

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE CUIDAR COM A ADOLESCENTE
PRIMIGESTA NA COMUNIDADE ATRAVÉS DO
REFERENCIAL DO CUIDADO HOLÍSTICO-ECOLÓGICO**

**DIONE LÚCIA PRIM
NECILDA TEREZINHA CIPRIANO
RENATA CAPISTRANO DUARTE
SCHIRLEY RAMOS LINDIG**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0164

Título: Processo de cuidar com a

adolescente primigesta na comunidade



972513222

Ac. 240968

Ex.1 UFSC BSCGSM CGSM

CCSM

TCC

UFSC

ENF

0164

Ex.1

Florianópolis, dezembro, 1997.

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE CUIDAR COM A ADOLESCENTE
PRIMIGESTA NA COMUNIDADE ATRAVÉS DO
REFERENCIAL DO CUIDADO HOLÍSTICO-ECOLÓGICO**

**DIONE LÚCIA PRIM
NECILDA TEREZINHA CIPIRANO
RENATA CAPISTRANO DUARTE
SCHIRLEY RAMOS LINDIG**

Florianópolis, dezembro, 1997.



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**

**PROCESSO DE CUIDAR COM A ADOLESCENTE
PRIMIGESTA NA COMUNIDADE ATRAVÉS DO
REFERENCIAL DO CUIDADO HOLÍSTICO-ECOLÓGICO**

**DIONE LÚCIA PRIM
NECILDA TEREZINHA CIPRIANO
RENATA CAPISTRANO DUARTE
SCHIRLEY RAMOS LINDIG**

**Relatório do Projeto Assistencial de
Conclusão do Curso de Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina.**

Orientadora: Zuleica Maria Patrício
Co-Orientadora: Ana Maria Farias
Supervisoras: Andréa da Silva
Simoni Posser Gallina

Florianópolis, dezembro de 1997.

*Aos nossos pais:
Simplicio e Lourdes; José e Maria;
Roberto e Leda; Francisco e Graça,
pelo amor e por tudo que nos proporcionaram
para que vencêssemos mais este desafio.*

*Aos maridos, André, Albertino e Thomas;
ao namorado Helton e
aos filhos Leonardo e Fernando,
por tanta compreensão, dedicação, força e carinho.*

AGRADECIMENTOS

- ⇒ À **Deus** por nos dar força e iluminar nossas vidas;
- ⇒ Às **Adolescentes e sua Famílias**, com a qual compartilhamos idéias e experiências;
- ⇒ À **Zuca** - nossa orientadora - pelo apoio, incentivo, disponibilidade, por compreender nossas dificuldades e pelo estímulo ao nosso crescimento;
- ⇒ Às supervisoras, **Simoni e Andréa**, pela força no momentos difíceis e pelo incentivo para prosseguirmos com a nossa caminhada;
- ⇒ À **equipe do CSII Costeira do Pirajubaé, funcionários da APAM, funcionários e alunos da Escola Anísio Teixeira**, que sempre que possível, colaboraram para o desenvolvimento desse projeto;
- ⇒ À **Olga** pelas sugestões que colaboraram para o aperfeiçoamento do trabalho.
- ⇒ À **Ilca** pelo apoio a realização desse trabalho e por estar a disposição quando precisamos.
- ⇒ À **Teté** por nos ouvir e ajudar a enfrentar mais este desafio;
- ⇒ Aos **familiares**, que acreditavam em nós e torceram para que alcançássemos mais esta etapa;
- ⇒ Aos **maridos e namorado**, por nos ouvirem, compreenderem nossas ausências e nos incentivarem durante todo o curso e elaboração deste trabalho;
- ⇒ Ao **grupo (Dione, Nice, Renata e Schirley)**, pelo esforço, responsabilidade, dedicação, compromisso, pelos momentos de descontração e por vencermos mais esta etapa da vida.

“Uma velha lenda hindu relata que houve um tempo em que todos os homens eram Deuses. Mas eles abusaram tanto da sua divindade que Brahma, o mestre dos Deuses, tomou a decisão de lhes retirar o poder divino; resolveu escondê-lo num lugar onde seria absolutamente impossível de reencontrá-lo. Mas o grande problema era encontrar o esconderijo.

Brahma convocou então um conselho dos Deuses menores para resolver o problema: “enterremos a divindade do homem na terra”, foi a primeira idéia dos Deuses.

“Não, isto não basta, pois o homem vai cavar e encontrá-la”, respondeu Brahma.

Então os Deuses retrucaram: “Então joguemos a divindade no fundo dos oceanos”. Mas Brahma não aceitou a proposta pois achou que o homem um dia iria explorar as profundezas dos mares e a recuperaria.

Então os Deuses menores concluíram: “Não sabemos onde escondê-la pois não existe na terra ou no mar lugar que o homem não possa alcançar um dia. Então Brahma se pronunciou; “Eis o que vamos fazer com a divindade dos homens: vamos escondê-la na maior profundidade dele mesmo, pois é o único lugar onde ele jamais pensará em procurá-la.

Desde esse tempo, conclui a lenda, o homem fez volta a Terra, explorou, escalou, mergulhou e cavou, em busca de algo que se encontra nele mesmo”.

SUMÁRIO

1 - Introdução.....	01
2 - Revisão de Literatura.....	06
3 - Referencial Teórico.....	13
3.1 - Conceitos.....	15
3.2 - O Processo de Cuidar segundo o Referencial do Cuidado	
Holístico-Ecológico.....	26
4 - Metodologia.....	34
4.1- Tipo de Estudo.....	34
4.2 - Contextualização do Local de Estágio.....	35
4.3- Participantes do Estudo.....	37
4.4 - O Processo de Cuidar.....	38
4.4.1- Entrando no campo.....	38
4.4.2 - Ficando no Campo.....	44
4.4.3 - Saindo do Campo.....	57
5 - Reconstruindo o Referencial Teórico.....	59
5.1 - O Significado da Gravidez na Adolescência: Um Processo	
de Alegria-Tristeza.....	59
5.2 - Reconstruindo Conceitos.....	66
6 - Reflexões Finais.....	68
7 - Referências Bibliográficas.....	71
8 - Anexos.....	73

RESUMO

Este estudo apresenta a descrição e análise do trabalho de Prática Assistencial desenvolvido na Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada no Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Teve como objetivo geral desenvolver um processo de cuidar com foco na promoção do bem-viver da adolescente primigesta na comunidade e ao mesmo tempo conhecer melhor a realidade do processo de gravidez na adolescência, através de fundamentação teórico-prática, conforme o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico. Foi desenvolvido na Comunidade da Costeira do Pirajubaé, em Florianópolis, Estado de Santa Catarina, durante o período de agosto a dezembro de 1997. Caracterizou-se como estudo participante segundo metodologia do Núcleo TRANSCRIAR - UFSC, junto a adolescente, família, companheiro e comunidade, envolvendo a equipe de saúde da unidade sanitária daquela Comunidade. As atividades foram desenvolvidas em três momentos, caracterizados por "Entrando", "Ficando" e "Saindo do Campo", correspondendo desde o processo de escolha do local de trabalho, as estratégias de operacionalização como Visita Domiciliar, Consulta de Enfermagem, Oficina de Saúde, Sala de Espera, Visitas a Instituições, Participação em Eventos e estudos na literatura, até devolução dos dados na Comunidade. O olhar Holístico Ecológico permitiu conhecer melhor o processo de gravidez através de uma realidade local. A análise dos dados mostra que o processo de cuidar da adolescente grávida assemelha-se aquele vivenciado junto a qualquer mulher, ressaltando a particularidade da vida de cada mulher adolescente. O processo da gravidez na adolescência se faz, através das interações da mulher com ela mesma e com os outros, caracterizado por um processo de ambivalência de sentimentos, Alegria-Tristeza.

INTRODUÇÃO

Na cultura Ocidental, alguns estudos afirmam que a adolescência, na sua maioria, se caracteriza por um período de crises e instabilidades, onde o indivíduo passa por importantes transformações de ordem física, psíquica e social, que determina o amadurecimento e a passagem para a vida adulta.

O critério mais utilizado, na literatura, para identificar a fase da adolescência tem sido o cronológico, talvez por ser mais objetivo e prático. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, devendo o adolescente de 11, 12 e 13 anos ser diferenciado daquele de 17 ou 19 anos, pois as transformações ocorrem em todo este período (Gauderer apud Patrício, 1990). Já conforme o Estatuto da Criança e do Adolescente (E.C.A.), considera-se adolescente a pessoa entre 12 e 18 anos de idade (art. 2, p.17).

As crises dos adolescentes são evidenciadas, principalmente, pela busca de identidade pessoal e sexual, como afirma Osório (1989, p.77):

“De um modo sumário, poder-se-ia dizer que a tarefa básica da adolescência é a aquisição da identidade pessoal, ou seja, a consciência por parte do indivíduo de ser uma criatura separada e distinta das demais. Embora esta individualização se inicia desde os primórdios da vida extra-uterina, é na adolescência que se intensifica e culmina o processo. Um dos vértices deste processo de cristalização da individualidade durante a adolescência é justamente a aquisição da identidade sexual, ponto de convergência dos comemorativos biológicos e dos eventos psicológicos deste etapa evolutiva”.

A adolescente apresenta-se biologicamente pronta para procriar com limites cronológicos cada vez mais baixos. Acrescentando-se a isso está a busca da

satisfação sexual na adolescência, a exposição a imagens sexuais cada vez mais explícitas pelos meios de comunicação, despreparo dos pais e das escolas em lidar com os novos padrões sexuais dos jovens, podendo assim contribuir para o aumento no número de casos de gravidez. De acordo com Vitiello, 1983.

“O acentuado número de casos de gravidez em adolescentes solteiras tem sido compreendido como resultado das importantes modificações do comportamento sexual dos jovens em decorrência das transformações biológicas precoces e das influências ambientais que ocorreram profundamente após a revolução dos costumes, iniciada na década de 60”.

Segundo dados do Setor de Vigilância Epidemiológica (Secretaria Municipal da Saúde de Florianópolis - SMS -), em Florianópolis no ano de 1995 o número de adolescentes grávidas (10 - 19 anos) foi de 214 casos, equivalente a 15,2%; já em 1996 este número subiu para 789 casos, o que equivale a 17,7%. Ainda de acordo com dados da SMS, no Bairro da Costeira do Pirajubaé, onde foi realizado o Projeto Assistencial, no ano de 1995 o número de adolescentes grávidas (10 - 19 anos) foi de 5 casos, ou seja, 10,6%; já em 1996 este número subiu para 51 casos, o que significa 33,5%.

A partir destes dados, nota-se que houve um aumento do número de casos de adolescentes grávidas do ano de 1995 para o ano de 1996, possivelmente relacionados aos fatores já explicitados anteriormente.

A gravidez na adolescência tem sido considerada como tendo consequências devastadoras na vida de uma adolescente como afirmam Elster & Panzarine; Gonzalez et al.; Gauderer; Population..., apud Patrício (1990, p.24),

“As consequências da passagem abrupta do papel de filha para o de mãe podem ocasionar situações penosas não só para as adolescentes como também para suas famílias. As jovens, geralmente dependentes economicamente, são forçadas a interromper a escolaridade e frequentemente são abandonadas pelo pai da criança que irá nascer. Algumas são induzidas ao aborto ou a entregarem suas crianças a adoções, ou ainda a assumirem sozinhas os cuidados das crianças sem terem condições e preparo específico”.

Além disso, a gravidez no período da adolescência pode conduzir a perda de autonomia (que obriga a adolescente a buscar a ajuda de seus pais quando haviam

iniciado o caminho de sua independência); isolamento familiar e estigmatização pela sociedade.

De acordo com Colli e Saito apud Patrício (1990, p.18), a família tem sido considerada, juntamente com a escola e os amigos, um elemento fundamental na vida do adolescente, cuja relação determinará a presença ou não de problemas em seu desenvolvimento e futuras repercussões na saúde.

Diante destes aspectos, o processo da gravidez, na adolescência, tem sido considerado como uma crise e quando acrescenta-se a esta, a crise da adolescência, podemos supor que há um aumento das dificuldades enfrentadas pelas adolescentes, o que vem a ser ratificado por Sarmiento (1991, p.57):

“A adolescência e a gravidez são descritas como períodos críticos no processo evolutivo. Portanto, para as adolescentes a vivência da maternidade pode tornar-se mais difícil, pois a crise da adolescência se somaria a crise da gravidez, as múltiplas exigências que aparecem na busca da identidade durante o processo adolescente, seria acrescentado a grande exigência que é o “tomar-se mãe” “.

No Brasil o sistema de saúde vigente no atendimento as adolescentes grávidas, restringe-se principalmente ao pré-natal idêntico as demais gestantes, sem ter uma assistência que atenda especificamente a população adolescente para auxiliá-la a enfrentar o processo de gravidez. Assim torna-se evidente a necessidade de cuidados de saúde mais abrangentes.

Durante nossas leituras e estudos acerca do tema gravidez na adolescência, observamos que geralmente são ressaltados os aspectos negativos desta. Assim, como Sarmiento (1991, p.56), nos perguntamos: Mas a gravidez na adolescência não poderá ser motivo para amadurecimento e realização? Será que, necessariamente, o curso dos acontecimentos, na vida de uma jovem que engravida, leva a um estado irremediavelmente ruim?

Eisenstein (1990, p.226), define crise como “mudanças de um estado de equilíbrio. São perdas e ganhos necessários para o amadurecimento individual e coletivo”.

Conforme estes aspectos, entendemos que era preciso cuidar da adolescente grávida, compreendendo o significado da gravidez para adolescente/família/companheiro, focalizando este fenômeno não como uma crise centralizada em problemas, mas como um processo saudável.

Diante da necessidade que tínhamos de escolher a população e o tema a ser trabalhado na disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, decidimos desenvolver nossa prática assistencial com adolescentes grávidas.

Esta escolha foi reforçada pela própria limitação do Curso de Graduação em Enfermagem na UFSC, que no seu decorrer não oportunizou experiências com adolescentes grávidas no sentido de conhecer o seu contexto sócio-cultural e de aprender a trabalhar nessa situação, tornando-se isto um desafio a ser trabalhado pelo grupo.

O trabalho foi fundamentado pelo Marco Conceitual de Patrício e desenvolvido no Centro de Saúde II da Costeira do Pirajubaé (CSII), no período de 01 de setembro à 05 de novembro de 1997.

Fomos orientadas pela Professora Zuleica Maria Patrício e supervisionadas pela Enfermeira Andréa da Silva e pela Enfermeira do campo Simoni Posser Gallina

A contribuição que este trabalho proporcionou para a comunidade foi a promoção do bem-viver através da utilização do Referencial Metodológico de caráter participante, onde houve um processo de troca de saberes entre a população e os profissionais envolvidos no trabalho.

Consideramos que, para nós acadêmicas bem como para a enfermagem, o estudo gerou produção de conhecimentos e contribuiu para o crescimento profissional, no sentido de que tivemos experiências em cuidar dos indivíduos, compreendendo-os na sua integralidade. Além disso, trabalhando com adolescentes grávidas, descobrimos uma maneira de enfrentarmos nossos preconceitos e dificuldades em lidar com esta situação.

Tínhamos como objetivo:

Geral:

- Desenvolver um processo de cuidar com foco na promoção do bem viver da adolescente primigesta na comunidade, através do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico e aperfeiçoar os conhecimentos sobre gravidez na adolescência.

Específicos:

- Prestar cuidados de enfermagem em nível individual e coletivo a adolescente grávida visando seu bem viver, envolvendo a participação da família da adolescente, seu companheiro e da própria comunidade;

- Integrar a Equipe do Posto de Saúde da comunidade, na atenção à saúde da adolescente/família;

- Conhecer os significados da gravidez para as adolescentes/família/companheiro/comunidade, bem como suas possibilidades e limitações;

- Aplicar o processo de cuidar com no mínimo quatro adolescentes e suas famílias no processo de gravidez;

- Investigar recursos e possibilidades de atendimento às adolescentes grávidas em instituições da Grande Florianópolis que trabalham com esta população;

- Elaborar o conceito de Adolescente Grávida e aperfeiçoar o conceito de Cuidados com a Adolescente Grávida no decorrer do Projeto.

- Buscar novos conhecimentos sobre o tema Gravidez na Adolescência, através de participação em eventos e de leituras em bibliografias específicas no decorrer do projeto;

- Divulgar os resultados do projeto de assistência em eventos e em veículos de publicação.

2 . REVISÃO DE LITERATURA

Como um dos objetivos do nosso trabalho, realizamos a revisão da literatura com base em leituras relacionadas ao tema do projeto. Essa revisão teve início desde o momento da elaboração do projeto e foi desenvolvida de forma gradativa.

Conforme Moraes e Dias (s.d), “a adolescência é marcadamente uma fase de incertezas, angústia e desamparo. Isto ocorre porque o adolescente está construindo uma identidade. E as incertezas, a angústia e o desamparo surgem devido a constatação de que precisa dar direção a sua vida; fazer-se o que quer ser, e deparar-se com a responsabilidade por suas escolhas o que, até então, não experimentara”.

Para Aberastury (1992), “a tendência que caracteriza esta etapa é, do ponto de vista do indivíduo, a necessidade do jovem de começar a fazer parte do mundo adulto, e os conflitos que surgem tem sua raiz nas dificuldades para ingressar nesse mundo e nas dificuldades do adulto para dar passagem a essa nova geração que lhe imporá uma visão crítica de suas conquistas e do seu mundo de valores”.

Aberastury (1992), comenta que “a característica da adolescência é que a criança, queira ou não, vê-se obrigada a entrar no mundo do adulto; e poderíamos dizer que primeiro entra através do crescimento e das mudanças do seu corpo e, muito mais tarde, através de suas capacidades e de seus afetos. É muito frequente que aos 16, 17 ou 18 anos se mostrem muito maduros, em alguns aspectos, mas paradoxalmente imaturos em outros. Isto surge por um jogo de defesas frente ao novo papel e frente à mudança corporal que é vivida como uma invasão súbita

incontrolável de um novo esquema corporal que lhe modifica a sua posição frente ao mundo externo e o obriga a procurar novas pautas de convivência. O que aprendeu como criança, em aprendizagem e adaptação social, não lhe serve mais. O mundo externo e ele mesmo exigem uma mudança em toda a sua personalidade”.

Ainda segundo Aberastury (1990), “são as dificuldades do adulto para aceitar a maturação intelectual e sexual da criança o que leva a qualificar a adolescência de idade difícil para ambos, filhos e pais. É demasiado chamativo, ainda, que só se tenham assinalado até agora aspectos ingratos do crescimento, deixando de lado a felicidade e a criatividade plenas que caracterizam também o adolescente”.

De acordo com Fonseca (1996), “a adolescência é uma fase de transições, tudo se altera em um espaço de tempo muito curtos. Esta fase é marcada pela aventura de cada descoberta, pelo desabrochar da sexualidade, pelas mudanças corporais, onde a menina se vê a lidar com um novo corpo, ainda desconhecido, e adequar-se a um novo papel na vida: o de mulher”.

Para Chelala (1988), “o mundo dos anos 80 enfrenta uma nova “epidemia”, não duma doença específica, mas do número e do rápido alastramento duma situação chamada gravidez em adolescentes”.

Segundo resgate histórico de Monteiro (1997), “o aumento na incidência de gestação em adolescentes, com o passar dos anos, fez com que houvesse uma preocupação maior em relação ao tema”.

A existência do homem na Terra data de aproximadamente um milhão de anos. As mulheres da Idade da Pedra começavam sua vida reprodutora muito próximo a puberdade e raras eram as que ultrapassavam a segunda década de vida, em consequência de complicações advindas da gravidez e do parto.

Nas palavras de Lucano, apud Monteiro (1997):

“la aproximando-se o tempo para o casamento de Maria com José, a quem ela amava e de quem era noiva. Tinha catorze anos, quando concebeu e deu a luz a Jesus de Nazaré, o Salvador”.

Nas artes, é extremamente representativa, como na presença das ninfetas. Na pintura e escultura, ou as musas, divindades inspiradoras dos poetas, bem como das jovens glamurosas que deram origem aos grandes personagens dos romances. Da mesma forma, em todos o “contos de fada” a figura principal é sempre uma jovem donzela, que, ao final, encontrava seu príncipe encantado e viviam felizes para sempre.

A prática do uso da “Ama de Leite” foi amplamente defendida desde o século VII A.C., com a justificativa de eternizar a beleza e o frescor da juventude da jovens mães frequentadoras das cortes. O casamento dos grandes cavaleiros na Idade Média, em sua maioria na terceira década de vida, eram com meninas impúberes recém-saídas da primeira década, relacionando-as ao fato de que perdendo sangue para o meio externo durante a menstruação, perdia a mulher energia, colocando-a de posição inferior ao homem. Se engravidasse antes da primeira menstruação, sendo o primogênito homem nasceria com todo o potencial energético, possuindo todas as condições para ser também um grande cavaleiro, à imagem e à semelhança do pai.

As grandes mudanças ocorridas no final do século passado, decorrentes da Revolução Industrial na Europa e principalmente as conseqüentes à primeira grande guerra mundial, abriram um amplo campo de trabalho às mulheres, em vários setores de atividades até então exercidas somente pelos homens, colocou-as em condições totalmente diversas daquelas preexistentes. Estas mudanças porém não foram acompanhadas por políticas que lhe assegurem condições para dividir as responsabilidades pessoais com as do emprego. Surgia aí uma nova concepção, a da adolescente que se lançava no mercado de trabalho. A gravidez nesse momento impedia-a de evoluir na profissão, e também comprometia a estrutura financeira da família num período dos mais difíceis economicamente.

O movimento Hippie, na década de 60, com seu slogan “faça amor, não faça guerra” colocou-nos a frente uma problemática neste grupo: o uso de substâncias farmacodependentes, tais como LSD, cocaína, heroína, maconha, na tentativa de

alcançarem a plenitude, o Éden. Iniciado por um grupo de universitários, teve, ao seu final, somente jovens semi-analfabetos como representantes daquele que foi um grande movimento intelectual. Toda esta somatória de fatos levou-nos a uma explosão de gestações em adolescentes, com incidência no Brasil de 18%, o que nos mostra a importância do tema em questão.

A gravidez na primeira adolescência cresce também devido a um fator biológico. As garotas dos anos 90 têm a primeira menstruação em média aos 12 anos de idade. Suas mães e suas avós ficaram menstruadas bem mais tarde. A idade da primeira menstruação vem se reduzindo em quatro meses a cada período de 10 anos, embora ninguém saiba explicar as razões do fenômeno. (Monteiro, 1997)

Cobliner, apud Monteiro (1997), teceu importantes considerações sobre os motivos pelos quais houve aumento no número de gestações em adolescentes, no decorrer dos anos. Aspecto relevante para o autor é:

“A mudança ocorrida no controle exercido pelas famílias em relação aos filhos, que por ter sido relaxado, dão-lhes maior liberdade de ação, procurando ser menos inoportunos para não se tomarem empecilhos. A atividade sexual começa a ser despertada bem cedo em um grupo totalmente despreparado, o que traz como consequência um aumento na incidência de gestações indesejadas, bem como, nos dias de hoje. A AIDS e outras doenças sexualmente transmissíveis”.

Hoje, com a liberação sexual e a multiplicidade de contraceptivos, os relacionamentos sexuais começam mais cedo. Além disso, uma moça de 19 anos que ainda é virgem, certamente é olhada como algo estranho, portadora de alguma espécie de desajuste emocional, considerada como uma espécie em extinção. Todavia, como a sociedade e a família não conseguiram encaminhar como deveriam, um debate sobre sexualidade, os adolescentes têm muitas dúvidas pueris e muitos “mitos” relativos ao bom andamento da gravidez. Às vezes até são bem desenvolvidos fisicamente, mas, por serem ainda muito imaturos, têm suas experiências sexuais sem estarem emocionalmente preparados.

De acordo com Suplicy apud Monteiro (1997):

“A educação sexual existe desde que o bebê se encontra no útero materno. É feita através de atos, palavras e, principalmente, atitudes dos que convivem com a criança. Quando um pai belisca o traseiro da mãe, ele está mostrando o desejo. Quando ela responde com olhar carinhoso ou malicioso, ou reclama e fica brava, ela também está ensinando algo. Essa educação do dia-a-dia é a mais importante que a criança recebe; É a que estabelece sua postura frente a sexualidade”.

Vitiello, apud Silva e Sarmento (1988), afirma que a evolução sexual é indispensável no sentido de alertar a jovem sobre os riscos de uma gravidez precoce, pois a falta de esclarecimentos não significa que ela não despertará sexualmente. É muito importante ajudar os adolescentes a aceitarem a responsabilidade de sua vida emocional e sexual sem tentar inculcar-lhes padrões de conduta. Esta atitude não implica em aprovação ou condenação de formas de comportamento.

Reforçando este aspecto, Zagury (1996), afirma que tem gente que acha perigoso conversar, porque acredita que isto poderia despertar o adolescente precocemente e levá-lo a iniciar sua vida sexual mais cedo. Esse medo, em, geral, existe também com relação as drogas, entretanto, vários estudos vêm mostrando que o saber não leva a decisões impensadas, ao contrário.

Os fatores emocionais exercem influência na vida da adolescente, acentuados pelo seu estado de gestação, sendo que para Silva e Sarmento (1988), a maternidade exige reajustes importantes na vida da mulher, que decorrem das modificações no esquema corporal e das mudanças de identidade pelo fato de ter que assumir o papel de mãe. Quando a maternidade se dá na adolescência, esses reajustamentos vão somar-se aos que já estão acontecendo, ou seja, os que também se referem ao esquema corporal e ao processo de estabelecimento de uma identidade, próprios da fase. Acredita-se que a adolescente não esteja apta emocional e biologicamente para enfrentar a gravidez, o parto e o processo de criação de um filho. Geralmente a gravidez acontece inesperadamente, podendo acarretar uma série de episódio negativos, que vão interferir no desenvolvimento da adolescente, como por exemplo rejeição familiar e as restrições sociais e econômicas.

Conforme Vitiello, apud Silva e Sarmiento (1988), forma típica de raciocínio na criança, o “Pensamento Mágico” é ainda bastante encontrado na adolescência e, consiste num mecanismo mental de enfrentar situações novas com soluções idealizadas, que gostaríamos que acontecesse, resolvendo as dificuldades emergentes de maneira absolutamente não apoiadas pela experiência e pela dedução. É basicamente o que ocorre quando o adolescente pensa “Isto não vai acontecer comigo”.

Aliado aos fatores emocionais, Vitiello, ainda afirma, que de maneira geral toda adolescente teme em não ser fértil, o que em nossa cultura tem a conotação de não “Ser Mulher”. A dúvida sobre a própria fertilidade pode levá-la a “arriscar”, enquanto nunca teve uma gestação, que seria a prova inconteste de sua fertilidade. Entretanto, mesmo após um ou vários abortamentos provocados a dúvida pode persistir, sob a forma de temor de ter ficado estéril pelas manobras abortivas, levando a adolescente a sucessivos ciclos de gestação - aborto provocado.

A responsabilidade da gravidez, parece ser mais direcionada a figura da mulher, como descreve Wüsthof (1994), o verdadeiro veredicto da gravidez, quando indesejado, faz o mundo desabar sobre quem fabricou o “desastre”. Normalmente, a garota leva a pior nessa hora, já que o bebê se desenvolve na sua barriga. Isso é uma injustiça, já que o rapaz tem cinquenta por cento da responsabilidade.

Vitiello, apud Silva e Sarmiento (1988) diz que, é comum entre os adolescentes, a posição machista generalizada de que “evitar a gravidez é função da mulher”. Assim, não somente é frequente a recusa no uso de preservativos - alegando diminuição da sensação prazerosa - mas ainda uma evidente má vontade para com os métodos em que a participação do homem é importante, como nos de abstenção periódica, por exemplo.

Deve-se considerar o contexto sócio-econômico em que a adolescente vive. Segundo Monteiro (1997), nota-se nas estatísticas do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que vem aumentando a gravidez entre meninas com 13, 14 e 15 anos de idade. Cerca de oito mil crianças, filhas de mães com menos de

15anos, nasceram no país em 1996. Também de acordo com o IBGE e Centro Latino Americano de Demografia (CELADE), haverá 36.140.000 adolescentes no ano 2.000, expressando um aumento de cerca de 8 milhões nos últimos 20 anos.

Diante destes dados, nota-se que a estrutura social é de suma importância na vida de uma adolescente que vai ter um bebê, bem como para seu companheiro, pois segundo Silva e Sarmento (1988), sem dúvida, as condições sociais que cercam a gravidez na adolescência são em geral desfavoráveis, contribuindo de forma a desorganizar não só a vida pessoal de jovem mãe, como seu núcleo familiar e parental imediato.

Em relação a chegada de uma criança na família, Panzarine apud Patrício (1990) comenta:

“Os pais agora são avós e a criança deles agora é mãe. A incorporação de duas mães na família pode ser difícil tarefa: uma nova criança, uma nova mãe e uma adolescente se desenvolvendo”. (p. 188)

De acordo com Wüsthof (1994), um casal de adolescentes dificilmente tem condições de criar um filho. Vivem na casa dos pais, quase não ganham dinheiro e em geral, ainda frequentam a escola. Realmente, ter um bebê com esta constelação de problemas pode conturbar demais a vida, às vezes, os pais dela ou dele resolvem assumir a criança, tentando contornar o problema.

Percebe-se que em séculos passados, a gravidez na adolescência, era considerada acontecimento habitual para os padrões culturais e para os costumes vigentes. Na atualidade, a gravidez precoce, tem sido objeto de preocupação pelas repercussões que esta gestação pode impor a jovem mãe, principalmente de ordem psicológica e social, trazendo responsabilidade precoce, alto índice de abandono escolar e diminuição das chances de realização profissional.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

No decorrer do Curso de Graduação em Enfermagem nos sentimos insatisfeitas com os Referenciais Teóricos, até então adotados pela academia, pelo fato de, na nossa percepção, não explicitarem a operacionalização da visão do ser humano na sua integralidade. A partir desta insatisfação resolvemos escolher um Referencial, para desenvolver o Projeto Assistencial, que tivesse afinidade com nossas crenças e que fosse centrado na busca da compreensão da totalidade do homem.

Deste modo, escolhemos o Referencial Teórico do Cuidado Holístico-Ecológico de Zuleica Maria Patrício, que foi elaborado no início de 1988 com base em vários autores, especialmente Leininger e Gramsci, sendo aperfeiçoado em 1990, 1993 e 1995.

Este referencial é composto de conceitos, definições, pressupostos e técnicas que guiam as atividades do cuidar-pesquisar-ensinar em saúde.

*“Numa abordagem Holístico-Ecológica esse método em síntese, pode ser concebido como das **Ciências da Vida** enquanto modo de conhecer - compreender o processo de viver e ser saudável, na história e no cotidiano, através da **visão transdisciplinar, na dinâmica transpessoal e transcultural** em conjunto com a natureza, com todo o universo. Um método voltado às questões da **bioética**, tendo em vista seu caráter de valorizar as necessidades, os valores do indivíduo e sua participação ativa nas decisões de sua própria vida. (Patrício, 1996, p.44)”*

As interações **Transculturais**, caracterizam-se por momentos de troca de saberes, “de valores”, como um processo de “mexida na consciência” através do “pensar criticamente”. É uma postura ética, determinando uma interação educativa

de dupla sintonia, que favorece a troca de universos culturais, gerando transformações também no profissional (Patrício, 1990a) .

As interações **Transpessoais** envolvem um processo de troca de energias-sentimentos. Essa postura torna possível o engajamento do profissional nas questões do processo de viver e ser saudável dos indivíduos, incluindo aqueles de cidadania (de direito e de dever). É uma postura ética e estética, tendo em vista o envolvimento de sentimentos, de valores individuais e coletivos, bem como de preocupação com a forma do momento, do prazer de cuidar e ser cuidado, com a satisfação do enfermeiro e do cliente na participação do processo de cuidar (Patrício, 1996, p.61).

Sendo assim, o processo de Cuidar Holístico-Ecológico focaliza princípios de saúde coletiva, valorizando o individual. Através do diálogo reflexivo de conteúdo cultural e de terapêuticas corporais alternativas de diferentes culturas, parte do princípio de que corpamente consciente, energizado, pode interagir mais efetivamente - política e energeticamente - no coletivo, inclusive nas questões de cidadania. Valoriza as questões de amor, de afetividade dos indivíduos, e de ambiente como fundamental nas práticas com seu próprio corpo e nas relações com os demais seres humanos e a natureza (Dychtwald, Bevis, Patrício, apud Patrício, 1996, p.61).

Para guiar o nosso Projeto Assistencial, utilizamos os seguintes conceitos gerais: Homem (Ser Humano), Ambiente, Família, Recém-Nascido, Adolescente, Saúde-Doença, Enfermagem, Cuidado de Enfermagem e Cuidado com Adolescente Grávida. Dentro destes conceitos estão inseridos subconceitos como: Necessidades do Ser Humano, Recursos do Ser Humano, Crescimento e Desenvolvimento, Cultura, Contexto Cultural, Valores, Enfermeiro, Cuidado Popular e Cuidado Profissional. (Patrício, 1990a; 1996).

Além desses conceitos construímos o conceito de Adolescente Grávida e aperfeiçoamos o conceito de Cuidado à Adolescente Grávida, a partir da práxis.

Segundo referencial, praxis é a partir de Vasquez apud Patrício (1996, p.66) uma atividade teórica levada a uma prática que tem o sentido de transformar. É uma atividade teórico-prática e pessoal, pelo conteúdo humanístico, pelo seu enfoque cultural, de ver e fazer a existência da vida.

3.1 - CONCEITOS

3.1.1 - HOMEM (SER HUMANO)

É um ser animal. É biológico, concretamente no mundo através de um corpo de macho ou de fêmea (homem ou mulher) que representa suas particularidades individuais e coletivas, concebidas através da história. Esse corpo, matéria-prima do gênero humano, gerado por homem e mulher, inicia seu processo de transformação no útero da mulher - seu primeiro ambiente - transformando-se pela relação indireta com o contexto natural e social do mundo, a partir do corpo dessa mulher, da cultura e possibilidades que esta venha a ter, ou seja, a partir das interações dessa mulher com o mundo natural e social. Lá ele está se fazendo um ser cultural-social. Esse ser, quando vem ao mundo, vem com possibilidades de ser, estar, fazer e ter, necessitando, especialmente no início, infância e adolescência, da mediação dos adultos para crescer, desenvolver e transcender (Patrício, 1996, p.47)

Esse corpo, esse ser, desde seu nascimento se expressa no mundo pelos seus desejos, necessidades, buscas, criações, satisfações, produções, dores e prazeres. Torna-se, em nível crescente de complexidade, um ser cultural-social e espiritual através das interações que vai fazendo no processo de viver. É racional e sentimental, através da utilização dos seus dois hemisférios cerebrais, em graus variados conforme tenha sido estimulado em suas relações com outros seres. Sendo assim, elabora significados a partir de seu contexto, de sua visão de mundo. Nesse processo se dá a construção de sua consciência, individual e coletiva. Suas atitudes éticas e estéticas na vida. É esta consciência e outras possibilidades, incluindo aquelas do inconsciente coletivo, que irão guiar seus caminhos no processo de viver. Seu processo de evolução - transformação - se dá de acordo

com sua cultura, sexo, classe social e características biológicas. Integra ou não uma família. Executa cuidados de saúde, individuais e grupais, durante todo o processo de viver, compreendidos dentro de crenças, valores e práticas originadas em seu ambiente através de sua história de vida (Patrício, 1996, p.48).

As Necessidades do Ser Humano são eventos essenciais à vida e ao bem-viver, incluindo o morrer; promovem a reprodução da espécie, o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo como ser singular e social (coletivo). As necessidades têm caráter dinâmico no processo de viver; possuem dimensão física (natureza, transformada ou não), sociocultural, biológica, espiritual, afetivas... Dentre essas necessidades estão a felicidade e o prazer em diversas dimensões, desde as primitivas àquelas culturais; os cuidados do corpo e do ambiente que se integram para a qualidade de vida do ser humano e do planeta. O sentido das necessidades está condicionado à visão de mundo do ser humano, às suas crenças, valores, práticas, seus desejos, expectativas, e metas, como ser singular e social, em cada momento da vida e aos recursos disponíveis. (Patrício, 1996, p.50).

Os Recursos do Ser Humano são fatores fundamentais para o atendimento de suas necessidades como ser singular e social. **São suas possibilidades concretas e em potencial.** Esses fatores fazem parte de sua constituição histórica e da natureza. São provenientes de sua hereditariedade, de sua cultura, da qualidade de seu processo de crescimento e desenvolvimento e da sua visão de mundo e postura ao longo da vida. Essa postura inclui o pensar criticamente e o adotar atitudes para transformação de limitações em possibilidades de bem-viver. Os recursos, enfim, dependem dos estímulos que recebe e de sua consciência frente à vida particular e coletiva, incluindo a sociedade e toda a vida do planeta; das condições do ambiente micro e macro em que vive. É a visão ecológica. São recursos do Ser Humano, enquanto pessoa e cidadão do mundo e do Estado: ele próprio, consciência, liberdade, energia, criatividade, processos biológicos - seu espírito, seu corpomente - suas potencialidades, necessidades motivadoras, expectativas, seus valores, desejos e objetivos de vida, suas crenças e práticas, inclusive de responsabilidades (deveres); motivação para viver, para ser, para criar;

para fazer, determinação para lutar por crenças, por valores e direitos; conhecimentos, incluindo de direitos e deveres (cidadania); trabalho; produção de bens de sobrevivência e de transcendência; capacidade de amar e compartilhar, de reproduzir-se; ser feliz, ter prazer, incluindo a sexualidade; possibilidades de desenvolver reflexão crítica de seu processo de viver, incluindo as culturais (crenças, valores, práticas limitantes); ética e estética; receptividade para estímulos; solidariedade; participação política; visão ecológica; cuidado individual-coletivo (Patrício, 1996, p.50).

Esses recursos são possíveis a partir dos seus recursos coletivos. Seu contexto: a rede social com seus pares, sua família, sua comunidade, sua sociedade; sua história, o momento histórico no contexto físico e sociocultural em que desenvolve seu processo de viver; cotidiano que lhe dê condições de lazer, de trabalho; presença de lideranças interessadas na qualidade de vida; cuidados de saúde profissionais/populares; recursos econômicos para outras necessidades/valores; habitação; solidariedade; desafios; estímulos; amor; educação formal e informal; cultura(s), (crenças, valores, práticas, incluindo ritos, normas, conhecimentos); associação de bairro, de classe, de grupos e outros pares, Constituição Federal e ambiente natural: fauna, flora, sol, lua, água, terra, ar... Enfim, os recursos se traduzem em "possibilidades" do Ser Humano no seu processo de viver, ou seja, no seu processo de transformação contínua, incluindo as situações de saúde-doença que necessitam de cuidados de prevenção de agravos de saúde integral, de limitações e de promoção ou recuperação do bem viver. (Patrício, 1996, p.51).

O **Crescimento e Desenvolvimento** representa o processo de viver contínuo do homem como um todo. É resultante das interações de um conjunto de fatores referentes à sua constituição biológica e ao seu ambiente físico e sociocultural, principalmente o familiar, caracterizando-se pelo crescimento físico do corpo por inteiro ou em partes, e pelo aumento da capacidade do homem na realização de funções e tarefas cada vez mais complexas durante todo o seu viver. Apresenta-se em estágios cronológicos, a partir de ritmos individuais associados ao

atendimento de suas necessidades, os quais são identificados através das mudanças que ocorrem durante todo o processo. Essas mudanças são interdependentes e inter-relacionadas assim as mudanças do estágio anterior servem de base para as atuais e estas, por sua vez, para as futuras mudanças. Em cada estágio o homem apresenta necessidades de cuidados específicos, sendo que o atendimento é essencial para a continuidade do processo e para a vida presente e futura. (Patrício, 1990a, p.66).

3.1.2- AMBIENTE

É o contexto, o espaço, micro e macro onde o Ser Humano vive. É a natureza física, energética (natural ou já modificada pela cultura-ação), representada pela terra, o sol, a lua, o ar, a água, pelos seres vegetais, minerais e animais... Sendo assim, o homem também é natureza em sua essência. O ambiente também é o meio sociocultural e energético-afetivo-espiritual, e tudo o que ele envolve. É representado por micros contextos (família, escola, trabalho, lazer, religião, comunidade,...) dinâmicos e inter-relacionados, influenciando-se o ambiente maior, representado pelo país, continente, mundo, pelo universo. Esse ambiente torna-se recurso quando oferece ao ser humano as possibilidades - incluindo os direitos - de ele desenvolver suas potencialidades de criar, buscar, desenvolver e manter os componentes desse ambiente, incluindo os tecnológicos, econômicos, educacionais, legais, religiosos e de cuidados de saúde, populares e profissionais. Enfim, todas as dimensões de seu espaço que são essenciais à sua **qualidade de vida para viver saudável**. É esse ambiente que proporciona possibilidades de ser feliz, ter prazeres, primitivos ou culturais, incluindo os momentos de "respiradouros" no cotidiano do trabalho e da vida familiar, por exemplo. O Ser Humano é considerado um ser livre, mas também um ser limitado, em razão do seu caráter social. Geralmente, em nossa sociedade, em nossa cultura, o primeiro contexto social no qual o ser humano se insere é a Família (Patrício, 1996, p.48).

O **contexto cultural** é representado por todas as culturas apresentadas pelos homens, gerando o **contexto social** e influenciando-o constantemente. Este

contexto é representado pelos elementos sociais (incluindo o grupo familiar com seu espaço físico e cultura própria): históricos, econômicos, políticos, legais, tecnológicos, religiosos e educacionais, bem como de produção de alimentos e de cuidados à saúde (popular e profissional). Da relação sociocultural com a natureza é gerado o **contexto físico**, representado pelas transformações elaboradas pelo homem (Patrício, 1990a, p. 68).

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

A **Cultura** refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos entre os homens ao longo da história. É um processo permanente pelo qual os homens orientam e dão significado às suas ações, cuja dinamicidade ocorre a partir das reorganizações das representações na prática social. Apesar dessa dinamicidade, alguns fatores não se modificam por longo tempo, tornando-se característica dominante do indivíduo ou grupo. Praticamente todas as culturas têm seu ponto de vista sobre saúde e doença e comportamentos de cuidados próprios. Através da cultura o homem determina suas necessidades e obtém recursos para o atendimento dessas necessidades, incluindo o cuidado de saúde (Patrício, 1990a, p.69).

Os **valores** que integram uma cultura são forças difundidas e profundamente enraizadas que guiam os pensamentos, decisões e ações das pessoas, variando marcantemente em função de um homem para outro dentro de uma mesma cultura e

com tendência a se modificar durante os estágios de seu desenvolvimento (Patrício, 1990a, p.69).

3.1.3 - FAMÍLIA

É um dos contextos do ser humano. É caracterizada como um conjunto interpessoal-cultural, formado por seres humanos que interagem por diferentes motivos, tais como afetividade e reprodução, ou mesmo por necessidade de convívio coletivo por outras razões. Geralmente é concebida num processo histórico de gerações. Essas interações podem, ou não, ocorrer constantemente num mesmo ambiente físico. A questão é que o conceito de família é relativo, subjetivo. A imagem, a sensação de ter, de ser, de pertencer ou de estar em família é o ser humano que estabelece. A Família é uma relação social dinâmica. Durante todo o seu processo de vida, assume formas, tarefas e sentidos a partir de um sistema de crenças, valores e práticas, estruturados na cultura das gerações que incorpora e na classe social a qual pertence. Assim como o Ser Humano, indivíduo, a Família, enquanto unidade, reage às influências do ambiente em que vive, podendo ao longo dos anos se reestruturar. A Família é uma unidade que necessita cuidados de saúde, mas também é uma unidade prestadora de cuidados de saúde, dentro de padrões socioculturais próprios, sem se perder de vista a individualidade de cada um de seus membros (Patrício, 1990a).

Enquanto um contexto físico, sociocultural, espiritual, energético e afetivo, a Família tanto pode ser um **recurso** (possibilidade) para o crescimento e desenvolvimento saudável de seus membros, como também pode ser uma **limitação** nesse processo, através de imposição de normas e tarefas que não façam parte do sistema de valores dos seus membros, ou para as quais estes ainda não estejam preparados; da limitação da liberdade, na opressão; e através do não provimento de recursos, incluindo o cuidado, para o atendimento das necessidades para o desenvolvimento saudável (Patrício, 1990a).

O Ser Humano, enquanto pessoa-cidadão, pode ter todas as possibilidades, ou capacidades de desenvolvê-las, mas é limitado na relação com o mundo, em

especial quando está inserido numa família ou numa cultura que não lhe permita se desenvolver e, principalmente, transcender. No entanto, o Ser Humano é livre para pensar e é capaz de desenvolver sua liberdade de agir, de buscar, criar e manter recursos para atender suas necessidades de sobrevivência e de transcendência. Suas ações geram uma cultura que orienta novas ações, transformando a si próprio e provocando transformações em outros seres, incluindo limitações a si próprio, à natureza e aos outros seres humanos. Um dia esse ser passa a ter consciência que “Eu sou meu Corpo” e que “Ele sou Eu”. Passa a refletir que tudo o que faz com o corpo, a partir de suas necessidades, desejos, metas, está fazendo com ele mesmo; que tudo o que faz com o corpo reflete em seu viver. E mais, passa a ter consciência que ele, o corpo, mostra todos os seus signos e que reflete todo o seu viver, de mais dor ou de mais **prazer e felicidade** = o corpo fala (Patrício, 1990a).

3.1.4 - RECÉM-NASCIDO

É o “homem” que acabou de nascer para a vida social e que irá continuar seu processo de “crescimento e desenvolvimento” em “ambiente” diferente do qual foi gerado. Apresenta-se a esta nova vida com características próprias, baseadas na sua singularidade biológica e nos efeitos que o ambiente tenha lhe causado enquanto unidade biológica mãe-filho. Seu viver, agora, dependerá da reciprocidade entre ele e as pessoas com as quais conviverá, principalmente no que se refere às responsabilidades que o novo ambiente dará às suas “necessidades” (prioritariamente, nessa fase da vida, aqueles cuidados ligados à alimentação, afetividade, segurança física e à liberdade para ser ele mesmo) (Patrício, 1990a, p.78).

3.1.5 - ADOLESCENTE

É o “homem” que no seu processo de crescimento e desenvolvimento está na fase da adolescência, representada pelo processo de transição entre o ser criança e o ser adulto, caracterizando-se por transformações biológicas, psicológicas, culturais e sociais, cujo significado e vivência são dependentes do sexo, classe social e do “ambiente” e momento histórico em que se insere o adolescente. É uma

fase que oportuniza novas sensações e experiências, antes completamente desconhecidas, cujos determinantes principais são: o desenvolvimento da sexualidade, nos aspectos de prazer e de reprodução; as novas capacidades, de pensar a respeito de si mesmo e do mundo que o cerca; as respostas que obtém de seu mundo cultural frente à suas reações e as ações no ambiente. Na busca de sua individualidade e no confronto com a cultura, o adolescente muitas vezes se diferencia, critica, questiona, contesta e traz idéias e propostas novas, o que em algumas culturas tem gerado situações de mal viver (Patrício, 1990a, p.76).

3.1.6 - SAÚDE E DOENÇA

A saúde é um conceito subjetivo, desenvolvido pelo sujeito a partir de suas representações. Compreende-se que ter saúde é ter possibilidades (recursos) de buscar-manter-recompôr seu bem-viver através de componentes éticos e estéticos, incluindo o modo como o ser humano interage com a natureza e com os seus semelhantes: o *Homem Ecológico*. *O processo de viver saudável* do ser humano está relacionado à sua interação com ele mesmo, na sua totalidade-unicidade, com a diversidade e complexidade do universo. A saúde nesse olhar holístico, multidimensional, está relacionada às suas diversas possibilidades de ser feliz e ter prazer: qualidade de vida (Patrício, 1996, p.51).

“Estar” ou “ser” doente, para o Ser Humano, é sentir dificuldades (limitações) para atender necessidades de bem-viver, ou mesmo apenas viver. Esses momentos do processo de viver são denominados “Situações de Saúde-Doença”. Reportam momentos de busca de superação de condições de mal-viver, envolvidas na multidimensionalidade da vida. Essas situações são expressadas verbalmente ou não verbalmente, através de queixas e sinais no corpo, nas atitudes interacionais com o ambiente. Essas concepções precisam, também, ser consideradas ao se pensar o conceito “Enfermeira(o)”, sozinha(o) ou em interação com outros profissionais, pois essa(esse) é o “Ser Humano” na profissão do cuidado, do Cultivar a Vida (Patrício, 1996, p.51).

3.1.7 - ENFERMAGEM

É a Ciência, a Tradição, a Filosofia e a Arte de cultivar a vida através do Cuidado. Ciência e Tradição no sentido de conjunto de conhecimentos e saberes de diferentes culturas sobre o cuidado da vida, Filosofia no sentido de refletir para compreender a vida e Arte como formas de transformar a vida (o Cuidado) (Patrício, 1996, p.55).

O **Enfermeiro** é um profissional da saúde que presta cuidados profissionais que visam ajudar o homem na saúde e na doença (incluindo o momento da morte) durante todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento e na conquista de melhores condições de bem-viver. Esses cuidados são fundamentados no conhecimento e na compreensão de si próprio e da realidade de saúde e doença do homem, de seus valores e crenças culturais, de suas práticas de cuidados e de suas necessidades, expectativas, queixas e recursos, como indivíduo ou como grupo social, em determinado ambiente. Constitui-se em um dos recursos do homem. A prática do enfermeiro está condicionada aos seus recursos, no sentido de possuir suporte para o cuidado fundamentado em conhecimentos das ciências Biológicas e Humanas (principalmente da Sociologia, Antropologia e Psicologia) alicerçando assim sua capacidade crítica e reflexiva de viver do homem e das múltiplas determinações de saúde e doença que o ambiente apresenta (Patrício, 1990a, p.73).

Numa concepção Holística -Ecológica, o profissional de saúde precisa conhecer e compreender a realidade em múltiplas facetas, outras dimensões, além da cultura expressa, outros motivadores. Precisa compreender o jeito da pessoa ser e de estar no mundo, para ajudá-la a transcender o que lhe é oferecido, transmitido culturalmente (Patrício, 1996, p.55).

3.1.8 - CUIDADO DE ENFERMAGEM

Refere-se às atividades, aos processos e às decisões (diretas e indiretas) o que vale dizer que **administrar** serviços de Enfermagem também é cuidar, ao menos o é em finalidade -, dirigidos ao indivíduo, à família, ao grupo ou à

comunidade em situações de saúde-doença evidentes ou antecipadas, que **promovam, mantenham ou recuperem o seu bem-viver** (saúde). Constitui-se em “necessidade” e “recurso” do Ser Humano (Patrício, 1990a).

Atos de cuidar representam a **mediação** no processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável; ajudam a viver na saúde e na doença; protegem as pessoas e a natureza; auxiliam a pessoa a nascer e a ser, a desenvolver-transcender, a reproduzir, a criar/transformar, a morrer dignamente. Colaboram na redução de estresse e a gerir conflitos de forma mais saudável. **Aceitar essa idéia é conceber o cuidado como provedor de prazer e de momentos de felicidade, ou eliminador de desprazer, de insatisfações** (Patrício, 1996, p.55).

O Cuidado de Enfermagem se diferencia do cuidado dos demais profissionais por essa dimensão integral de cuidar da vida nas “Situações de Saúde-Doença”. O profissional enfermeiro desenvolve os cuidados através de método próprio, denominado Processo de Enfermagem, com auxílio de uma equipe de trabalhadores de Enfermagem (Patrício, 1996, p.56).

A seguir, estão os componentes do **Cuidar-Cuidado** que operacionalizam essas interações. A composição desse constructo é flexível e dinâmica; está continuamente aberta para substituição ou incorporação de outros componentes. Representa **objetivos, ações e modos de cuidar direto e indireto** que respondem: “Para que cuidar?”, “Quais cuidados?” e “Como cuidar?”

“Dialogar, refletir, meditar com; trocar idéias, energias, experiências; promover conhecimentos; esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir, criar, educar, desenvolver potencialidade; confortar; tocar (diferente de manuseio); prevenir; agir para; adotar atitudes com relação a; fazer por, fazer com; ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência; ser empático, autêntico, sincero; observar, analisar, comparar, validar, expressar; manter (preservar), acomodar e/ou repadronizar modos de cuidar; propor e negociar modos de cuidar; planejar, organizar com; coordenar; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade; ouvir atentamente (escutar); preocupar-se com o outro; empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza; compreender, calar, tolerar; amar; valorizar; colocar limites; estar presente; comparecer; assumir responsabilidade; compromisso; respeitar; não condenar; aceitar; desafiar;

estimular; lutar com; desenvolver capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas (pensar criticamente); proteger; socorrer; supervisionar - vigiar (segurança com liberdade); executar ações físico-técnicas, como curativos, higiene corporal, massagem e relaxamento; aliviar a dor, promover momentos de alegria, prazer; aceitar expressões de sentimentos negativos; preservar a individualidade e a integridade do outro e de si próprio; demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar o corpo e o ego, através do toque e do reforço de comportamento construtivo, estimulando a valorização de si próprio e dos outros seres; executar medidas de promoção; tratamento e reabilitação; desenvolver afetividade-compromisso entre pares; considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, sua potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo; demonstrar confiança e ajudar o indivíduo a desenvolver confiança, esperança, fé, coragem, também entre seus pares; ter comportamento altruísta somente em caso de emergência, visando sempre resultado positivo também para o cuidador; auxiliar o indivíduo na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela própria existência e existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza; ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação delimitações para bem-viver; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de forma ética e estética; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativa e politicamente consciente nas decisões que envolvem seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado; cuida, baseando-se em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e práticas culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; focalizar os recursos e limitações, individuais-coletivo, de bem-viver (qualidade de vida); focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o usos da constituição federal, abrangendo o estatuto da criança e do adolescente e desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas” (Patrício, 1996).

Há momentos em que os trabalhadores da Enfermagem enquanto profissionais, cuidam sozinhos de outros seres humanos, mas há momentos em que necessitam de profissionais de outras disciplinas, inclusive de especialistas. Sabendo que as necessidades de cuidados podem ser atendidas de duas formas - pelo próprio ser humano e pelos outros seres humanos dentro de um contexto popular de saúde, como na família e em outros grupos sociais, e pelo enfermeiro, enquanto integrante de um contexto profissional de saúde - precisamos entender que os indivíduos se cuidam, individual e também coletivamente. Neste aspecto, ao

trabalharmos com famílias e outros grupos, precisamos percebê-los enquanto unidade prestadora de cuidados de saúde popular e, também, enquanto unidade recebedora de cuidados de saúde, popular e profissional. (Patrício, 1996, p.58).

O **Cuidado Popular** reflete crenças/valores, práticas e recursos locais sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida diária e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, economia e política) (Patrício, 1990a, p.72).

O **Cuidado Profissional** tem sua base no aspecto personalizado, através da visão holística do homem, a partir de suas necessidades, problemas, crenças/valores, expectativas, atitudes e recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos precisos, uso de instrumentos tecnológicos, técnicas e procedimentos de cuidado empiricamente conhecidos e também nos elementos do “cuidado popular”, sendo principalmente fundamentado no “Processo de Cuidar” (Patrício, 1990a, p.72).

3.2 - O PROCESSO DE CUIDAR SEGUNDO O REFERENCIAL DO CUIDADO HOLÍSTICO-ECOLÓGICO

O **Processo de Enfermagem**, significa a operacionalização do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício, que neste Referencial é denominado de **Processo de Cuidar**.

O Processo de Cuidar se caracteriza por **interação** entre o trabalhador de Enfermagem e o Cliente (indivíduo, família, outros grupos sociais e comunidade). Esta **interação** com o outro acontece nos **encontros**, através de comunicação verbal e não verbal e de ações físicas que fazem a mediação no processo de transformação das necessidades de saúde do ser humano com participação ativa deste. Para tanto, **incorpora conhecimentos e saberes oriundos de diferentes culturas, sentimentos e energia do cuidador e daquele que é cuidado, juntamente com o ambiente** (Patrício, 1996, p.56).

Esse **processo de interação** entre seres humanos se dá através da troca de energia e de universos culturais, fundamentado na realidade de idéias e na concretude do corpo em relação com o ambiente. Representa, além de atos e técnicas diretas ao corpo do indivíduo, com todas as suas particularidades concretas, um processo dialógico que tem ajudado no desenvolvimento de sua consciência individual-coletiva, no sentido de repensar suas crenças, valores e práticas em saúde, incluindo a de cidadania, de direito e de dever (Patrício, 1996, p. 57).

A operacionalização dessas interações são realizadas através dos **componentes do Cuidar/Cuidado**, descritos no conceito de Cuidado de Enfermagem, já apresentado.

No processo, seja de cuidar ou pesquisar, consideram-se, antes de mais nada, as **expectativas**, os **desejos**, dos indivíduos naquele momento. Posteriormente, vamos para o conhecimento gradativo de sua **história de vida**, de suas **crenças e práticas**, seus **valores, sentimentos, conhecimentos** relacionadas a saúde; de seus **recursos** concretos e em potencial, para viver saudável; seus **sinais e sintomas**, suas **queixas e necessidades** pessoais e coletivas. Considera todos os elementos que compõem o ambiente, incluindo os recursos que o próprio profissional dispõe, ou necessita buscar, para desenvolver o trabalho. Nesses recursos estão também profissionais de outras disciplinas e a própria sociedade. Diante desse conhecimento passa-se para a compreensão das situações "Saúde-Doença", referentes as **possibilidades e limitações** de viver saudável (Patrício, 1996, p.59).

Nesse processo é valorizado, em especial, conhecer e compreender as trocas culturais-afetivas do indivíduo em seu **cotidiano**, espontâneas e impostas, que se dão pelas suas relações sociais, incluindo aquelas com profissionais. São valorizados os padrões culturais que entram no processo de viver dos indivíduo passivamente pelos meios de comunicação, em especial pela televisão, e o efeito destes em seu bem-viver. Essa visão passa pela compreensão do Ser Humano em

múltiplas e contínuas interações, propositais, conscientes, ou não. Inclui, também, a relação da vida com o momento histórico macro em que se dão as interações. Prioriza conhecer e compreender as interações que se dão no cotidiano do domicílio, da vizinhança, da escola, do trabalho, do lazer e dos logradouros - no micro contexto (Patrício, 1996, p.60).

Esse método, como trabalho participante, como mediador no processo de viver saudável de seres humanos, tem se caracterizado como uma **Prática Educativa Transcultural** (Patrício, 1990a). Esses momentos têm se dado mais especificamente nas situações de saúde-doença analisadas como “necessidade de acomodação” e, em especial, de “repadronização de crenças e práticas dos indivíduos”, conforme denominação de Leininger. Essas situações são compreendidas como limitantes, necessitando de modificações parciais ou totais, para um viver saudável (Patrício, 1996, p.60).

O Processo de Enfermagem é composto por três elementos básicos: **Conhecimento da Realidade** (levantamento de dados/identificação); **Compreensão da Realidade** (diagnóstico) através de análise-reflexão-síntese são identificados as situações de saúde-doença, que mostram as **possibilidades e limitações de bem-viver**, **Transformação da Realidade** (plano-avaliação), ou seja, implementação de cuidados mediadores que irão promover a transformação das limitações em possibilidade de bem-viver, por intervenção transcultural e transpessoal (Patrício, 1996, p.62).

Na **avaliação** do trabalho com os sujeitos, nem sempre é possível vermos os resultados esperados de imediato. Portanto, avaliação precisa ser vista no **processo**. Há situações em que ocorrem transformações imediatas. Percebe-se, através da análise e sentimento em relação ao trabalho, resultados no indivíduo e no profissional, pois é esperado que ambos fiquem satisfeitos. Mas há outras situações nas quais as transformações dependem de tempo para se concretizarem como o esperado. Dependem de transformações no ser humano-ambiente, dos processos internos e externos (Patrício, 1990a).

Esse processo pode ser caracterizado como um processo de caráter científico, pois desenvolve um método de levantamento, registro e análise de dados através de um conjunto de procedimentos sistematizados e de instrumentos próprios. É qualitativo, portanto caracteriza-se pela dinamicidade e não linearidade: ***um processo de ir e vir constante de conhecimento-análise-reflexão-transformação da realidade com os indivíduos*** (Patrício, 1990a).

Os momentos do Processo de Cuidar enquanto trabalho na comunidade, em família, podem ser descritos como: ***Entrando no Campo, Ficando no Campo e Saindo do Campo***. Essas fases não devem ser situadas em tempo cronológico definido.

Para operacionalização do Processo, utilizamos diferentes técnicas de abordagem, conforme preconiza o Referencial, tendo como base os componentes do Cuidado.

As técnicas são adaptadas as circunstâncias ao contexto, ao processo de interação - ao momento transpessoal e transcultural - que se dá entre profissional-população, ambos sujeitos do processo (Patrício, 1996, p.59). Para atingir nossos objetivos, desenvolvemos as seguintes técnicas: ***Observação Participante, Oficinas de Saúde, Consultas de Enfermagem e Visitas Domiciliares***.

A ***Observação Participante***, para Leininger (1985), é orientada em três fases: observação, observação e participação e observação reflexiva.

Oficina de Saúde é uma técnica especial para atividades participantes. Objetiva a construção de idéias através do lazer, do lúdico, do prazer de criar e conviver (compartilhar) com outras pessoas. Essas oficinas se caracterizam por atividades sociais de educação em saúde através de uma metodologia participante, ou seja, a partir das necessidades dos indivíduos que dela participam, e da construção em conjunto, dos recursos teórico-metodológicos, que irão subsidiar o alcance dos objetivos do encontro. As atividades são por si só transformadoras e só

acontecem pela capacidade criativa do ser humano e pela possibilidade de sua liberdade de ser com o outro. (Patrício, 1994).

Consulta de Enfermagem é uma atividade que o profissional enfermeiro desenvolve com o cliente e família, bem como com outros grupos sociais. Representa um momento de interação, de diálogo na qual se desenvolvem conceitos e práticas de saúde a partir de uma metodologia própria. Acontece no encontro face-à-face através de técnicas participantes de conhecimento (levantamento de dados) e de compreensão da realidade e de ação com o cliente e acompanhante (se for o caso). Fundamentalmente a consulta de enfermagem se traduz em um encontro de cuidado de saúde centrado na educação participante, visto que suas ações são baseadas na realidade do sujeito (cliente), possibilidades e limitações na relação ser humano-ambiente; tendo em vista a promoção de sua saúde e prevenção de agravos de situações limitantes já existentes (Patrício, 1990b)

Visitas Domiciliares é um recurso que o enfermeiro dispõe para desenvolver atividades de Enfermagem com o cliente. Este recurso possibilita maior envolvimento profissional-cliente, além de favorecer conhecimento e compreensão da realidade de saúde-doença dos sujeitos, porquanto é uma atividade desenvolvida nos seus próprios contextos. Nas visitas desenvolve-se: Consultas de Enfermagem, atendimentos e trabalhos em grupo com a família, com ou sem a participação de vizinhos (Patrício, 1988)

No desenvolvimento do processo de cuidar, foram utilizadas algumas das estratégias descritas por Patrício (1990a), destacadas as seguir:

a) Coletamos os dados no domicílio, escola, centro de saúde, comunidade ou qualquer outro local, se necessário, de conformidade com o cliente;

b) Utilizamos o primeiro momento de coleta de dados para iniciar o processo de interação que acompanhou as demais fases do processo, principalmente o Cuidado de Enfermagem;

c) Expomos os objetivos do trabalho à adolescente primigesta, família, companheiro, demais sujeitos envolvidos no estudo discutindo os mesmos e solicitando sua participação, garantindo sigilo e anonimato dos dados. Combinamos as Visitas Domiciliares em dias e horários adequados à família e de forma a garantir a possibilidade de observação de momentos em família;

d) Temos clareza do seu conceito de “família” e do conceito do cliente, assim como do ambiente e da definição do objetivo da interação que está havendo.

e) Utilizamos a linguagem do cliente, estimulando ambiente de liberdade para acomodarem-se e expressarem-se a seu modo.

f) Procuramos, desde o primeiro momento, uma relação de confiança, através do respeito à individualidade (sua crenças, valores, limitações e potencialidades), sendo honesto, não fazendo julgamentos, sendo empático, sabendo ver através da visão de mundo dos indivíduos: demonstrando interesse, preocupação, cumprindo acordos, falando de si próprio, se houver interesse do cliente, sendo autêntico. A confiança é fundamental para a interação e para o próprio cuidado.

g) Estivemos atentas para captar as crenças e valores da adolescente grávida, família, companheiro e comunidade, distinguindo-os de outros valores colocados por outras culturas e que estejam interferindo nas suas questões de saúde-doença.

h) Mantivemos durante todos os momentos do levantamento dos dados a visão holística de homem.

i) Utilizamos os conhecimentos das ciências biológicas, da antropologia, da psicologia e da sociologia durante a coleta de dados para auxiliar na investigação, fazendo análise e retornando a questão, inclusive com exame físico se necessário.

j) Utilizamos os sentidos (visão, olfato, audição e tato), durante os contatos com a adolescente primigesta, a família, o companheiro e a comunidade. Estivemos atentas para as expressões verbais e não verbais procurando identificar a sua linguagem e seus sentimentos.

k) Vimos cada membro da família individualmente, sem perder o sentido da unidade familiar. As variações culturais se tornam aparentes quando se examinam

diferenças entre dois ou mais indivíduos em crenças e formas de tratar problemas de saúde e problemas de vida, além de formas gerais de manter a saúde.

l) Evitamos interferir na dinâmica da família ou do indivíduo. Voltamos à entrevista ou observação quanto vezes forem necessárias para completar os dados.

m) Procuramos reforçar os aspectos positivos dos indivíduos e da família durante o levantamento dos dados e demonstramos consideração sobre suas queixas.

n) Mantivemos atitude aberta e curiosa, uma vez que tais atitudes facilitam o aprendizado sobre a cultura, suas mudanças, conflitos, “estresses” e história, auxiliando o enfermeiro a entender o por que dos valores, crenças e práticas culturais.

o) Refletimos sobre os pequenos e grandes aspectos do comportamento dos indivíduos. Quando o enfermeiro avalia comportamento cultural, ele deve documentar o que vê e ouve e então conferir suas observações e interpretações com o informante (validar, reafirmar ou mudar sua interpretação).

p) Evitamos fazer perguntas em demasia ou insistir sobre assunto que tenha gerado constrangimento. Aguardamos outra oportunidade após fortalecimento da interação.

q) Participamos, nas Visitas Domiciliares, das atividades da família quando já houvesse estabelecimento da interação, para observando e conversando sobre crenças, valores e práticas relacionadas as atividades.

r) Evitamos fazer anotações durante a entrevista ou durante a observação. Usamos gravador desde que sob autorização do cliente.

s) Executamos cuidados (que envolvem educação e realização de técnicas) durante os primeiros momentos da coleta de dados somente frente a situações de emergência ou nos casos que seja demonstrado interesse pelo cliente.

Os dados colhidos durante nossas atividades diárias, foram registrados nas notas de campo e em notas de acadêmicas, conforme preconizado no Referencial.

As notas de campo são feitas por interações entre profissionais e sujeitos do estudo, obtidos através de diálogos, ações, participações e observações do

contexto onde ocorreu os encontros (Consultas de Enfermagem, Oficinas de Saúde, Visitas Domiciliares e Observação Participante), ou seja, as mediações que auxiliam os indivíduos nas suas questões de saúde e doença.

Nas notas das acadêmicas são registrados os sentimentos, as reflexões teóricas e metodológicas sobre as atividades desenvolvidas, proporcionado desta forma os elementos que subsidiarão a análise do Processo de Cuidar como um todo.

4 . METODOLOGIA

4.1 - TIPO DE ESTUDO

Segundo o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, o Processo de Cuidar Cuidado pode ser considerado estudo qualitativo quando os procedimentos de registro e análise dos dados se desenvolvem a partir de princípios do método qualitativo de pesquisa, incluindo o rigor específico dessa modalidade. Isso ocorre, quando além do objetivo de cuidar, há também o objetivo de produzir conhecimentos.

Mais, especificamente, o *Processo de Cuidar-Cuidado* se desenvolve através do conhecimento, análise e intervenção na realidade de uma forma participante, o que de certa forma caracteriza esse processo dentro do modelo de pesquisa participante, pelo menos no que se refere a seus princípios básicos.

Segundo Haguette apud Patrício (1994), a Pesquisa Participante caracteriza-se como um processo de pesquisa através do qual a comunidade participa na análise de sua própria realidade, visando a transformação social em benefício dos participantes. É uma atividade de pesquisa educacional e orientada para a ação.

Nascimento e Rezende apud Patrício (1994), a propósito da pesquisa participante, colocam que:

“Só o encontro, valorizado e dialético, do saber científico com o saber popular pode gerar um novo saber, que será não uma grosseira reunião de fragmentos mal emendados, mas sim um saber artesanalmente urdido, onde aparecem os vários elementos do processo numa nova concepção”.

De acordo com nossa compreensão, entendemos pesquisa participante

como um processo na qual a Equipe Profissional do CSII Costeira do Pirajubaé; Funcionários das Escolas e da APAM; Comunidade; Representantes da Associação de Moradores; Acadêmicas de Enfermagem; Orientadora; Supervisoras e Adolescente Primigesta, sua Família e Companheiro, participem da análise de sua própria realidade, visando a transformação social em seu benefício, ou seja, toda reflexão-análise sendo realizada de forma participante.

4.2 - CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

Escolhemos como campo de estágio, para desenvolvermos o Projeto Assistencial, o Centro de Saúde II Costeira do Pirajubaé (vide anexo 1), localizado na Rua João Cândio Jacques 1461, Costeira do Pirajubaé - Florianópolis.

A Comunidade da Costeira do Pirajubaé, situa-se no Sul da Ilha de Santa Catarina, aproximadamente à 8 km do Centro de Florianópolis. Limita-se ao Norte com Saco dos Limões; ao Sul com Carianos e Rio Tavares; ao Leste com Distrito da Lagoa da Conceição e a Oeste com o Oceano Atlântico.

A ocupação do bairro ocorreu de forma desordenada, avançando encosta acima e colocando em risco a população que ali aglomera-se. Cortada pela rodovia de acesso ao Sul da Ilha, apresenta trânsito intenso e congestionado em toda a sua extensão, com grande incidência de acidentes.

Segundo Hamer (1997), tem sido observado um aumento significativo da população da Comunidade da Costeira do Pirajubaé, devido principalmente a vindas de famílias de outras cidades do estado e até mesmo de outros estados.

O nível de instrução da população local, restringe-se ao 1º grau incompleto. A maior incidência de gravidez, na comunidade, ocorre na faixa etária de 15 à 24 anos.

Há setores, na Costeira do Pirajubaé, que apresentam-se de forma mais crítica, sendo estas consideradas áreas de risco. Destacam-se, principalmente, as

áreas de risco próximas ao mangue, onde as casa em péssimas condições de habitação, são invadidas pela água do mar nas marés altas. Nas encostas do Morro, existem inúmeros barracos com risco de desabamento.

Os moradores, destas áreas de risco, utilizam água não tratada; seu esgoto é despejado no mangue e córregos; o lixo depositado em terrenos baldios, córregos e ao redor das casas.

O Centro de Saúde II Costeira do Pirajubaé, faz parte da Rede Básica de Saúde do S.U.S (Sistema Único de Saúde). Presta serviços em nível de promoção e proteção da saúde da comunidade. Tem como objetivo principal a Assistência Primária à Saúde.

O CSII iniciou suas atividade a partir de um projeto de extensão dos Departamentos de Enfermagem e Medicina da UFSC. Sua atual instalação foi inaugurada em 1989, atendendo a grande demanda de usuários. Principalmente, pode ser referência para a população do Sul da Ilha, e contra-referência para a Policlínica do Centro. O horário de funcionamento é das 7:00 às 19:00 horas nos dias úteis.

A demanda de usuários a este Centro de Saúde, não se limita a sua área de abrangência, pois grande parte dos atendimentos são feitos para indivíduos de outros bairros e até mesmo de outros municípios.

O Centro de Saúde, conta com 19 servidores para atender a demanda. As categorias são:

- Auxiliares Administrativos = 02
- Auxiliares de Serviços Gerais = 02
- Auxiliares de Dentista = 02
- Auxiliares de Enfermagem = 02
- Técnicos de Enfermagem = 02
- Enfermeiros = 02
- Médicos = 05 (3 Clínicos Gerais; 1 Pediatra; 1 Ginecologistas)

- Odontologista = 02
- Psicólogos = 01

A área física, do CSII, é composta de 13 salas, cujas distribuições são as seguintes:

- 1 Sala de Curativos;
- 1 Almojarifado;
- 1 Sala de Lanche;
- 1 Sala de Nebulização;
- 1 Sala de Vacinação;
- 1 Expurgo;
- 1 Sala de Espera;
- 1 Farmácia;
- 1 Consultório Odontológico;
- 3 Consultórios para os profissionais: enfermeiros, médicos e Psicóloga;
- 2 Banheiros = um para os usuários e outro para funcionários.

A estrutura física é precária e as paredes externas mostram-se danificadas e com pichações sobre a pintura envelhecida. Atualmente existe uma proposta para a reforma da estrutura física do CSII.

O CSII, desenvolve atividades de Assistência de Enfermagem (Consulta Pré-Natal, Exame Preventivo, Planejamento Familiar, Atividades Educativas nas Escolas e Grupo de Adolescentes, Consulta com Puérpera, Puericultura, Sala de Espera, Atividades Básicas de Enfermagem - vacinas, curativos, teste do pezinho...); Medicina (Clínica Geral, Ginecologia, Pediatria e Acupuntura); Psicologia, Odontologia e Farmácia.

4.3 - PARTICIPANTES DO ESTUDO

Participaram do Estudo, as adolescentes primigestas, que estavam entre a faixa etária de 10 a 19 anos e que utilizavam o serviços do Centro de Saúde II da

Costeira do Pirajubaé, bem como suas famílias e companheiros (pai da criança). Participaram, ainda, a Equipe Profissional do Centro de Saúde II da Costeira do Pirajubaé, funcionários e alunos da Escola Anísio Teixeira, Representantes da Associação de Moradores e Funcionários e alunos da APAM (Associação de Pais e Amigos da Criança e Adolescente).

4.4 - O PROCESSO DE CUIDAR DA ADOLESCENTE PRIMIGESTA NA COMUNIDADE

4.4.1 - ENTRANDO NO CAMPO

Se caracteriza como o momento do conhecimento do campo, dos participantes entre si, enfim, seria como o início de um namoro (Patrício, 1991).

Decidido sobre o tema a ser trabalhado, resolvemos ir a busca do campo de estágio. Primeiramente, pensamos em desenvolver o projeto na Comunidade da Vila Aparecida, já que uma das integrantes do grupo conhecia esta comunidade através do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC. A mesma, conversando com representantes da Comunidade, veio a saber da necessidade de se fazer algum tipo de trabalho com adolescentes abordando o tema gravidez na adolescência, visto o alto índice de gravidez desta população na Comunidade.

À partir deste momento, entramos em contato com o coordenador do Centro de Saúde daquela Comunidade. Conversamos com ele sobre a possibilidade de realizarmos reuniões para a discussão e elaboração do projeto junto com a equipe daquele Centro de Saúde e que necessitaríamos sua aceitação para realizarmos o estágio. Fomos informadas por ele, nessa ocasião, que deveríamos entrar em contato com a Diretora do Departamento de Saúde, na Secretaria Municipal de Saúde (SMS), pois somente com a aprovação desta é que o estágio poderia ser realizado.

Entramos em contato com a Diretora do Departamento de Saúde e apresentamos a proposta de estágio na Vila Aparecida. Esta falou-nos que “não seria interessante” realizar o projeto na Comunidade referida, pois “iria levantar expectativas que não seriam correspondidas pelo grupo”. Disse também, que “um trabalho deste tipo deveria ser feito por uma equipe multiprofissional”, indicando-nos o Programa de Saúde da Adolescente (PROSAD) para realizarmos o projeto.

Após este acontecimento, a diretora pediu que levássemos o projeto para ser analisado por ela e sua equipe. Explicamos, à diretora, que o projeto seria elaborado de acordo com o Referencial que guiaria o estudo, devendo ser elaborado de forma participativa junto com a equipe do Centro de Saúde onde seria desenvolvido o estágio e não havendo, assim, como apresentar-lhe o projeto naquele momento.

Duas semanas passadas, ligamos para a SMS com a finalidade de marcar novamente um horário com a diretora. Fomos atendidas pela sua secretária que nos informou que não haveria necessidade de marcar horário, pois a diretora era muito acessível e nos atenderia. Sendo assim, retornamos à SMS juntamente com a Enfermeira, que supervisionaria o estágio, para tentarmos conseguir a autorização para realização do estágio no campo previsto.

Chegando na SMS, nos dirigimos à sala da diretora para conversarmos. Esta nos falou que estava muito ocupada e perguntou qual seria o assunto. Neste instante a supervisora entrevistou e explicou a situação, dizendo que tratava-se de uma autorização para realização do estágio. A diretora falou que não poderia nos atender, já que tinha compromissos inadiáveis, insistindo em que deixássemos uma cópia do Projeto para ser analisado, pois sem isso não seria possível emitir uma autorização.

Conversamos com a orientadora e supervisora, que nos aconselharam a mudar o campo de estágio, prevenindo futuras situações conflitantes para o desenvolvimento do Projeto.

A orientadora do Projeto indicou-nos, como Campo de estágio, o CSII Costeira do Pirajubaé, já que ela possuía informações a respeito da diversidade de serviços oferecidos neste campo e da aceitação da equipe de saúde quanto aos trabalhos acadêmicos desenvolvidos anteriormente no CSII.

A partir deste momento, juntamente com a orientadora, fizemos contato com o CSII Costeira do Pirajubaé, explicando sobre o nosso projeto para a Enfermeira (do turno vespertino) e para Coordenadora deste. A proposta do estágio foi aceita por ambas, mas segundo elas, o Projeto teria que ser aprovado também pela SMS.

Em razão de problemas já ocorridos com esse processo de aprovação do Projeto, por parte da Diretora do Departamento de Saúde, solicitamos a intervenção da Coordenadora da 8ª fase do Curso de Graduação em Enfermagem (UFSC) para viabilização deste processo. Assim, os encaminhamentos à SMS referentes a realização do estágio, foram feitos via chefia do Departamento de Enfermagem (UFSC), tendo em vista outros problemas semelhantes que estavam ocorrendo em outros campos de estágio.

No mês de agosto realizamos a segunda visita no campo de estágio, onde fomos prontamente recebidas pela enfermeira do período matutino. Esta comentou sobre o trabalho desenvolvido no CSII, sua área física, tipo de atendimento prestado à população da comunidade e apresentou-nos aos funcionários. A enfermeira mostrou-se bastante receptiva em relação a nossa proposta.

Durante o período de agosto a setembro, desenvolvemos a elaboração do Projeto Assistencial, realizando encontros diários do grupo, buscas de referências bibliográficas, leituras à respeito do tema gravidez na adolescência e participação em eventos.

Na elaboração do projeto realizamos atividades como: discussão do Marco Teórico com a orientadora e participação em Oficinas sobre qualidade de vida no meio ambiente, junto com integrantes do Núcleo TRANSCRIAR-UFSSC, com intuito de conhecermos melhor a técnica de realização de Oficinas e elaboração de

projetos. Também durante a elaboração do projeto, definimos quem seriam as supervisoras, do estágio, ou seja uma das Enfermeiras do CSII Costeira do Pirajubaé e uma das Enfermeiras do Núcleo TRANSCRIAR-UFSC.

Após a aprovação do projeto pela Banca Examinadora, iniciamos o estágio, que realizou-se no período de 01/09/97 à 05/11/97. Na primeira semana, ainda com apoio da equipe de saúde do CSII Costeira do Pirajubaé, refizemos alguns aspectos do Projeto Assistencial.

Durante a realização do Projeto, já havíamos iniciado a interação com a equipe de saúde do CSII, especialmente com a Enfermeira do período matutino (supervisora), para reconhecimento da área de atuação. Ao chegarmos, para o primeiro dia de estágio no CSII, nos apresentamos para os funcionários que ainda não conhecíamos. Neste dia, também articulamos a apresentação do projeto para os funcionários dos dois períodos (matutino e vespertino).

No dia 03/09/97, apresentamos o projeto para os funcionários da manhã e no dia 04/09/97, para os funcionários da tarde. Os tópicos apresentados foram: a Justificativa; os Objetivos; o Referencial Teórico e a Metodologia utilizada. Após a apresentação, solicitamos que os participantes fizessem uma avaliação e deixamos em aberto para sugestões. Os funcionários disseram, que havia sido muito importante esta atitude de exposição do projeto antes de colocá-lo em prática, como demonstram alguns comentários:

“Achei bem importante vocês virem aqui e explicar o que irão fazer, não vão entrando direto, fazendo coisas sem explicar e também sem conhecer o local de estágio. Gostei dessa atitude de vocês”

“Eu achei bom o que vocês realmente irão fazer, a comunidade precisa de alguma coisa que alerte para este problema de gravidez entre os adolescentes”.

*“Achei bem interessante e no que a gente puder ajudar, podem contar”
(Notas de Campo)..*

Durante a apresentação do projeto explicamos, aos funcionários, que as primeiras duas semanas realizaríamos Observação Participante nas atividades do CSII, nas consultas dos profissionais e nas visitas à comunidade e Instituições que

trabalhem com adolescentes, visando a possibilidade de agendar adolescentes grávidas para consultas de enfermagem e iniciar o trabalho com estas.

Nas duas primeiras semanas, buscamos atender as estratégias de operacionalização do projeto, procurando vivenciar as consultas de enfermagem individuais. Para tanto, pedimos permissão para a enfermeira e as clientes para permanecerem durante as consultas, buscando interagir com as mesmas. Estes acompanhamentos em Consulta de Enfermagem, tinham como objetivo: aprendizagem; interação e busca de adolescentes grávidas que participariam do nosso trabalho.

Acompanhamos um total de 6 consultas com puérpera, 11 consultas de pré-natal, 5 consultas de puericultura, 14 exames colpocitológicos, 16 imunizações, 4 curativos e 7 aplicações de nebulização.

Além das consultas, participamos de reuniões do Grupo de Gestantes (Sala de Espera), que aconteciam todas as quartas-feiras enquanto estas aguardavam a consulta médica.

Na segunda semana, saímos à Comunidade com a enfermeira e uma moradora da Costeira, usuária dos Serviços do CSII. Nesta visita, conhecemos uma das áreas de risco (mangue).

Visitamos as Escolas Anísio Teixeira, Estimoarte e Júlio da Costa Neves; o Centro Comunitário e a APAM. Em todos estes locais, apresentamos o projeto e articulamos a possibilidade de utilização do espaço físico para a realização de Oficinas de Saúde.

Na visita ao Centro Comunitário, conversamos com o presidente da Associação de Moradores e pedimos ao mesmo que, se possível, colaborasse no encaminhamento de adolescentes grávidas ao nosso grupo de estágio. Este mostrou-se interessado em ajudar-nos e ofereceu o espaço físico do Centro Comunitário, caso fosse necessário utilizarmos. Comprometemo-nos em deixar

formulários de encaminhamentos na Associação, bem como nos outros locais que visitamos. (Ver anexo 2).

Na Escola Anísio Teixeira, conversamos com a supervisora e orientadora educacional e na APAM com a coordenadora dessa Associação. Nesse momento, fomos informadas que haveria possibilidade de utilização do espaço físico da APAM no horário das 17:30 horas.

No CSII, coletamos endereços de adolescentes grávidas indicadas pela psicóloga, enfermeira e pessoas da comunidade. Elaboramos convites (anexo 3) e no dia seguinte, saímos à comunidade para o primeiro contato com estas adolescentes, com o intuito de convidá-las para participarem da Oficina de Saúde planejada para o dia 18/09/97 às 18:00 horas na APAM. Contactamos com a maior parte das adolescentes, porém, não conseguimos conversar com algumas, porque o endereço fornecido não correspondia ao local onde residiam. Além disso, afixamos cartazes que anunciavam a realização da oficina, nas 3 escolas, Associação de Moradores, APAM e CSII. (Ver anexo 4).

Neste mesmo período, elaboramos um caderno de agendamento de consultas com adolescentes grávidas, ficando este na mesa de atendimento da recepção do CSII. No caderno constava os dias, horários e dados de identificação da cliente. A princípio pretendíamos atender adolescentes grávidas nas quartas-feiras pela manhã e nas quintas-feiras à tarde, sendo que nos outros dias realizaríamos Visitas Domiciliares, Oficinas de Saúde e um dia na semana seria destinado à estudos do grupo de acadêmicas. Também elaboramos um Roteiro de Consulta de Enfermagem de acordo com o Referencial Teórico. (Vide anexo 5)

Neste processo de Entrada no Campo, percebemos o quanto foi complexo a aprovação deste projeto acadêmico, mesmo quando já existe convênio firmado entre o Serviço de Saúde e a UFSC, como é o caso da SMS e o Departamento de Enfermagem da UFSC.

Outro aspecto que nos chamou atenção, refere-se a importância de estar disponível para conversar com as pessoas ou “jogar conversa fora”, falando de outros assuntos além daqueles de nosso interesse de estudo, dando atenção as falas das pessoas, ouvindo, discutindo com a população e equipe de saúde sobre assuntos que emergem nos encontros. Assim essa interação nos fez bem, nos proporcionou prazer naquilo que estávamos fazendo.

4.4.2- FICANDO NO CAMPO:

Incluiu as atividades relacionadas ao atendimento das expectativas geradas no primeiro encontro com a comunidade e aquelas levantadas no decorrer dessas atividades (Patrício, 1991).

De acordo com a metodologia utilizada, o ***Ficando no Campo*** corresponde as atividades realizadas a partir da segunda semana de estágio, onde atuamos efetivamente nas atividades a serem desenvolvidas com as adolescentes grávidas.

As atividades nessa etapa foram as seguintes: Consultas de Enfermagem, Oficinas de Saúde, Visitas Domiciliares, Salas de Espera, Visitas à Instituições da Grande Florianópolis que trabalhem com adolescentes e Participação em Eventos. Além dessas atividades, realizamos ações de enfermagem que não estavam diretamente ligadas aos objetivos propostos. Foram realizados 6 curativos, 114 imunizações (a maioria durante a Campanha), 4 aplicações de nebulizações, 2 consultas de puericultura, 2 consultas de puerpério, 8 consultas com gestantes não adolescentes, 11 exames colpocitológicos e 15 verificações de sinais vitais.

No desenvolvimento das atividades com as clientes, procuramos ser mediadores no Processo de Cuidar, baseadas na compreensão da realidade de saúde/doença e identificação das necessidades, queixas, expectativas e recursos em um determinado ambiente. O cuidar acontecia, nas interações profissional/cliente, através do envolvimento de sentimentos e trocas de saberes, determinando uma interação educativa e transformações para ambos. Antes de qualquer atividade realizada com as clientes, procuramos expor as questões éticas

que permeavam o cuidado, como: apresentação e solicitação da participação das adolescentes no trabalho, sigilo, anonimato, respeito e permissão para fotos e gravação das falas.

Os cuidados prestados às clientes, englobaram os **Componentes do Cuidar-Cuidado** (citados na página 24) em quase toda sua plenitude. Os componentes mais utilizados foram:

Dialogar, trocar idéias, experiências; ter paciência; ser empático; observar, validar, dispensar atenção; demonstrar interesse; estar dando importância, disponibilidade; preocupar-se com o outro; compreender, tolerar; ter compromisso; respeitar, não condenar, estimular; promover momentos de alegria; desenvolver afetividade-compromisso entre pares; ajudar o indivíduo a desenvolver suas potencialidades

Destacam-se, principalmente estes, pelo pouco tempo que estivemos com as adolescentes, possibilitando que conhecêssemos a realidade das mesmas sem no entanto poder trabalhar com maior efetividade, no sentido de promover reflexão e transformar, as questões que emergiram.

A tentativa de envolvimento do companheiro (pai da criança), no cuidado à adolescente, não foi possível ser realizada, mesmo quando nos dispusemos a conversar em horários de disponibilidade deles. No entanto, em alguns casos, houve o envolvimento da família no sentido de promover apoio, como: suporte financeiro, emocional e físico necessários à adolescente nesse processo de gravidez.

A - Cuidando através das Consultas de Enfermagem:

As consultas de enfermagem, foram realizadas por duas acadêmicas em consultório no Centro de Saúde, de acordo com o roteiro elaborado à partir do Referencial e registradas nos prontuários de acordo com a metodologia do CSII.

Algumas adolescentes não compareceram as Consultas de Enfermagem agendadas, não sendo possível compreendermos o porquê do não comparecimento, já que não tivemos a oportunidade de manter contato posterior com as mesmas. Tendo em vista que o objetivo da consulta marcada seria o de promoção à saúde,

acreditamos que o não comparecimento aconteceu em razão da própria cultura da comunidade quanto ao seu modo de procurar/utilizar os Serviços de Saúde, visto que a maior procura aos serviços médicos tem como objetivo a obtenção de medicamentos para o alívio imediato dos sintomas. Aliado a esta situação, em meados de setembro e no mês de outubro, ocorreram fortes chuvas, dificultando o acesso das adolescentes aos serviços de saúde e também o deslocamento do grupo de acadêmicas para busca ativa na comunidade, principalmente se considerarmos os entraves geográficos da região onde localiza-se essa comunidade. Mesmo enfrentando essas dificuldades, realizamos onze (11) Consultas de Enfermagem com adolescentes grávidas. Uma das consultas está como exemplo em anexo 6.

Nessas Consultas de Enfermagem, verificamos os valores culturais e as possibilidades e limitações do bem-viver das adolescentes, de acordo com o Referencial proposto. Durante as Consultas, procuramos prestar os cuidados às adolescentes de acordo com suas práticas, crenças, valores e recursos. A duração das consultas eram em torno de 45 minutos, sendo utilizados recursos do CSII para realização das mesmas. Constatamos que os temas mais emergentes, durante as consultas, estavam ligados ao relacionamento familiar/companheiro, questões sobre alimentação durante a gravidez, cuidados com as mamas, infecções urinárias, desenvolvimento fetal, cuidados com a pele, aceitação da gravidez e cuidados com o recém-nascido.

A partir destas Consultas de Enfermagem, tínhamos a intenção de formar grupos de adolescentes para realização das Oficinas de Saúde e também selecionar as quatro adolescentes que iriam fazer parte das atividades em nível individual nas Consultas de Enfermagem e no domicílio, bem como em nível coletivo com a família e companheiro.

B - Cuidando através de Oficinas de Saúde:

Dando continuidade ao nosso aprendizado, conforme havíamos proposto nas estratégias de operacionalização, na 3ª semana de estágio decidimos realizar as

Oficinas de Saúde na APAM, em virtude da acessibilidade do local e do espaço físico existente ser mais adequado a realização desta atividade.

Como já havíamos descrito anteriormente, distribuímos cartazes, convites e fizemos divulgação pessoa à pessoa na comunidade, inclusive indo às residências das adolescentes para convidá-las.

Planejamos a primeira Oficina, que tinha como objetivo o levantamento de expectativas e interação com as adolescentes para conhecê-las, ouvir suas opiniões e conhecer sua cultura (crenças, valores e práticas). Esse momento de planejamento, caracterizou-se de grande importância para o aprendizado do grupo (ver anexo 7).

No dia 18/09/97, desenvolvemos a primeira Oficina de Saúde, juntamente com a orientadora e uma das supervisoras. Compareceram à Oficina duas adolescentes grávidas das 12 que tinham sido convidadas. Nos sentimos frustradas pelo número reduzido de adolescentes que compareceram, já que havíamos nos empenhado na preparação da Oficina. Após a realização desta procuramos buscar respostas às ausências das adolescentes.

Apesar de já termos sido alertadas pelos profissionais da Escola, do CSII e da APAM sobre a dificuldade da realização de trabalhos em grupo com esta comunidade, como demonstram as falas:

“Aqui na Costeira é muito difícil fazer trabalhos em grupo, pois já foi tentado outras vezes e não deu resultado” (Funcionária da APAM - Notas de Campo)
“Existe dificuldade, atualmente, em realizar no CSII trabalhos em grupo. Fora as questões de espaço físico, houveram tentativas frustradas na formação de um Grupo de Gestantes e Adolescentes. No 1º semestre deste ano, realizamos alguns trabalhos com pouca participação de clientes. Descobriu-se, então, que a Sala de Espera é uma atividade satisfatória e coerente com as capacidades do serviço, havendo material diversificado para os trabalhos e envolvimento profissional nos dois turnos. Pensa-se que um dos motivos da pouca participação da comunidade em atividade de grupo, possa ser a história pessoal de hábitos ligados à um cuidado direcionado ao atendimento individual, no modelo Sala Fechada - Cliente X Médico”.(Profissionais do CSII - Notas de Campo)

Analisamos a situação, surgindo questionamentos tais como:

- Será este o horário adequado?
- A forma de convidar as adolescentes para a Oficina foi adequada?
- O local foi o mais apropriado?

Na semana seguinte a Oficina, retornamos a busca de adolescente para a realização da Oficina de Saúde número 2. Para esta realizamos o planejamento conforme expectativas levantadas na oficina anterior, sendo que no dia marcado compareceu uma adolescente. Procedemos conforme o planejado, sendo que esta atividade não pode ser caracterizada como Oficina de Saúde, pois havia apenas uma adolescente.

Apesar de apenas uma adolescente comparecer à Oficina de Saúde, consideramos esta atividade produtiva pelo fato de ter havido troca de idéias e terem sido trabalhadas as expectativas levantadas anteriormente, como os cuidados com o Recém-Nascido (mal de sete dias), desenvolvimento fetal e cuidados com as mamas.

Tendo em vista nossa necessidade de realizar e de aprender a fazer Oficinas de Saúde, a partir desse momento, conversamos com a supervisora de campo e decidimos convidar para as Oficinas de Saúde, todas as gestantes, independente de ser primigesta e estar dentro da faixa etária estipulada.

Novamente marcamos uma Oficina na APAM. Chegamos ao local e ficamos esperando, em torno de meia hora, e não compareceu nenhuma gestante. Acreditamos que isto possa ter ocorrido também pelo fato de estar chovendo em abundância, afinal de contas, estávamos vivenciando sistematicamente o fenômeno “El Niño”.

Outra atividade que desenvolvemos em forma de Oficina, foi com alunos da 6º, 7º, e 8º séries no Colégio Anísio Teixeira (Ver Anexo 8). Buscamos conhecer os significados e consequências da gravidez na adolescência, na visão desses alunos, sendo que os resultados foram colhidos e repassados à orientadora da escola.

C - Cuidando através de Visitas Domiciliares (V.D):

Continuando a interação com as adolescentes, desta vez buscando conhecer a adolescente e seu processo de gravidez no contexto em que vive, realizamos V.D, já que é um recurso utilizado pelos profissionais para validar informações e conhecer a situação em que a adolescente vive sua gravidez na família. (Vide anexo 9).

Conforme previsto nos objetivos do projeto, acompanhamos em V.D. 04 (quatro) adolescentes. Foram realizadas 03 V.D. com cada uma delas, perfazendo um total de 12 Visitas Domiciliares.

Duas dessas adolescentes foram selecionadas a partir das Consultas de Enfermagem, uma através das Oficinas de Saúde e a outra selecionada a partir do prontuário existente no CSII.

Relataremos a seguir estratégias utilizadas para conseguirmos realizar as Visitas Domiciliares com duas das adolescentes citadas acima.

Conversamos com uma das adolescentes que participou das Oficinas de Saúde, para verificarmos a possibilidade de realização de V.D. Esta não aceitou a visita e argumentou:

Adolescente: "Tem um problema, o meu marido trabalha a noite inteira e durante o dia ele dorme e a minha casa só tem quarto e cozinha, aí acho melhor não".

Acadêmica: "Quem sabe então se você fosse até o Posto de Saúde para conversarmos". (Notas de Campo).

A adolescente concordou com o convite e marcamos uma data para consulta no CSII. Ela comentou que tinha uma amiga que estava grávida e gostaria de saber mais sobre sua gravidez. No dia marcado para consulta de enfermagem, a adolescente não compareceu.

A partir deste momento, refletimos sobre uma maneira de envolver a adolescente no processo de trabalho e concluímos que esta poderia ocorrer através de sua amiga que aqui chamaremos de *Esmeralda*.

Entramos em contato com Esmeralda, que atuou como facilitadora para a realização de V.D. em sua casa com a participação da adolescente que tínhamos o objetivo de atender. Conversamos e observamos que a estratégia utilizada foi bastante importante, pois proporcionou interação entre ambas as partes.

Com outra adolescente que selecionamos através dos prontuários, fizemos um primeiro contato por telefone e fomos atendidas por sua mãe, que nos informou o endereço desta. Nos dirigimos, pela manhã, à casa da adolescente, porém não fomos atendidas, mesmo sabendo que havia alguém em casa. Retornamos ao CSII e conversamos com a supervisora. Achamos melhor que esta nos acompanhasse na próxima visita, pois serviria como mediadora pelo fato de ser mais conhecida na comunidade. Assim, a supervisora de campo entrou em contato com uma moradora da comunidade que contactou com a adolescente, solicitando a permissão para que realizássemos a V.D.

Nas primeiras Visitas Domiciliares, foram realizadas observações participantes, com a permissão da adolescente e falamos sobre as questões éticas que envolviam o trabalho, promovendo empatia, confiança e amizade. Os assuntos mais abordados nas V.D foram: a relação com o companheiro, uso de drogas, alimentação, náuseas, vômitos, polaciúria, desconfortos abdominais e alterações corporais.

Percebemos o quanto foi importante a realização das Visitas Domiciliares para compreendermos a adolescente na sua globalidade, trocando idéias sobre seu modo de vida, necessidades, crenças, valores, expectativas, limitações e recursos que possuem para o seu cuidado, não fazendo julgamentos e nem impondo os nossos próprios valores.

Buscamos também envolver a família no cuidado à adolescente, valorizando seus saberes e observando que dependendo das relações familiares há um maior ou menor envolvimento destas no processo.

D - Cuidando através de Encontros na Sala de Espera:

Durante o estágio no CSII Costeira do Pirajubaé, procuramos dar continuidade a uma das atividades já realizadas por uma das enfermeiras e psicóloga do CSII. Assim, realizamos atividades educativas na Sala de Espera com gestantes que aguardavam para serem atendidas em Consultas Médicas.

Estas atividades, eram realizadas as quartas-feiras pela manhã com a coordenação de duas acadêmicas, partindo de temas levantados pelas gestantes e do conhecimento delas sobre os assuntos abordados e suas vivências.

Os assuntos mais discutidos na Sala de Espera foram sobre: amamentação, cuidados com os seios, tipos de partos, métodos anticoncepcionais, relação sexual durante a gravidez e cuidados com o Recém -Nascido, através de diálogos e vídeos.

Durante estas discussões, bem como no decorrer do estágio, observamos que as percepções das gestantes sobre os assuntos, eram norteadas pelas suas crenças e valores como descreveremos a seguir através de suas falas:

“Quando o meu primeiro filho nasceu, os meus peitos ficaram duro e inchado, aí eu ia pra baixo do chuveiro e deixava correr água quente em cima e melhorava”.

“Acho que fazer sexo quando a gente tá grávida machuca o nenem”.

“Uma vizinha minha quando tem um filho e ele chega no sétimo dia de vida, ela coloca ele em um quarto meio escuro e só entra pra dá de mamá e trocar a fralda e manda os outros filhos para casa dos parente, porque o mal de sete dias é perigoso e se deixar o nenem sozinho protege ele dos maus espíritos”.

“Quem cuida do umbigo dos meus filhos é a minha mãe, ela coloca uma moeda em cima do umbigo e depois enrola com a faixa para não ficar saltado quando ele chorá”.

“Não como nada molhado...sopas, molhos, feijão...na quarentena”.

“É verdade que faz mal cortar a galinha na quarentena? A minha vó não cortava, a minha mãe não cortava e eu também não vou cortar”.

“Eu não sei...eu olho tanto pra Beata (cachorra da raça Fila). Eu vou perguntar uma coisa, não sei se é besteira, a vizinha da minha mãe quando tava grávida olhava muito pra um gato siamês que tinha um olho azul e outro verde, quando o nenê dela nasceu tinha um olho castanho e o outro azul...ninguém falou...é verdade porque a minha mãe viu. Fiz o ultrassom e a cabeça do nenê parecia tão grande. Eu olho pra Beata e ela também tem a cabeça tão grande!! Será que não faz mal ficar olhando?”

“Uma amiga da minha mãe ficou com vontade de comer morango na gravidez e não comeu. Quando o nenê nasceu o saquinho dele parecia um moranguinho, aí ela cortou um morango ao meio e passou várias vezes na boca, no nenê, aí ele ficou normal”.(Notas de Campo).

Foi prazerosa a troca de experiências durante essas atividades, refletindo com as gestantes sobre suas crenças e valores e verificando o quanto é forte a influência cultural passada de geração à geração. Estas crenças e valores foram trabalhadas de forma a acomodá-las e repadronizá-las, de acordo com a necessidade e opinião de cada um.

E - Visitando Instituições da Grande Florianópolis que Trabalham com Adolescentes:

Para viabilizar certas necessidades de encaminhamentos de gestantes a serviços de saúde afins e também atendendo a um de nossos objetivos específicos, realizamos visitas à Instituições da Grande Florianópolis que atendem adolescentes.

Visitamos as seguintes Instituições:

ASSOCIAÇÃO DE PAIS E AMIGOS DA CRIANÇA E ADOLESCENTE - APAM

A APAM está localizada na Costeira do Pirajubaé - Florianópolis - à Avenida Governador Jorge Lacerda S/N (Vide anexo 10). Telefone de contato: (048) 226-3887 ou 226-0198.

Atualmente, a APAM é vinculada à Secretaria de Saúde e Desenvolvimento da Prefeitura Municipal de Florianópolis. Tem como objetivo, prestar atendimento à crianças e adolescentes de risco social, com idades de 7 a 12 anos, desenvolvendo atividades sócio-educativas.

Oferece reforço extra-escolar; encaminhamentos ao CSII (atendimento médico e odontológico); atendimento individual, se necessário, às crianças e aos pais; aulas de recreação; aulas de arte; oficinas de recorte/colagem e visitas domiciliares. São oferecidos ainda, à adolescentes e adultos, cursos de desenvolvimento de capacitação como: datilografia, cabeleireira e manicure.

Entre os profissionais que atuam estão: Educadores Sociais, Professores de Educação Física, Professores de Educação Artística, Professores de dança, Professores de trabalhos manuais, Psicólogas, Pedagogas, Assistente Social (coordenadora da APAM), Vigias, Servente e Merendeira.

PROGRAMA DE ATENÇÃO INTEGRAL AO ADOLESCENTE -PROSAD

O PROSAD localiza-se à Rua Esteves Júnior 390 no Ambulatório do Adolescente - Florianópolis. Telefone para contato: (048) 224-6744.

Atende adolescentes na faixa etária de 10 a 20 anos e tem como objetivos:

- Promover a saúde integral do adolescente;
- Favorecer o processo geral de crescimento e desenvolvimento desse grupo;
- Diminuir a morbi-mortalidade entre adolescentes;
- Reduzir os desajustes sociais;
- Contribuir para melhores condições de vida, com a participação de todos os setores da sociedade.

A sua proposta fundamenta-se numa política de promoção de saúde, de identificação dos grupos de risco, detecção precoce dos agravos e tratamento adequado e reabilitação. As áreas prioritárias do Programa são:

- Crescimento e Desenvolvimento;
- Sexualidade;
- Saúde Mental;
- Saúde do adolescente em idade escolar;
- Saúde reprodutiva;
- Saúde oral;
- Acidentes e seus desdobramentos.

A atenção ao adolescente será fornecida através de atendimento individual e grupal.

Atendimento individual = é um atendimento específico, realizado no ambulatório, com vários profissionais a disposição, que contribuirão na resolução de problemas de saúde, de relacionamento na escola e família.

Atendimento Grupal = é feito através de reuniões, desenvolvendo atividades (recreativas, culturais, educativas, etc) e discutindo assuntos de interesse dos participantes.

Os profissionais que atuam no Programa são: Enfermeiros, Médicos (clínicos gerais, ginecologistas, ortopedistas, endocrinologistas), Assistentes Sociais, Pedagogos e Dentistas.

NÚCLEO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL - NAPS

O NAPS localiza-se à Rua Rui Barbosa, com sua sede aos fundos do S.O.S. Crianças.

Atende crianças e adolescentes vítimas de violência e com dificuldades psicossociais; usuários de drogas e de serviços psiquiátricos, famílias dos usuários de drogas e com dificuldades psicossociais.

Tem como objetivo prestar assistência psicológica e social em nível intermediário entre o atendimento ambulatorial e hospitalar à crianças, adolescentes e adultos com sofrimento psíquico.

Realiza atendimentos individuais, grupos com famílias, psicoterapia familiar, grupos de egressos de serviços psiquiátricos, grupos de usuários de drogas e álcool, grupos de adolescentes, psicoterapia com crianças e adolescentes (individual ou grupal), oficinas terapêuticas, visitas domiciliares, orientação junto aos programas da secretaria, ações de orientação e prevenção do sofrimento psíquico junto às organizações comunitárias, sala de atividades.

A assistência é prestada por equipe multidisciplinar composta por: Enfermeiros, Auxiliares de Enfermagem, Psicólogos, Assistentes Sociais,

Psiquiatras, Neurologista, Pedagogos, Arte Educador, Professor de Educação Física.

S.O.S. CRIANÇA

A sede do S.O.S. Criança está localizada à Rua Rui Barbosa 677, bairro da Agrônômica - Florianópolis - SC. Telefone para contato: 1407

É um serviço de proteção e defesa de qualquer criança ou adolescente em situação de risco pessoal e/ou social, na faixa etária de 0 à 18 anos.

Tem por objetivo garantir o respeito aos direitos humanos, sobretudo a integralidade física, psíquica e moral de crianças e adolescentes que se encontram sob ameaça de transgressão no que diz respeito a vida, a liberdade e a dignidade, inerentes a sua condição de pessoa e cidadão, bem como prestar orientação a população em geral acerca de políticas sociais básica, assistenciais e de proteção especial, voltadas a crianças e adolescentes.

Entre sua atividades está a averiguação de denúncias de maus-tratos e abandono, negligência, discriminação, exploração, abuso sexual, violência, crueldade, opressão praticados contra crianças e adolescentes; orientação de crianças, adolescentes, familiares ou responsáveis, na busca conjunta de soluções para a problemática apresentada, resgatando sempre os vínculos familiares e outros.

O atendimento do S.O.S. Criança é prestado por uma equipe multidisciplinar composta por profissionais das áreas do: Serviço Social, Pedagogia, Direito e afins.

F - Visitando a Maternidade do Hospital Universitário (HU): interagindo com grupo da 8º fase:

Uma das atividades realizadas durante o estágio, foi a visita à Maternidade do HU (Ver anexo 11), com o objetivo de atender uma solicitação das adolescentes que estávamos acompanhando em V.D.

Contactamos com o grupo de 8º fase que estava realizando seu Projeto Assistencial no Alojamento Conjunto da Maternidade, para que estas mostrassem os caminhos que a gestante percorre, desde sua admissão até sua alta.

Das 4 adolescentes que acompanhamos em V.D., apenas duas compareceram ao CSII no dia determinado.

Na Maternidade, fomos recepcionadas pelas acadêmicas de enfermagem do grupo da 8º fase, que nos acompanharam na visita. A enfermeira de cada setor, nos informava sobre os procedimentos realizados naquele setor.

Visitamos as seguintes áreas: Admissão, Unidade de Internação Ginecológica, Centro Obstétrico e Alojamento Conjunto.

G - Participação em Eventos:

Para adquirirmos novos conhecimentos sobre adolescente/família e cumprirmos um de nossos objetivos, participamos de alguns eventos como:

- Participação de uma das acadêmicas no V Congresso Brasileiro de Saúde Coletiva - V Congresso Paulista de Saúde Pública, realizado no período de 25 à 29 de agosto em Águas de Lindóia - SP. Apresentou como tema: Saúde, Responsabilidade do Estado Contemporâneo. Neste evento, a acadêmica participou do Curso - O Corpo na Mídia: Discursos e Repercussões Sociais e Culturais, coordenado pelo Professor Fernando Lefevre - FSC/USP.
- Participação de duas acadêmicas no Curso "Violentados": Crianças, Adolescentes e Justiça, promovido pela Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC) e UFSC e realizado na Delegacia do Ministério da Educação (DEMEC) na data de 19 de setembro de 1997. Tinha como objetivo compreender as diferentes noções de violência, formas de atuação que vigoram nos círculos legais e punitivos na área de adolescente e adulto. Curso proferido pelo Professor Edson Passeti - Professor Doutor da PUC/SP).
- Participação de três acadêmicas no Curso Família: Uma Questão Transcultural, promovido pela UDESC e UFSC e realizado na Delegacia do Ministério da

Educação (DEMEC) na data de 25 de setembro de 1997. Tinha como objetivo compreender as diferentes formas de abordagem na área de família com crianças e adolescentes em risco social. Curso proferido pela Doutora Mary K. Rodwell da Universidade de Virgínia Commonwealth.

- Participação de uma das acadêmicas na Palestra Psicologia na Gravidez, Parto e Puerpério, realizado na Maternidade Carmela Dutra na data de 06 de outubro de 1997. Palestra proferida pela Psicóloga Maria Helena Moraes.
- Participação de três das acadêmicas no I Encontro Catarinense de Educação Popular em Saúde, realizado no Centro de Ciências da Saúde (C.C.S.) - UFSC no período de 12 a 14 de novembro de 1997.

4.4.3 - SAINDO DO CAMPO:

Corresponde às atividades preparatórias para a saída do campo, como devolver os dados para os participantes do estudo, garantir a continuidade do cuidado e auxiliar o indivíduo a ter possibilidades de desenvolver o auto-cuidado.

Nesta parte, relataremos nossas atividades que, conforme preconiza o Referencial adotado, caracterizam o processo de Saída do Campo.

Estão incluídas as atividades de devolução dos dados, ou seja, os resultados do projeto que serão apresentados ao CSII e apresentação pública do relatório do Projeto Assistencial no dia 04/12/97 às 15:10 horas no Auditório do Centro de Ciências da Saúde (CCS-UFSC). Além disso, pretendemos futuramente publicar o projeto em revistas e apresentá-lo em eventos.

Especialmente, o processo de saída, já inicia desde os primeiros momentos das atividades. Para tanto, procuramos preparar as adolescentes para o auto-cuidado, desde os primeiros encontros, encaminhando estas para os serviços do CSII, bem como outras Instituições que prestam assistência à esta população, dando continuidade ao processo de cuidar da adolescente primigesta. Conversamos, ainda, com a enfermeira (nossa supervisora) do CSII sobre os casos

das adolescentes que acompanhamos, para que esta desse continuidade ao trabalho que iniciamos.

5. RECONSTRUINDO O REFERENCIAL TEÓRICO

5.1 - O SIGNIFICADO DA GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA: UM PROCESSO DE ALEGRIA E TRISTEZA

Respondendo a pergunta de Pesquisa que permeou a Prática Assistencial “Quais os Significados da Gravidez para as Adolescentes/Famílias/Companheiros/Comunidade, bem como suas Possibilidades e Limitações. A seguir apresentaremos os dados referentes a esse objetivo. Esses dados referem-se as 11 adolescentes que participaram dessa Prática.

Os significados da gravidez na adolescência foram identificados através da análise dos registros dos dados referentes as atividades realizadas no estágio, como: Consultas de Enfermagem, Visitas Domiciliares, Visitas a Comunidade, Oficinas de Saúde e Salas de Espera. Da mesma forma foram identificadas as possibilidades e limitações de viver saudável da adolescente.

As adolescentes que acompanhamos eram todas amaziadas, “juntadas” como referiam as mesmas. Destas, 50% amaziaram-se após a confirmação da gravidez, as demais já estavam morando com os namorados. A gravidez de nove destas adolescentes aconteceu sem ter sido planejada. Na sua maioria, essa gravidez ocorria pela não utilização de métodos contraceptivos.

Segundo análise, esse fator é associado às crenças e valores da adolescente, reproduzidas da cultura familiar ou por experiências próprias anteriores relacionadas aos efeitos colaterais causados pela utilização das pílulas anticoncepcionais.

“Eu não usei pílulas, porque minha mãe teve problemas e achou melhor eu não tomar”.

“Minha mãe disse que fazia mal tomar pílulas para depois ter filhos”.

“Eu tomava pílulas antes, mas os seios inchavam...tinha ânsia de vômito”.

Os comentários referidos pelas adolescentes, com relação ao acontecimento da gravidez, demonstram uma diversidade de reações por parte delas e dos companheiros. Inicialmente, a gravidez representava algo “não esperado” e “assustador”, porém, no decorrer da gestação tal reação modificou-se, de forma a produzir reações de alegria frente a esta situação, como demonstram os comentários a seguir:

“No começo foi um susto para nós dois, depois uma alegria”.

“Não esperávamos, mas ficamos felizes”.

Para aquelas adolescentes que não planejaram a gestação, a reação frente a esta foi de conformismo:

“É eu não queria né...mas vou fazer o que agora? Tem que aceitar”.

As adolescentes que haviam planejado a gravidez, duas no total, também eram amaziadas e manifestaram a intenção de engravidar:

“Estou muito feliz...queria muito”.

“Engravidar porque eu quis...queria muito um filho”.

Chamou-nos a atenção o caso de uma das adolescentes, na qual o companheiro ameaçou de deixá-la, caso não quisesse engravidar:

“Ele disse que se eu não engravidasse ele ia me deixar”.

Esta mesma adolescente, já havia vivenciado uma gravidez que resultou em aborto. Aliado ao fato da imposição do companheiro, estava a sua necessidade de provar se poderia ser mãe, pois havia a crença de que com a ocorrência do aborto e suas complicações, teria lhe causado danos ao seu aparelho reprodutor, impossibilitando-a de ter filhos:

“Quando tive minha primeira gravidez, eu senti uma dor no corpo, uma dor no corpo. Eu tive um aborto... o nenê ficou morto dentro de mim duas semanas. Lá na maternidade disseram que, se ele ficasse mais tempo, o útero ia apodrecer. Eu fiquei com medo de não poder mais engravidar... por isso que também quis engravidar”.

Já a reação da família, na maioria, segundo alguns relatos das adolescentes, quanto ao acontecimento da gravidez, foi o de conformação:

“A mãe apoiou a menina. É uma coisa que aconteceu... agora temos mais é que apoiar e ajudar”.
“Agora que aconteceu, fazer o quê?”.

A reação de “conformação” da família vinha acompanhada de apoio, como ajuda financeira, física e emocional que elas necessitavam nesse período.

“A família para mim é tudo. Me dá um monte de apoio”
“A minha família me ajuda bastante. Quando eu não estou muito bem, estou vomitando muito, a minha mãe faz chá e me ajuda em casa com os serviços”.

Destaca-se, principalmente, nesta ajuda, a figura da mãe da adolescente, por esta estar mais envolvida neste processo:

“A minha mãe está muito feliz, acha até que aconteceu tarde demais”.
“A primeira pessoa para quem contei foi a minha mãe... ela me deu a maior força”.

Das adolescentes que acompanhamos, em visitas domiciliares, foram constantes as queixas em relação as atitudes do companheiro quanto: a “falta de diálogo”, a “insensibilidade”, “falta de carinho” e “incompreensão”:

“O meu marido dorme o dia inteiro, nem dá bola para mim”.
“Ele chega em casa à noite, liga a TV e não quer nem conversar comigo”.
“Antes ele era mais carinhoso... agora está mais frio”.
“Antes saíamos muito... agora ele deu uma freitada”.

Como já referimos anteriormente, nossa tentativa de envolver o companheiro no cuidado a adolescente não pode ser concretizado, pois, este não se fazia presente, mesmo quando nos dispusemos a conversar em horários de disponibilidade deles. O que demonstra a não participação do companheiro no processo de gravidez da adolescente, caracterizado como ausência, conforme já pontuado na revisão de literatura. Segundo Patrício (1990, p.218):

“É interessante que o fenômeno da inexistência da paternidade responsável é um traço cultural não apenas de nossa sociedade, mas de outras também, pois este tema é bastante abordado na literatura dessa forma. Tenho a impressão que a própria sociedade, a cultura dessa sociedade, a cultura dessa sociedade, legitima cada vez mais esse fenômeno, pois confere à mãe e até a sua família a preocupação de planejar e executar os cuidados no evento sem intenção explícita de modificar esse fenômeno. Uma sociedade cuja cultura enaltece o desenvolvimento escolar e a participação da mulher

no mercado de trabalho, mas que ao mesmo tempo lhe confere e lhe impõe “deveres de mãe”, sem a mesma conduta junto ao pai da criança, talvez esteja determinando unicamente à mãe essa responsabilidade.

Em algumas situações, o companheiro tornava-se uma limitação para a adolescente, principalmente quando o relacionamento entre ambos manifestava-se por uma relação de poder do homem para com a mulher, ou seja, a visão cultural determinada em nossa sociedade de o homem, “mais forte”, dominar a mulher, “mais fraca”. Isto caracterizava-se pelo controle financeiro, restrições com relação ao estudo, trabalho e passeios. Percebemos esta situação, principalmente no relato de uma das adolescentes:

“Eu queria estudar...mas ele não quer, não me deixa”.

“Eu não pude ir na maternidade com vocês porque não tinha dinheiro para pegar ônibus... ele não me deu o dinheiro... ele achava que não era necessário que eu fosse”.

Além desses, outro fator que interferia na relação companheiro/adolescente, era o uso de drogas, como cocaína e maconha, evidenciado em dois casos que acompanhamos em visita domiciliar.

Todos esses fatores produziam uma tensão emocional muito intensa, que funcionava como fator de risco para a adolescente, tanto fisiológica quanto psicológica, acabando por interferir em todo o processo de viver saudável da gestante.

“O Vento (companheiro). é meio assim... ele fuma maconha. Eu peço para ele não fumar no quarto, mas não adianta, ele continua fumando. Ele traz os amigos dele aqui para fumar também, mas eu não gosto, eu fico agoniada... eu sei que faz mal para o nenê”.

“O meu marido trabalha ali em cima...ele vende cocaína... quando bate a polícia aqui, ele sai e desaparece nesses beco... eu fico apavorada, não consigo dormir enquanto ele não aparece”.

Percebeu-se que a atividade sexual durante este período, para a maioria das adolescentes, como aquelas não primigestas, apresentasse como motivo de preocupação. Costumavam evitar as relações sexuais em razão de acreditarem que machucaria o “nenen”:

“Antes a gente fazia, mas falam que machuca o nenen”.

O abandono da escola, foi uma modificação presente na vida da maioria das adolescentes que acompanhamos. Os motivos desse abandono, além da imposição do companheiro em não permitir que continuem o estudo, como em alguns casos, estavam relacionados ao desconforto que as adolescentes sentiam no início da gravidez como: náuseas, vômitos, lombalgia e dor abdominal.

“Agora é horrível ficar sentada muito tempo”.

“Meu marido não quer que eu estude mais. Ele diz que mulher é para cuidar da casa e dos filhos. Eu adorava estudar... a coisa que mais gostava de fazer”.

Embora tenham abandonado o estudo, as adolescentes apresentavam como expectativa, o retorno à escola após o parto. Possivelmente essa expectativa está relacionado com a necessidade de estabilidade financeira e não dependência econômica do marido.

“Pretendo voltar a estudar depois de amamentar os 6 meses”.

“Se eu não estudar, que emprego que eu vou pegar?”

Às adolescentes demonstraram desconhecer as transformações corporais que ocorriam no período gestacional. Nos seus relatos, observamos que as alterações mais comuns que apresentavam, estavam relacionadas com a estética, hábitos alimentares, disfunções urinárias, alterações do humor e o aparecimento de náuseas e vômitos.

“Tenho dor na barriga...é uma dor muito forte aqui embaixo, às vezes sinto ardência quando urina”.

“E essas marquinhas aqui? Vão sair? Não me diga que isso aqui é estria? Que droga! Agora meu peito vai ficar com essas marcas?”.

“Eu hoje estou meio desanimada. Estou vomitando bastante e com dor na barriga”.

“Não como nada de manhã...sinto vontade de vomitar”.

“A minha cunhada falou que eu deveria ser casada com o banheiro, de tanto que eu fico lá”.

“Durante a gravidez a gente faz xixi direto, é horrível”.

“Deixei de comer massas e agora como mais frutas e verduras”.

Um fator positivo, que denominamos de possibilidade, observado na maioria das adolescentes, refere-se a amamentação, demonstrando um sentimento materno que até então estava oculto e que a partir desse momento começa a transparecer em suas vidas.

“Já sonhei que estava amamentando um menino de olhos verdes”.

“Eu sei que é importante amamentar, tem todas as vitaminas e a mulher volta ao peso normal mais rápido”.

Havia uma certa preocupação das adolescentes quanto a realização do exame colpocitológico, relacionado ao medo de perder o nenê.

“Minha mãe disse que não pode fazer preventivo quando está grávida. Uma amiga dela fez e perdeu o nenê”.

“Mas isso não vai machucar?”.

Com relação ao parto, as adolescentes demonstraram preocupação e valorização das crenças da família e comunidade.

“Me disseram que lá no HU, quando o nenê está demorando para nascer, eles até sobem em cima da barriga da gente para nascer mais rápido. Eu não vou ganhar lá não”.

“Me dizem que dói bastante a barriga”. Não sei nada sobre o parto, mas dizem que dói... sinto arrepio só de pensar”.

“Não sei coisas sobre o parto... não penso nisso ainda”.

“Dizem que mais nova é muito difícil, mas acho que cada um é cada um”.

“Não estou com medo nem nervoso, só da anestesia, principalmente a agulha”.

“Acho que vai apertar muito minha barriga, vai doer muito”.

Nota-se em algumas destas declarações, o medo das adolescentes quanto ao parto, principalmente com a dor. Além dos comentários de suas mães a esse respeito, a televisão demonstra que a dor do parto é uma dor insuportável.

“Ai! Parece que na televisão a mulher sofre tanto!!!”

“Eu vi numa novela o parto... a mulher berrava tanto, parecia que doía muito”.

Segundo algumas adolescentes, seus companheiros não gostariam de acompanhar o parto, pois achavam que não iriam “aguentar”.

“Ele tem medo de sangue. Acha que vai desmaiar”.

Ele não quer ir por causa da mãe dele que diz que é nojento”.

Já os adolescentes, participantes da oficina realizada na Escola Anísio Teixeira, expressaram que a gravidez na adolescência traz consequências negativas e mudanças, tanto para a adolescente quanto para sua família, relacionadas com a perda da liberdade e com a responsabilidade que terá que assumir frente à esta situação, como demonstram as falas abaixo:

“A gravidez na adolescência não tem mais a liberdade e não tem o mesmo conforto de antes”.

“Gravidez hoje na nossa juventude provoca revoltas”.

“É uma coisa dolorosa perante a família”.

Estava presente também nas falas dos adolescentes, principalmente do sexo feminino, o descontentamento relacionado ao descompromisso do pai da criança, em assumi-la, bem como a importância da família nesse momento, o prejuízo que gera nos estudos e a discriminação social.

“Assuma”.

“Em alguns casos de gravidez o pai não assume a criança, os casais devem ó ter filhos quando tem um planejamento”.

“O apoio dos pais é importante na gravidez”.

“Na escola a própria pessoa se afasta com medo de que seus colegas a julguem”.

“A adolescente enfrenta problemas com a sociedade, principalmente com a família”.

“Perde a chance de ter um futuro melhor, pois a gravidez influi muito no desenvolvimento escolar”.

Segundo os adolescentes, os motivos que levam à gravidez na adolescência estão relacionados à “acidentes” envolvendo métodos anticoncepcionais (uso incorreto), utilização de drogas, falta de conhecimento e por mentira do parceiro:

“Às vezes ele dizem que estão usando a camisinha e não usam”.

“Ele diz que vai tirar e na hora não tira”. (coito interrompido)

Por outro lado, alguns adolescentes enfatizaram a gravidez demonstrando haver aspectos positivos:

“Curta esse momento”.

“Por outro lado a adolescente irá se reeducar com a responsabilidade de ser mãe”.

“Tem uma coisa boa! O nenen”.

Também enfocaram a importância da prevenção para que a gravidez não ocorra:

“Pense bem”.

“Entrando na onda da camisinha”.

“Não seja cego, previna-se”.

“Camisinha para prevenir doenças e gravidez”.

Diante destes aspectos, observamos que a vivência do processo de gravidez nas adolescentes primigestas, não era muito diferente da vivenciada por gestantes

que estavam fora da faixa etária do estudo, visto que além das adolescentes também atendemos as referidas gestantes que apresentavam as mesmas preocupações e dificuldades que as adolescentes, talvez por ser uma característica própria do "Ser Mulher".

Percebemos que as interações que caracterizavam este processo, são permeadas pela ambivalência de sentimentos, gerando um Processo de Alegria-Tristeza.

5.2 - RECONSTRUINDO CONCEITOS

Respondendo a um de nossos objetivos, aperfeiçoamos o conceito de Cuidados à Adolescente Grávida e construímos o conceito de Adolescente Grávida a partir da Prática Assistencial.

5.2.1 - ADOLESCENTE GRÁVIDA

É o ser humano mulher que está vivenciando o Processo de Gravidez na fase da adolescência, ou seja, o período desde a concepção até o primeiro mês de vida do Recém-Nascido. Durante este processo ocorrem várias transformações na adolescente, família e companheiro (pai da criança), podendo alterar o bem-viver da adolescente, devido atitudes da própria adolescente e demais pessoas que estão envolvidas no processo, baseadas em suas culturas e recursos disponíveis frente a essa situação.

O processo de gravidez se faz através das interações da mulher com ela mesma e com os outros, em especial com a família materna e o companheiro. Caracteriza-se por mudanças que ocorrem no relacionamento familiar e principalmente na relação com o companheiro, gerando sentimentos de ambivalência no querer e no sentir (amor-ódio, gostar-não gostar, felicidade-infelicidade, querer-não querer), evidenciando um processo de Alegrias-Tristezas.

5.2.2 - CUIDADOS À ADOLESCENTE GRÁVIDA

São representados pelas Práticas de Cuidados de Enfermagem - **Processo de Cuidar** - à adolescente que está vivenciando o **Processo de Gravidez**.

A abordagem Holístico-Ecológica do Processo de Gravidez da adolescente, prevê cuidados em situações de **Saúde e Doença** à adolescente, família e companheiro, focalizando o fenômeno da gravidez e puerpério, baseados no contexto físico e sócio-cultural em que estes seres humanos residem. Identifica seus sentimentos, suas crenças, valores e **práticas individuais** e do grupo familiar; identifica as **necessidades, expectativas, possibilidades e limitações** para o atendimento das necessidades presentes e futuras e a necessidade de buscar, ou aproveitar aqueles recursos já existentes em cada indivíduo, no grupo e no ambiente, visando um bem-viver individual e familiar (Elaborado a partir de Patrício, 1990a).

Nessa abordagem, o processo de cuidar, envolve principalmente as ações de: dialogar, ouvir, refletir com o cliente, não discriminar, não fazer julgamentos, observar e respeitar o cliente.

O processo de cuidar de adolescentes também envolve entre profissionais/cliente dilemas éticos, em razão de situações familiares de difícil manejo, pela complexidade dos fenômenos, na interação adolescente/companheiro como violência física e psicológica, tráfico e uso de drogas. Para tanto o processo de cuidar da adolescente grávida exige abordagem interdisciplinar.

Os serviços de saúde ainda cuidam do processo de gravidez das adolescentes desvinculando-o do seu contexto sócio-cultural e afetivo.

6. REFLEXÕES FINAIS

A reflexão e a troca de idéias durante o processo de cuidar da adolescente primigesta na comunidade, possibilitou-nos uma visão mais abrangente sobre o processo de cuidar e de trocar experiências sobre as questões da maternidade na adolescência. Foi gratificante conviver e compartilhar conhecimentos, trocar idéias a partir de crenças, práticas e recursos que as adolescentes possuíam para o cuidado.

Consideramos que a utilização do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico, oportunizou que cuidássemos dos sujeitos, compreendendo sua integralidade e indicamos a utilização deste Referencial para quem pretende cuidar dos sujeitos de forma Holística. Além disso, conseguimos trabalhar nossas dificuldades e preconceitos em lidar com essa população e o processo que estavam vivenciando.

Tínhamos como proposta, além de cuidar das adolescentes primigestas, a de gerar conhecimentos sobre o tema gravidez na adolescência. Esse gerar conhecimento, desenvolveu-se a partir de um “ensaio” de pesquisa sobre os significados da gravidez para a adolescente/companheiro/família/comunidade.

Apesar deste estudo ter proporcionado experiências agradáveis, tivemos algumas limitações para desenvolvê-lo. Consideramos que essas limitações também foram importantes para que desenvolvéssemos enquanto pessoa e profissional de enfermagem, pois aprendemos com tais situações, como dificuldades em: estabelecer o campo de estágio; recrutar adolescentes primigestas; para o

desenvolvimento do projeto e cumprir estratégias traçadas quanto as Oficinas de Saúde com adolescentes primigestas.

Em alguns momentos nos sentimos impotentes em lidar com algumas situações que emergiam na nossa Prática Assistencial e que estavam além de nossas possibilidades enquanto Acadêmicas de Enfermagem, como problemas decorrentes da esfera sócio-econômica e de comportamentos delitivos, além da violência explícita por parte dos companheiros das adolescentes.

Constatamos que a população ainda utiliza os Serviços de Saúde para obtenção de resultados imediatos, ou seja, alívio imediato de sintomas, e que os próprios profissionais de saúde parecem não dar tanta importância à promoção da saúde.

Em muitas situações, pudemos confirmar a má qualidade dos Serviços de Saúde, mesmo já tendo conhecimentos de que esses serviços não atendiam as necessidades da população, mas com a convivência no dia-a-dia é que compreendemos a dimensão desse fato. Constatamos que estes Serviços de Saúde, ainda cuidam da população dando maior ênfase ao aspecto biológico, continuando assim com a visão biologicista e não holística.

Percebemos a importância do enfermeiro de comunidade desenvolver a Prática Assistencial o mais próximo possível do viver cotidiano dos sujeitos. Assim poderão conhecer de fato suas crenças, valores, práticas, necessidade e expectativas desses sujeitos, tornando o Cuidado de Enfermagem mais eficaz e gratificante. Pela complexidade que emerge do olhar Holístico-Ecológico, há também a necessidade de trabalho em equipe interdisciplinar, ou seja, a atuação de várias disciplinas com objetivos comuns.

A vivência que tivemos enquanto grupo de acadêmicas, proporcionou momentos de alegria, tristezas, angústias, incertezas mostrando a complexidade das relações de grupo. Mesmo com as adversidades, acreditamos ser de grande importância a vivência dessas relações, já que a profissão que escolhemos exige

que trabalhemos em grupo. Apesar de todas as dificuldades que o grupo passou, conseguimos atingir os objetivos que propomos no projeto.

Recomendamos para a Disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada:

- Estimular a integração com as demais atividades entre os grupos de 8º fase;
- Garantir previamente os convênios já estabelecidos com os campos de estágio.

Recomendamos para o campo de estágio (CSII Costeira do Pirajubaé):

- Que a equipe reflita sobre sua prática na comunidade, pois ainda está muito restrita ao consultório, pouco se discute sobre cidadania e se trabalha em interdisciplinariedade;

- Continuar recepcionando bem os alunos de 8º fase de Enfermagem.

Recomendamos para outros estudos:

- Que sejam desenvolvidos outros estudos para o fazer mais holisticamente;
- Integrar UFSC, Serviços de Saúde e Educação nas discussões éticas sobre o uso de drogas na comunidade, em especial as que envolvem adolescentes grávidas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABERASTURY, A. **Adolescência**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1990.
- ABERASTURY, A. KNOBEL, M. **Adolescência normal**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.
- ANDRADE, T. M et al. **Trabalhando com o adolescente através de um referencial holístico de saúde**: uma experiência de enfermagem com uma equipe multidisciplinar. Florianópolis, 1993. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - UFSC.
- CHELALA, C. A. Gravidez em adolescentes nas Américas. **Rev. A Saúde do Mundo**. P. 22, Jun, 1988
- EISENSTEIN, E. Adolescentite; adolescentose ou disritmia adolescente?. **Jornal de Pediatria**. V.66, n.10/12, p.226 - 227.
- ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para prática de enfermagem com as famílias**. Florianópolis: UFSC, 1994.
- HAMES, M. L. C., et al. **Contra referência de puérperas de uma unidade de alojamento conjunto para rede básica de saúde: proposta operacional**. Florianópolis: REPESUL/ESPENSUL/UFSC, 1997.
- MONTEIRO, D. L. M., et al. **Gravidez na Adolescência**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.
- MORAES, C. V., DIAS, S. R. M. **Adolescência**. s.d. Mimeo.
- OSÓRIO, L. C. **Adolescência hoje**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989.
- PATRÍCIO, Zuleica M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis. UFSC. 1990, 232p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem).urso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990a.

- _____. **Consulta de enfermagem:** um encanto de cuidado de educação participante em saúde. Florianópolis: UFSC, 1990b. Mimeo.
- _____. **Estratégias para cuidar da saúde do adolescente na comunidade:** projeto de extensão. Florianópolis: Departamento de Enfermagem: UFSC, 1990. Mimeo.
- _____. **Entrando em família:** instrumento para interação na visita domiciliar. Florianópolis: Núcleo Transcriar - UFSC, 1988. Mimeo.
- _____. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? **Rev. Texto e Contexto Enfermagem.** Florianópolis. V.3, n.1, p.58-74, jan/jun, 1994.
- _____. **Ser saudável na felicidade - prazer.** uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico-ecológico. Pelotas: Ed Universitária/UFPel, Florianópolis: PPG em enfermagem./UFSC, 1996.
- SARMENTO, R. **Gravidez na adolescência: anos, busca, desencontro?** Recife-Pe, 1991.
- SECRETARIA DE ESTADO DO DESENVOLVIMENTO SOCIAL E DA FAMÍLIA, FUNDAÇÃO CENTRO BRASILEIRO PARA A INFÂNCIA E ADOLESCÊNCIA. Estatuto da criança e do adolescente, 1990 - 1991.
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Setor de Vigilância Epidemiológica. Dados estatísticos do número de gestantes por faixa etária. Florianópolis, 1995 - 1996.
- SILVA, A et al. **Aprendendo a cuidar da criança-adolescente vítima de violência através de um referencial de enfoque holístico -ecológico participante:** uma proposta transdisciplinar com equipe e família. Florianópolis, 1995. Relatório do Projeto Assistencial da Conclusão (Graduação em Enfermagem). UFSC.
- SILVA, J.P, SARMENTO, R. **Adolescência e saúde.** São Paulo: Paris, 1988.
- VITIELLO, Nelson et al. Antecedentes sexuais de puérperas adolescentes. **Rev. Bras. Ginec. E Obst.**, p. 247 - 250, set/out. 1983.
- WÜSTHOF, R. **Descobrir o sexo.** São Paulo: Ática, 1994.
- ZAGURY, T. **O adolescente por ele mesmo.** Rio de Janeiro: Record, 1996.

8 - ANEXOS

ANEXO 1

- FOTO DO CSII COTEIRA DO PRIRAJUBAÉ -



ANEXO 2
- ENCAMINHAMENTOS -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL
APLICADA
NÚCLEO TRANSCRIBIR - UFSC

ENCAMINHAMENTO PARA O PROJETO - PROCESSO DE CUIDAR COM A
ADOLECENTE GRÁVIDA

PARA: Acadêmicas de Enfermagem Dione, Necilda, Renata e Schirley.

LOCAL: C. S da Costeira, 4º feira das 8:00 às 12:00horas, 5º feira das 13:00 às
16:00 horas.

CLIENTE:

IDADE: _____ PROCEDÊNCIA: _____

DATA: _____ ENCAMINHADO POR: _____

OBS: Este encaminhamento se destina a adolescentes de 10 - 19 anos, que estejam
vivenciando sua primeira gravidez

ANEXO 3
- CONVITES PARA OFICINAS DE SAÚDE -

O QUE QUERO SABER SOBRE MINHA GRAVIDEZ???

Se você tem de **10 - 19 anos** e está grávida pela primeira vez, venha esclarecer suas dúvidas com as estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Local: APAM (Associação de Pais e Amigos da Criança Adolescente).

Horário: Quintas-feiras, a partir das 18:00 horas..

Projeto: Processo de Cuidar com a adolescente Primigesta na comunidade, através do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico.

ANEXO 4
- CARTAZES DE DIVULGAÇÃO DAS OFICINAS DE SAÚDE -

O QUE QUERO SABER SOBRE MINHA GRAVIDEZ???

Se você tem de 10 - 19 anos e está grávida pela primeira vez, venha esclarecer suas dúvidas com as estudantes de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina

Local: APAM (Associação de Pais e Amigos da Criança e Adolescente).

Horário: Quintas-feiras, 18:00 horas.

Projeto: Processo de Cuidar com a adolescente Grávida na comunidade através do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico

ANEXO 5
- ROTEIRO DE CONSULTA DE ENFERMAGEM -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
DISSCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA
PROJETO: Processo de Cuidar com a Adolescentes Primigesta na Comunidade através
do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico
DATA: SETEMBRO DE 1997.

ROTEIRO PARA CONSULTA DE ENFERMAGEM À ADOLESCENTE PRIMIGESTA

I - CONHECENDO A REALIDADE

1 - Identificação da adolescente primigesta

- Nome:
- Idade:
- Endereço:
- Telefone:
- Naturalidade:
- Procedência:
- Escolaridade
- Profissão:
- Religião:

2 - Identificação das acadêmicas, do projeto e expor as questões éticas.

3 - Expectativas:

- Por que veio até o CSII?
- O que espera de nós?
- Como está sentindo-se no momento?
- Tem alguma queixa?
- Quanto tempo tem disponível para a consulta?

4 - História de Vida

- DUM e cálculo da Idade Gestacional.
- Como aconteceu a gravidez?
- Como reagiu a gravidez?
- O que a deixa feliz na gravidez?
- O que a deixa triste na gravidez?
- Quem faz parte da sua família?

POSIÇÃO	IDADE	ESCOLARIDADE	PROFISSÃO

- O que pensa/sente por sua família?
- Que importância tem a família para você?
- Qual a renda familiar?
- Como está sendo a gravidez para a família e pai da criança?

- Como está sendo a relação com o pai da criança?
- Como foi sua infância?
- Doenças na infância e na família.

5 - Práticas de saúde:

- O que faz ao acordar?
- Que horas acorda?
- Toma café da manhã?
- O que come de manhã?
- O que faz durante a manhã?
- Que horas almoça?
- O que costuma comer no almoço?
- O que faz durante a tarde?
- Costuma fazer lanche?
- O que come a tarde?
- O que faz à noite?
- O que come à noite?
- Frequência das eliminações.
- O que faz quando fica doente?
- Quem procura quando fica doente?
- O que é saúde para você?
- Em relação à gravidez, quais os cuidados está tendo?
- O que sabe sobre o parto?
- O que pensa sobre o parto?
- O que sente quando pensa no parto?
- O que significa está gravidez para você?
- Gostaria de fazer alguma pergunta?

6 - Exame Físico:

7 - Percepções das acadêmica

II - COMPREENDENDO A REALIDADE

- Possibilidades e Limitações

III - TRANSFORMANDO A REALIDADE

- Constructo do Cuidado.

ANEXO 6
- CONSULTA DE ENFERMAGEM -

PROJETO: Processo de Cuidar com a Adolescente Primigesta na Comunidade, através do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico.

DATA: 30/10/95

LOCAL: CSII Costeira do Pirajubaé

PARTICIPANTES: Safira, Rubi, Diamante e Ametista.

OBJETIVO: Realizar Exame Colpocitológico

NOTAS DE CAMPO	ANÁLISE
<p>Ametista chegou ao CSII à 11:00 horas da manhã para realizar exame colpocitológico, como havíamos combinado previamente. Rubi e Diamante estavam acompanhando Ametista em VD. Pedimos a Ametista que entrasse no Consultório e sentasse. Ametista parecia estar calma e disposta. Rubi perguntou:</p> <p>Ru: Oi Ametista, como passastes a semana?</p> <p>Am: Bem! Daquele jeito!</p> <p>Ru: Você consultou com a médica dia 27/10. Como foi a consulta?</p> <p>Am: Ela disse que está tudo bem.</p> <p>Ru: Ela comentou alguma coisa sobre o teu peso? (perguntei isto, pois Am tinha manifestado preocupação com o ganho de peso em VD)</p> <p>Am: Ela não disse nada.</p> <p>Ru: O que você perguntou?</p> <p>Am: Não perguntei, não dá tempo, ela só olhou os exames, escutou o coração do nenem e pronto. Ela só disse que eu tava com anemia e me mandou tomar a vitaminas que eu já tava tomando. Só que eu acho que essas vitaminas são fracas, porque eu não estou engordando.</p> <p>Ru: Am, olha! (pedi para que olhasse para o peso marcado no cartão de gestante). Você perdeu um quilo nos dois primeiros meses, isto provavelmente aconteceu porque você vomitou muito e como você mesmo contou não comia. Depois, você engordou dois quilos então, você recuperou o peso que estava no começo da gestação e engordou um quilo. Você está no peso normal, pois se espera que uma gestante engorde no primeiro trimestre é um quilo.</p> <p>Am: Ah! Eu pensei que não tinha engordado nada.</p> <p>Ru: E como está a sua alimentação?</p> <p>Am: Eu estou comendo melhor agora. De manhã eu levanto e tomo uma vitamina. Ao meio dia, eu vou para a casa da minha mãe e almoço lá. A tarde, eu também como lá (Na mãe). À noite, eu não jantei (falando do dia de anterior).</p> <p>Ru: Por que não jantou?</p>	<p>Safira = Sa</p> <p>Rubi = Ru</p> <p>Diamante = Di</p> <p>Ametista = As</p>

Am: Porque eu briguei com o Vento (companheiro). Aí, quando eu brigo com ele não consigo comer nada. E também não faço comida pra ele.

Ru: Mas o que aconteceu?

Am: Eu briguei com ele porque eu chamei para comer e ele não veio. Aí nos discutimos e ele pegou minha comida e jogou tudo fora. Aí eu fiquei louca.

Ru: E como está o relacionamento com ele agora?

Am: Está assim, né. O Vento não houve ninguém. (Pausa) Naquele dia, eu não pude ir a Maternidade com vocês porque não tinha dinheiro para pegar o ônibus... Ele não me deu dinheiro... Ele achava que não era necessário que eu fosse.

O Vento sempre foi assim. Ele não ouve ninguém... Ele fuma maconha.

Ru: Ele fuma a muito tempo?

Am: Ele fuma desde os dez anos.

Ru: Ele usa mais algum tipo de droga?

Am: Ele já usou cocaína, mas agora não usa mais.

Ru: E onde ele costuma fumar?

Am: Ele fuma em casa. Eu peço para ele não fumar no quarto mas não adianta, ele continua fumando. Ele traz os amigos em casa para fumar também. Eu não gosto, eu fico agoniada, eu sei que faz mal para o nenem.

Ru: Você já conversou com ele sobre a possibilidade dele parar de fumar?

Am: Já! Ele disse que já usa a muito tempo e não vai parar.

Ru: Já conversou sobre a possibilidade dele não fumar perto de você?

Am: Já, mas não adianta.

Ru: E o que você faz?

Am: Eu saio do quarto.

Ru: Você sabe que existem grupos que ajudam as pessoas nessa situação?

Am: Não.

Ru: Se você falasse com ele sobre a participação dele em um grupo desses?

Am: Acho que não adianta.

Ru: Mas é interessante que você tenha essa informação, pois se algum dia ele manifestar o desejo de parar, você sabe onde buscar ajuda.

Am: É bom saber disso, mas acho que nunca vai parar (pausa).

Ah! Vocês disseram que iam fazer uma lista de alimentos que é bom para comer na gravidez.

Ru: É verdade, só que queremos fazer junto contigo, para podermos discutir quais os alimentos que você gosta, o que tem possibilidades de comprar...

Am: É bom, porque se me mandarem comer fígado, não adianta que eu não como. (todas rimos)

<p>Ru: Que tal se fizéssemos outra visita em sua casa para discutirmos sobre isso?</p> <p>Am: Eu gostaria.</p> <p>(Marcamos a data e horário da visita e a partir daí iniciamos o exame preventivo).</p> <p>Ru: Você já realizou esse exame alguma vez?</p> <p>Am: Já.</p> <p>Ru: Como foi?</p> <p>Am: Foi ruim, né.</p> <p>Ru: Por que?</p> <p>Am: Porque dói.</p> <p>Explicamos como era realizado o exame, mostrando em figura a anatomia do aparelho reprodutor. Pedimos a Am que tirasse a roupa e colocasse a camisola, e deitasse na mesa de exame. Preparamos o material. Neste momento Sa (supervisora de campo) entrou no consultório para acompanhar o exame. Apresentamos Sa a Am. Começamos o exame. Como Am apresentava-se tensa, pedimos para que Sa realizasse o exame</p> <p>Durante o exame verificamos a presença de vermes em região perianal. Presença de leucorréia em pouca quantidade. Sa indicou a Am que fizesse chá de hortelã (para tomar) e banho de assento com malva, explicando como faria. Solicitamos que viesse buscar o resultado do exame colpocitológico, tão esteja pronto. Antecipamos o dia da consulta médica para que Am seja encaminhada a fazer exame de fezes e posterior tratamento. Após a realização do exame Am vestiu-se, agradeceu a atenção e despediu-se.</p>	
Notas das Acadêmicas	ANÁLISE
<p>Observamos, a necessidade que Am tinha de dialogar, conversar e expor os seus problemas. Acreditamos que promovemos empatia e confiança. Deveremos estudar sobre os efeitos dos chás de hortelã como vermífugo e questionar mais na VD sobre as questões de drogas.</p>	

ANEXO 7
- PLANEJAMENTO DE OFICINA DE SAÚDE -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
 DISCIPLINA: ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

PROJETO: Processo de Cuidar com a Adolescente Primigesta na comunidade através do Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico.

DATA: 18/09/97.

OFICINA DE SAÚDE Nº 1

OBJETIVO: Levantamento de expectativas e interação.

PARTICIPANTES: Acadêmicas Dione, Nice, Renata e Schirley; orientadora Zuleica; gestantes

LOCAL: APAM - Associação de Pais e Amigos da Criança e Adolescente - Costeira - Florianópolis. HORÁRIO: 18:00 horas.

CONTEÚDO	TÉCNICA	RECURSOS	TEMPO	OBS.	ANÁLISE	RESPONSÁVEL
Apresentação dos objetivos do encontro.	Verbal	-----	5 minutos			Todas
Apresentação do participante	Apresentação através de figuras de revista escolhidas pelas participantes.	Revistas e tesoura	15 minutos			Todas
Levantamento de expectativas	Formação de grupos Relação das questões levantadas pelas adolescentes.	Papel pardo, caneta hidrocor, som e fita cassete.	15 minutos			Todas
Escolha de temas a serem desenvolvidos na oficina.	Dinâmica de Grupo	Caneta e papel ofício.	5 minutos			Todas
Descontração para finalizar a oficina.	Lanche	Garrafa térmica, pó de café, açúcar, copos plástico, colheres, leite em pó, pão, bolo, bolacha, 3 pratos, uma faca, guardanapo.	20 minutos			Todas

ANEXO 8

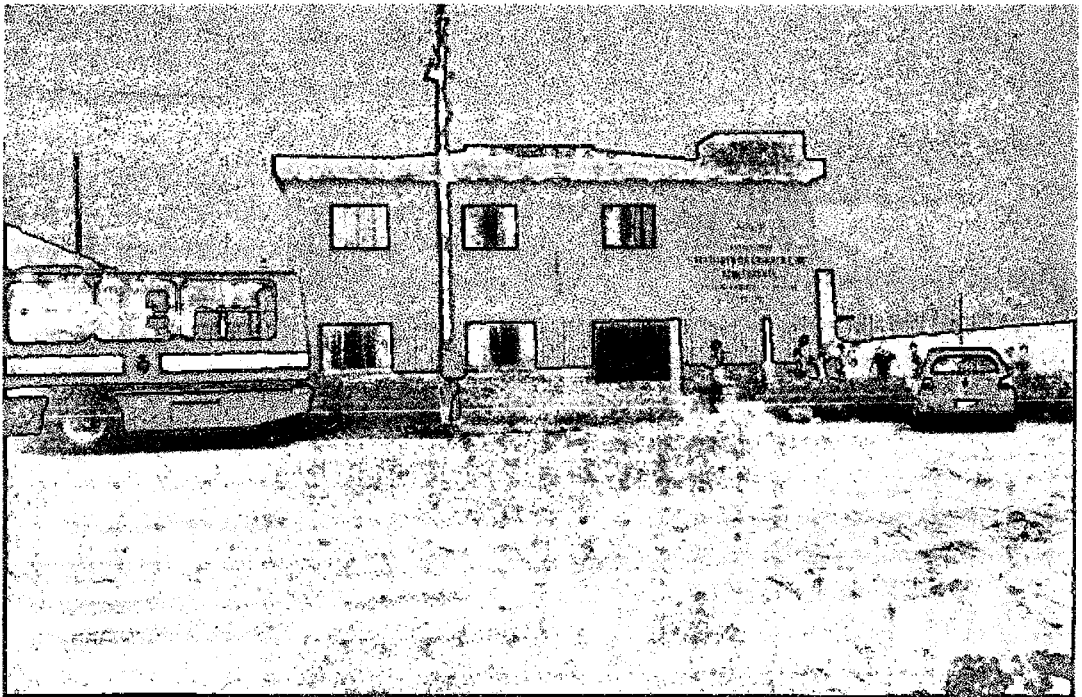
- FOTO DE OFICINA REALIZADA NA ESCOLA ANÍSIO TEIXEIRA -



ANEXO 9
- FOTO DE VISITA DOMICILIAR -



ANEXO 10
- FOTO DA APAM -



ANEXO 11
- FOTOS DA VISITA REALIZADA À MATERNIDADE DO HOSPITAL
UNIVERSITÁRIO -

