface da comunicação entre a enfermagem e os clientes de uma unidade de terapia intensiva. In: OLIVEIRA *et al.*(Org.). **Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem**. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. cap. 5, p. 173-214.

SOUZA, Monique Gonzalez de *et al.* A preocupação das mulheres primíparas em relação ao trabalho de parto e parto. **J. Rev. Fundam. Care.Online.**, v. 7, n. 1, p. 1987-2000, jan./mar., 2015.

TEIXEIRA, Samia da Costa Ribeiro; SILVA, Luzia Wilma Santana da; TEIXEIRA, Marizete Argolo. Políticas Públicas de Atenção às adolescentes grávidas: uma revisão bibliográfica. **Rev. Adolescência e Saúde.**, v. 0, n. 1, p. 37-44, 2013.

TRENTINI, Mercedes; GONÇALVES, Lucia Hisako Takase. Pequenos grupos de convergência: um método no desenvolvimento de tecnologias na enfermagem. **Texto & Contexto Enferm.** v. 9, n. 1, p. 63-78. jan./abr. 2000.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia. **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na prática assistencial em saúde-enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: Insular, 2004.

TRENTINI, Mercedes; PAIM, Lygia; SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira da. **Pesquisa convergente assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde.** 3. ed. Porto Alegre: Moriá, 2014.

UNITED NATIONS POPULATION FUND. The State of World Population 2013. **Motherhood in Childhood: Facing the challenge of adolescent pregnancy.** Nova Iorque: 2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. **Complexo hospitalar oferta 59 vagas para residência multiprofissional.** 19 de fevereiro de 2016. Disponível em: <<http://www.ufc.br/noticias/noticias-de-2016/7847-complexo-hospitalar-oferta-59-vagas-para-residencia-multiprofissional>>. Acesso em: 10 jan. 2017.

VIETTA, Edna Paciência. Configuração triádica, humanista-existencial-personalista: uma abordagem teórica-metodológica de aplicação nas pesquisas de enfermagem psiquiátrica e saúde mental. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 3, n. 1, p.31-43, jan., 1995.

VILAÇA, Eugênio. **As redes de atenção à saúde.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011. 549 p.

VILARINHO, Lílian Machado; NOGUEIRA, Lidya Tolstenko; NAGAHAMA, Elizabeth Erikolshida. Avaliação da qualidade da atenção à saúde de adolescentes no pré-natal e puerpério. **Esc Anna Nery.**, v. 16, n. 2, p. 312-9, abr./jun., 2012.

VILELA, S. C. et al. O cuidado de enfermagem em saúde mental na atenção básica: conceitos, vivências e práticas. **Rev. Enferm. UFPE On Line**, v. 8, n.7, p. 1860-1870, jul., 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health for the World's Adolescents: second chance in the second decade.** Geneva: World Health Organization, 2014.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para a adolescente

Prezada adolescente,

Você é convidada a participar da pesquisa intitulada “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”, cujo objetivo é conduzir um processo crítico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o A&CR, para planejar e implementar estratégias assistenciais que contribuam para o alcance das necessidades das gestantes adolescentes que procuram o serviço.

Essa pesquisa é de responsabilidade da mestranda Thaís Jormanna Pereira Silva e de sua orientadora, professora Maria Veraci Oliveira Queiroz, e não possui nenhum vínculo com o Hospital Geral de Fortaleza. Portanto, o hospital não tem nenhuma responsabilidade sob as informações que serão colhidas. Desse modo, todas as respostas dadas e encaminhamentos necessários serão atendidos pela própria pesquisadora.

Você participará do estudo, respondendo a uma entrevista, que será registrada em um gravador de áudio e que acontecerá em local reservado, onde só você e a pesquisadora estarão presentes. As perguntas realizadas terão o objetivo de conhecer o que você pensa sobre o atendimento realizado pelo enfermeiro no A&CR frente às suas necessidades de cuidado. Também gostaríamos de acompanhar o momento do seu acolhimento, para fazermos observações necessárias ao estudo.

Garantimos a você que o conteúdo da gravação e da observação será confidencial e que só a pesquisadora terá acesso, ou seja, nenhum profissional do serviço saberá o que você falou. As informações fornecidas por você, depois de analisadas, serão utilizadas somente para fins dessa dissertação de mestrado e para publicações científicas que dela resultarem; e, nesses casos, em nenhuma hipótese será divulgado o seu nome.

Quanto aos riscos, caso haja algum tipo de constrangimento ou desconforto durante a entrevista ou observação, você poderá nós comunicar, e tomaremos medidas imediatas (abortar observação ou entrevista) e mediatas (retirar seus dados da pesquisa).

Sua colaboração é muito importante para a minha pesquisa e para melhorarmos as práticas do enfermeiro no atendimento às gestantes adolescentes durante o Acolhimento com Classificação de Risco deste serviço. Mas, a decisão em participar deve ser sua. Se você não concordar em participar ou quiser desistir a qualquer momento, retirando as suas informações, isso não lhe trará nenhum prejuízo ou constrangimento. Para isso, basta você entrar em contato comigo ou com minha orientadora através dos telefones e emails constantes abaixo.

Thaís Jormanna Pereira Silva (mestranda pesquisadora)

Rua Riachuelo, 900, Emergência Obstétrica, Papicu, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60175-205

Telefones: (85) 9 99959590 / (85) 9 88959590

Email: thaisjormanna@hotmail.com

Maria Veraci Oliveira Queiroz (orientadora da pesquisa)

Avenida Dr. Silas Muguba, 1700, PPCCLIS, Campus do Itaperi, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60740-000

Telefone: (85) 9 88801178

Email: veracioq@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza

Tel: (85) 3101.3272

Se você, após ter sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos e os objetivos da pesquisa e de sua participação, concordar em participar, deverá assinar este documento, elaborado em duas vias: uma cópia ficará com o pesquisador; e outra, com você.

Desde já, agradecemos pela sua participação.

Esp. Thaís Jormanna Pereira Silva _____
Em: ___/___/___

Dr^a. M^a Veraci Oliveira Queiroz _____
Em: ___/___/___

Eu, _____, portadora da Carteira de Identidade, RG nº _____, nascida em ___/___/___, em pleno vigor de minhas faculdades mentais, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntária, da pesquisa “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”. Declaro que li todas as informações acima, que entendi os propósitos deste estudo e que fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os riscos e os benefícios potenciais decorrentes de minha participação no estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Ainda recebi uma cópia assinada deste documento de consentimento. Autorizo a gravação e a utilização desses dados para o referido estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Fortaleza, ___/___/___

Assinatura da participante (adolescente): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para responsável ou representante da adolescente

Prezado(a),

Gostaríamos de pedir sua autorização para a adolescente, menor de idade, que está sob sua responsabilidade, participar da pesquisa intitulada “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”, cujo objetivo é conduzir um processo crítico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o A&CR, para planejar e implementar estratégias assistenciais que contribuam para o alcance das necessidades das gestantes adolescentes que procuram o serviço.

Essa pesquisa é de responsabilidade da mestranda Thaís Jormanna Pereira Silva e de sua orientadora, professora Maria Veraci Oliveira Queiroz, e não possui nenhum vínculo com o Hospital Geral de Fortaleza. Portanto, o hospital não tem nenhuma responsabilidade sob as informações que serão colhidas. Desse modo, todas as respostas dadas e encaminhamentos necessários serão atendidos pela própria pesquisadora.

A adolescente participará do estudo, respondendo a uma entrevista, que será registrada em um gravador de áudio e que acontecerá em local reservado, onde só a pesquisadora e ela estarão presentes. As perguntas realizadas terão o objetivo de conhecer o que ela pensa sobre o atendimento realizado pelo enfermeiro no A&CR frente às necessidades de cuidado que ela tem. Também gostaríamos de acompanhar o momento em que ela será acolhida pelo enfermeiro, para fazermos observações necessárias ao estudo.

Garantimos a você que o conteúdo da gravação e da observação será confidencial e que só a pesquisadora terá acesso, ou seja, nenhum profissional do serviço saberá o que ela falou. As informações fornecidas por ela, depois de analisadas, serão utilizadas somente para fins dessa dissertação de mestrado e para publicações científicas que dela resultarem; e, nesses casos, em nenhuma hipótese será divulgado o nome da adolescente.

Quanto aos riscos, caso haja algum tipo de constrangimento ou desconforto durante a entrevista ou observação, ela poderá nós comunicar, e tomaremos medidas imediatas (abortar observação ou entrevista) e mediatas (retirar seus dados da pesquisa).

A colaboração é muito importante para a pesquisa e para melhorarmos as práticas do enfermeiro no atendimento às gestantes adolescentes durante o Acolhimento com Classificação de Risco deste serviço. No entanto, a decisão em consentir a participação da adolescente deve ser sua. Se você não concordar com a participação ou quiser desistir a qualquer momento, retirando as informações, isso não trará nenhum prejuízo ou constrangimento para ela. Para isso, basta você entrar em contato comigo ou com minha orientadora através dos telefones e emails constantes abaixo.

Thaís Jormanna Pereira Silva (mestranda pesquisadora)

Rua Riachuelo, 900, Emergência Obstétrica, Papicu, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60175-205

Telefones: (85) 9 99959590 / (85) 9 88959590

Email: thaisjormanna@hotmail.com

Maria Veraci Oliveira Queiroz (orientadora da pesquisa)

Avenida Dr. Silas Muguba, 1700, PPCCLIS, Campus do Itaperi, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60740-000

Telefone: (85) 9 88801178

Email: veracioq@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza

Tel: (85) 3101.3272

Se você, após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos e os objetivos da pesquisa e da participação, concordar que a adolescente participe, deverá assinar este documento, elaborado em duas vias: uma cópia ficará com a pesquisadora; e outra, com você.

Desde já, agradecemos pela sua participação.

Esp. Thaís Jormanna Pereira Silva _____

Em: ____/____/____

Dr^a. M^a Veraci Oliveira Queiroz _____

Em: ____/____/____

Eu, _____, responsável/representante legal pela menor _____, portador(a) da Carteira de Identidade, RG nº _____, nascido(a) em ____/____/____, em pleno vigor de minhas faculdades mentais, de livre e espontânea vontade, e em consenso com a adolescente, permito que ela participe, como voluntária, da pesquisa “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”. Declaro que lemos todas as informações acima, entendemos os propósitos deste estudo e fomos devidamente informados(as) e esclarecidos(as) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os riscos e os benefícios potenciais decorrentes da participação dela no estudo. Tivemos a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas. Foi-nos garantido que ela pode retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Ainda recebemos uma cópia assinada deste documento de consentimento. Autorizamos a gravação e a utilização desses dados para o referido estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do(a) responsável/representante: _____

Assinatura da participante (adolescente): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE C – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) para enfermeiros

Prezado(a) enfermeiro(a),

Você é convidado(a) a participar da pesquisa intitulada “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”, cujo objetivo é conduzir um processo crítico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o A&CR, para planejar e implementar estratégias assistenciais que contribuam para o alcance das necessidades das gestantes adolescentes que procuram o serviço.

Essa pesquisa é de responsabilidade da mestranda Thaís Jormanna Pereira Silva e de sua orientadora, professora Maria Veraci Oliveira Queiroz, e não possui nenhum vínculo com o Hospital Geral de Fortaleza. Portanto, o hospital não tem nenhuma responsabilidade sob as informações que serão colhidas. Desse modo, todas as respostas dadas e encaminhamentos necessários serão atendidos pela própria pesquisadora.

Sua participação consistirá em responder a um questionário, cujo propósito é conhecer um pouco de suas percepções e práticas de cuidado humanizado à gestante adolescente no momento do A&CR. Ressaltamos que esta pesquisa não tem o objetivo de avaliar seus conhecimentos, que suas respostas não serão identificadas e que os resultados desta contribuirão no planejamento e no desenvolvimento dos grupos de convergência. Esses grupos acontecerão em mais de um momento, durarão entre uma e duas horas, e a sua presença é fundamental para juntos discutirmos e traçarmos estratégias de cuidado para as gestantes adolescentes.

Gostaria de registrar os momentos dos grupos através de filmagem, portanto peço a sua autorização para essa gravação. Solicito ainda para acompanhar alguns de seus atendimentos, quando realizarei a observação participante. Todo o material obtido nas observações, no questionário e nas gravações será confidencial e só a pesquisadora terá acesso.

As informações fornecidas por você, nos diversos momentos da pesquisa, serão utilizadas somente para fins dessa dissertação de mestrado e em publicações científicas que dela resultarem; e, nesses casos, será preservado o seu anonimato.

Quanto aos riscos, caso haja algum tipo de constrangimento ou desconforto com a metodologia utilizada, você poderá nós comunicar e tomaremos medidas imediatas (abortar observação ou participação no grupo) e mediatas (retirar seus dados da pesquisa, se desejar, e, se necessário for, ajudar-lhe com o encaminhamento a um serviço de atenção psicológica).

Sua colaboração é muito importante para a minha pesquisa e para a construção de conhecimento na área da saúde obstétrica de um grupo especial, como é o caso da adolescente grávida, além de aprimorar as práticas de acolhimento do serviço. Entretanto, a decisão em participar deve ser sua.

Se você não concordar em participar, ou quiser desistir a qualquer momento, retirando as suas informações, isso não lhe trará nenhum prejuízo ou constrangimento. Para isso, basta você entrar em contato comigo ou com minha orientadora através dos telefones e emails constantes abaixo.

Thaís Jormanna Pereira Silva (mestranda pesquisadora)

Rua Riachuelo, 900, Emergência Obstétrica, Papicu, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60175-205

Telefones: (85) 9 99959590 / (85) 9 88959590

Email: thaishjormanna@hotmail.com

Maria Veraci Oliveira Queiroz (orientadora da pesquisa)

Avenida Dr. Silas Muguba, 1700, PPCCLIS, Campus do Itaperi, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60740-000

Telefone: (85) 9 88801178

Email: veracioq@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza

Tel: (85) 3101.3272

Se você, após ter sido devidamente esclarecido(a) sobre os procedimentos e os objetivos da pesquisa e de sua participação, concordar em participar, deverá assinar este documento, elaborado em duas vias: uma cópia ficará com o pesquisador; e outra, com você.

Desde já, agradecemos pela sua participação.

Esp. Thaís Jormanna Pereira Silva _____

Drª. Mª Veraci Oliveira Queiroz _____

Eu, _____, enfermeiro(a), portador(a) da Carteira de Identidade, RG nº _____, nascido(a) em ____/____/____, em pleno vigor de minhas faculdades mentais, concordo de livre e espontânea vontade em participar, como voluntário(a), da pesquisa “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”. Declaro que li todas as informações acima, que entendi os propósitos deste estudo e que fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os riscos e os benefícios potenciais decorrentes de minha participação no estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Ainda recebi uma cópia assinada deste documento de consentimento. Autorizo a gravação e utilização desses dados para o referido estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Fortaleza, ____/____/____

Assinatura do(a) enfermeiro(a): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE D – Termo de assentimento para a adolescente menor de idade

Prezada adolescente,

Você é convidada a participar da pesquisa intitulada “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”, cujo objetivo é conduzir um processo crítico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o A&CR, para planejar e implementar estratégias assistenciais que contribuam para o alcance das necessidades das gestantes adolescentes que procuram o serviço.

Essa pesquisa é de responsabilidade da mestranda Thaís Jormanna Pereira Silva e de sua orientadora, professora Maria Veraci Oliveira Queiroz, e não possui nenhum vínculo com o Hospital Geral de Fortaleza. Portanto, o hospital não tem nenhuma responsabilidade sob as informações que serão colhidas. Desse modo, todas as respostas dadas e encaminhamentos necessários serão atendidos pela própria pesquisadora.

Você participará do estudo, respondendo a uma entrevista, que será registrada em um gravador de áudio e que acontecerá em local reservado, onde só você e a pesquisadora estarão presentes. As perguntas realizadas terão o objetivo de conhecer o que você pensa sobre o atendimento realizado pelo enfermeiro no A&CR frente às suas necessidades de cuidado. Também gostaríamos de acompanhar o momento do seu acolhimento, para fazermos observações necessárias ao estudo.

Garantimos a você que o conteúdo da gravação e da observação será confidencial e que só a pesquisadora terá acesso, ou seja, nenhum profissional do serviço saberá o que você falou. As informações fornecidas por você, depois de analisadas, serão utilizadas somente para fins dessa dissertação de mestrado e para publicações científicas que dela resultarem; e, nesses casos, em nenhuma hipótese será divulgado o seu nome.

Quanto aos riscos, caso haja algum tipo de constrangimento ou desconforto durante a entrevista ou observação, você poderá nós comunicar, e tomaremos medidas imediatas (abortar observação ou entrevista) e mediatas (retirar seus dados da pesquisa).

Sua colaboração é muito importante para a minha pesquisa e para melhorarmos as práticas do enfermeiro no atendimento às gestantes adolescentes durante o Acolhimento com Classificação de Risco deste serviço. Mas, a decisão em participar deve ser sua. Se você não concordar em participar ou quiser desistir a qualquer momento, retirando as suas informações, isso não lhe trará nenhum prejuízo ou constrangimento. Para isso, basta você entrar em contato comigo ou com minha orientadora através dos telefones e emails constantes abaixo.

Thaís Jormanna Pereira Silva (mestranda pesquisadora)

Rua Riachuelo, 900, Emergência Obstétrica, Papicu, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60175-205

Telefones: (85) 9 99959590 / (85) 9 88959590

Email: thaissjormanna@hotmail.com

Maria Veraci Oliveira Queiroz (orientadora da pesquisa)

Avenida Dr. Silas Muguba, 1700, PPCCLIS, Campus do Itaperi, Fortaleza, Ceará.

CEP: 60740-000

Telefone: (85) 9 88801178

Email: veracioq@hotmail.com

Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza

Tel: (85) 3101.3272

Rubrica da pesquisadora: _____

Rubrica da adolescente: _____

Se você, após ter sido devidamente esclarecida sobre os procedimentos e os objetivos da pesquisa e de sua participação, concordar em participar, deverá assinar este documento, elaborado em duas vias: uma cópia ficará com o pesquisador; e outra, com você.

Desde já, agradecemos pela sua participação.

Esp. Thaís Jormanna Pereira Silva _____

Em: ___/___/___

Dr^a. M^a Veraci Oliveira Queiroz _____

Em: ___/___/___

Eu, _____, portadora da Carteira de Identidade, RG nº _____, nascida em ___/___/_____, em pleno vigor de minhas faculdades mentais, concordo de livre e espontânea vontade em participar como voluntária, da pesquisa “**Cuidado de Enfermagem à Gestante Adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: Contribuições no Pensar-Fazer do Enfermeiro**”. Declaro que li todas as informações acima, que entendi os propósitos deste estudo e que fui devidamente informada e esclarecida sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os riscos e os benefícios potenciais decorrentes de minha participação no estudo. Tive a oportunidade de fazer perguntas, e todas foram respondidas. Foi-me garantido que posso retirar meu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo algum. Ainda recebi uma cópia assinada deste documento de consentimento. Eu e o meu responsável/representante legal autorizamos a gravação e a utilização desses dados para o referido estudo, que poderá ser publicado e utilizado em eventos científicos.

Fortaleza, ___/___/_____

Assinatura da participante (adolescente): _____

Assinatura da pesquisadora: _____

APÊNDICE E – Questionário para coleta de informações dos enfermeiros

Nº: _____

Data: _____

Dados Pessoais e Profissionais

1- Sexo: () feminino () masculino

2- Idade: _____

3- Em que ano concluiu a graduação em enfermagem?
_____4- Já fez algum curso de pós-graduação? Em que área?

5- Que tipo de vínculo você possui com este serviço?

() estadual () federal () cooperativa

6- Há quanto tempo você trabalha no A&CR deste serviço?

Caro participante, as perguntas a seguir foram elaboradas com o propósito de conhecer um pouco de suas percepções e práticas de cuidado humanizado à gestante adolescente no momento do A&CR. Ressalto que esta pesquisa não tem o objetivo de avaliar seus conhecimentos e práticas, que suas respostas não serão identificadas e que os resultados desta contribuirão no planejamento e no desenvolvimento dos grupos de convergência, quando discutiremos estratégias de cuidado para as gestantes adolescentes. Diante dessas considerações, gostaria que respondesse aos próximos questionamentos.

Informações sobre o atendimento do enfermeiro à gestante adolescente durante o A&CR

7- Como é a sua relação com a adolescente no momento do A&CR?

_____8- Você tem utilizado alguma estratégia para identificar as necessidades de cuidado das gestantes adolescentes? Quais?

_____9- De que maneira você tem contribuído para atender às necessidades de cuidado dessas adolescentes?

_____10- Que ações você sugere para melhorar a atenção às adolescentes e de que modo elas poderiam ser viabilizadas?

APÊNDICE F – Instrumento para coleta de informações das gestantes adolescentes

Nº: _____
 Data: _____

Informações Gerais e Obstétricas			
Idade	História Obstétrica	Local de Pré-Natal	Grau de Escolaridade
_____ anos	G ____ P ____ (____ V / ____ C) A ____ IG: _____ s _____ d		
Trabalha?		Com quem vive?	Relacionament o com o genitor?
Histórico do A&CR nos últimos 30 dias			
IG	Motivo/Queixa	Cor/Classificação	

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

1. Por que você procurou este serviço? O que você considera como sua maior necessidade nesse momento?
2. O que você sabe sobre o A&CR?
3. Você poderia me falar um pouco sobre o atendimento que recebeu do enfermeiro no A&CR? Você acha que ele te ajudou? De que maneira?
4. Você acha que o enfermeiro poderia ter contribuído mais nessa sua necessidade? Como?
5. Você se sentiu à vontade para conversar com o enfermeiro (fazer perguntas, esclarecer dúvidas, falar sobre algo que você tem medo ou alguma dificuldade que está enfrentando). Poderia me contar como foi?
6. Tem algo que você deixaria como sugestão para melhorar o atendimento do enfermeiro?

APÊNDICE G – Guia de observação do pesquisador

Horário: _____:_____

Código da Adolescente _____

Data: _____/_____/_____

Código do Enfermeiro _____

Dia da semana _____

- **Adolescente e Acompanhante**

- ✓ Estado emocional
- ✓ Condição clínica
- ✓ Queixas
- ✓ Reclamações
- ✓ Relato de peregrinação

- ✓ Relato sobre atendimento recebido no A&CR
- ✓ Relato importante sobre atendimentos anteriores no serviço

- **Enfermeiro**

- ✓ Estado Emocional
- ✓ Condição Física

- ✓ Identificação visual de nome e categoria profissional
- ✓ Postura

- **Ambiente**

- ✓ Ruídos
- ✓ Privacidade

- ✓ Demanda

- **Relação entre Enfermeiro-adolescente no A&CR**

Diálogo/ Relação (chamado-resposta)	
Enfermeiro	Adolescente
Discurso nominal	
Enfermeiro se apresenta? Chama adolescente pelo nome?	Adolescente chama o enfermeiro pelo nome?
Fala	
Abordagem de queixa ou necessidade? Explora a experiência? Respeita a cultura? Tem discurso compreensível? Envolve familiar no diálogo? Faz orientações? Quais? Dá sugestões? Esclarecimentos sobre a classificação de risco? Estimula a fala da jovem acerca de suas condições e necessidades?	Sente-se a vontade para falar? Relata suas preocupações Revela seus medos, anseios, dúvidas? Faz perguntas? Pede opinião e orientação?
Escuta	
Dá espaço para adolescente falar? Mostra interesse pelo discurso da adolescente e do familiar? Estimula a fala da adolescente? Identifica as necessidades da adolescente?	Há interesse da adolescente e do familiar pelo discurso do enfermeiro Compreende a fala do enfermeiro?
Interação/Ação	
Olhar Toque Resolubilidade Responsabilização Empatia Tranquilização	Olhar Emoção Empatia

Fonte: Elaborado pela pesquisadora com base na Teoria Humanística de Enfermagem

- **Considerações Importantes:**

APÊNDICE H – Guia para observação dos grupos de convergência

Data: ____/____/____

Número de participantes: _____

Hora de início: ____:____

Código dos participantes:

Hora de término: ____:____

Duração: ____:____

Observar

- | | |
|----------------------------|---|
| ✓ Caso selecionado | ✓ Estratégias sugeridas e implementadas |
| ✓ Necessidades encontradas | ✓ Associações com a Teoria Humanística |
| ✓ Problemas relacionados | ✓ Considerações sobre os resultados |
| ✓ Divisão dos grupos | |
| ✓ Acordos estabelecidos | |

APÊNDICE K – Roteiro III dos grupos de convergência

Processo de Enfermagem Fenomenológico às adolescentes do A&CR.

O Processo de Enfermagem é uma metodologia de abordagem sistemática para o enfermeiro interagir com paciente. Entretanto, o Processo de Enfermagem Fenomenológico (PEF) difere um pouco do processo tradicional, pois enquanto este norteia-se por um problema de enfermagem a ser solucionado, no PEF o foco é trabalhar uma necessidade percebida por qualquer pessoa que esteja envolvida numa interação com o enfermeiro objetivando o bem estar e o estar melhor dos envolvidos. Portanto, é uma metodologia subjetiva-objetiva e analítica-intuitiva. Parafraseando Brüggemann (2003, p. 58): *o processo de enfermagem, em sua dinamicidade, pode ser comparado a um cata-vento, que se move a partir das necessidades de cuidado percebidas ou expressadas pela mulher e família, tendo como resultado as ações de Enfermagem imbuídas dos conceitos do referencial teórico.* O método do PEF acarreta uma compreensão intuitiva, um exame analítico, uma síntese e uma descrição, porém nem sempre estes passos ocorrem linearmente, podendo ocorrer simultaneamente ou em oscilação.

- **Fase 1: Preparando-nos para conhecer as adolescentes grávidas:** Nesta etapa o objetivo é trabalharmos nossa capacidade de autopercepção e de percepção do outro, ou seja, de conhecermos subjetivamente as gestantes adolescentes. Para tanto partimos do seguinte questionamento: Como eu percebo a adolescente grávida? Quem sou eu-enfermeiro-no-mundo-da-adolescente-grávida? A partir deste procuraremos explorar o nosso “EU”, refletindo nossas experiências pessoais e profissionais junto às gestantes adolescentes e aos acompanhantes, confrontando nossos valores morais e éticos frente a estas experiências, a fim de fortalecermos nossa identidade profissional e a nossa capacidade de conhecermos e vivenciarmos o “OUTRO” subjetivamente e com isto melhorarmos nossos encontros com esses sujeitos durante o A&CR. É, portanto uma possibilidade de tomarmos ciência das nossas limitações e fragilidades, a fim de melhor usufruirmos de nosso potencial para o cuidado humanístico da gestante adolescente (LÚCIO; PAGLIUCA; CARDOSO, 2008).

- *Quais têm sido nossas LIMITAÇÕES, FRAGILIDADES E POTENCIALIDADES no cuidado às adolescentes que atendemos no A&CR?*

- **Fase 2: Conhecendo intuitivamente à adolescente grávida:** Nela, vemos o mundo através dos olhos do “OUTRO”, ou seja, pela possibilidade e capacidade de conhecer intuitivamente. A possibilidade de conhecermos intuitivamente a adolescente grávida durante o A&CR parte da nossa capacidade de raciocinar intuitivamente que, muitas vezes, é reflexo de nossas experiências práticas com outras gestantes adolescentes, ou seja, um resgate de vivências dos nossos encontros com elas.

-*Como tem sido estes nossos encontros, que tipo de relação nós temos priorizado? Que aspectos interferem na capacidade de conhecermos intuitivamente e propiciar a presença tanto para nós como para elas?* Portanto, o raciocínio intuitivo é uma forma de conhecimento que se constrói também através de memórias de experiências passadas e comparações com experiências presentes, contribuindo na compreensão do “OUTRO” no mundo, mas não em sua totalidade. Também refletimos sobre o “OUTRO” sermos nós enfermeiros, compreendidos pelas adolescentes a partir das experiências anteriores delas com a equipe de saúde.

O conhecimento intuitivo começa antes das relações “EU-TU” e “NÓS” (COELHO; VERGARA, 2015). E para que elas aconteçam o enfermeiro precisa ser capaz de captar intuitivamente e principalmente estar aberto ao todo da experiência (INTERESSADO NA SINGULARIDADE DA ADOLESCENTE), despindo-se de pré-

juízos, aceitando as expressões e sentimentos da adolescente e de seu acompanhante para, a partir daí, IDENTIFICAR às necessidades e trabalhá-las em um diálogo vivo em busca do “BEM-ESTAR” e “ESTAR BEM” de todos os envolvidos.

- **Fase 3: Conhecendo cientificamente a adolescente grávida:** Esta é a fase da relação “EU-ISSO”, implica em avaliar a adolescente sob um olhar mais clínico, correlacionando os achados com o protocolo de classificação do risco obstétrico, entretanto tentando fazê-la também em um diálogo vivo, com a participação da adolescente e do familiar nesse processo.

A todo tempo devemos nos afastar e refletir criticamente sobre a vivência com a adolescente, ao mesmo tempo em que estamos inserida nela. Com isso, fortalecemos a capacidade de refletir a relação EU-ISSO no cuidado vivenciado.

- *Como tem ocorrido nossa avaliação clínica para a classificação de risco? De quais maneiras poderíamos envolver adolescente e acompanhante no processo avaliativo?*

- **Fase 4: Sintetizando complementarmente as realidades conhecidas:** Nesta fase faremos uma comparação analítica dos dados que obtivemos cientificamente e da experiência da jovem à luz do conhecimento científico e subjetivo. Eles devem ser comparados, contrastados com esta e com outras experiências e por fim, sintetizados em uma visão ampliada daquela experiência, daquele encontro. O que norteará a relação dialógica para o bem estar e o estar melhor frente às necessidades da adolescente. Ou seja, aqui nosso foco não é encontrar problemas e formular diagnósticos e tarefas para solucioná-los. Com o PEF, formulamos conceitos quando chegamos a conclusões após a síntese das ideias, dados e experiências que refletem a experiência da adolescente, bem como a compreensão inicial da situação, de modo intuitivo. É uma etapa que permite um diálogo entre as realidades e admite as diferenças. É quando praticamos o cuidado dialogicamente.

- *De que maneira poderíamos sintetizar as experiências vividas com as adolescentes no A&CR?*

- *Que exemplos da nossa prática podem ser citados?*

5ª fase – Da sucessão das multiplicidades à unidade paradoxal do nosso processo interno – compreendendo o todo: Nesta etapa tem-se a reflexão do momento vivenciado (bem-estar) e experimentado (vir-a-ser), para que haja o fortalecimento à preocupação de estar com alguém que está em necessidade de acolhimento. Aqui, nós, a adolescente e o seu acompanhante vamos refletir e validar os relacionamentos EU-TU, EU-ISSO, NÓS. Que fique bem claro: AVALIA-SE O SIGNIFICADO DA EXPERIÊNCIA PARA TODO

- *Que conclusões tivemos de nossas experiências com as adolescentes desde que*

nos aproximamos da THE?

APÊNDICE I – Roteiro I dos grupos de convergência

MOMENTO I: Notas introdutórias sobre a pesquisa

Primeiro Momento: Apresentar objetivos do encontro

Segundo Momento: Realizar leitura e discussão do recorte do projeto de pesquisa

- Levantar dúvidas, críticas e expectativas das participantes.

Terceiro Momento: Apresentação dos resultados da etapa 1 sobre as necessidades das adolescentes

- ✓ Toque Vaginal
- ✓ Condição gestacional
- ✓ Condição socioeconômica da adolescente
- ✓ Sinais e sintomas do parto (contração, tampão mucoso, cólica, vômito)
- ✓ Bem estar do bebê (movimentação fetal, medo da UTI, idade do bebê)
- ✓ Sinais e sintomas de risco na gravidez (Pré-eclâmpsia, Trabalho de Parto Prematuro, Sangramentos)
- ✓ Dificuldades de relacionamento com o enfermeiro (comportamento do enfermeiro e da adolescente

APÊNDICE J – Roteiro II dos GRUPOS DE CONVERGÊNCIA

MOMENTO II: Conhecendo as suposições, pressupostos e conceitos da THE e preparando o enfermeiro cognoscente.

Primeiro Momento:

Apresentar objetivos do encontro

Segundo Momento:

Discutir os textos lidos e correlacionar os conceitos da THE com a prática do A&CR às gestantes adolescentes + resultados iniciais da pesquisa

- ✓ Conceitos a serem trabalhados: EU, TU, RELAÇÃO EU-TU, RELAÇÃO EU-ISSO, PRESENÇA GENUÍNA, CHAMADO E RESPOSTA, FAZER-COM E ESTAR COM, BEM ESTAR E ESTAR MELHOR.
- ✓ Outros resultados iniciais obtidos na entrevista e observação
 - Sentidos e significados atribuídos pelas adolescentes ao A&CR (momento pouco significativo para a adolescente, dificuldade para relacionar a classificação ao risco).
 - O modo-de-ser da adolescente (timidez, vergonha, silêncio, incredulidade e a influencia do senso comum)
 - A relação interpessoal com o enfermeiro do A&CR (dominância da relação EU-ISSO, foco na queixa, pouca abertura ao diálogo, necessidade de fazer com a avaliação da jovem, o acompanhante no processo
- ✓ Estimular relatos de experiência dos participantes
- ✓ Contrastar resultados dos questionários com as reflexões do grupo

Síntese de ideias das Informações dos questionários (IQ)			
Uso a escuta como estratégia para identificar as necessidades	Tabus do trabalho de parto, relacionando a dor sentida à dor da morte.	Orientações sobre os cuidados com a pele	Orientações sobre os sinais de trabalho de parto e sinais de risco.
Necessidade de aumentar a participação da adolescente no diálogo e diminuir a do acompanhante	Construir panfleto informativo sobre como evitar nova gestação precoce	Fazer perguntas claras sobre o que ela está sentindo	Não perceber diferenças entre gestantes maiores e adolescentes
Demonstrar boa vontade, interesse e dedicação para resolver as necessidades que aparecerem	Aumentar participação da adolescente e diminuir do acompanhante em alguns casos	Ser imparcial quanto a questão da gravidez na adolescência	Procurar tranquilizá-la
Incentivo a ser forte e corajosa	Receptiva	Acessível	Sensível às queixas
Melhorar a atenção pensando na instabilidade emocional dessas jovens	Incentivar a continuação dos estudos.	Abordar sobre os métodos contraceptivos para evitar nova gravidez.	Prevenir doenças sexualmente transmissíveis
Transmitir segurança	Dificuldades de acesso ao serviço	Falhas do pré-natal	

Distribuição dos textos sobre a THE

1. SCHAURICH, Diego; et al. Teoria Humanística de Paterson e Zderad em enfermagem pediátrica. Esc Anna Ner. Rev. Enferm. v.9, n.1, p.265-270, abr. 2005 **(Ceres e Jupter)**
2. SILVEIRA, Isolda Pereira; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Conceitos da teoria humanística no cuidar obstétrico. Rev. RENE, Fortaleza: v.8, n.1, p.78-84, jan./abr. 2007. **(Saturno, Vênus e Marte)**
4. OLIVEIRA, Maria Emília; BRUGGEMANN, Odaléa Maria; FENILLI, Rosângela Maria. Teoria Humanística de Paterson e Zderad. In: OLIVEIRA & BRUGGEMANN. Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003. **(Terra, Netuno e Mercúrio)**
5. BRUGGEMANN, Odaléa Maria. A enfermagem como diálogo vivo: uma proposta de cuidado humanizado durante o processo do nascimento. In: OLIVEIRA & BRUGGEMANN. Cuidado Humanizado: possibilidades e desafios para a prática da Enfermagem. Florianópolis: Cidade Futura, 2003 **(Plutão, Terra, Vênus)**

Terceiro Momento

Atividades Reflexivas

- ✓ Entrega dos envelopes da consciência
- ✓ Questões Norteadoras da reflexão:

1. Quem sou eu no mundo?
2. Quem sou eu enfermeiro?
3. Quem sou eu cuidando de uma adolescente grávida?

• Atividade 1: Vídeos

Vídeo 1: Sou feita de retalhos.

Mídia disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=JWYwcepHSu0>

Sou feita de retalhos.

Pedacinhos coloridos de cada vida que passa pela minha e que vou costurando na alma.
 Nem sempre bonitos, nem sempre felizes, mas me acrescentam e me fazem ser quem eu sou.
 Em cada encontro, em cada contato, vou ficando maior...
 Em cada retalho, uma vida, uma lição, um carinho, uma saudade...
 Que me tornam mais pessoa, mais humana, mais completa.
 E penso que é assim mesmo que a vida se faz: de pedaços de outras gentes que vão se tornando parte da gente também.
 E a melhor parte é que nunca estaremos prontos, finalizados...
 Haverá sempre um retalho novo para adicionar à alma.
 Portanto, obrigada a cada um de vocês, que fazem parte da minha vida e que me permitem engrandecer minha história com os retalhos deixados em mim. Que eu também possa deixar pedacinhos de mim pelos caminhos e que eles possam ser parte das suas histórias.
 E que assim, de retalho em retalho, possamos nos tornar, um dia, um imenso bordado de "nós".

Cora Coralina

Vídeo 2: Enfermeira e Miss colorado - "Eu sou apenas uma enfermeira". Mídia disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=qdDdfIQ3K5k>

• **Atividade 2: Refletindo a realidade do A&CR**

Imagine que...	
Você deverá ler e responder esse material individualmente. Lembre-se que este é mais um exercício de consciência	
<p>Participante 1,</p> <p>Imagine que você tem 14 anos e está na sua segunda gravidez, hoje com 30 semanas. A primeira gestação aconteceu em fevereiro deste ano, mas quando o seu namorado descobriu, te obrigou a fazer um aborto clandestino. Sua família nunca soube deste ocorrido. Então você decidiu se afastar do seu namorado, mas ele não aceitou sua decisão. Foi quando você descobriu que ele era usuário e traficante de drogas e que fazia assaltos. Desde então ele te abusa sexualmente e te ameaça. Sempre te diz que se contar para alguém você e sua família morrem! Infelizmente você engravidou novamente e dessa vez ele quis que a gravidez continuasse. Há dois dias sua família descobriu a gravidez e te expulsou de casa. Ao procurar seu namorado pedindo ajuda ele te violentou sexualmente e te espancou. Com isso, você passou a apresentar um discreto sangramento vaginal e dor no baixo ventre. Quem te deu abrigo e te trouxe para a emergência do HGF foi sua vizinha, mas você não teve coragem de contar a verdade para ela. No A&CR você foi atendida pela enfermeira. Ela ao perceber que você tem 14 anos e que é a sua segunda gestação expressou o seguinte comentário: - Imagine quando estiver com 30 anos! Vai ser um filho por ano?</p> <p>Quais eram as suas necessidades naquele momento? Elas foram atendidas? Por que você acha que a enfermeira agiu dessa maneira? Como você acha que deveria ter sido este atendimento?</p>	<p>Participante 2,</p> <p>Hoje você está de plantão no A&CR do HGF e recebeu uma adolescente, 14 anos, G2P0A1, aborto provocado em (20/04/16), IG: 30s4d.. Ela mantinha os olhos fixos para o chão e lacrimejando, respondeu em poucas palavras que tinha cólica e sangramento discreto. Estava acompanhada de uma mulher maior de idade, aparentemente nervosa.</p> <p>O que você pensa sobre uma segunda gestação aos 14 anos? Como seria a sua abordagem a esta adolescente?</p>

ANEXOS

ANEXO A - Parecer consubstanciado do CEP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**

Título da Pesquisa: CUIDADO DE ENFERMAGEM À GESTANTE ADOLESCENTE NO ACOlhIMENTO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO EM OBSTETRÍCIA: contribuições para o pensar-fazer do enfermeiro.

Pesquisador: THAÍS JORMANNA PEREIRA SILVA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56727116.8.0000.5040

Instituição Proponente: Hospital Geral de Fortaleza/SUS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.582.248

Apresentação do Projeto:

Esse estudo qualitativo com desenho Convergente Assistencial, conforme descrito pela pesquisadora, tem como principal objetivo conduzir processo crítico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o Acolhimento e a Classificação de Risco, para planejar e Implementar estratégias assistenciais que contribuam no atendimento das necessidades das gestantes adolescentes que procuram o serviço de Emergência Obstétrica de um hospital público terciário de Fortaleza, Ceará. Estima-se a participação dos onze enfermeiros do setor por meio de questionário e dos grupos de convergência. Já as gestantes adolescentes responderão a entrevista e serão no mínimo dez e máximo de vinte, seguindo o critério de saturação teórica.

A proposta de estudo trata do projeto de dissertação de mestrado de uma enfermeira obstétrica que trabalha no serviço de obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) e é aluna do Programa de Pós Graduação em Cuidados Clínicos de Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do

Recomendações:

Atentar para os riscos durante a execução da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado.

ANEXO B – Autorização das chefias de enfermagem e médica do serviço de obstetrícia

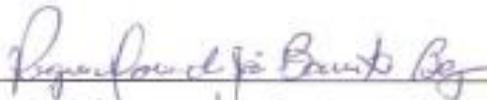
Nós, **Regina Maria Sá Barreto Bezerra** (enfermeira) e **Joaquim Luiz de Castro Moreira** (médico obstetra) coordenadores do Serviço Obstetrícia do Hospital Geral de Fortaleza (HGF) declaramos estar cientes e de acordo com a realização do trabalho de pesquisa intitulado **Cuidado de Enfermagem à gestante adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: contribuições para o pensar-fazer do enfermeiro** tendo como pesquisador Thaís Jormanna Pereira Silva e orientadora Maria Veraci Oliveira Queiroz.

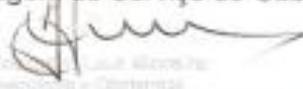
A pesquisadora se compromete em seguir a Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

- 1) Respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida;
- 2) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;
- 3) Prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa só deverá ser iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (CEP-HGF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza 06 de maio de 2016


 Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Obstetrícia do HGF


 Médico Obstetra coordenador do Serviço de Obstetrícia do HGF

ANEXO C – Termo de fiel depositário

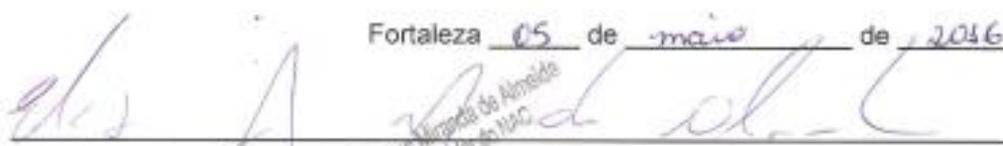
Eu, Elvis Aaron Miranda de Almeida, gerente do Núcleo de Atendimento ao Cliente (NAC) fiel depositário dos prontuários e da base de dados dessa Instituição, Hospital Geral de Fortaleza (HGF), declaro que **Thaís Jormanna Pereira Silva** está autorizada a realizar nesta instituição o projeto de pesquisa **Cuidado de Enfermagem à gestante adolescente no Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia: contribuições para o pensar-fazer do enfermeiro** sob a responsabilidade da orientadora Maria Veraci Oliveira Queiroz cujo objetivo geral é **conduzir processo critico-reflexivo junto aos enfermeiros sobre as práticas assistenciais às gestantes adolescentes durante o A&CR, para planejar e implementar estratégias assistenciais que contribuam para o alcance das necessidades das gestantes adolescentes que procuram o serviço.**

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos do sujeito, dentre outros, asseguradas pela Resolução nº 466/12 de 12 de dezembro de 2012 do Conselho Nacional de saúde (CNS).

1. Assegurar a confidencialidade e a privacidade, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades;
2. Assegurar que o material e os dados obtidos da pesquisa sejam utilizados exclusivamente para a finalidade prevista no protocolo de pesquisa;
3. Assegurar aos participantes da pesquisa os benefícios resultantes do projeto, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;

Informo-lhe ainda, que o acesso aos prontuários somente será permitido após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Geral de Fortaleza (CEP-HGF), para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência e justiça.

Fortaleza 05 de maio de 2016


Assinatura do coordenador do NAC