



UnB
CEILÂNDIA



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA – UnB

FACULDADE DE CEILÂNDIA – FCE

GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SILZIANE FRANCO VIEIRA

**O EMPREGO DAS TECNOLOGIAS LEVES NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM AO PRÉ NATAL DE GESTANTES ADOLESCENTES**

BRASÍLIA

2016

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE CEILÂNDIA
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

SILZIANE FRANCO VIEIRA

**O EMPREGO DAS TECNOLOGIAS LEVES NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM AO PRÉ NATAL DE GESTANTES ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de
Ceilândia (FCE), sob orientação da Prof.^a Dr.^a Olga
Maria Ramalho de Albuquerque e co-orientação da
Prof.^a Carla Pintas Marques, como requisito para
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

BRASÍLIA

2016

VIEIRA, Silziane Franco.

O emprego das tecnologias leves na assistência de enfermagem ao pré-natal de gestantes adolescentes – Brasília, 2016.

88 f.: Il. 30 cm.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) – Universidade de Brasília. Faculdade de Ceilândia, Enfermagem 2016.

Orientadora: Olga Maria Ramalho de Albuquerque

1. Cuidado pré-natal 2. Tecnologias leves 3. Gravidez na adolescência I. Albuquerque, Olga Maria Ramalho de. II. O emprego das tecnologias leves na assistência de enfermagem ao pré-natal de gestantes adolescentes.

SILZIANE FRANCO VIEIRA

**O EMPREGO DAS TECNOLOGIAS LEVES NA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM AO PRÉ NATAL DE GESTANTES ADOLESCENTES**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à
Universidade de Brasília (UnB) – Faculdade de
Ceilândia (FCE), como requisito para obtenção do
título de Bacharel em Enfermagem.

BANCA EXAMINADORA

Professora Dr^a. Olga Maria Ramalho de Albuquerque
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Professora Ma. Casandra Genoveva Rosales Martins Ponce de Leon
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

Professora Dr^a. Clélia Maria de Sousa Ferreira Parreira
Universidade de Brasília/Faculdade de Ceilândia

BRASÍLIA

2016

DEDICATÓRIA

Dedico e atribuo a realização desse sonho ao Autor da minha vida e de minha fé, aos meus pais Jose Renato e Marcia e ao meu irmão Renato Augusto.

AGRADECIMENTOS

“Por maior que sejam seus sonhos, o sonho de Deus é maior. Ele sabe o que você pede, mas o que Ele quer dar é melhor. Você hoje não pode entender, pois só pede o que cabe em suas mãos. Infinitos são os sonhos de Deus pra você.” *Robson Fonseca*

Versos tão sublimes, melodia tão harmoniosa, história tão real. Tão minha. Música cantada por homem, mas composta por Deus. Talvez Ele a escreveu mesmo antes de eu nascer e ela já se tornara a canção que iria embalar toda a minha trajetória.

Essa jornada começou desde o momento em que ingressei na rede de ensino, onde, pela graça imerecida de Deus, tive o privilégio de ser bolsista até o 3º ano do ensino médio. Na educação adventista (sonho dos meus pais) fui instruída com excelência. Talvez não pelos melhores professores ou melhores metodologias, mas por servos de Deus, que me motivaram a ser quem sou hoje. À essas eu faço questão de agradecer e honrar por toda minha vida: Profª Consolação, Prof.ª Joelma, Prof.ª Janilce, Prof.ª Miriam e Prof.ª Euzimar. Cuidaram de mim por todo o ensino infantil, e me estruturam permanentemente. No fundamental e médio, quero dar destaque aos professores Lutero, Andréia e Flaverlei. Obrigada pela disciplina, concentração e foco que transmitiram a mim. Após concluir essa fase tão marcante, fiz 1 ano de curso pré-vestibular no ALUB Taguatinga, e quão rico foi esse momento na minha vida. Só eu sei. Persistência, paciência, garra e coragem. Pilares que todo aspirante a vencedor deve desenvolver. Aqui agradeço a todos, especialmente a Prof.ª Poly da Hora, Prof.ª Israel Batista e Prof.ª Daiana. Com certeza vocês nem se lembram de mim e provavelmente nem lerão essa homenagem, mas tenho absoluta convicção que estarão eternamente em minhas gratidões. Já na tão sonhada e impossível UnB, meus agradecimentos a todo o corpo docente de Enfermagem. Sei que me frustrei e decepcionei a muitos de vocês nos campos de estágio, mas tudo o que vivi e ouvi de vocês nas avaliações foram de grande proveito para meu crescimento, que se materializa hoje na defesa do meu trabalho de conclusão de curso. Entretanto, a minha gratidão especial se desloca para duas docentes que dispensam qualquer comentário. A primeira Inês Maria Marques Zarfolin Pires de Almeida. Nome grande equivalente à sabedoria e coração. Professora da Faculdade de Educação do Darcy Ribeiro. Tive a enorme honra de ser sua aluna em duas disciplinas que abordaram a psicanálise. Com certeza foi um divisor de águas na minha graduação, pois agregou muito à minha vida profissional e pessoal. Uma contribuição

inestimável. Pedagogia transformadora. Mas a maior e melhor disciplina que cursei com a senhora foi justamente a grandiosidade da sua pessoa. Enxergou em mim o que ninguém jamais havia enxergado. Chamava-me pelo nome sorrindo, quando não nos dava a alegria de ouvir sua risada maravilhosa. Você foi e sempre será uma recordação viva em mim. Inesquecível será e eternas saudades me traz e trará. De igual modo, agradeço à minha orientadora Prof^a Olga Maria Ramalho de Albuquerque. Colegiado de Saúde Coletiva. Começamos nossa relação na disciplina de “Saúde e Sociedade 1”, no segundo semestre de 2011. Na época, me desestabilizei devido à minha gagueira e não consegui apresentar o último seminário. Quão terrível foi aquele dia pra mim. Senti-me oprimida e incapaz de seguir adiante e superar todo esse problema que carregou até hoje. Você foi talvez a única professora que de fato me estendeu a mão com relação a isso. Alguns semestres depois cursei a disciplina “Promoção da Saúde” e me encontrei. Obrigada por me sensibilizar e me fazer acreditar na humanização do serviço de saúde, e por me incentivar a prestar um cuidado baseado naquilo que tanto se defende, mas que poucos realizam. Parabéns pela sua coragem de defender com unhas e dentes a promoção da saúde! Foi uma semente que floresceu em mim! Escolher você como minha orientadora foi algo natural e que senti fortemente a mão de Deus. Agradeço por me dar essa honra de trabalhar contigo e aprender pelo simples fato de lhe ouvir. Você é uma fonte de inspiração pra mim! Prof^a Carla Pintas, minha co-orientadora: desculpe-me pelas ausências no andamento da pesquisa, mas a sua contribuição foi inestimável. Na verdade, meu tema de TCC foi construído quando cursei sua disciplina “Modelos e Práticas de Atenção à Saúde” e ali pude conhecer o conceito de Tecnologias Leves. Sua aula era incrível, admirava a forma como explanava os assuntos de maneira séria e descontraída ao mesmo tempo. Uma formadora de opinião e que me influenciou grandemente. Essa matéria foi uma das divisoras de águas no decorrer do meu trajeto na UnB. Muito obrigada, de coração!

Agradeço também aos meus melhores amigos Bianka, Igor e Rodolfo pela amizade, carinho e amor. A música que cantamos sempre foi a minha melhor terapia, especialmente quando enfrentava problemas acadêmicos. Obrigada pelo apoio que me deram no momento em que mais precisei, em Julho de 2015. Eu não via forças em mim para superar isso, mas Deus os capacitou grandemente e devo o meu reerguer a vocês. Ao meu amado Grupo Vocal Jóias, por terem sido minha segunda família e me proporcionado momentos tão únicos, com agradecimento mais do que especial às minhas grandes amigas e mães do coração Jane e Laura. Essa vitória minha se estende a todos vocês.

Um agradecimento emocionado e verdadeiro às minhas amigas de turma, de enfermagem e parceiras pra vida toda: Rhanyelle Pontes, Jéssica Regina, Gabryella Dias, Luiza Bonacher, Larissa Fernandes, Ana Carla Mesquita, Clara Carvalho, Eduarda Carneiro e Jéssica Marques. Só nós sabemos tudo que passamos nessa Universidade. Entramos cruas, mas saímos mulheres fortes e compromissadas com essa Enfermagem que pode ter nos dado lágrimas, desespero, angústia, medo e inseguranças, mas que nos transbordou de sentimento de missão cumprida. A amizade de vocês foi um presente mais que especial. Obrigada por tudo que fizeram por mim, desde me apoiar quando passava por momentos delicados até sempre acreditarem que eu ia beber com vocês sempre quando me safava de reprovação, rs. Lembrarei com muito carinho de onde eu estiver. São laços eternos! Vocês são meu orgulho!

E agora, o agradecimento maior e mais importante de todos. Queridos e amados pais (as lágrimas já escorrem), as palavras não tem a capacidade de serem justas e dignas a tudo o que vocês fizeram e fazem por mim. Roupas passadas às 5 da manhã, almoços feitos em 5 minutos pra eu não perder o ônibus para o estágio, dinheiro do cheque especial para que eu pudesse lancha e aguentar uma carga horária integral na UnB, pelas vezes que me socorreram em emergências e me levaram de carro do Gama até a Ceilândia e até pelas vezes que suportaram minhas crises. Obrigada por tudo que sacrificaram para que eu pudesse ter uma boa educação, quero honrá-los sempre! Esse diploma ao final do ano não significa nada perto do amor incondicional que tem por mim, mesmo eu não merecendo. Perdoem-me as vezes em que não valorizei isso ou que não demonstrei da melhor forma o quanto sou grata por ter vocês como meus pais. Se eu não desisti no início, meio ou fim do caminho, devo isso as orações que fizeram por mim. Obrigada por servirem a Deus e por me ensinarem a ser fiel à Ele. Vale a pena e sou a prova viva disso. Nunca pensei que um dia estaria me formando numa universidade pública e dando essa alegria pra vocês. Admiro a integridade e caráter de vocês, como também o temor a Deus. Que possamos nunca nos separar, e se isso um dia acontecer, que eu possa ser capaz de honrar a todos os valores e princípios que me transmitiram. Amo vocês!

Ao grandioso e soberano Deus, pelo cuidado, sabedoria, misericórdia e amor. O homem pode fazer planos, mas o único capaz de concretizá-los é o Senhor. Por vezes duvidei e questionei muitas situações que passei durante meu trajeto acadêmico, mas Deus sempre vinha com melhores planos, respostas e bênçãos. Várias vezes me provou que estava comigo, realizando impossíveis diante dos meus olhos. Governou minha vida e derramou benção sem

medidas durante todo esses 5 anos e meio. Esse trabalho é fruto do Deus a que sirvo e que jamais me desamparou. E que só o nome Dele seja louvado para todo o sempre! Amém!

“Um sorriso, um meneio positivo da cabeça, o contato dos olhos, o toque no lugar certo, ou seja, no braço, no ombro ou na mão, o uso adequado do silêncio e da voz suave são sinais que auxiliam nos relacionamentos interpessoais e na comunicação efetiva. Na saúde, não são necessariamente os grandes planos que dão certo, mas são os pequenos detalhes que alteram a qualidade das relações. ”

(Maria Júlia Paes da Silva)

RESUMO

A gravidez na adolescência é considerada, atualmente, um fenômeno de saúde pública mundial e seu crescimento exponencial contemplam as mais amplas diversidades. Tendo em vista a complexidade enfrentada nessa fase da vida, marcada por intensas transformações, o cuidado pré-natal carece de uma abordagem diferenciada. As tecnologias leves despontam como ferramenta ideal para suprir essa necessidade, pois conferem qualidade às relações interpessoais. Assim, objetiva-se nesse estudo analisar a literatura científica publicada no período de 2004 a 2014 acerca do emprego das tecnologias leves na assistência de enfermagem às gestantes adolescentes. Trata-se de uma pesquisa bibliográfica realizada na base de dados Adolec Brasil/Biblioteca Virtual em Saúde (BVS/BIREME) com artigos disponíveis na base de dados Literatura Latino – Americana (LILACS) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). A busca resultou na seleção de dez (10) artigos com a combinação dos descritores “gravidez na adolescência *and* cuidado pré-natal” e quatro (4) artigos com os descritores “gravidez na adolescência *and* cuidado pré-natal *and* enfermagem”, totalizando quatorze (14) artigos. Os resultados obtidos revelaram que há uma uniformidade na distribuição das tecnologias leves presentes nos artigos: acolhimento (93%), diálogo (86%), vínculo (78%), escuta (71%), autonomia (71%), sensibilidade (57%) com desequilíbrio apenas na utilização da empatia (35%) e corresponsabilidade (28%) nas práticas. Conclui-se que deve haver intensa discussão e reflexão crítica dos profissionais, como também educação continuada referente à sua postura no manejo com esse público, a fim de utilizar esse aparato tecnológico para humanizar o cuidado oferecido.

Palavras-chaves: Cuidado pré-natal; Gravidez na adolescência; Enfermagem; Tecnologia aplicada aos cuidados de saúde.

ABSTRACT

Teenage pregnancy is considered a phenomenon of global public health and its exponential growth include the broadest diversity. In view of the complexity faced in this phase of life, marked by intense transformations, prenatal care requires a differentiated approach. Lightweight technologies emerge as ideal tool to meet this need, do confer quality interpersonal relationships. Thus, this study aims to analyze the scientific literature published in period 2004 to 2014 about lightweight technologies in job nursing care to pregnant teens. This is a literature search performed on database Adolec Brazil/ Virtual Health Library (VHL, BIREME) with items available on Latin Literature database (LILACS) and Scientific Electronic Library Online (SciELO). The search resulted in the selection of ten (10) articles with the combination of descriptors “teen pregnancy *and* prenatal care” and four (4) articles with the keywords “teen pregnancy *and* pre natal care *and* nursing”, totaling fourteen (14) articles. The results obtained revealed that there is a uniformity in the distribution of light technologies present in articles: greeting (93%), dialog (86%), bond (78%), listen (71%), autonomy (71%), sensitivity (57%) with only the use of empathy imbalance (35%) and responsibility (28%) in the practices. It is concluded that there must be intense discussion and critical thinking, as well as continuing education for your posture in handling with this audience, in order to use this technological tools for humanizing the care offered.

Keywords: Prenatal care; Pregnancy in adolescence; Nursing; Biomedical technology.

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 - Busca bibliográfica de artigos na base de dados LILACS e Scielo sobre cuidado pré-natal e gravidez na adolescência.....45

FLUXOGRAMA 2 - Busca bibliográfica de artigos na base de dados LILACS e Scielo sobre cuidado pré-natal, gravidez na adolescência e enfermagem.....47

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Distribuição dos resultados por modalidade de trabalho científico. Brasília- DF, 2016.....48

GRÁFICO 2 – Distribuição e predominância das tecnologias leves utilizadas no pré-natal de gestantes adolescentes identificadas nos resultados. Brasília- DF, 2016.....57

LISTA DE QUADROS

- QUADRO 1** – Atitudes ampliadoras *versus* reducionistas do potencial terapêutico de cuidado. Brasília-DF, 2016.....41
- QUADRO 2** – Representações do cuidar para pacientes fora de possibilidades de cura.....74

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	16
1.1 Justificativa.....	17
1.2 Problema de pesquisa.....	18
2. OBJETIVO	
2.1 Objetivo Geral.....	19
2.1 Objetivos Específicos.....	19
3. REFERENCIAL TEÓRICO	
3.1 Gravidez na adolescência	20
3.2 Rede cegonha.....	24
3.3 Políticas Públicas à Saúde da Mulher.....	25
3.4 Pré-Natal.....	27
3.5 Pré Natal na adolescência.....	28
3.6 Humanização no Pré Natal.....	30
3.7 Tecnologias Leves.....	33
3.8 Abordagem comunicacional.....	37
3.9 Abordagem centrada na pessoa.....	40
4. MÉTODO: Pesquisa Bibliográfica	43
5. RESULTADOS	
5.1 Busca Bibliográfica I: “Gravidez na adolescência” <i>and</i> “Cuidado Pré-natal”.....	44
5.2 Busca Bibliográfica II: “Gravidez na adolescência” <i>and</i> “Cuidado Pré-natal <i>and</i> Enfermagem”.....	46
5.3 Fichamento.....	49
5.4 Sistematização dos Resultados.....	57
6. DISCUSSÃO	58
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	78
8. REFERÊNCIAS	81

1. INTRODUÇÃO

Até a década passada a gravidez na adolescência cresceu exponencialmente no Brasil, segundo dados do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2000) que revelaram aumento de 15% nos casos entre meninas na faixa etária de 15 a 19 anos. No período verificou-se expressivo número de partos adolescentes realizados em hospitais públicos do Brasil (2,5 milhões) em 2000, representando 26,6% do total (segundo relatório do Sistema Único de Saúde – SUS, 2000). Entretanto, a gravidez compreendida no período da adolescência sofreu redução nos últimos anos, uma vez que levantamentos mais recentes do Censo (IBGE, 2010) apontam menores índices de fecundidade no ano de 2012 (17,7%) em comparação ao ano de 2002 (20,4%) em mulheres entre 15 e 19 anos. Nesse mesmo cenário, têm-se a Região Sudeste como detentora do menor índice (15,2%) enquanto que na Região Norte observa-se o maior percentual de gravidez (23,2%) nessa faixa etária.

Esse decréscimo nos casos de gravidez na adolescência, embora aplaudível, não isenta as preocupações referentes a essa temática por meio de ações de todas as esferas de governo que objetivem a continuidade dessa redução. Isso porque, um relatório ainda mais atual, do Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA, 2013) divulgou uma análise da situação da população dos países em desenvolvimento. Esse documento registra que a esmagadora proporção de 95% das gestações adolescentes no âmbito mundial ocorre em países emergentes. Aponta-se que, diariamente, 20 mil adolescentes com menos de 18 anos dão à luz, resultando em 7,3 milhões de nascimentos anuais (sendo 2 milhões desses entre adolescentes menores que 15 anos). Nos países desenvolvidos os números também são alarmantes: 680 mil partos são de mães adolescentes, sendo metade (340 mil) nos Estados Unidos. Atrelado a essas estatísticas, o número de abortos e complicações pós-parto também despontam como importantes dilemas com relação ao papel do Estado, sobretudo o Brasil, na garantia de direitos à saúde da mulher e nos custos socioeconômicos que esses fenômenos trazem à dinâmica política do país.

Sendo assim, a abordagem dessa questão é considerada um impasse de ordem pública, já que atinge diversos setores e impacta significativamente a vida dos envolvidos e até dos que não estão diretamente relacionadas nessa gestação. No tocante à saúde, a gravidez na adolescência impõe riscos que vão desde aspectos biológicos até sociais, para mãe e filho. Esses desdobramentos mostram-se como desafios a serem articulados pelos profissionais de saúde

para que a assistência ofertada seja coerente com as vulnerabilidades pessoais de cada adolescente.

O cuidado pré-natal consiste em “um conjunto de cuidados voltados à saúde materna e do feto possibilitando adequadas ações e orientações para que a mulher possa viver a gestação e o parto de forma positiva e enriquecedora, diminuindo os riscos de complicações no parto e no puerpério” (BRASIL, 2012, p. 31). Tal diretriz busca estabelecer um canal facilitador para subsidiar promoção, prevenção, recuperação, tratamento e proteção da saúde do binômio mãe e filho. O pré-natal é o espaço propício para intervenções pertinentes a toda essa dinâmica gestacional. Sua condução objetiva assegurar “o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas” (BRASIL, 2012, p. 33).

Quando grávida, além do bebê, a adolescente já carrega consigo predisposições ao parto prematuro e baixo peso ao nascer, que podem deixar de serem riscos e tornarem-se realidades a depender do acompanhamento pré-natal durante todo o período gravídico. Por sinal, o pré-natal inadequado (seja pelo número inferior de consultas mínimas, seja pelo início tardio ou pela não realização dos exames complementares) se faz presente na gestação de muitas delas. Essa busca pelo serviço como também o desenvolvimento dessa assistência para a díade mãe e bebê pode ser inviabilizada por questões intrínsecas desse público: vergonha ou inibição, falta de informações sobre os benefícios do pré-natal, desconhecimento sobre os serviços de pré-natal disponíveis, falta de autonomia decisória, estigmas sociais e dificuldades financeiras (MIRANDA et. al., 2013).

E para que se ofereça uma assistência pré-natal de excelência, é necessária intensa reflexão por parte dos profissionais de saúde, sobretudo os que têm a competência legal de prestar esse cuidado específico (médicos e enfermeiros) sobre a micropolítica dos processos de trabalho desenvolvidos no cuidar, onde se têm o trabalho vivo e trabalho morto (FRANCO, 2006). A articulação coerente e equilibrada desses dois segmentos transpõe-se para o ramo das tecnologias em saúde: duras, leve-duras e leves. Com ênfase nas últimas, também chamadas de tecnologias relacionais, quatro dispositivos da produção do cuidado fundamentam essa proposta: acolhimento, vínculo, responsabilização e autonomia.

Os argumentos e razões expostas caracterizam a gravidez na adolescência como um fenômeno recorrente e que atinge todos os estratos sociais. Cabe ressaltar a importância das tecnologias leves, como ponto norteador de toda a linha de cuidado às gestantes adolescentes, tendo em vista a complexidade multidimensional vivenciada nessa fase. Para Mehry (2007) as

tecnologias leves incluem as tecnologias de relação como acolhimento, vínculo, autonomização, responsabilização e gestão como formas de governar processos de trabalho. De modo que, esse aparato tecnológico relacional deve preponderar sobre todas as tecnologias duras e leve-duras na assistência pré-natal, com intuito de fortalecer vínculos, agregando práticas que priorizem a autonomia, corresponsabilidade e acolhimento, culminando no exercício da humanização. A relevância de abordar o uso desse tipo de tecnologia (leve) em saúde no pré-natal de gestantes adolescentes parte da premissa de que esse componente nunca é escasso, está sempre em processo, interagindo no momento em que o cuidado é prestado. Além disso, é inerente à qualidade da atenção pré-natal, pois fomenta o protagonismo da gestante e sendo assim impacta diretamente na chegada de um novo cidadão ao mundo, uma vez que empodera a mãe e toda a família para recebê-lo.

Logo, é oportuna a **pergunta de pesquisa**: *“Quais tecnologias leves são identificadas na literatura científica disponível no LILACS e Scielo que trata do pré-natal das gestantes adolescentes?”*.

2. OBJETIVO

2.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a utilização da tecnologia leve no cuidado pré-natal de gestantes adolescentes nos artigos disponíveis na literatura científica *LILACS* (Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e *Scielo* (Scientific Electronic Library Online) no período de 2004 a 2014.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- 1) Definir o conceito de tecnologias leves na produção do cuidado em saúde, enfocando na sua aplicabilidade no cenário na Atenção ao Pré Natal de adolescentes de Baixo Risco nos estudos recuperados nas bases de dados *LILACS* e *Scielo*;
- 2) Identificar na literatura científica disponível nas bases de dados *LILACS* e *Scielo* a temática voltada à utilização da tecnologia leve no cuidado pré-natal de gestantes adolescentes;
- 3) Sistematizar os estudos voltados às tecnologias leves conforme sua utilização nos processos gerenciais do cuidado pré-natal de gestantes adolescentes.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA

Dentre todos os momentos na vida de uma mulher, a gestação é, predominantemente, um dos mais marcantes. A experiência de gerar e trazer um indivíduo ao mundo é um grande e significativo marco, visto que, ela passa por transformações mesmo antes da chegada desse novo ser. Essas mudanças percorrem aspectos físicos referentes à estrutura corporal feminina, que passa a fazer rearranjos para acomodar o bebê, também incluem mudanças emocionais e psicológicas, tendo em vista essas mudanças drásticas do corpo, a responsabilidade de assumir o papel maternal e todas as consequências que isso acarreta, além de renúncias, restrições e concessões que serão pertinentes devido à dinâmica dos cuidados ao recém-nascido. Perante a sociedade, a mulher também enfrenta desafios enquanto mãe seja para se equilibrar entre a educação do filho e as tarefas domésticas, como para, agregado a esses dois elementos, concluir o percurso escolar sem defasagem, ingressar no ensino superior e também o vislumbre de conseguir ou se manter em um emprego com a segurança de otimizar a renda ou até mesmo o sustento do seu lar.

No entanto, todos esses dilemas, geralmente, parecem valer a pena ser enfrentados quando há a expectativa positiva da vinda de uma criança. O desejo de ser mãe é, em sua grande maioria, inerente a todas as mulheres. Um filho representa um leque de responsabilidades, é verdade, mas o que se espera é que ele venha a preencher os espaços que foram destinados exclusivamente a ele, proporcionando aprendizados aos pais, fortalecendo até criando vínculos afetivos, alegrias, trazer companhia sincera, satisfação e uma oportunidade singular de convivência íntima, rica em expressão de sentimentos. Sendo assim, como o próprio organismo insinua essa procriação, a ambição dessa função parece ser quase inata a cada uma de nós, respeitando sempre as mais diversas formas de se tornar mãe.

O momento para engravidar, todavia, é um fator importante que pode determinar, muitas vezes, o grau de satisfação da experiência de adentrar no universo maternal. Esse período, planejado ou não, deve considerar a multidimensionalidade da mulher, envolvendo sua saúde física, mental, social e espiritual.

A adolescência é uma das fases mais delicadas para o exercício maternal, tendo em vista a instabilidade que essa etapa da vida impõe. Embora, após a menarca, o organismo esteja apto para a fecundação, esse evento engloba a maturidade que transcende a sexual, marcada por mudanças que exigem dessa cidadã uma carga de valores, crenças, opiniões e princípios que ainda não foram desenvolvidas no período da adolescência. Calligaris (2011, p. 6) ratifica essa visão, quando frisa que

apesar de parecerem “maduros” em seus corpos e preparados para agirem como adultos, a sociedade, ao mesmo tempo em que cobra uma postura independente, o desqualificam como atores competentes para atuarem no mundo dos adultos. E diante disso o adolescente se depara com um turbilhão de exigências e moratórias, que geram conflitos, pois ao mesmo tempo em que exigem uma postura madura, retiram-na drasticamente desse lugar na sociedade.

Somado a isso, a incapacidade de racionalizar consequências futuras, provenientes de seu comportamento sexual a torna ainda mais vulnerável no campo da impulsividade, próprio dessa fase. (LIMA, et. al., 2001).

O adolescente se depara continuamente com um processo de desestruturação, desencadeada pelas mudanças, acompanhado pela eclosão de sentimentos e sensações até então não vivenciados. “O adolescente vive uma “invasão súbita” do seu corpo que se modifica e o obriga a novas posturas e regras. Tal postura lhe exige mudança de personalidade” (ABESRASTURY, 1981 citado por SILVA, 2012). De acordo com Oliveira, Carvalho e Silva (2008, p. 2)

a adolescência é uma etapa evolutiva peculiar ao ser humano. Ela é considerada o momento crucial do desenvolvimento do indivíduo, aquele que marca não só a aquisição da imagem corporal definitiva como também a estruturação final da personalidade. Por isso, não se pode compreender a adolescência estudando separadamente os aspectos biológicos, psicológicos, sociais ou culturais. Eles são indissociáveis, e é justamente o conjunto de suas características que confere unidade ao fenômeno da adolescência. A atenção integral direcionada aos adolescentes, e que considere as mudanças biopsicossociais pelas quais eles passam neste momento de suas vidas, constitui-se num desafio.

Tomando como base essa faixa etária, compreendida entre doze e dezoito anos de idade completos, de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (1990) há uma busca de noção coerente da identidade, que por vezes os coloca em situação de risco, como salienta Torres et. al. (1999, p. 47):

A adolescência apresenta-se como um período muito importante na vida do indivíduo, constituindo etapa decisiva e um processo de transição conflitante, a qual está exposta

a muitos agravos, como por exemplo, as doenças sexualmente transmissíveis (DST), o consumo de drogas, do álcool, e uma atividade sexual precoce. Tudo isto pode gerar, de certa forma, crises de alto grau de ansiedade, tornando os adolescentes vulneráveis, acarretando também, a debilidade física e mental dos mesmos, bem como, a maternidade e paternidade precoces.

Essa intensa e rápida carga de mudanças em seus mais amplos aspectos é permeada pela atividade hormonal, caracteristicamente exacerbada. Além disso, estímulos extrínsecos também contribuem para que o adolescente fomenta seus desejos sexuais. Mas isso não é o bastante para o início da sexualidade, embora seja justificável. Isso porque

a sexualidade é um componente intrínseco da pessoa e fundamental na saúde de adolescentes e jovens, que transcende o aspecto meramente biológico, manifestando-se também como um fenômeno psicológico e social, fortemente influenciado pelas crenças e valores pessoais e familiares, normas morais e tabus da sociedade (BRASIL, 2010, p. 32).

A transição da infância para a vida adulta, assim como é interpretada a adolescência, é marcada pelas novas descobertas, que se transferem ao campo afetivo dos relacionamentos amorosos. Esses envolvimento geralmente estão vinculados ao desejo sexual e ao momento prazeroso, sendo deixados de lado o planejamento e a responsabilidade (AQUINO et. al. 2005).

Tomando-se como prerrogativa que o início da prática sexual, em sua grande maioria, é uma decisão pessoal, motivada por um conjunto de fatores e condições de vida, pontua-se que essa inserção tem sido cada vez mais cedo, se comparada a épocas passadas. Para breve noção dessa realidade, temos que, em 2006, até os 15 anos de idade, 33% das mulheres pesquisadas (Pesquisa Nacional de Demografia e Saúde, 2006) já haviam tido relações sexuais. Isso representa o triplo das relações ocorridas em 1996, na mesma faixa etária.

O início cada vez mais precoce da puberdade e o decréscimo da idade da primeira menstruação são fatores que estão favorecendo o começo prematuro da idade reprodutiva de adolescentes. Aliadas a estes fatores estão também a facilidade das informações sobre assuntos relacionados à sexualidade na internet e na mídia, assim como a erotização precoce, favorecida pelos meios de comunicação. (BRASIL, 2012, p. 136)

O exercício da sexualidade precoce atrelado ao contexto biopsicossocial e cultural enraizado no indivíduo impõe certos riscos no projeto de vida – ainda em processo de construção – do adolescente, sendo um dos mais importantes a gravidez, sobretudo em populações com baixo poder aquisitivo e grau de instrução. Assim, ressalta-se

a necessidade premente de que as políticas públicas, notadamente as de saúde, dirijam um olhar especial para as necessidades e as demandas específicas em saúde reprodutiva dessa população na construção de estratégias intersetoriais que atuem na

redução da vulnerabilidade ocasionada por situações onde as variáveis de garantia de direitos e de inserção social podem ser desfavoráveis para a qualidade de vida dessa população (BRASIL, 2010, p. 60).

Estabelecida a gestação, há uma variabilidade de sentimentos vivenciados pela adolescente e isso está diretamente relacionado com o desejo de engravidar e com as representações que uma gestação nesse período têm na vida dessa adolescente. Quando se espera a gravidez, sentimentos de alegria e satisfação podem ser observados, pois nesses casos, ter um filho simboliza o alcance da emancipação e até amadurecimento psicológico e sexual. Na busca de preencher um vazio e saciar tristezas, a opção da gravidez é encarada como um ritual de inserção na vida adulta, onde se pode obter até mesmo mais respeito e mais autonomia em seu grupo social. Entretanto, na esmagadora parte dos casos, o sentimento predominante é o de tristeza, medo e insegurança, tendo em vista a frustração dos seus planos e a responsabilidade de ser mãe recaindo sobre seus ombros (AQUINO et al, 2005).

Assumir uma gravidez na adolescência é desafiador, tendo em vista que, na maioria dos casos

isto vai acarretar uma série de episódios negativos interferindo no desenvolvimento da jovem, como por exemplo, rejeição familiar, restrições sociais e econômicas. Sendo assim, a adolescente entra em crise, a qual é determinada por um fator criticamente duplo: a crise da adolescência, somando-se à crise da gravidez (TORRES et. al., 1999, p. 3).

Aquino et. al. (2005, p. 3) além de concordar com essa afirmação aponta que

o impacto da gravidez para qualquer mulher anuncia mudanças e isso se agrava ainda mais em adolescentes solteiras, que, além de estarem passando por uma fase de desenvolvimento biopsicossocial, temem a hostilidade, censura e rejeição da família, da sociedade e principalmente dos namorados.

As causas mais recorrentes para o estabelecimento de uma gestação nesse período da vida são:

o desejo consciente de ficar grávida, vontade de contrariar os pais, alternativa para sair de casa, da escola ou cidade onde mora; tentativa de se casar com o homem amado, entre outras. Assim, para acompanhar as gestantes e prestar-lhes cuidado em um diálogo aberto, sem medos e taxações, os enfermeiros devem estar cientes de que as adolescentes devem ser compreendidas holisticamente no contexto em que vivem (SANTOS et. al., 2007, p. 480).

Segundo Monteiro (2011, p. 30), outras razões podem estar associadas, tais como:

a baixa autoestima, falta de apoio e afeto familiar, funcionamento intrafamiliar inadequado, mau rendimento escolar, à menor qualidade de atividade do tempo livre. Esses fatores podem estimular a adolescente a buscar na maternidade um meio para conquistar um afeto incondicional, talvez uma família própria, reafirmando seu papel de mulher na sociedade.

3.2 REDE CEGONHA

Com o intuito de qualificar as redes de atenção materno infantil, além da continuidade da redução taxa de morbimortalidade materno infantil, a Rede Cegonha foi instituída pelo Ministério da Saúde (2011). Isso constitui um

conjunto de iniciativas que envolvem mudanças: no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento, na articulação dos pontos de atenção em rede e regulação obstétrica no momento do parto, na qualificação técnica das equipes de atenção primária e no âmbito das maternidades, na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS e maternidades), na ampliação de serviços e profissionais, para estimular a prática do parto fisiológico, e na humanização do parto e do nascimento (Casa de Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras, Casa da Mãe e do Bebê) (BRASIL, 2012, p. 7).

Esse programa segue os princípios de humanização do parto e do nascimento, com ampliação das *ppler* baseadas em evidência, organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde (RAS), acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco em todos os pontos de atenção, vinculação da gestante à maternidade, gestante não peregrina e realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno (BRASIL, 2012).

A quantidade de consultas pré-natais, considerando o mínimo recomendado pela Rede Cegonha, é de seis ao longo da gestação. Quanto a periodicidades das mesmas, são distribuídas em mensais até a 28ª semana, quinzenais da 28ª a 36ª semana e semanais entre 36ª e 41ª semanas de gestação (BRASIL, 2012). O pré-natal visa dar assistência médica e de enfermagem à gestante e seu bebê desde o planejamento (antes da concepção) até o nascimento, diminuindo os agravantes da gestação, atribuídos ao combate das três principais causas de mortalidade materna: Hipertensão, Hemorragias e Infecções puerperais e as três principais causas de mortalidade neonatal precoce: Prematuridade Asfixia/Hipóxia e Má formação congênita.

Entre as condutas preconizadas para essas consultas, incluem-se uma anamnese detalha da história de vida da gestante sob a ótica de todos os aspectos que rodeiam a gestação, antecedentes obstétricos familiares e individuais, antecedentes familiares, exame físico geral e obstétrico (palpação e medição da altura uterina, ausculta de BCF's, avaliação de edema, avaliação das mamas com vistas a lactação, avaliação da genitália, manobra de Leopold

(delimitar posição fetal); também há a solicitação, realização e interpretação de resultados dos exames, que incluem hemograma, tipagem sanguínea e Rh, coombs indireto, glicemia em jejum, VDRL, sorologia para HIV, toxoplasmose e rubéola IgG e IgM, EAS e urocultura, TTG, ecografia morfológica e ecografias, de acordo com o trimestre gestacional. Todos esses procedimentos são realizados com vistas ao acompanhamento da evolução da gravidez e otimização da saúde do bebê, prevenindo agravos reversíveis e oferecendo um serviço de qualidade para a gestante.

3.3 POLÍTICAS PÚBLICAS À SAÚDE DA MULHER

Embora se pontuem as conquistas e avanços irrevogáveis em ritmo exponencial nas últimas décadas, a fragilidade da mulher no cenário do mundo pós-moderno ainda se trata de uma realidade vivenciada nas mais variadas camadas sociais. Considerando a vulnerabilidade multidimensional enfrentada, condicionada e muitas vezes impostas a elas, (sobretudo pela carga histórica onde há sobreposição do gênero masculino) o direito à saúde ainda desponta como um desafio, tendo em vista as questões discriminatórias culturais, raciais, sociais, econômicas, espirituais, físicas ou emocionais que as segregam até mesmo dentro de seu próprio sexo. Logo, essas barreiras configuram-se como um impasse para permitir melhorias e possibilitar progressões na qualidade de vida feminina.

Atrelado a esses fatores, têm-se ainda a inserção da mulher no mercado de trabalho, componente este que garantiu a esse público autonomia e também ampliou suas competências diante da estrutura familiar. Através dessa conquista, outras foram, paulatinamente, acontecendo, corroborando assim para a percepção de individualidade que a mulher tanto necessitava, a fim de ser respeitada, protegida e valorizada em qualquer segmento. Além disso, segundo a *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (2004), a representação da mulher como a maioria da população brasileira (50,77%) e principal usuária do Sistema Único de Saúde (SUS) seja para ser atendida em sua própria consulta ou acompanhando familiares, oportunizou uma maior visibilidade das autoridades para o padrão de saúde da mesma, onde se notou que a dualidade saúde-doença desse grupo é fortemente influenciada pelas desigualdades presentes nas relações sociais em que predominam a discriminação. Logo, atentou-se para o fato de que o modelo biomédico não era suficiente para avaliar as condições que determinam o adoecimento das pessoas, principalmente as mulheres, já que o contexto em

que elas vivem e a forma em que se relacionam com o mundo impactam, seguramente, no seu estado de saúde.

Dentre as demandas que eram sensíveis nessa perspectiva e mediante as árduas lutas por grupos feministas, além de outros atores sociais, a saúde da mulher passou de interesse meramente genitor e reprodutivo (acesso aos métodos contraceptivos) para uma magnitude prioritária das esferas governamentais, com a criação de políticas públicas específicas, como a atual *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher* (2004). Isso porque, anteriormente, a figura da mulher restrita aos serviços domésticos e educação dos filhos era atendida apenas em serviços desse mesmo caráter, materno-infantil, onde a concepção da saúde feminina se delineava apenas em ações preventivas para os grupos de maior risco, como era o caso de gestantes e crianças. Paralelamente, essas estratégias eram determinadas a partir de decisões governamentais, que abrangiam grandes populações, sem levar em conta as especificidades pertinentes em nível regional e local, e sua devida avaliação das necessidades.

Como tentativa de preencher as lacunas na integralidade do cuidado à saúde da mulher, o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM (1984) foi estabelecido para ampliar o escopo de intervenções no que tange ao conceito ampliado de saúde, defendido pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como “um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente ausência de afecções e enfermidades”. Sendo assim, o PAISM

incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, no pré-natal, parto e puerpério, no climatério, em planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres (BRASIL, 1984, p. 17).

Com arcabouço de princípios e diretrizes semelhantes ao do SUS, criado seis anos mais tarde, esse programa adotou as propostas de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, bem como a integralidade e a equidade da atenção. Entretanto, verificou-se que esse programa, embora tivesse alcançado êxito na redução da mortalidade materna (pré-natal, assistência ao parto e anticoncepção) ainda carecia de mudanças. A metodologia de trabalho baseada na resolução de problemas, que priorizava a saúde reprodutiva, dificultou a atuação sobre outras necessidades em ascensão que assolavam as mulheres e que precisavam ser contempladas. Como exemplos temos as neoplasias (mama e colo de útero), climatério/menopausa, saúde da mulher na adolescência, doenças crônico-degenerativas, saúde ocupacional, saúde mental, doenças infectocontagiosas, além da violência à mulher.

Detectada essa fragilidade do programa, foi criada, em 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, tendo como proposta geral “refletir o compromisso com a implementação de ações de saúde que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis” (BRASIL, 2004, p. 5). Vincula-se a esta política,

a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, com ênfase na melhoria da atenção obstétrica, no planejamento familiar, na atenção ao abortamento inseguro e no combate à violência doméstica e sexual. Agrega, também, a prevenção e o tratamento de mulheres vivendo com HIV/aids e as portadoras de doenças crônicas não transmissíveis e de câncer ginecológico (BRASIL, 2004, p. 5).

A mesma deve abranger a mulher em todos os seus ciclos de vida, respeitando as diferentes faixas etárias e grupos populacionais, e buscando oferecer uma atenção inclusiva e ampliada, considerando o contexto de vida. Também postula a humanização como princípio norteador das práticas em saúde, onde se propicie condições favoráveis para o autoconhecimento e que apoiem a tomada de decisão consciente e coerente com a singularidade e crença de cada mulher.

3.4 PRÉ NATAL

O pré-natal se apresenta como um espaço propício para que a mulher crie condições, em parceria com a equipe de saúde, de se preparar para o parto de forma segura e que esse momento se memorize como uma experiência positiva e feliz, pois

a carência de informações, ou informações inadequadas sobre o parto, o medo do desconhecido, bem como os cuidados a serem prestados ao recém-nascido nos primeiros dias são fatores mais comuns de tensão da gestante, que influenciam negativamente durante todo o processo. É de competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família, desde o primeiro contato com a unidade de saúde. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser (RIOS & VIEIRA, 2007, p. 479).

Na ausência dessas consultas, a garantia de uma boa gestação, culminando em um bom parto e nascimento de criança sadia fica comprometida, pois a intervenção médica e da enfermagem é imprescindível nesse processo. Isso porque, é nesse espaço que são instituídas ações educativas e de promoção à saúde, onde a comunicação entre paciente e equipe de saúde

são fundamentais para o estabelecimento de uma relação de vínculo e confiança, indispensáveis para um cuidado digno e coerente com as necessidades de cada um. “Portanto, o profissional deve ser um instrumento para que a cliente adquira autonomia no agir, aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse, de crise e decida sobre a vida e a saúde” (RIOS & VIEIRA, 2007, p. 478).

Neste sentido, as emoções, sentimentos e histórias contadas pela mulher e seu companheiro devem ser valorizadas com o intuito de individualizar e contextualizar a assistência pré-natal, se apoiando e utilizando de recursos tecnológicos leves como a escuta aberta e diálogo franco, além de estratégias que possam ampliar a resolubilidade do Sistema Único de Saúde, permitindo à mulher falar de suas dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e fortalecimento do vínculo profissional- cliente.

3.5 PRÉ NATAL NA ADOLESCÊNCIA

No caso de uma gravidez na adolescência, essa abordagem deve ser ainda mais cautelosa, tendo sempre o manejo baseado em acolhimento e respeito, numa linguagem acessível e clara para esse público, se colocando sempre a disposição para qualquer demanda, pois a aderência ao pré-natal é a via para uma comunicação efetiva e que proporciona o empoderamento dessa mulher, mesmo em condição de vulnerabilidade. Além disso, para este perfil de gestantes, o atendimento e assistência não devem ser iguais aos oferecido às grávidas adultas, pelas seguintes razões pontuadas no Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco (2012, p. 136):

complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana. Porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões sobre manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto. Pelas especificidades da própria faixa etária, em especial a compreendida entre os 10 e os 14 anos, que exige uma assistência à saúde diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto, o puerpério e a contracepção. Por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, adolescentes de ambos os sexos podem apresentar pouca maturidade emocional para as decisões que devem ser tomadas no processo e para as mudanças advindas com a maternidade em condições como as descritas anteriormente.

Cabe ressaltar que, os riscos gestacionais não estão ligados majoritariamente à idade, e sim a uma série de fatores de amplo espectro, que, quando associados, aumentam a probabilidade de eventos indesejáveis. As vulnerabilidades biológicas vão desde anemia, hipertensão específica da gravidez, infecções urinárias, doenças sexualmente transmissíveis, baixo ganho de peso, eclampsia, hemorragia, desproporção cefalopélvica, parto difícil e prolongado até a morte materna (SILVA, 2012). Geralmente, esses riscos podem ser amenizados consideravelmente sob um acompanhamento pré-natal adequado, principalmente quando ele é precoce. Entretanto, os riscos sociais preocupam ainda mais, haja vista que o baixo grau de escolaridade está diretamente vinculado à gravidez na adolescência, reforçando a ciclo da pobreza.

Desta maneira verifica-se que a gravidez na adolescência tem sérias implicações biológicas, familiares, emocionais e econômicas, além das jurídico-sociais, que atingem o indivíduo isoladamente e a sociedade como um todo, limitando ou mesmo adiando as possibilidades de desenvolvimento e engajamento dessas jovens na sociedade. Devido às repercussões sobre a mãe e o conceito é considerada gestação de alto risco pela Organização Mundial da Saúde (1978), porém, atualmente postula-se que o risco seja mais social do que biológico. (SANTOS & LEAL, 2013, p. 98).

Esse risco social acentuado se materializa por meio do “abandono da escola, maior dificuldade de inserção no mercado de trabalho, diminuição do padrão de vida, desestruturação familiar e consequente circularidade da pobreza.” (SANTOS & LEAL, 2013, p. 98).

A captação precoce da gestante adolescente, por meio das visitas domiciliares realizadas pela equipe de Estratégia Saúde da Família, mostra-se como uma das principais medidas para se garantir uma gestação em boas condições até o seu desfecho, adotando o recomendado de até 120 dias da gestação em curso para o início do pré-natal. Portanto, o momento do diagnóstico de gravidez é de fundamental importância, devendo, preferencialmente, a unidade básica de saúde dispor do teste imunológico de gravidez instantâneo, (TIG) que pode ser realizado por qualquer profissional qualificado, sem a necessidade de deslocamento para um laboratório. Se o resultado for negativo, é imprescindível que o profissional de saúde estabeleça um diálogo aberto, seguro e acolhedor com a adolescente, procurando tirar suas dúvidas sobre contraceptivos e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como também se colocar à disposição para sanar quaisquer outras demandas.

Uma vez confirmada a gravidez, a admissão ao pré-natal deve ser imediata, procurando-se também incentivar a gestante a ser acompanhada nas consultas por uma pessoa de sua confiança (parceiro, familiar, amigo). O Caderno de Atenção Básica nº 32 (2012, p. 138)

recomenda que o atendimento à demanda de adolescentes grávidas seja desenvolvido por uma “equipe multiprofissional e que as consultas possam ser feitas pelo pré-natalista (médico/a e enfermeiro/a), não necessitando de encaminhamento para o alto risco, desde que a gestação evolua nos parâmetros de uma situação clínica-obstétrica e psicossocial favorável”.

O atendimento deve ter algumas particularidades em detrimento da faixa etária, como

o estabelecimento de dias e horários específicos para a atenção às adolescentes grávidas e aos seus parceiros, manter a agenda aberta, sem necessidade de marcar consulta, ter disponibilidade para realizar a escuta ativa da adolescente e do seu parceiro, reduzindo suas dúvidas e prestando os esclarecimentos necessários, mesmo que necessite dispensar mais tempo na consulta, favorecer espaços (nas consultas, nos grupos e nas oficinas) para que adolescentes do sexo masculino possam assumir a paternidade, orientar adolescentes, pais, familiares e responsáveis para a prevenção da violência doméstica e sexual, como também alertá-los em relação a programas da *internet* sem orientação, sem monitoramento de um adulto e sem segurança, para que não se sintam vulnerabilizados com relação à pedofilia (BRASIL, 2012, p. 137).

O enfermeiro (a) na assistência ao pré-natal deve nortear sua atuação pautada na “orientação sobre a importância da realização de exames, hábitos de vida saudáveis, apoio psicológico e rastreamento de dificuldades, prevenção e diagnóstico de intercorrências que possam intervir no processo gestatório. Portanto, a assistência pré-natal precoce é fundamental para uma boa evolução gestacional e neonatal”. (RIGOL; ESPÍRITO SANTO, 2001 citado por MONTEIRO, 2011, p. 24).

3.6 HUMANIZAÇÃO NO PRÉ NATAL

Entretanto, embora se tenha disponível um leque de recomendações embasadas em evidências científicas em que se traz à tona a importância da humanização a partir do pré-natal estendida ao parto e puerpério, observa-se que a consulta realizada “caracteriza-se quase sempre na realidade brasileira como um momento rotineiro, técnico, rápido sem oportunidades para compartilhar conhecimentos e experiências, cumprindo protocolos institucionais que valorizam aferições e medidas”. (ZAMPIERI & ERDMANN, 2010). Em pesquisa realizada com gestantes de um hospital universitário sobre as consultas pré-natais, Zampieri (2006, p. 230) relata que as mesmas referiram que recebiam um cuidado classificado como desumanizado, por meio da

atenção fria, impessoal, e sem interação com a cliente, realizada por obrigação, sem estimular o diálogo, centrada apenas no exame do abdome da gestante, na verificação

da pulsação, da pressão e na mensuração de pesos e medidas, procurando a patologia, e não o saudável, dentro de um modelo biomédico.

Com o advento e posterior evolução das tecnologias no campo da saúde, atrelado ao desenvolvimento da anestesiologia e da farmacoterapia, além da melhoria da condição de vida da população, houve uma contribuição significativa para a diminuição de morbimortalidade materno fetal. Contudo, observou-se em contrapartida, uma série de situações (medicalização do processo de nascimento, fragmentação da mulher e institucionalização) que usurparam o protagonismo da mulher em relação a todo o seu período gravídico puerperal, conferindo esse destaque aos médicos (ZAMPIERI, 2001).

Na atenção pré-natal ocorria a expropriação da autonomia feminina, e estavam presentes todos os pilares do modelo tecnocrático. Assim, como persiste até hoje, as mulheres eram vistas como objeto fora de seu contexto de realidade, sendo vistas como “máquinas” que precisavam ser examinadas para identificar agravos, danos ou disfunções, sem que se estabelecesse nenhuma interação ou vínculo com o profissional. As ações praticadas eram de responsabilidade dos profissionais, supervalorizando as técnicas, rotinas, intervenções, centrando-se mais no biológico (ZAMPIERI, 2006, p. 6).

A partir disso, sensível e intensamente reivindicado pelos movimentos femininas na década de 70 e aliado (no final da década de 80) com a preocupação de alguns profissionais da saúde envolvidos nos movimentos de redemocratização do país e da Reforma Sanitária (até o início da década de 90) juntamente com as ações da Rede de Humanização ao Nascimento, de instâncias não governamentais ligadas à saúde da mulher e da Organização Mundial da Saúde, a Humanização passou a ter maior visibilidade e incentivo na incorporação das práticas de todos os envolvidos na produção da saúde. Progressivamente, esse conceito passou a ser difundido a ponto de ser instituído como uma política transversal no Sistema Único de Saúde (SUS). Em 2000, através da criação do Programa Humanização do Pré Natal e Nascimento (PHPN), o pré-natal também foi vinculado à humanização, haja vista que este cuidado é o pioneiro para se garantir uma gestação saudável que culmine num parto seguro e que proporcione boas condições de saúde à mãe e ao bebê (ZAMPIERI, 2006).

Como **prioridades** no PHPN, destaca-se: 1) concentrar esforços no sentido de reduzir as altas taxas de morbimortalidade materna, peri e neonatal registradas no país; 2) adotar medidas que assegurem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto, puerpério e neonatal. Os **princípios** que norteiam esse programa determinam que: 1) toda gestante tem direito ao acesso a atendimento digno e de qualidade no decorrer da gestação, parto e puerpério; 2) toda gestante tem direito de saber e ter

assegurado o acesso à maternidade em que será atendida no momento do parto; 3) toda gestante tem direito à assistência ao parto e ao puerpério e que esta seja realizada de forma humanizada e segura, de acordo com os princípios gerais e condições estabelecidas na prática médica; 4) todo recém-nascido tem direito à assistência neonatal de forma humanizada e segura.

Para se alcançar um adequado acompanhamento pré-natal e assistência à gestante e a puérpera, o PHPN propõe a realização de atividades, a saber: **Realizar a primeira consulta de pré-natal até o 4.º mês de gestação; Garantir procedimentos** (Realização de, no mínimo, seis consultas de acompanhamento pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação; Realização de uma consulta no puerpério, até quarenta e dois dias após o nascimento); **Realização de exames laboratoriais** (ABO-Rh, na primeira consulta; VDRL, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; Urina, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; Glicemia de jejum, um exame na primeira consulta e outro na trigésima semana da gestação; Hb/Ht, na primeira consulta); **Oferta de Testagem anti-HIV**, com um exame na primeira consulta, naqueles municípios com população acima de cinquenta mil habitantes; **Aplicação de vacina antitetânica dose imunizante**, segunda, do esquema recomendado ou dose de reforço em mulheres já imunizadas; **Realização de atividades educativas; Classificação de risco gestacional** a ser realizada na primeira consulta e nas consultas subsequentes; **Garantir às gestantes classificadas como de risco, atendimento ou acesso à unidade de referência para atendimento ambulatorial e/ou hospitalar à gestação de alto risco.**

A respeito da humanização, toma-se que a mesma se estabelece em dois aspectos fundamentais:

O primeiro diz respeito à convicção de que é dever das unidades de saúde receber com dignidade a mulher, seus familiares e o recém-nascido. Isto requer atitude ética e solidária por parte dos profissionais de saúde e a organização da instituição de modo a criar um ambiente acolhedor e a instituir rotinas hospitalares que rompam com o tradicional isolamento imposto à mulher. O outro se refere à adoção de medidas e procedimentos sabidamente benéficos para o acompanhamento do parto e do nascimento, evitando práticas intervencionistas desnecessárias, que embora tradicionalmente realizadas não beneficiam a mulher nem o recém-nascido, e que com frequência acarretam maiores riscos para ambos (BRASIL, 2002, p. 14).

O cuidado humanizado, antes visto como necessário apenas no momento partal é sumariamente importante durante a gestação, pois segundo Zampieri (2006) “é uma condição indispensável para que a mulher se sinta mais segura e tranquila, para prevenir agravos, para diminuir a morbimortalidade materna e fetal, para o preparo à maternidade e paternidade e a estruturação da personalidade do novo ser”. Ainda aponta que oportuniza o

compartilhamento de experiências e conhecimentos e fortalece os potenciais da mulher para que vivencie a gravidez de forma mais normal e com mais autonomia, tornando-a protagonista do processo de nascimento. Ele (cuidado humanizado no pré-natal) também fornece subsídios para que a mulher conheça e exerça seus direitos (...) (ZAMPIERI, 2006, p. 76).

3.7 TECNOLOGIAS LEVES

Ao encontro dessa necessidade de um cuidado especializado as adolescentes grávidas, onde se possa ofertar, juntamente com os procedimentos, um atendimento com abordagem holística e que impulse troca de saberes, as tecnologias leves no trabalho em saúde despontam como principal ferramenta para propiciar essa relação. Isso porque, para Mehry (2002), a produção do cuidado em saúde transcende o campo do conhecimento técnico e o manuseio de instrumentos, procedentes do trabalho já acabado (trabalho morto), desembocando no trabalho vivo em ato, através das tecnologias leves. Também chamada de relacionais, essas tecnologias se dão no campo da interpessoalidade e “condensam em si as relações de interação e subjetividade, possibilitando produzir acolhimento, vínculo, corresponsabilização e autonomização” (FERRI et. al., 2007, p. 518).

Antes de adentrar em destrinchar cada produto da tecnologia descrita acima, é relevante citar que o conceito de humanização está miscigenado na visão geral trazida por Mehry (2002) sobre o significado de tecnologias leves e seus dispositivos associados. Humanização é tida como uma “estratégia de interferência no processo de produção de saúde”, através da

construção/ativação de atitudes ético-estético-políticas em sintonia com um projeto de corresponsabilidade e qualificação dos vínculos interprofissionais e entre estes e os usuários na produção de saúde. (...). Trata-se, então, de investir na produção de um novo tipo de interação entre os sujeitos que constituem os sistemas de saúde e deles usufruem, acolhendo tais atores e fomentando seu protagonismo (BRASIL, 2004 a, p. 8).

Alinhado à humanização, o “**acolhimento**” é definido no Dicionário Aurélio da Língua Portuguesa como o “ato ou efeito de acolher”, remetendo a ideia de atenção, consideração, abrigo, receber, atender, dar créditos, dar ouvidos, admitir, aceitar e levar em consideração. Atendo-se ainda ao exercício do acolhimento tem-se que o mesmo,

no campo da saúde deve ser entendido, ao mesmo tempo, como diretriz ética/estética/política constitutiva dos modos de se produzir saúde e ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços (Cartilha da PNH, Acolhimento nas Práticas de Produção da Saúde, 2010, p. 18).

Com respeito à diretriz ética, refere-se “ao compromisso com o reconhecimento do outro, na atitude de acolhê-lo em suas diferenças, suas dores, suas alegrias, seus modos de viver, sentir e estar na vida”. A dimensão estética se justifica por trazer “para as relações e os encontros do dia-a-dia a invenção de estratégias que contribuem para a dignificação da vida e do viver e, assim, para a construção de nossa própria humanidade”. A relevância política se estabelece “porque implica o compromisso coletivo de envolver-se neste “estar com”, potencializando protagonismos e vida nos diferentes encontros” (BRASIL, 2010).

Ainda sobre o acolhimento, cabe ressaltar a dupla dimensão que essa prática carrega, seja caracterizada como uma etapa do conjunto do processo de trabalho na recepção dos serviços que estabelece e o modo como o serviço faz o primeiro contato com a clientela, seja como tecnologia leve do processo intercessor do trabalho em saúde. (MERHY & ONOCKO, 2007).

Com relação à assistência pré-natal, o acolhimento é parte fundamental na incorporação da humanização,

que implica recepção da mulher, desde sua chegada na unidade de saúde, responsabilizando-se por ela, ouvindo suas queixas, permitindo que ela expresse suas preocupações, angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência, quando necessário. (SOUZA & SILVA, 2010, p. 26).

Dentro dessa perspectiva acolhedora, outras tecnologias leves também são oportunas como o diálogo franco, a escuta aberta e qualificada, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal (SOUZA & SILVA, 2010).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os (as) usuários(as), em atitudes como: os profissionais se apresentando, chamando os(as) usuários(as) pelo nome, informando sobre condutas e procedimentos a serem realizados, escutando e valorizando o que é dito pelas pessoas, garantindo a privacidade e a confidencialidade, incentivando a presença do(a) acompanhante, entre outras atitudes (BRASIL, 2006, p. 16).

Entre seus benefícios, acolher o paciente possibilita

O desenvolvimento de uma relação de confiança entre os profissionais e a usuária pode ajudar a diminuir o constrangimento e os temores que as gestantes possam apresentar, esclarecer sobre todos os procedimentos que serão realizados e a resistência que a gestante apresenta durante as consultas do pré-natal (GONÇALVES et. al., 2013, p. 624).

O acolhimento “é uma comunicação afetiva e ponto de partida de qualquer atividade terapêutica que implique na relação profissional de saúde e cliente, acolher é mobilizar afetos.” (BRASIL, 1998). Sendo assim, ele é condição inerente para que as demais tecnologias leves sejam desenvolvidas no cuidar, pois aproxima usuários (gestantes) e equipe/profissional de saúde. “É um dispositivo que possibilita o encontro e, dessa forma, reforça o vínculo.” (GONÇALVES et. al., 2013). Repensando essa prática que requer intencionalidade, embutida na dinâmica dos processos de trabalho em saúde, podemos citar o acolhimento como ferramenta relacional que permite a abertura para um olhar sobre o modo como os modelos de atenção capturam o trabalho vivo em ato.

De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica (2012), o **vínculo** expressa-se

na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico (BRASIL, 2012, p. 21).

O vínculo é a relação pessoal estreita e duradoura entre o profissional de saúde e o paciente, permitindo, com o passar do tempo, que os laços criados se estreitem e os mesmos se conheçam cada vez mais, facilitando a continuidade do tratamento. Essa relação requer a cooperação mútua entre as pessoas da família, da comunidade e os profissionais (BRUNELLO et al, 2010, p. 132).

Entretanto, essa relação não deve gerar uma dependência do doente em relação ao profissional, uma vez que o vínculo formado entre eles deve servir para incentivar o cliente para o autocuidado, conferindo-lhe autonomia e ampliando as ações de saúde (LIMA et al., 2007, p. 15).

Na perspectiva da **corresponsabilidade**, nota-se que ela é produto de uma relação de vínculo com êxito, pois a partir desses laços afetivos criados, é possível se pactuar uma responsabilidade compartilhada e mútua, entre profissionais de saúde e a população. Também cabe-se destacar que esse dispositivo relacional só é eficaz quando todos os atores envolvidos (profissionais da saúde e usuários) têm uma clara definição de suas funções e competências para que desempenhem com excelência os cuidados à saúde. Isso porque, com o processo de mudança do modelo assistencial em saúde, que passou do hospitalocêntrico – puramente curativo - para um modelo que enfatiza os aspectos preventivos, o cidadão passou a ter um maior compromisso sob sua condição em saúde, dada a importância que seus hábitos e estilo de vida incidem sobre a multidimensionalidade do seu “bem-estar completo” (GELINSKI, 2011).

Concluindo essa rede de recursos que caracterizam as tecnologias leves, temos a **autonomia**, que é caracterizada como “o processo em que os sujeitos ou grupos humanos ampliam suas capacidades de fazer escolhas de forma livre e esclarecida dos seus próprios desígnios, com a condição de não causar dano ou malefício a outrem ou à sociedade” (FORTES & ZOBOLI, 2004).

Além dessas citadas, há de considerar e incluir outras tecnologias relacionais nesta seleção, sendo a escuta, diálogo, sensibilidade e empatia. A primeira - a **escuta** - trata-se de uma “abertura autêntica para estar com o outro”, implicando num “processo ativo de levar o sujeito a produzir suas próprias respostas ao seu sofrimento” (ALBUQUERQUE, 2008). Já o **diálogo** consiste num canal de comunicação elementar, que, ao ser franco e aberto, oportuniza a livre expressão de dúvidas e necessidades, apoiado em um ambiente que assegure intimidade e segurança de ambos os envolvidos, resultando no estabelecimento e fortalecimento de vínculo entre profissional e usuário do serviço de saúde. (ROCHA; CRUZ, 2005). O conceito de **sensibilidade**, no ramo da interpessoalidade, “refere-se à percepção aguçada ou receptividade a respeito de algo, como por exemplo, as emoções de um indivíduo.” (BARKER-BENFIELD, 1992). Também conhecida por *alteridade*, a **empatia** abrange a “ação de se colocar no lugar de outra pessoa, buscando agir ou pensar da forma como ela pensaria ou agiria nas mesmas circunstâncias” (FERREIRA, 1999). Logo, pode ser vista como a capacidade ou aptidão de se identificar com o outro mediante um processo de autossensibilização que provoca um olhar crítico a respeito de uma determinada demanda exigida do outro proveniente do contato interpessoal, proveniente do encontro entre essas duas pessoas.

Tomando que, segundo Merhy & Onocko (2007, p. 4), o trabalho em saúde é centrado no trabalho vivo em ato, ou seja, se estabelece no momento em que é produzido, ele

não pode ser globalmente capturado pela lógica do trabalho morto, expresso nos equipamentos e nos saberes tecnológicos estruturados, pois o seu objeto não é plenamente estruturado e suas tecnologias de ação mais estratégicas se configuram em processos de intervenção em ato, operando como tecnologias de relações, de encontros de subjetividades, para além dos saberes tecnológicos estruturados.

Para, além da tecnologia leve, outras tecnologias estão envolvidas no âmbito trabalhista de saúde: a leve-dura, - “saberes bem estruturados que operam no processo de trabalho em saúde, como a clínica médica, a clínica psicanalítica, a epidemiologia e o taylorismo.” – e a dura, que consiste na densidade de maquinário propriamente dito, representado pelo uso de máquinas, normas, e estruturas organizacionais.

A efetivação da tecnologia leve do trabalho vivo em ato na saúde, se expressa como processos de produção de relações interseçoras em uma de suas dimensões-chave, que é o seu encontro com o usuário final, que “representa”, em última instância, necessidades de saúde como sua intencionalidade (MERHY & ONOCKO, 2007, p. 54).

3.8 A ABORDAGEM COMUNICACIONAL COMO TECNOLOGIA LEVE

Frequentemente, as principais reclamações referentes ao atendimento tratam-se de falhas de comunicação com o profissional de saúde, seja “na inabilidade em acolher e escutar o suficiente para tirar conclusões; a utilização de jargão excessivamente técnico e pouco compreensível ao ouvinte; ou mesmo certa frieza demonstrada pelo profissional diante da situação global de vida do paciente” (CERON, 2010, p. 25).

De acordo com Ceron (2010, p. 32), “As habilidades de comunicação são tecnologias leves de cuidado fundamentais para o cumprimento dos objetivos da entrevista clínica em saúde”, sendo eles: a construção de um bom relacionamento com o paciente, coleta de dados pertinentes e estabelecimento de concordância mútua e adequação do plano de tratamento à realidade do paciente.

As tecnologias leves se revelam nas “habilidades de comunicação verbais e não verbais, na capacidade de vínculo afetivo e nas atitudes em relação aos usuários que melhoram a qualidade do atendimento e sua resolutividade.” (CERON, 2010, p. 26).

O desafio no desenvolvimento de habilidades de comunicação se traduz na capacidade que temos de ser mais assertivos em nossas intenções terapêuticas. O primeiro passo é substituir a tradicional relação distanciada, aparentemente neutra e livre de afetos com o paciente, por níveis mais profundos de acolhimento e vínculo com as famílias. A relação se torna mais humanizada e horizontal por meio de falas, perguntas, posturas e gestos capazes de gerar empatia e acolhimento, minimizando os lugares de poder historicamente instituídos no relacionamento entre profissionais de saúde e pacientes. Assim, os pacientes transformam-se em sujeitos (CERON, 2010, p. 26).

Segundo Ceron (2010), na constituição da comunicação, existem elementos que influenciam nesse processo, classificados em: ruídos e interferências. O primeiro, por sua vez, define-se como elementos físicos externos aos participantes da comunicação, como arquitetura e decoração inapropriadas e interrupções à consulta. As interferências consistem em elementos internos aos comunicadores, e se subdividem em cognitivas, emocionais e socioculturais.

As **interferências cognitivas** dizem respeito à incapacidade do paciente de se expressar de maneira compreensível, devido, por exemplo, a fortes crenças mágicas sobre o papel do médico, ou convicções sobre aspectos de cuidar ou curar. Por parte dos profissionais de saúde, também há crenças baseadas nos princípios tradicionais, mecanicistas e cartesianos da ciência, além do aspecto supostamente neutro e distanciado da figura do médico. Este também tende a ignorar aspectos psicossociais de seus pacientes, o que também atrapalha a comunicação (CERON, 2010, p. 30).

As **interferências emocionais** se apresentam quando os pacientes possuem algum transtorno psiquiátrico (depressão, ansiedade etc.), ou emoções extremas (ressentimento, agressividade). Ou ainda, nos casos em que o entrevistador é disfuncional e demonstra desresponsabilização, desinteresse, ou mesmo uma excessiva projeção sobre o paciente (por exemplo, pressupor que adolescentes grávidas são irresponsáveis e imorais, generalizar e tratar todas com sermões moralistas, sem nem sequer escutar as histórias de vida delas) (CERON, 2010, p. 30).

As **interferências socioculturais** são exacerbadas quando há notável diferença sociocultural entre o paciente e o profissional. Devido às diferenças, o princípio da reciprocidade – ou seja, da capacidade que um tem de influenciar o outro –, é colocado em xeque (CERON, 2010, p. 30).

Nesse sentido, já no início desse processo ocorre, simultaneamente, a formação da imagem do outro, onde há a criação dos estereótipos, isto é, o conhecimento antecipado sobre o outro, aspirando preencher a nossa falta de conhecimento prévio. Embora natural “essa primeira impressão não pode se perpetuar ao longo do desenvolvimento da relação com o outro”, pois “muitas pressuposições prejudicam a comunicação e fazem com que os estereótipos se perpetuem, diminuindo a qualidade do vínculo” (CERON, 2010, p. 30).

Sem a **problematização** de seus próprios pontos de vista, o profissional acaba por potencializar o chamado *efeito halo*, segundo o qual o estereótipo invade tudo o que o paciente faz. Por exemplo, as queixas que os profissionais fazem de seus pacientes são frequentemente generalizantes, tais como: “são todos ignorantes”, “não entendem nada”, “não gostam de se cuidar”, “não adianta falar, pois não escutam”... Dessa maneira, perde-se o potencial do encontro e a capacidade de transcender barreiras em direção ao paciente. Nos momentos em que o conformismo toma conta do discurso dos profissionais de saúde, cabe chamar atenção para um erro fundamental de atribuição que costuma fazer parte do nosso cotidiano: **interpretar nos outros algo que inconscientemente atribuímos a nós mesmos**. (...) Nesse processo, o profissional se vincula competitivamente ao paciente, a partir da projeção de seu próprio sentimento de insegurança e inferioridade, ou mesmo ignorância. Antes de olhar para si mesmo, tenderá a estereotipar seus pacientes. O conceito de *profecia autorrealizada* explicita exatamente esta situação: as expectativas que temos sobre os pacientes fazem com que, inconscientemente, nos impliquemos mais, ou menos, na relação terapêutica (CERON, 2010, p. 31).

Diante disso, é pertinente destacar possíveis estratégias por parte do profissional de saúde, tais como: **Exercitar o olhar compreensivo e procurar imaginar aspectos positivos no paciente** que causa incômodo e irritabilidade; **Analisar a contratransferência**, isto é, “realizar

a análise sobre os sentimentos e sensações que o paciente nos desperta e que fazem mais parte de nossa história de vida do que do próprio contexto do encontro, refletindo sobre sua história de vida e identificar a origem dos sentimentos e estereótipos que surgem do vínculo terapêutico”; também sendo imprescindível a realização da **análise das expectativas** do vínculo estabelecido com os pacientes, evitando à formação de ilusões de ambas as partes (CERON, 2010).

Além disso, a **reatividade**, que é “capacidade de responder ao outro a partir de um ritmo condizente ao ritmo do outro, sem atropelá-lo, nem abandoná-lo em um monólogo” (CERON, 2010, p. 32) elucidando o tempo entre o momento em que o paciente interrompeu a fala e o profissional começa também está aglutinada entre as qualidades para uma boa comunicação profissional.

Adentrando na comunicação não verbal, temos a paralinguagem, que permite ao profissional de saúde

reconhecer o ideoleto do comunicante com base na percepção das inflexões da voz – que podem transmitir emoções, tais como ansiedade, tensão, segurança etc. –, das modulações da voz e do seu timbre. Esse conjunto também transmite estereótipos e possibilita que tanto o profissional quanto o paciente interpretem e construam suas percepções um sobre o outro. Outra dimensão da paralinguagem é a **proxêmica**. Ela representa o modo como utilizamos o espaço e as questões relacionadas à **territorialidade**. A maneira como sentamos à mesa, o grau de aproximação do paciente, o contato corporal, o aperto de mãos, a utilização do olhar e a angulação do corpo podem denotar sinais de aceitação, rechaço, ou mesmo relações hierárquicas. As distâncias relacionais íntimas, pessoais e sociais são representadas por gestuais relacionados à **proxêmica**. A outra dimensão é a **cinésica**, que se refere ao conjunto de gestos corporais e expressões faciais, bem como à quantidade e à qualidade desses movimentos (CERON, 2010, p. 34).

Nessa esfera da relevância da comunicação em saúde, têm-se *os 5 axiomas básicos da comunicação*, segundo Ceron (2010), que possibilita reflexão crítica acerca do que está sendo ofertado aos pacientes no momento em que a consulta é realizada.

- 1) **Não é possível não se comunicar**
- 2) **Toda comunicação tem um aspecto de conteúdo e um aspecto relacional**
- 3) **A natureza das relações depende de seqüências de comunicação prévias estabelecidas pelos comunicantes.**
- 4) **Os seres humanos se comunicam tanto digital como analogicamente.**

O termo “comunicação digital” é utilizado para designar a forma comunicativa dos conteúdos explícitos a partir da linguagem convencional pertencente à cultura vigente entre os comunicantes – podendo ser verbal ou gestual. Já a “comunicação analógica” representa a modalidade relacional da comunicação, utilizando mais recursos não verbais e tipicamente imprecisos, tais como expressões faciais, posturas, sinais paralinguísticos (como entonação de voz), e assim por diante. Ambas acontecem simultaneamente, por meio dos múltiplos canais da expressividade humana (expressões faciais, postura, olhar, movimentos do corpo, toque, entonação de voz, ritmo da fala etc.). E a dimensão da entonação vincula o conteúdo com o contexto relacional, determinando o sentido da mensagem (CERON, 2010, p. 29).

5) Todos os intercâmbios comunicativos são simétricos ou complementares, respectivamente, e se baseiam na igualdade ou na diferença.

Por exemplo, se um dos interlocutores começa com agressividade e o outro responde com passividade, trata-se de complementaridade ou diferença. Se à mesma agressividade o outro responder também com agressividade, será um comportamento simétrico ou baseado na igualdade (CERON, 2010, p. 29).

Sendo uma ferramenta tão presente nos espaços em que se desenvolve saúde, a comunicação requer reflexões críticas constantes por parte desses profissionais, pois ela tem o poder de determinar resultados, satisfatório e/ou insatisfatórios no âmbito do cuidado. “A falha na comunicação faz com que se crie uma rotina na qual se ouve o que se tem de ouvir e se responde o que se tem de responder, num círculo vicioso que esvazia o sentido das consultas, baixa a resolutividade das ações de promoção e prevenção e, por fim, faz pacientes e profissionais se sentirem desmotivados” (CERON, 2010, p. 28).

3.9 ABORDAGEM CENTRADA NA PESSOA

Com base no que já foi dito a respeito das peculiaridades da assistência à adolescente, especificamente a gestante, o modelo de entrevista clínica centrada na pessoa torna-se a melhor estratégia de trabalho no lidar com esse usuário, pois promove uma relação de cooperação mútua entre paciente e profissional. “Visa a um encontro menos diretivo, permitindo que o paciente tome parte na condução da entrevista e na escolha do tratamento. ”

Nessa metodologia, os protagonistas encontram um terreno comum para abordar as preocupações do paciente, as decisões a serem tomadas e as suas ideias sobre o que ocorre e o que deve ser feito. Levam-se em conta as suas expectativas e as suas

experiências pessoais e culturais em relação à enfermidade, e também as de sua comunidade (CERON, 2010, p. 34).

O profissional de saúde norteado por essa abordagem necessita incorporar determinadas posturas para facilitar o alcance do cuidado centrada na pessoa, de modo a se confrontar com a proposta do modelo biomédico, que visualiza apenas a doença/problema de saúde. A saber:

permitir ao paciente a livre expressão de suas preocupações mais importantes; buscar que sejam verbalizadas perguntas concretas; favorecer e motivar que os pacientes expliquem suas crenças e expectativas sobre a sua enfermidade; facilitar a expressão emocional do paciente; proporcionar informações ao paciente e esclarecer suas dúvidas; envolver o paciente na construção do tratamento, buscando entrar em acordo quanto à forma como ele acontecerá (CERON, 2010, p. 36).

QUADRO 1 – Atitudes ampliadoras e reducionistas do potencial terapêutico do cuidado

Atitudes ampliadoras do potencial terapêutico de cuidado	Atitudes reducionistas do potencial terapêutico de cuidado
Dar ao paciente tempo para pensar	Pressupor que já sabe o que está ocorrendo
Exercitar a boa comunicação, sem uso abusivo do jargão técnico	Esquivar-se do vínculo, baseado na crença do profissional meramente técnico
Exercitar a habilidade da empatia junto com a disciplina emocional de não ter de dar soluções a tudo	Ser prepotente frente às situações vividas pelos pacientes

Escutar o paciente em todas as dimensões (verbais e não verbais)	Desconhecer os próprios pontos de irritação
Oferecer suporte na medida certa	Saudar friamente o paciente ou não saudá-lo
Reconhecer os modelos de entendimento do paciente	Não escutar já no início da consulta
Acolher o paciente com calor humano	Não delimitar claramente o motivo da consulta
Respeito e cordialidade	Introduzir conselhos e informações precocemente
Potencializar a assertividade	Não integrar a informação atual com o que se conhece do paciente
Distinguir a demanda aparente (queixa) da demanda real (causa dos problemas)	Condutas de antagonismo, culpabilização, juízos de valor e asseguramentos prematuros.
Formular um plano terapêutico ampliado e em conjunto com o paciente	

Fonte: Ceron (2010)

4. MÉTODO

A metodologia adotada neste estudo consiste na **Pesquisa Bibliográfica**, que “implica em um conjunto ordenado de procedimentos de busca por soluções, atento ao objeto de estudo, e que, por isso, não pode ser aleatório” (LIMA & MIOTO, 2007). Para o alcance dos objetivos propostos, esse método se apresenta como o mais coerente, através de uma revisão da literatura minuciosa, que busca analisar e descrever um corpo do conhecimento em busca de resposta a uma pergunta específica. Para tanto, foram obedecidas as seguintes etapas elencadas por Gil (2002) de modo a concretizar a pesquisa bibliográfica, a saber: 1) Escolha do tema; 2) Levantamento bibliográfico preliminar; 3) Formulação do problema; 4) Elaboração do plano provisório de assunto; 5) busca das fontes; 6) leitura do material; 7) Fichamento; 8) Construção lógica do trabalho e 9) Redação do relatório.

A pesquisa foi realizada, entre Dezembro de 2015 à Maio de 2016, na ADOLEC BRASIL (Biblioteca Virtual em Saúde do Adolescente/BIREME) através da aba “busca avançada”. As fontes utilizadas foram periódicos científicos, teses e dissertações entre os anos de 2004 a 2014. O foco da busca foram os descritores selecionados segundo o DeCS (Descritores em Ciências da Saúde) que abordassem a utilização, na assistência pré-natal de adolescentes, de alguma (s) das tecnologias leves em saúde, sendo essas: acolhimento, vínculo, corresponsabilidade e autonomia. Com vistas à ampliação da busca, além de selecionar publicações em língua portuguesa e espanhola, também se vislumbrou achados em outros dispositivos relacionais como escuta, diálogo, sensibilidade, alteridade/empatia.

Todas essas ferramentas conferem qualidade ao relacionamento interpessoal na díade gestante adolescente e profissional de saúde (sobretudo enfermeiro) durante o cuidado pré-natal, configurando-se assim alvo de interesse para possibilitar resultados sensíveis às finalidades dessa pesquisa. Dessa forma, foram selecionados estudos que discutissem a temática proposta publicados em periódicos nacionais e internacionais indexados nos bancos de dados LILACS e Scielo.

5. RESULTADOS

5.1 BUSCA, RESULTADOS E SELEÇÃO BIBLIOGRÁFICA 1

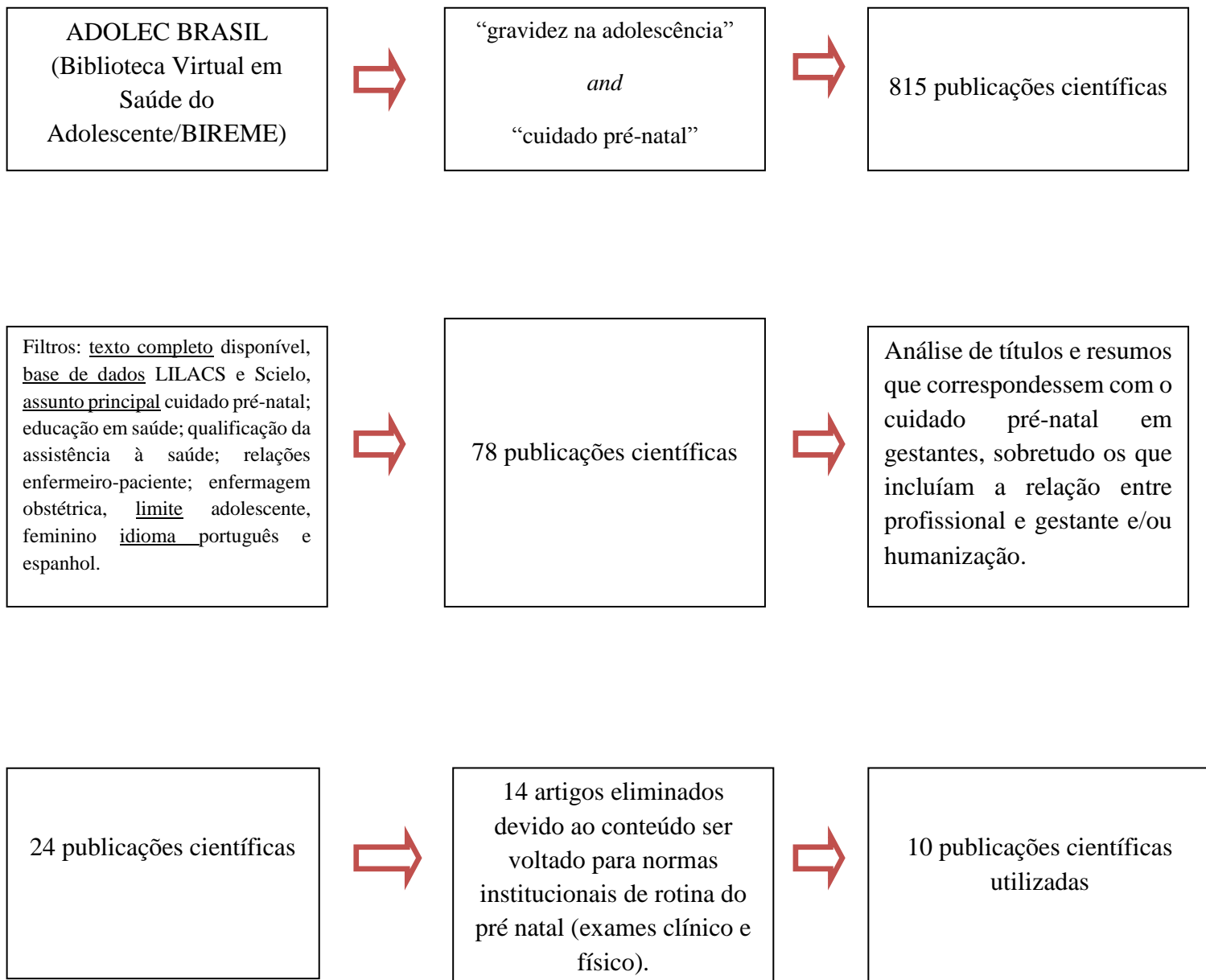
GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E CUIDADO PRÉ NATAL

Descritores da Ciência da Saúde (DeCS) para “gravidez na adolescência” é definido como “Gravidez em adolescentes femininas humanas com idade abaixo de 19 anos” (BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE, 2016). Já o DeCS “cuidado pré-natal” consiste “a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que possam ocorrer durante o período gestacional e após o parto” (BVS, 2016).

Esse cruzamento de descritores (“gravidez na adolescência” *and* “cuidado pré-natal” com método integrado e todos os índices: título, autor e assunto) resultou no levantamento bibliográfico (Fluxograma 1) de 815 publicações científicas que foram refinadas com a utilização dos filtros texto completo disponível, base de dados LILACS e Scielo, assunto principal cuidado pré-natal; educação em saúde; qualificação da assistência à saúde; relações enfermeiro-paciente; enfermagem obstétrica, limite adolescente, feminino idioma português e espanhol, gerando 78 publicações científicas.

Após essa seleção foram analisados os títulos e resumos dos artigos que tivessem como tema central o cuidado pré-natal de gestantes adolescentes, gerando um total de 24 publicações científicas. Após leitura crítica, 14 publicações científicas foram eliminadas por ter como foco as condutas institucionalizadas na rotina pré-natal, reduzindo-se apenas a exames clínico e físico. No campo de “gravidez na adolescência” *and* “cuidado pré-natal” foram utilizados, portanto, 10 publicações científicas.

FLUXOGRAMA 1 - Busca bibliográfica de artigos na base de dados LILACS e Scielo sobre cuidado pré-natal e gravidez na adolescência.



Fonte: Criação própria (2016)

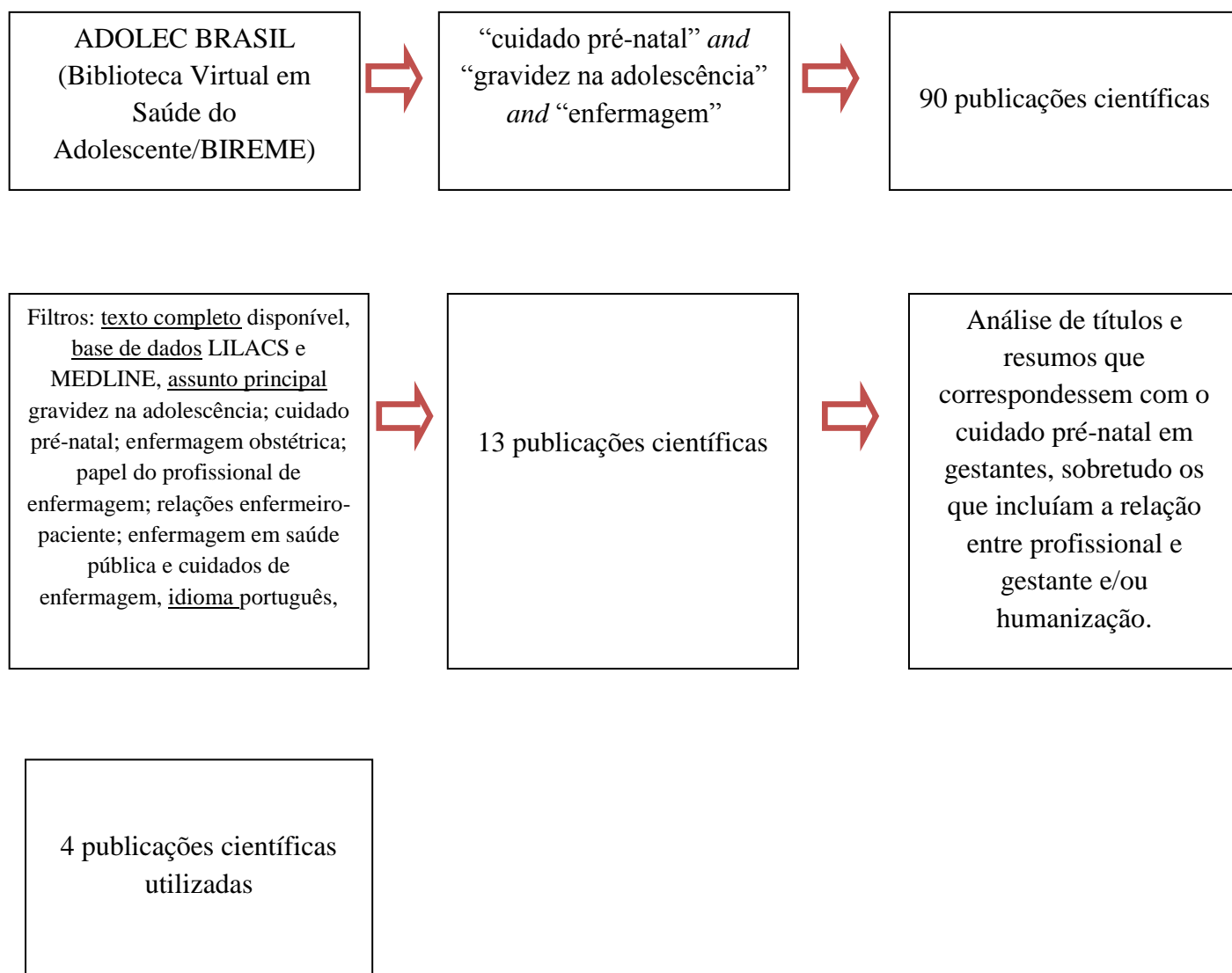
5.2 BUSCA BIBLIOGRÁFICA 2

CUIDADO PRÉ-NATAL, GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA E ENFERMAGEM

O DeCS “enfermagem obstétrica” se caracteriza em “Cuidados de enfermagem prestada a gestantes, antes, depois e durante o parto.” (BVS, 2016). Entretanto, para ampliar a pesquisa, utilizou-se a palavra “enfermagem”. Combinado a esses dois outros descritores já mencionados, originou-se 90 publicações científicas (“cuidado pré-natal” *and* “gravidez na adolescência” *and* “enfermagem” com método integrado e todos os índices: título, autor e assunto). Tendo obtido esses resultados, os mesmos foram refinados mediante os filtros: texto completo disponível, base de dados LILACS e Scielo, assunto principal gravidez na adolescência; cuidado pré-natal; enfermagem obstétrica; papel do profissional de enfermagem; relações enfermeiro-paciente; enfermagem em saúde pública e cuidados de enfermagem, idioma português, gerando 13 publicações científicas (Fluxograma 2).

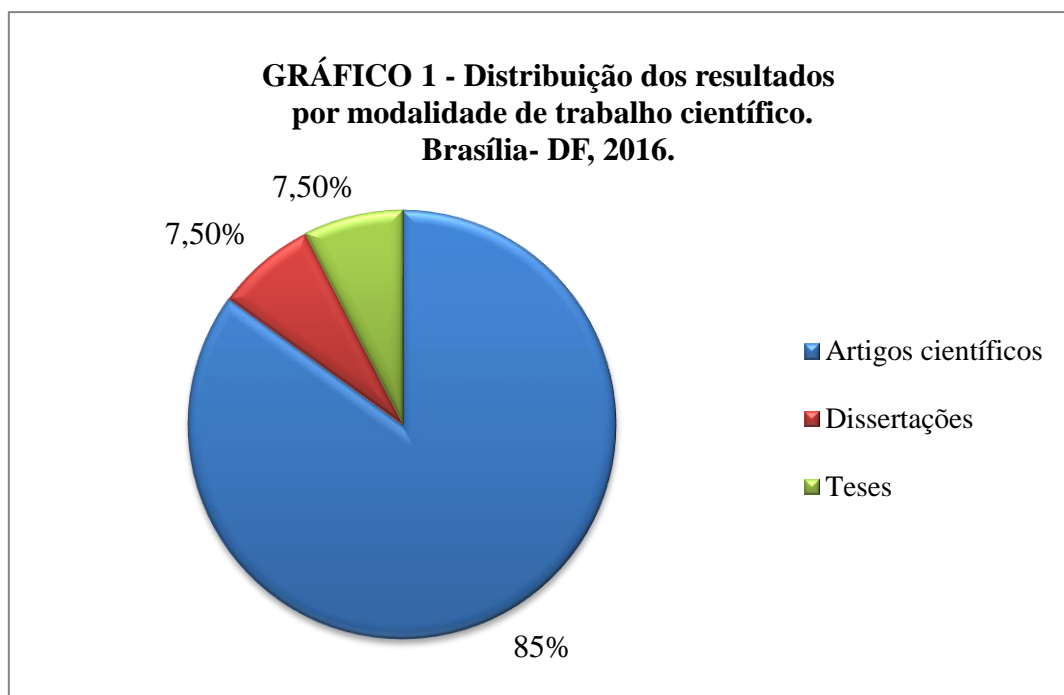
Após essa seleção foram analisados os títulos e resumos dos artigos que contemplassem os objetivos do trabalho, totalizando 4 publicações científicas.

FLUXOGRAMA 2 - Busca bibliográfica de artigos na base de dados LILACS e Scielo sobre cuidado pré-natal, gravidez na adolescência e enfermagem.



Fonte: Criação própria (2016)

As publicações científicas selecionadas para a pesquisa compreenderam um total de 14, distribuindo-se em 12 (doze) artigos científicos, 1 (uma) dissertação de mestrado e 1 (uma) tese de doutorado, respondendo à questão norteadora do estudo.



Fonte: Criação Própria (2016)

5.3 FICHAMENTO

AUTOR e PUBLICAÇÃO	CONCLUSÃO
<p>1. OLIVEIRA, E.M.S. et al. 2009. A percepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado prestado às adolescentes no ciclo gravídico-puerperal.</p> <p>Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none">• Acolhimento: 1¹• Vínculo: 0• Corresponsabilidade: 0• Autonomia: 0• Escuta: 0• Diálogo: 1• Sensibilidade: 1• Empatia: 0	<p>Os entrevistados reconhecem a necessidade de uma assistência diferenciada às adolescentes, contudo, em sua abordagem, generalizam suas ações; apontam que a gravidez na adolescência é influenciada tanto por fatores intrínsecos quanto extrínsecos, que devem ser considerados em seu atendimento. É necessário que os profissionais de saúde demonstrem não somente o aprimoramento técnico científico, como também a atitude humana e sensibilidade ao atuar com adolescentes. Pontua-se também neste estudo a necessidade da abordagem diferenciada pela equipe de enfermagem a essas adolescentes, valorizando e entendendo que a aproximação desse profissional com essa temática poderá despertá-lo para as necessidades de intervenção no contexto da maternidade, em que as ações educativas prestadas por eles poderão contribuir para a interação mais eficaz entre o binômio mãe-filho.</p>

¹ Os números inseridos após *Acolhimento*, *Vínculo*, *Corresponsabilidade*, *Autonomia*, *Escuta*, *Diálogo*, *Sensibilidade* e *Empatia* correspondem ao quantitativo total de cada uma das tecnologias leves contidas na publicação selecionada. Para tanto, considerou-se como critério a utilização da palavra no corpo do texto, enumerando a frequência em que ela é identificada através de números naturais. A porcentagem final de cada tecnologia resultou de um somatório da mesma em todas as 14 (quatorze) publicações (onde se obteve número bruto de vezes em que a palavra foi referida em todos os trabalhos) e após isso foi realizada a conversão.

<p>2. SANTOS, M.M.A.S; SAUNDERS, Claudia; BAIÃO, M.R. 2012. A relação interpessoal entre profissionais de saúde e adolescente gestante: distanciamentos e aproximações de uma prática integral e humanizada.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 5 • Vínculo: 3 • Corresponsabilidade: 2 • Autonomia: 8 • Escuta: 6 • Diálogo: 14 • Sensibilidade: 2 • Empatia/Alteridade: 1 	<p>Os resultados apontam a interferência negativa da predominância da dimensão biomédica na percepção dos profissionais de saúde sobre os aspectos psicossocioculturais da gestação na adolescência. Foi observado o não aproveitamento da consulta como espaço privilegiado de construção de significados coletivos e individuais sobre a gestação e a maternidade na adolescência, mas há no contexto estudado profissionais sensibilizados para uma ampliação da visão sobre as necessidades da adolescente gestante.</p>
<p>3. LIMA, L.R et al. 2011. Abordagem do cuidado de enfermagem aos sentimentos vivenciados por primigestas adolescentes.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 7 • Vínculo: 12 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 0 • Escuta: 11 • Diálogo: 3 • Sensibilidade: 4 • Empatia: 0 	<p>Observamos que os aspectos clínicos são, na grande maioria das vezes, contemplados na consulta de enfermagem, no entanto, as questões emocionais são poucas abordadas. E ainda foi possível constatar que a ansiedade, medo do parto e sensibilidade são os principais elementos vivenciados por este público e que há uma predominância da satisfação com as consultas de enfermagem, que certamente deverá contribuir, a nosso ver, para uma crescente melhoria do cuidado de enfermagem no pré-natal.</p>

<p>4. BRASIL, E.G.M; QUEIROZ, M.V.O; CUNHA, J.M.H. 2012. Acolhimento à adolescente na consulta de enfermagem.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 24 • Vínculo: 6 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 1 • Escuta: 18 • Diálogo: 0 • Sensibilidade: 2 • Empatia: 0 	<p>As informações colhidas das entrevistas foram submetidas à análise de conteúdo de Bardin, da qual emergiram as categorias: Acolhimento e escuta; Ambiência da recepção. O acolhimento para os sujeitos traz a significação de escuta, receptividade e inclui as formas de organização do serviço que envolve o enfermeiro. O acolhimento, a escuta e a ambiência da recepção são aspectos importantes da atenção dispensada. A escuta é uma ferramenta que o enfermeiro utiliza para realizar o acolhimento da mãe adolescente.</p>
<p>5. MELO Mônica Cecília Pimentel. 2007. Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 16 • Vínculo: 23 • Corresponsabilidade: 9 • Autonomia: 10 • Escuta: 13 • Diálogo: 5 • Sensibilidade: 3 • Empatia: 0 	<p>No tocante às ações concretas de cuidado às adolescentes grávidas, o trabalho profissional é orientado pelo modelo biomédico, em que as ações de saúde concentram-se, essencialmente, na clínica distanciando-se das necessidades mais amplas das adolescentes. Existem modos diferenciados de perceber o fenômeno da gravidez na adolescência, mas, na prática, todos operacionalizam suas ações pela visão tecnicista. Portanto, o cuidado pré-natal à adolescente, distancia-se da perspectiva da integralidade, na medida em que as (os) profissionais, embora inseridas(os) em programas que valorizam as relações de cuidado, mantêm-se presas(os) às bases de formação, orientadas por sujeições ideológicas a um modelo que nega, às adolescentes grávidas, a oportunidade de serem sujeitos.</p>

<p>6. PARENTI, P.W. et al. 2012. Cuidado pré-natal às adolescentes: competência das enfermeiras.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 2 • Vínculo: 2 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 2 • Escuta: 2 • Diálogo: 2 • Sensibilidade: 0 • Empatia: 4 	<p>Os resultados evidenciaram que, para as enfermeiras trabalharem na perspectiva da competência dialógica, articulando habilidades, conhecimentos e atitudes, a percepção do entendimento do contexto de vida, a utilização de linguagem adequada e a comunicação interpessoal efetiva devem ser incorporadas às suas ações. Concluiu-se que a construção de protocolos assistenciais, que conferem maior autonomia para o cuidado pré-natal das adolescentes, deve ser assumida pelas enfermeiras, adotando o referencial das competências como norteador da mudança do modelo assistencial, deixando clara a importância de treinamentos específicos para a realização da assistência pré-natal por enfermeiras, especificamente no cuidado às gestantes adolescentes, privilegiando os serviços de educação continuada.</p>
<p>7. BOCARDI, M.I.B. 2004. Assistência pré-natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 5 • Vínculo: 8 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 14 • Escuta: 4 • Diálogo: 2 • Sensibilidade: 1 • Empatia: 1 	<p>As adolescentes identificaram a assistência pré-natal recebida, permeada por procedimentos técnicos que incluem desde a realização de exames e procedimentos a orientações, que pelas suas características peculiares conforma a assistência como sendo monótona e ao mesmo tempo coercitiva ao serem fiscalizadas pelos profissionais que as atende. Pudemos apreender que o mundo social do pré-natal às adolescentes habitados pelos profissionais de saúde é construído dentro de um universo simbólico que desqualifica a adolescente para a entrada no mundo das adultas – a maternidade. Por outro lado, para as adolescentes o pré-natal é o dispositivo usado para revelar-lhes os limites de ser um corpo para si e ser um corpo para ter um filho e</p>

	<p>desautorizá-las como capazes de ter uma autonomia e poder de decisão.</p>
<p>8. MARTINS, V.S. et al. 2011. Gravidez e adolescência: as ações do enfermeiro no pré-natal.</p> <p>Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 1 • Vínculo: 2 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 1 • Escuta: 0 • Diálogo: 1 • Sensibilidade: 1 • Empatia: 0 	<p>Estudos apontaram a necessidade do acompanhamento pré-natal por uma equipe multidisciplinar, sendo insofismável a participação do enfermeiro como educador em saúde. O enfermeiro tem como essência o cuidar embasado em conhecimentos técnico científicos, oferecendo assistência de qualidade e humanizada, desmistificando-o como mero expectador do trabalho médico.</p>

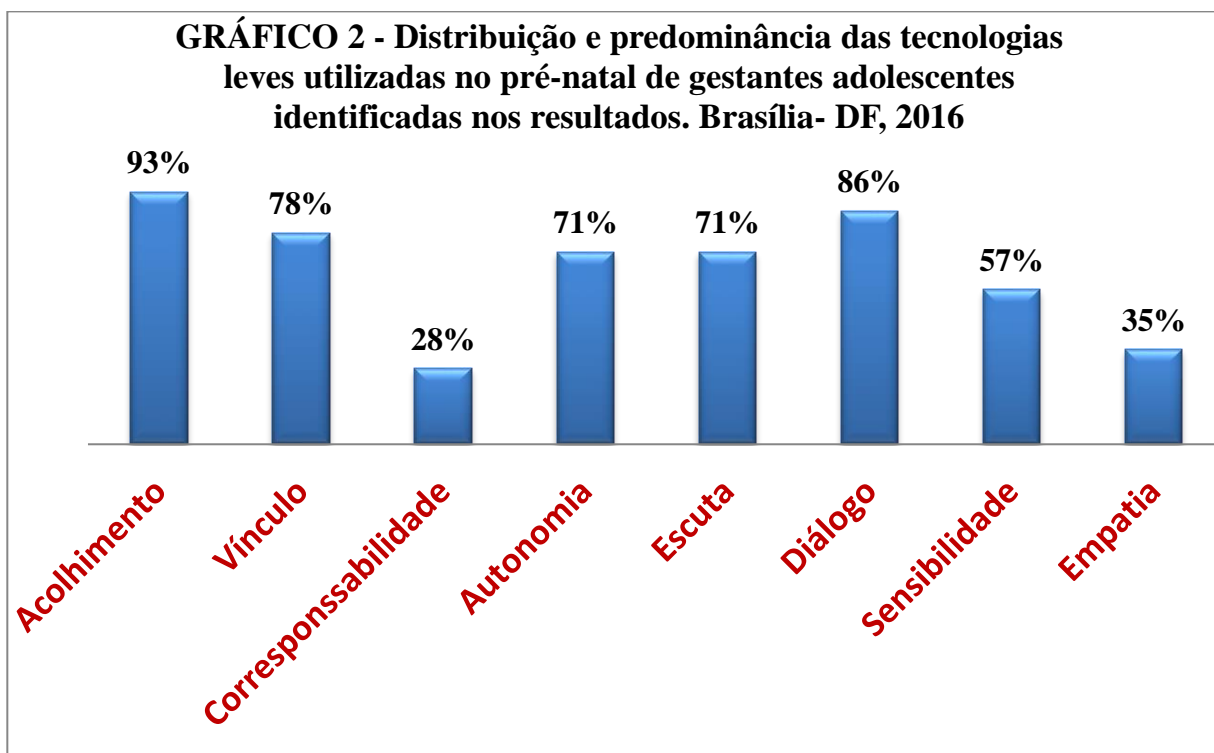
<p>9. MACHADO, A.A. & ALVES, F.A. 2012.</p> <p>Gravidez na adolescência na perspectiva do cuidado humanizado em centro de saúde.</p> <p>Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 6 • Vínculo: 6 • Corresponsabilidade: 4 • Autonomia: 3 • Escuta: 3 • Diálogo: 1 • Sensibilidade: 0 • Empatia: 1 	<p>Observou-se que todos os profissionais de saúde envolvidos com a gestação na adolescência devem ser capacitados para entender os pensamentos, sentimentos e as representações das adolescentes de forma a proporcionar integralidade de atenção à saúde desta gestante.</p>
<p>10. MELO, M.C.P. & COELHO, E.A.C. 2011.</p> <p>Integralidade e cuidado a grávidas adolescentes na Atenção Básica.</p> <p>Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 3 • Vínculo: 5 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 2 • Escuta: 7 • Diálogo: 2 • Sensibilidade: 1 • Empatia: 0 	<p>A análise revelou que o cuidado pré-natal à adolescente se concretiza sob o modelo biomédico, e o cumprimento de rotinas e protocolos institucionais sobrepõe-se à singularidade da adolescente. Assim, distancia-se da integralidade, na medida em que as práticas são orientadas por sujeições ideológicas a um modelo que nega às adolescentes grávidas a oportunidade de serem sujeitos.</p>

<p>11. BLOSSIERS, Carolina. 2010. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: um estudio cualitativo.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 1 • Vínculo: 0 • Corresponsabilidade: 2 • Autonomia: 0 • Escuta: 1 • Diálogo: 1 • Sensibilidade: 0 • Empatia: 0 	<p>Assim, observamos que durante os cuidado pré-natal, enfatiza-se mais o controle do corpo das mulheres grávidas, especialmente os aspectos biomédicos em adolescentes, na medida em que se prioriza o que deve ser expresso e registrado no diagnóstico clínico, onde utiliza-se habilidades em requisitos mínimos para ouvir ou falar com adolescentes grávidas. Salienta-se, que a comunicação ou interação social não só transmite informações, mas, que, ao mesmo tempo, influencia mutuamente na definição da relação entre os indivíduos.</p>
<p>12 SILVA, T.S. et al. 2010. O papel do enfermeiro na assistência pré-natal a gestante adolescente.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 3 • Vínculo: 4 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 0 • Escuta: 1 • Diálogo: 0 • Sensibilidade: 1 • Empatia: 0 	<p>É necessário estabelecer vínculos, através de acordos e parcerias, bem como formar grupos de gestantes, a fim de oferecer apoio coletivo, sanar medos e compartilhar dúvidas, otimizando resultados e aceitação das orientações, o que motiva a gestante a prosseguir sua preparação para a maternidade.</p>

<p>13 BRAGA, I.A. et al. 2014. Percepções de adolescentes sobre o apoio social na maternidade no contexto da atenção primária.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 1 • Vínculo: 8 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 1 • Escuta: 1 • Diálogo: 1 • Sensibilidade: 0 • Empatia: 0 	<p>O apoio percebido pelas adolescentes se apresentou frágil e com lacunas. Neste sentido, a enfermagem exerce importante papel na medida em que pode se apropriar da concepção do apoio social como um fator proteção, contribuindo para a construção do cuidado integral em saúde e potencializando as condições de vida das adolescentes.</p>
<p>14. POFFALD, L.M et al. 2013. Barreras y facilitadores para el control prenatal en adolescentes: resultados de un estudio cualitativo en Chile.</p> <p style="text-align: center;">Tecnologias Leves contempladas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolhimento: 0 • Vínculo: 0 • Corresponsabilidade: 0 • Autonomia: 0 • Escuta: 0 • Diálogo: 0 • Sensibilidade: 0 • Empatia: 1 	<p>A adequação do sistema de saúde às necessidades dos adolescentes requer mudanças organizacionais e administrativas, como por exemplo, horas flexíveis de cuidados e a atenção individual à família. Também é necessário desenvolver competências da equipe de cuidados de saúde para garantir a confidencialidade, respeito e tratamento digno, evitando o estigma, promovendo a confiança interpessoal e desenvolvendo uma relação estável. O sistema de saúde deve se tornar um facilitador que acompanha precocemente o adolescente, favorecendo um vínculo de confiança e respeito.</p>

5.4 SISTEMATIZAÇÃO DOS RESULTADOS

As publicações encontradas expressam um predomínio da homogeneidade na composição das tecnologias leves utilizadas no contexto pré-natal de adolescentes grávidas, evidenciada pelo equilíbrio entre as mesmas na distribuição dos trabalhos científicos, com exceção de dois dispositivos relacionais: Empatia (35%) e Corresponsabilidade (28%). Revela-se, portanto, a significância atribuída a cada uma delas na atenção a essas gestantes, devendo ser incorporadas nas práticas profissionais de modo equitativo e contínuo, desde a descoberta da gravidez, passando pelo parto e se estendendo durante o puerpério e na atenção ao recém-nascido, culminando no seu pleno crescimento e desenvolvimento. Contudo, acolhimento (93%), diálogo (86%) e vínculo (78%) foram as tecnologias do cuidado mais enfatizadas na literatura científica para esse público, seguidas da autonomia (71%), escuta (71%), sensibilidade (57%), empatia (35%) e corresponsabilidade (28%). Dada essa magnitude, é cabido apontar as considerações dos autores acerca da pertinência e o impacto desses recursos interpessoais elencados na qualidade da assistência pré-natal dispensada às gestantes adolescentes.



Fonte: Criação Própria (2016)

6. DISCUSSÃO

A linha de cuidado da gestante adolescente no cenário atual, ainda propõe um manejo baseado, majoritariamente, no cumprimento de normas e protocolos institucionais, renegando o protagonismo da usuária e a submetendo a um sistema que a enxerga como um objeto desprovido de contextos sociais (MELO, 2007). Albuquerque (2008, p. 79) comenta que o momento da consulta obedece a uma modalidade interrogatória, onde

a associação com interrogatório policial é bem evidente: assim como o suspeito que presta depoimento judicial se limita a responder somente aquilo que perguntam, temendo se comprometer em algum momento da sua fala, uma gestante também pronuncia apenas o necessário para informar o que deve ser preenchido no computador.

Melo e Coelho (2011) e Oliveira et. al. (2009) ratificam tal realidade quando afirmam que “as ações concretas de cuidado às adolescentes grávidas se revelaram como um trabalho profissional orientado pelo modelo biomédico, em que as ações se concentram essencialmente na clínica, distanciando-se das necessidades mais amplas das adolescentes.”

Lima et. al. (2007) alertam que dessa forma - quando há um predomínio ou até exclusiva realização dos procedimentos técnicos - emerge, nas atividades do cuidar, certo descaso na humanização.

Silva (2011, p. 14) traz que

A valorização do técnico pelos trabalhadores da saúde é um dos empecilhos à gestão do cuidado, pois o modo como ocorre a formação dos profissionais acaba refletindo no foco de ação e produção dos procedimentos, não assegurando a promoção do vínculo do acolhimento tão necessário no processo de humanização, responsabilizações, relacionamento interpessoal.

Toda essa dimensão pode ser exemplificada através de um estudo qualitativo (coleta de dados proveniente de entrevista semi-estruturada e de observação não-participante) desenvolvido em unidades de PACS/PSF, no interior da Bahia com profissionais que cuidam de adolescentes durante a gravidez, ao depararmos com o seguinte relato de um Agente Comunitário de Saúde (ACS) a despeito da consulta de enfermagem dispensada à uma adolescente grávida:

O local para consulta consiste em um consultório com uma meia parede, onde se ouve tudo da sala ao lado. A adolescente entra, é uma consulta subsequente. Ninguém se cumprimenta. A(O) enfermeira(o) questiona se já fez os exames e a gestante diz que

sim. A adolescente afirma tudo de cabeça baixa e com poucas palavras. É verificado a PA, o peso e o exame físico: mucosas, altura uterina e batimentos cardíaco-fetais (BCF's). Verifica o peso e informa à adolescente que está tudo normal. Registra-se tudo no cartão e na ficha perinatal. A ficha perinatal não contém uma folha para registro da evolução. A adolescente é orientada quanto ao sono, a alimentação e ingestão hídrica. A(O) enfermeira(o) faz o registro e de cabeça baixa, e voz também baixa, afirma a data provável do parto (DPP), sendo a data ouvida somente pela(o) própria(o) enfermeira(o), não sendo informada à adolescente. Falou-se da vacina e que a(o) enfermeira(o) estará na comunidade, na semana seguinte, vacinando a todas(os). Em seguida a(o) enfermeira(o) afirma: - Quero ver você lá! A(O) enfermeira(o) pede os resultados dos exames e a adolescente os apresenta, sendo explicado a ela que estava tudo normal. Preenche-se o cartão da gestante. Em alguns momentos, a profissional utilizou termos técnicos, que pela expressão da adolescente a mesma não entendia, mas não questionou nada, apenas olhava para a profissional, enquanto esta falava. Foi orientado o preparo das mamas para lactação. A adolescente afirma estar sentindo “escorrimento” e a profissional lhe solicita um preventivo, sem levantar a história das suas queixas vaginais e das relações sexuais (MELO, 2007, p 62).

Ao analisar esse discurso, evidencia-se a fragmentação da adolescente, como também de sua gestação. Sem qualquer vislumbre de integralidade,

se promovem ações de descuidado, em que a lógica da produção dos cuidadores é baseada em procedimentos técnicos, sem ação integralizada e unificada em torno do usuário e com a predominância da clínica centrada no médico e nos procedimentos clínicos de todos os trabalhadores de saúde (MELO, 2011, p. 2554).

Esse mesmo cenário explicitado acima também pode ser interpretado segundo Machado & Alves (2012, p. 779), quando aponta que

a racionalidade biomédica interfere negativamente na percepção sobre os aspectos sociais e culturais da gravidez. A postura do profissional de saúde diante da adolescente grávida revela sua indisponibilidade para estar “com ela” no encontro do cuidado. São profissionais muitas vezes tecnicamente eficientes, mas, indiferentes e distantes, por vezes ríspidos e impacientes nas relações com os pacientes. No âmbito da dimensão humana do cuidado em saúde, a atitude do profissional com a paciente tem um poder determinante para o sucesso ou insucesso da assistência. Para que esta relação seja positiva, deve ser permeada pela comunicabilidade, intersubjetividade e, principalmente, pela alteridade. São necessários os dispositivos relacionais (acolhimento, vínculo, resolubilidade e responsabilização), tendo como referencial a integralidade.

A assistência ao pré-natal preconiza “características primordiais como qualidade e humanização, que se faz por meio de condutas acolhedoras, com ações que integrem todos os níveis de atenção à saúde da gestante, garantido por meio da educação em saúde”. (BRASIL, 2006).

Alguns fatores presentes na assistência à saúde comprometem o desempenho do profissional e atendimento ofertado, como por exemplo: a constante pressão, a falta de tempo, a curta duração das consultas, a antecipação injustificada dos partos, ausência de cuidados e de preparos pré-natais, falta de acompanhamento e cuidados pós-natais, como consequência a ocorrência dos acontecimentos brutos, traumáticos, e violentos

no processo do nascimento, confirmando a desumanização desrespeito às gestantes e à saúde. (SILVA, 2011, p. 14)

Quando fundada (1909, nos Estados Unidos), a modalidade de educar em saúde tinha caráter puramente narrativo, tornando o conteúdo monótono. Esse despejo de informações, onde a ênfase consistia a prevenção da doença e problemas de saúde, foi, gradualmente, substituído por um ensino dialogado e compartilhado, em que se priorizou a singularidade do indivíduo (Martins et. al., 2011), como também conta Alves & Aerts (2011, p. 6):

Com o passar dos anos a educação foi modificada, permitindo a reflexão e o senso crítico das pessoas sobre os motivos de seus problemas. Portanto, a educação em saúde deve ser não somente um monólogo, ou seja, deve permitir uma troca de experiência por meio do diálogo, para promover transformações voluntárias no comportamento humano e tendo como principal personagem o enfermeiro, que é capacitado em ações de educação em saúde.

Pelas suas características e habilidades, o enfermeiro é o profissional mais qualificado para atuar na educação em saúde, até mesmo pela maior frequência no contato com seus pacientes, como traz Martins et. al. (2011), quando diz que “o enfermeiro é o principal fornecedor de informações para a promoção da saúde das gestantes, considerando sua proximidade da realidade vivenciada pela gestante adolescente e que pode, de forma efetiva e direta, interferir positivamente na obtenção da qualidade de vida”.

Segue dizendo que a atuação do enfermeiro

tem importância no julgamento das atividades necessárias para atingir, de forma eficiente, a sensibilidade das adolescentes, contribuindo para que as mesmas aceitem e compreendam as informações recebidas e as coloque em prática. Assim, o enfermeiro deve atuar de diferentes maneiras, considerando cada tipo de população, a idade e nível cultural. Neste contexto, as principais atividades desenvolvidas são: a busca ativa, com a captação precoce da gestante reduzindo os riscos de complicações futuras; assistência aos companheiros e familiares; criação de grupos homogêneos, ou seja, a separação por idades como adultos e adolescentes, de discussão interpessoal facilitando a compreensão do processo de gestação, abordando todos os aspectos fundamentais do pré-natal, parto e puerpério, esclarecendo dúvidas, medos, mitos, entre outros, resgatando os benefícios do parto normal; coordenar grupos para o planejamento familiar, explicitando os direitos das gestantes, inclusive a presença de um acompanhante na gestação e parto, respaldado pela Lei 11.108/05, regulamentada pela Portaria GM 2.418/05 (CHALEM et al, 2007, p. 11).

Ao tratar dessa temática, Machado & Alves (2012, p. 80) trazem que,

na relação cuidar-educar, se for desconsiderada a cultura dos usuários, não serão atingidos os objetivos previstos, pois haverá conflito de ideias pelas maneiras variadas de pensar a realidade, levando à indiferença ou à resistência. Observar e entender a cultura do outro, tanto no cuidado como nas ações educativas, é uma necessidade, e a observação e entendimento fazem parte da ação do profissional de saúde. Assim, não se pode desconsiderar a Educação em Saúde quando cuidamos ou ensinamos a cuidar.

A gestação compreendida no período da adolescência implica na imersão, além de demandas já conhecidas e esperadas por grávidas em geral, em uma série de questões que envolvem o percurso de vida de um adolescente. Para tanto, a abordagem adequada é requisito primordial para um atendimento que produza bons resultados para todos aqueles que estão conectados à gravidez: mãe, bebê, família e equipe de saúde.

É imprescindível destacar que “a integralidade de atenção à saúde à gestante adolescente deve propiciar o desenvolvimento de habilidades para o trabalho em saúde com ética, inclusão social e respeito à diversidade” (MACHADO & ALVES, 2012, p. 81).

Ao entender a necessidade do atendimento diferenciado e personalizado, tendo em vista sua imaturidade física e psíquica, além das características próprias do grupo, a adolescente requer do profissional de saúde uma maior carga de atenção, disponibilidade, carinho e orientação, uma vez que não dispõe de experiência suficiente para enfrentar esse processo de transformação (OLIVEIRA et. al., 2009; BRASIL, 2008).

Portanto, se pretendemos estudar e apoiar as jovens gestantes, não podemos esquecer-nos de sua determinação sociocultural e da necessidade de inseri-la no seu contexto social, relacionar e conhecer as contradições da gravidez na adolescência, entendendo a adolescente como sujeito de sua realidade (MACHADO & ALVES, 2012, p. 80).

Além dessas competências, Buendgens & Zampieri (2012, p. 68) acrescentam que

é necessário que o profissional propicie um fácil acesso à unidade de saúde e pré natal, forme fortes vínculos com a gestante e família, incluindo o pai do bebê e a família no processo de nascimento desde a gestação; propicie meios para a continuidade ao cuidado, evite julgamentos, quebre preconceitos, fale em uma linguagem que gestante compreenda e procure conhecer os sentimentos e crenças em relação à gravidez.

Conforme defende Oliveira et al (2009, p. 31), “a adoção de práticas humanizadas e seguras implica a organização das rotinas, dos procedimentos e da estrutura física, bem como a incorporação de condutas acolhedoras e não intervencionistas.”

Para que se alcancem esses propósitos, “todos os profissionais de saúde envolvidos com a gestação na adolescência devem se capacitar para entender os pensamentos, sentimentos e as representações das adolescentes, de forma a poder ajudá-las” (MACHADO & ALVES, 2012, p. 57).

Dentre os atributos que integram a atenção especial às adolescentes grávidas,

Cabe ao profissional de saúde participar desse cuidado, incentivando o diálogo, auxiliando no resgate da autoestima, oferecendo apoio, compreensão, sinceridade, conforto e orientação destituída do julgamento de valor, para que a adolescente não se sinta culpada e única responsável pela gravidez. É preciso despertar nessa adolescente a necessidade em se preparar para a próxima gravidez, ressaltando a importância de suas escolhas, com o objetivo de fornecer alternativas de caminhos a serem trilhados e que revertam em melhoria na qualidade de vida das adolescentes (OLIVEIRA et. al., 2009, p. 16).

Sendo assim, as tecnologias relacionais estão fortemente vinculadas à prestação de um serviço que assegure viabilidade do exercício da cidadania e que se solidarize com as particularidades que convive à adolescente grávida. Devido a essa magnitude, as principais (acolhimento, vínculo, autonomia e responsabilização) e as secundárias (empatia, sensibilidade, escuta e diálogo) foram introduzidas ao que concerne à assistência pré-natal à esse público e a partir de agora serão discutidas tendo como base os resultados obtidos através da pesquisa bibliográfica.

A primeira tecnologia leve referida – **corresponsabilidade** – sofre estigma quase que unânime pela sociedade e também pelo corpo profissional da saúde, quando se depara com a adolescência. Isso porque, nessa faixa etária, há um paradigma de irresponsabilidade universal entre os adolescentes, possivelmente justificável pela imaturidade e aguçação das descobertas. Os valores, crenças e princípios ainda não estão alicerçados, tampouco aptos para serem confrontados. Na iminência de se tornar adulto e abandonar a fase infantil, eles se deparam com o “abismo” da adolescência, onde necessitam fazer escolhas e tomar decisões que influenciarão fortemente sua identidade e que podem comprometer seu futuro. A labilidade emocional desencadeada por pressão, incertezas, frustrações, dúvidas, medos e ansiedades presente nesse período vulnerabiliza esse indivíduo em processo de transição, que pode assumir condutas de riscos que, na maioria das vezes, compromete o seu desenvolvimento multidimensional de forma ampla e saudável. Nesse cenário pouco favorável à designação de responsabilidades, devido à referida instabilidade, o adolescente não é visto como capaz de administrar a balança entre juízo e liberdade. Assim, esse descrédito se materializa nas relações entre profissionais de saúde e adolescente, nas quais predominam um atendimento verticalizado, opressor, coercitivo e autoritário. E assim “considerada incapaz de construir e assumir responsabilidades, a grávida adolescente é colocada como expectadora no cenário do cuidado à saúde e negando-se a oportunidade de se tornar sujeito ativo nesse processo” (MELO, 2007). Melo & Coelho (2011) apontam que “o discurso médico (...) operacionaliza a fragmentação do cuidado na medida em que o acompanhamento da gravidez em seu processo fisiológico aparece como responsabilidade exclusiva da enfermeira. ”

Isso porque, a corresponsabilidade defende o compartilhamento de compromissos, em que haja uma clara definição dos papéis dos atores em saúde na construção de um cuidado construído em conjunto. Devido a esse receio, a instituição de pactos em saúde entre profissional e usuário na formulação de estratégias torna-se comprometida, dificultando o estabelecimento de parcerias que auxiliem nas negociações em prol da saúde da adolescente e seu bem-estar. Pois, no ato de renegar a responsabilidade ao adolescente, há uma tendência à relação de poder *versus* submissão, onde o trabalhador de saúde compreende o indivíduo como objeto de estudo e não como sujeito de direitos. “E assim, se presta uma assistência distante do indivíduo em seu contexto de vida, reduzindo e minimizando os eventos vitais a ele” (JÚNIOR, 2014).

Isso se torna evidente quando, em estudo que apresenta uma análise sobre as relações entre profissionais de saúde e adolescentes gestantes nos espaços do programa de pré-natal de uma maternidade pública do município do Rio de Janeiro, Santos et. al (2012) relata acerca do paradigma dos profissionais de saúde em relação às gravidezes na adolescência, quando desconsideram a competência das mesmas em assumir uma postura de autocuidado, que prejudicam o estímulo a corresponsabilidade com a sua própria gestação. Nesse caso, é fundamental que esses profissionais compreendam que é a maneira como a gestante adolescente percebe a relação entre eles que determina, em grande parte a natureza de suas respostas no momento da consulta (SANTOS et. al., 2012).

Dividir responsabilidades é fundamental para envolver o usuário no processo do cuidado, empoderando-o a fim de que ele se enxergue como principal contribuidor da própria evolução de suas demandas em saúde. Melo (2007) aponta que “a responsabilização diante dos desafios do processo saúde/doença é a soma dos demais agenciadores, é a incorporação ao ato terapêutico da valorização do outro, da preocupação com o cuidado e do respeito com a visão de mundo de cada um”. Conferir responsabilidade ao adolescente impulsiona o seu espírito inato de superar desafios, e a partir disso motiva o protagonismo do mesmo na elaboração e execução do seu projeto de vida. Na gravidez na adolescência, essa rejeição à corresponsabilidade se dá, principalmente pela aversão de classes profissionais à maternidade nessa fase da vida, por entender ser uma ruptura de normalidade. Além disso, gerar um filho nessa idade é tido como um ato irresponsável, e por conta disso “passível” de marginalizar a jovem, além de pressupor seu declínio progressivo - sob forma de prejuízos irreversíveis - imediatamente ao descobrir que irá ser mãe.

Entretanto, essa questão não pode ser tratada com superficialidade e marginalização, há questões fundamentais que diferenciam a gravidez na adolescência, que é um fenômeno humano e vital, da adolescente grávida, que implica questões da pessoa. Normatizar esse discurso significa reducionismo da questão da gravidez na adolescência (...). Existem lacunas quando se tenta explicar, ou melhor, protocolizar de forma normativa o evento de dimensões múltiplas (MIRANDA, 2013, p. 8).

Engravidar quando adolescente é interpretado, frequentemente, como uma doença, enfermidade e/ou epidemia (REIS, 1998). “Essa metáforização permitiu a inclusão da adolescente grávida no campo de abrangência da estratégia íntegro-preventivista e o fenômeno passa a ser envolto socialmente por uma aura de rejeição e intolerabilidade” (REIS, 1998). Segundo Júnior (2014) quando se focaliza tão somente a doença (mesmo que a gravidez na adolescência não seja) “exclui possibilidades da visualização para outros fenômenos que envolvem o paciente-sujeito em suas necessidades”.

A maternidade na adolescência é evento de afrontamento ao modelo familiar tradicional, portanto ela é banida e entendida como ilegítima simbolicamente, tal como tratada nos textos de saúde pública, refere-se aos nascimentos na ausência de casamento (maternidade celibatária) tidos, então, como uma das características da maternidade das adolescentes. (...). Deste modo, a maternidade adolescente passou a representar, apenas por um efeito de metonimização, o essencial da ilegitimidade, a saber, o intolerável social (JÚNIOR, 2014, p. 19).

Esse olhar protótipo do profissional de saúde ao adolescente acarreta dificuldades de cunho pessoal e de natureza subjetiva para lidar com essa situação, pois traz consigo preconceitos dados pelas políticas de saúde e pela literatura que supervalorizam a fragilidade e susceptibilidade do adolescente às situações de risco em geral. (OSELKA e TROSTER, 2000; JÚNIOR, 2014). O mesmo autor ainda salienta que “essa dificuldade de visualizar a adolescente grávida como sujeito pleno de direito faz o profissional de saúde atuar de forma a invisibilizar a pessoa que necessita de atendimento”.

O segundo atributo menos encontrado nas literaturas científicas com relação ao cuidado pré-natal de adolescentes é também conceituado como árduo na atuação desses profissionais. A **empatia** – entendida como a capacidade de tentar ver o mundo da forma que a outra pessoa vê, sem perder sua identidade (GOLEMAN et. al., 1995; LIMA, 2004) – abrange componentes cognitivos, afetivos e comportamentais.

O cognitivo é concebido pela adoção de perspectiva do outro, isto é, a capacidade de interpretar e compreender os sentimentos e pensamentos de alguém. O reconhecimento das emoções constitui um dos requisitos cognitivos da empatia. A flexibilidade interpessoal se constitui em outro aspecto importante no processo

cognitivo que se traduz pela elevada capacidade em aceitar perspectivas, crenças e valores muito diferentes, além de tolerância à frustração provocada pela atitude do interlocutor. O componente afetivo da empatia expressa uma tendência a experimentar sinais de simpatia e de compaixão pelos outros, além de preocupação genuína com o bem-estar do outro. O componente comportamental da empatia caracteriza-se por comunicar, de forma verbal e não verbal, um reconhecimento explícito dos sentimentos e da perspectiva da outra pessoa, de tal maneira que ela se sinta realmente compreendida (KESTENBERG, 2013, p. 428).

Sendo assim, essa habilidade de interação social envolve duas etapas diferentes: compreensão empática e expressão empática. Sendo que, a primeira, “consiste na tentativa de compreender os sentimentos e perspectivas do outro, através de comportamentos que demonstrem atenção e escuta empáticas”. Já a expressão se dá através da verbalização empática focalizando nos sentimentos e na perspectiva do outro (KESTENBERG, 2013). De modo que, para aprimorar essa postura empática, o profissional de saúde deve-se basear em 3 elementos: verbais, não verbais e paralingüísticos. Ambos os componentes visam a manifestação da compreensão do sofrimento do paciente, seja por frases, gestos, olhares, entonação de voz, volume, ritmo e pausas (DEL PRETTE, 2001).

Todavia, praticar a empatia no cotidiano das consultas é dificultoso, haja vista que é necessário intenso desprendimento do indivíduo pessoal do indivíduo profissional, abdicando de seus preconceitos, crenças e juízos de valor. “Deve-se deixar ser moldado e modelado a partir do relato do cliente e com isso acolher, validar e se conectar da melhor forma possível com o sofrimento trazido – de maneira particular com cada um. ” (DEL PRETTE, 2001). Por conseguinte, Goleman et. al. (1995) ressalta que a empatia é alimentada pelo autoconhecimento e conclui que ser empático é a chave para que possamos entender e interpretar os sentimentos dos outros, pois se trata de um exercício de envolvimento.

Na esfera da saúde, a administração adequada da empatia proporciona atitudes proativas do usuário, como a capacidade de assumir sua autoestima, autocompreensão e interesse por si mesmo (LIMA, 2004). Logo, essa habilidade que se concretiza com o importar-se com o outro é oportuna no que tange a integralidade do cuidado pré-natal, já que, impulsiona um tratamento mediado pela identificação do profissional com o contexto de vida do outro, no caso a gestante adolescente.

Embora difícil, a incorporação de uma postura empática no lidar com adolescentes gestantes é possível. Decorre, primeiramente, da disposição do profissional em se desafiar a “fugir” do que a maioria faria ou pensaria, e se permitir ser o agente diferencial. Em um estudo qualitativo e descritivo realizado em uma maternidade filantrópica do município de Ribeirão

Preto (SP) sob forma de entrevista semiestruturada, onde se objetivou identificar as competências que a enfermeira deve desenvolver para o cuidado pré-natal de adolescentes, observa-se essa mesma postura no trecho a seguir - extraído da fala de uma das enfermeiras entrevistadas:

Eu me coloco muito no lugar dela. Eu fico pensando se isso é inevitável, eu sempre penso... Eu penso: e se fosse eu com catorze anos estivesse agora grávida? O que eu iria pensar, o que iria estar acontecendo na minha cabeça? Daí eu penso: ela deve estar precisando muito de mim (PARENTI et al, 2012, p. 505).

As pessoas que desenvolvem empatia demonstram maior capacidade de serem compreensivas, melhor avaliar as necessidades e os motivos dos outros, serem mais respeitadas e aceitas. Isto oportunizará às enfermeiras, por exemplo, oferecerem uma assistência voltada às demandas das adolescentes, tornando-as corresponsáveis em seu cuidado (PARENTI et. al., 2012, p. 505).

Quando se depara com o conceito de **sensibilidade** temos definições amplas de acordo com Ferreira (1999), a saber: 1) Faculdade de sentir compaixão, simpatia pela humanidade; piedade, empatia, ternura. 2) Faculdade de receber informações sobre as mudanças no meio (externo ou interno) e de a elas reagir; excitabilidade, receptividade. 3) Facilidade para ser ferido ou incomodado por algum agente físico. 4) capacidade de captar e expressar sentimentos. 5) disposição especial para sentir influências disposição favorável em relação a algo; simpatia, solidariedade. 6) capacidade de detectar e amplificar minúsculas variações (de uma grandeza qualquer). Todos esses significados transportam-se também para o ramo da saúde, visto que, na assistência pré-natal à adolescente, podem ser detectadas vulnerabilidades de cunho biológico, social, emocionais, sendo assim pertinentes práticas fundamentadas em sensibilidade para com essa usuária do serviço. Nesse sentido, Silva et al (2010) destacam que um dos papéis do enfermeiro nesse cuidado é “acolher com mais sensibilidade e resolutividade quando houver agentes complicadores como o abandono do parceiro ou da família, discriminação e isolamento social e descontinuidade escolar”.

O poder de reação e ação do profissional de saúde diante dos múltiplos determinantes sociais que circundam à gravidez adolescente é de grande valia para o estabelecimento de condutas humanizadas. Dado que, quando a adolescente engravida, transporta consigo questões intrínsecas e extrínsecas que lidam direta e indiretamente com a gravidez e que podem impactar diretamente no sucesso da mesma. O profissional de saúde invadido pela sensibilidade, outrora incomodado com esses agentes e atento à captação dos sentimentos de sua paciente, mediará ações que abarquem todo o contexto em que vive a usuária.

Portanto, “é necessário que os profissionais de saúde demonstrem não somente o aprimoramento técnico científico, como também a atitude humana e sensibilidade ao atuar com adolescentes” (OLIVEIRA et. al., 2009, p. 13).

A produção da **autonomia** nas práticas de saúde é um desafio já que, conforme trata Albuquerque (2008, p. 3), “os profissionais de saúde costumam impor sua vontade e influir nas decisões tomadas pelos usuários”. Como permeia toda a integralidade da assistência pré-natal ao adolescente, esse atributo é primordial para manter a vitalidade do processo de humanização, onde Machado e Alves (2012, p. 241) salientam que “a importante participação do profissional de saúde é compartilhando conhecimento e ações que favoreçam a autonomia das mesmas no cuidado de si e ao seu filho”. Até porque, segundo Bocardi (2004), o ser humano não nasce autônomo e sim vai se tornando capaz e livre de tomar suas próprias decisões. Mas também refere que o exercício da autonomia pode ser perdido quando ocorre a interferência de variáveis estruturais biológicas, psíquicas e socioculturais.

No cuidado pré-natal, o estabelecimento da autonomia se correlaciona com a já mencionada corresponsabilidade, pois, conforme Santos et. al. (2012, p. 780) “a produção de sujeitos autônomos e corresponsáveis, isto é, partícipes nos projetos terapêuticos de produção de saúde, é condição fundamental para o processo de reorientação da organização e de práticas em saúde”.

Cabe, portanto, citar a visão desse mesmo autor, que pontua, nos discursos observados dos profissionais de saúde envolvidos nessa esfera, a debilidade no estímulo ao autocuidado. Além disso, tratam da responsabilidade de modo impositivo (legados do tradicional e hegemônico paradigma biomédico), reforçando que

embora motivados pelo propósito de orientar, o faz por meio de um discurso autoritário e autorreferente. Passando a julgar a julgar a adolescente gestante e seus familiares a partir de sua ótica, estabelece unilateralmente o que é certo ou errado, adequado ou inadequado em relação ao cuidado em saúde, colocando-se como aquele que sabe mais sobre o outro do que ele mesmo. Esse raciocínio tradicional da biomedicina produz intervenções cuja a pretensão é de oferecer ao usuário uma **autonomia consentida** (grifo nosso), tutelada, mantendo-a sob o controle e cobrando desse usuário a responsabilidade, mas, da forma que a concebe. Assim, a autonomia passa ao largo de uma conquista negociada e dialógica que oportunize ao usuário manifestar-se, refletir sobre o que é dito e o que pensa sobre isso, a fim de possibilitar sua participação nas decisões (SANTOS et. al. 2012, p. 778).

A **escuta** e o **diálogo** estão intimamente ligados através de uma relação mútua baseada na autêntica intencionalidade do protagonismo de todos os envolvidos no cuidado. Juntos, esses

dispositivos propiciam significativo aconchego, tão necessário a esse público adolescente que se encontra em fragilidade nas mais variadas perspectivas.

Mais do que somente competência tecnocientífica, o cuidado em saúde prescinde de aspectos não-técnicos (humanos, éticos, organizacionais, sociais, econômicos, culturais, políticos) capazes de imprimir significado prático à sua aplicação, se constituindo em espaços de escuta, diálogo e relação ética e dialógica entre os atores implicados em sua produção (SANTOS et. al., 2012, p. 776).

Starfield (2005, p. 148) menciona que “as participações ativas dos usuários no diálogo com o profissional têm um impacto significativo sobre a forma como pensam, sentem e reagem mediante às orientações recebidas, podendo proporcionar um tratamento mais eficiente” (Albuquerque, 2008).

O escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Sendo importante ser colocado que na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda (BRASIL, 2012, p. 74).

“A escuta qualificada é sensível e está ligada à compreensão do universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro, reconhecendo-o e respeitando-o” (BRASIL et. al., 2012). Sendo considerada uma atitude para o acolhimento, ela (escuta) oportuniza a identificação de fragilidades, sendo função do profissional de saúde envolvido ajudá-la a vencer esses obstáculos.

A escuta não deve se restringir à queixa principal da adolescente e tampouco à dimensão biológica da enfermidade do corpo. Essa escuta deve almejar detectar as reais fragilidades nas entrelinhas das falas das adolescentes, pois somente haverá o conhecimento do contexto de vida do usuário se houver a sensibilidade do profissional em ouvi-lo para, a partir daí, formular estratégias de cuidado por meio do conhecimento científico e, assim, realizar o processo do acolher. (BRASIL et al, 2012, p. 70).

Embora esteja fora do alcance do enfermeiro resolver o problema, é essencial a sensibilidade do profissional em se dispor a ouvir o que o paciente tem a dizer, ou seja, em ser uma fonte de apoio com o qual a adolescente pode compartilhar o seu fardo, o seu problema do momento. Dessa forma, o enfermeiro é visualizado como um porto seguro para a mãe adolescente (BRASIL et. al., 2012, p. 78).

Sendo uma condição para o estabelecimento do acolhimento, o diálogo franco e a escuta aberta devem ser colocados à disposição da gestante adolescente, com vistas no desenvolvimento do saber em saúde (LIMA et. al., 2004).

As condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez. O profissional de saúde deve, portanto, acrescentar a sua avaliação clínica essencial uma avaliação da mulher, com sua história de vida, seus sentimentos e suas ansiedades (BRASIL, 2006, p. 48).

Quando se discorre sobre o diálogo e escuta, é inevitável desaguar no campo das comunicações. A comunicação eficaz na entrevista clínica defende em um de seus critérios as maneiras de demonstração de interesse pelo paciente.

Resende (2000) transpõe a comunicação para a dimensão da consulta com a adolescente, que, neste caso, exige adequação da linguagem utilizada. Por ser um processo complexo, que se faz presente em todos os tipos de situações de vida, a comunicação requer distintas formas de expressão. Neste sentido, para o desenvolvimento e aperfeiçoamento da competência da comunicação, faz-se necessário saber “[...] fazer-se entender; entender e decodificar mensagens; ouvir; dar *feedback*; orientar e ensinar; dialogar” (PARENTI et. al., 2012, p. 266).

A maneira de escutar “exige habilidades psicomotoras mudanças dinâmicas e sintônicas com as reações do paciente de alegria, solidariedade, tristeza etc. Durante a escuta, o profissional deve procurar manter um estado mental de serenidade, concentração e interesse genuíno pela outra pessoa” (CERON, 2010, p. 32).

A anamnese, quando voltada para a integralidade do sujeito, permite ao profissional de saúde enxergar a adolescente grávida para além do biológico, considerando as demandas multidimensionais da mesma como singulares em todo o seu projeto de vida. Nessa mesma ideia, Melo (2007, p. 205) refere que

A integralidade tornou-se essencial às práticas de cuidado na medida em que se reconheceu a necessidade de superação do reducionismo que sustenta o modelo hegemônico de atenção à saúde. Busca-se, por meio dela, identificar e atender as demandas em saúde articuladas à multidimensionalidade dos sujeitos da atenção.

Sendo assim, abrem-se portas para a produção do

apoio emocional, que envolve estima, afeição, confiança, escuta, preocupação e consideração por questões culturais e religiosas, devendo abordar aspectos importantes as gestantes, tais como: satisfação da mulher acerca do relacionamento pessoal e sua autoconfiança, como o apoio que recebe por parte de seu companheiro e família. (LIMA et. al., 2011, p. 84; BOBAK et. al., 1999)

Entretanto, todo esse arcabouço não se realiza no cotidiano da atenção pré-natal às gestantes adolescentes, já que a fragmentação do cuidado inviabiliza o comprometimento da equipe de saúde com as inquietudes presentes em cada mulher.

Assim, a realidade dos serviços de saúde tem mostrado que nem sempre a produção das ações das (os) cuidadoras (es) está comprometida efetivamente com atos terapêuticos do cuidar. Busca-se, na atualidade, construir alternativas para a organização das práticas de atenção à saúde no Brasil, em que o cuidado aparece como uma atitude terapêutica, centrado em movimentos de humanização, de valorização da escuta, demonstrado no interesse em ouvir a(o) outra(o) pois, ouvir e fazer-se ouvir são pólos indissociáveis de qualquer legítimo diálogo (AYRES, 2004, p. 98; MELO, 2007, p. 39).

Tomando que, ouvir e dialogar são atitudes indispensáveis na projeção da humanização nesse cenário,

os (as) profissionais de saúde têm importante papel na escuta de necessidades, devendo permitir a expressão de sentimentos que emergem na vivência da gravidez de modo a se estabelecer uma relação de confiança. Evita-se, assim, que o pré-natal se torne um intercâmbio de múltiplas informações fragmentadas e imposições, pois um dos objetivos da atenção à saúde a esse grupo é possibilitar a construção de condições favoráveis para que a adolescente sinta-se acolhida e lide com as experiências da gravidez, parto e maternidade de modo favorável à sua saúde e do (a) filho (a) (MELO & COELHO, 2011, p. 284).

Sendo a segunda tecnologia mais encontrada nas publicações, o diálogo aberto conduz maciçamente a horizontalidade das relações, onde a valorização da fala, olhares, expressões e gestos do outro impulsiona a construção do cuidado baseado nas singularidades da usuária. “A individualidade da adolescente é preservada quando o enfermeiro tem uma atenção verdadeira. Isso demonstra que a escuta sensível do enfermeiro permite que ele se lembre da adolescente” (BRASIL et. al., 2012). Para que essa conversa seja produtiva, é necessário o emprego de condutas éticas que englobam a privacidade e respeito ao pudor, além de prover um ambiente confortável a fim de garantir a segurança do momento particular.

O enfermeiro precisa entender que a comunicação dialógica deve ser fundamentada na prática do cuidar, e não fazer tentativas de controlar ou modificar a pessoa ou prescrever somente tratamentos; mas sim, estar disposto a interagir, ensinar e aprender com o indivíduo e com o coletivo, através de ações educativas (FIGUEIREDO & TONINI, 2008; SILVA, et. al. 2012, p. 201).

Para os enfermeiros trabalharem na perspectiva da competência dialógica, articulando habilidades, conhecimentos e atitudes, a percepção do entendimento do contexto de vida, a utilização de linguagem adequada e a comunicação interpessoal efetiva devem ser incorporados em suas ações (PARENTI et. al., 2012, p. 261).

A partir da estruturação dessa abordagem – comunicação dialógica – o **vínculo** torna-se um produto consequencial da compostura, pois o mesmo só se forma a partir do momento em que se mostra interesse pelos problemas e experiências do outro. Esse dispositivo também deve ser estendido a todo o círculo familiar da adolescente, de modo a cooperar expressivamente no curso tranquilo da gestação. Isso se concretiza no aumento da segurança e autoconfiança da gestante, uso de menos analgésicos na internação, além da redução dos casos de depressão pós-parto. (SILVA et. al., 2012).

Entretanto, o que tem sido observado é que, ao interpelar a adolescente grávida, o profissional de saúde reproduz fervorosamente o modelo biomédico, sendo abordada de

modo impessoal e distante de uma relação entre sujeitos, sendo a consulta orientada pelo modelo normativo, em que o cumprimento de protocolos institucionais se sobrepõe às especificidades da adolescência e da gravidez nesta fase. A dissociação entre o modo de perceber a gravidez na adolescência e a prática concreta revela a manutenção da hegemonia do modelo biomédico e a dificuldade de profissionais inscreverem nos atos de cuidado a dimensão política transformadora dos processos relacionais na atenção à saúde (MELO & COELHO, 2011, p. 84).

Chefiando a proposta do cuidado humanizado, que se desenvolve através da incorporação de todos esses artefatos mencionados acima, o **acolhimento** despontou como a tecnologia leve mais presente nos resultados científicos. No que lhe concerne, o acolhimento se dimensiona numa

postura de escuta e resolubilidade das ações, encaminhando os casos, ofertando opções tecnológicas e (re)construindo uma terapêutica individualizada dentro de um contexto coletivo, anulando completamente aquela relação fria que normalmente se estabelece nos serviços de saúde. É uma mudança de atitudes dos profissionais que nega a autovalorização prescritiva do modelo clínico e resgata a escuta e o tratamento humanizado dos serviços. Assim, é uma troca de saberes na construção de respostas para o sofrimento e as necessidades do outro (SILVA & MASCARENHAS, 2005, p. 65).

“O acolhimento, como técnica, instrumentaliza a geração de procedimentos e ações organizadas que facilitam o atendimento na escuta, análise, discriminação do risco e oferta de soluções ou alternativas aos problemas demandados.” (CHACHAM et. al., 2012; BRASIL et. al., 2012, p. 48).

Acolher com mais sensibilidade e resolutividade quando houver agentes complicadores como o abandono do parceiro ou da família, discriminação e isolamento social e descontinuidade escolar, ajudando a gestante adolescente a compreender e aceitar a nova reorganização da família e a possível troca de papéis; ajudar a evitar comprometimentos durante a evolução da gravidez e riscos para a mãe, na interação do binômio mãe-filho e dificuldades de inserção no mercado de trabalho, dentre outras consequências advindas da gestação precoce (SILVA et. al., 2010, p. 158).

Franco in Archanjo e Silva (2007) apontam que as habilidades sensíveis devem ser reaprendidas para que seja possível exercitar uma postura sem julgamentos e nem preconceitos, mitos ou tabus diante da realidade singular de cada mulher, pois em nada contribuem para a prática profissional com os adolescentes. Sendo assim, a proposta é de olhar/vendo; ouvir/escutando; tocar/sentindo; falar/comunicando, de modo que o sujeito seja alcançado, respeitado e entendido na sua mais profunda necessidade, onde profissional e paciente concordem sobre o conteúdo da entrevista e seus objetivos (Figueiredo e Tonini, 2008)

Acerca da abordagem centrada na pessoa, ao intensificar a relação na díade profissional e usuário, Ceron (2010, p. 38) destaca que

há a transformação das características tradicionais de interação terapêutica. Busca-se humanizar o vínculo, atingir maior horizontalidade e possibilidade de empatia. O poder que tradicionalmente era atribuído ao profissional da saúde em detrimento do paciente passa a ser dividido. O vínculo, a confiança e o diálogo constantes fazem com que a relação entre ambas as partes seja cuidada, sanando o comportamento de medos e expectativas mágicas. A possibilidade de compartilhar histórias de vida e trabalhar a dimensão afetiva do vínculo de cuidado favorece o processo de autoconhecimento de ambas as partes. Na vivência dessa nova possibilidade clínica, o profissional tem a oportunidade de explorar a transferência e a contratransferência, aprendendo com seus pacientes. Sua história de vida passa a afetar e ser afetada pelos vínculos estabelecidos na clínica: ao humanizar sua clínica, este passa a se humanizar, compartilhando experiências singulares com seus pacientes ao longo de suas histórias de vida, aprendendo e amadurecendo como pessoa, em conjunto com sua evolução profissional.

Contudo, o arcabouço desse elo se dá, primeiramente, no âmbito acadêmico. Os currículos de enfermagem apresentam déficit em cargas horárias destinadas à temática do lidar com adolescentes, principalmente em casos de gravidez.

Isso pôde ser evidenciado num estudo descritivo-exploratório com abordagem quanti qualitativa que objetivou identificar as dificuldades existentes na atuação dos enfermeiros da estratégia saúde da família, no município de Maringá/PR, junto aos adolescentes; e as mudanças necessárias para a melhoria da qualidade no atendimento a esta clientela. Nele,

a necessidade de mudança na grade curricular (formação profissional) também foi um ponto de destaque no conteúdo emanado, visto que os enfermeiros em estudo referiram um contato muito superficial com a temática, quando não a inexistência de tal assunto em seu processo formativo (HIGARASHI et. al., 2011, p. 377).

Salienta-se a necessidade de mudanças basais, no que concerne ao processo de formação inicial dos profissionais, com a ênfase adequada para o trabalho futuro junto a esta clientela. Da mesma forma, a mera existência de programas ou políticas de

atenção voltadas para a clientela adolescente, por si só, não se traduz na cobertura assistencial desejável dessa demanda. Há que garantir que sejam efetivados os investimentos governamentais para a sua concretização na prática, seja no processo de formação inicial e continuada de mão de obra qualificada, seja viabilizando condições para a implementação de ações no contexto da atenção básica em saúde (HIGARASHI et. al, 2011, p. 376).

Em detrimento da escassez de material científico publicado referente ao objeto de estudo, há de se refletir e questionar a respeito da pertinência dada na dinâmica do cuidado pré-natal oferecido às gestantes adolescentes nas práticas profissionais de saúde. Sendo que, essa carência, embora explícita na teoria, também revela subentendidamente, uma lacuna na atuação do profissional de saúde no contato com a adolescente que vivencia a experiência da gravidez, que deveria ser pautada nos princípios de humanização, assim como é preconizada. Cabe-se também referir que as tecnologias leves, apontadas como condutoras da linha de cuidado pré-natal na adolescência, não são inseridas em mesma magnitude na Política Nacional de Humanização do Pré Natal e Parto (PNPH), perdendo espaço para as tecnologias leve-duras e duras. E não sendo abarcadas profundamente nesse documento norteador, dificilmente serão tidas como prioridades no manejo dessa população específica. Como atuam na intersubjetividade, essas posturas relacionais não são igualmente cobradas, pois como já mencionado a visão biologicista ainda impera no cotidiano da saúde das gestantes adolescentes.

Também tida como o encontro de subjetividades (MERHY, 2007).

a existência da tecnologia leve no trabalho em saúde possibilita uma abertura à gestante para falar sobre o que desejar ou sobre a dificuldade que está afligindo-lhe. Já o trabalhador dotado de liberdade, criatividade e possibilidades para agir, fatores que são proporcionados pelo “trabalho vivo em ato”, poderão atentar para os aspectos sociais e subjetivos do discurso da mulher gestante e direcionar suas intervenções para as dificuldades por ela enfrentadas (ALBUQUERQUE, 2008, p. 66).

Logo, essa relação estabelecida no momento do encontro, “deve ser baseada em uma simetria, em que se faça valer a “voz do outro” para interagir no processo terapêutico, o que é uma condição para superação do “monopólio do diagnóstico de necessidades” (ALBUQUERQUE, 2008, p.62).

As tecnologias leves no pré-natal desembocam na representação do cuidar e na respectiva percepção desse cuidado recebido pela usuária. O aspecto comunicacional, sobretudo o não verbal, é o que harmoniza a coerência das relações interpessoais. Sendo assim, na dimensão da saúde, o profissional deve ser responsivo a essas expectativas referidas pelos pacientes em uma pesquisa (feita por St. Josephs) em um hospital inglês, com os pacientes que

estão fora das possibilidades terapêuticas. Lá, foi feita a seguinte pergunta: *o que é cuidar para você?* As respostas dadas foram agrupadas em seis categorias (SILVA, 2009), como mostrado no quadro a seguir:

QUADRO 2 - Representações do cuidar para pacientes fora de possibilidades terapêuticas

RESPOSTAS DOS PACIENTES	ANÁLISE DAS REPRESENTAÇÕES DO CUIDAR
<p>“Cuidar é quando eu vejo que você é capaz de sorrir e sentir-se feliz no desempenho do seu trabalho”.</p>	<p><i>Reafirmação por parte do profissional, no momento do cuidar, da sua intencionalidade de estar disponível, como também sua satisfação em ser cuidador, oferecendo sempre o seu melhor nessa relação.</i></p>
<p>“Cuidar é quando você me faz sentir seguro em suas mãos”.</p>	<p><i>Na promoção da segurança do usuário, deve-se buscar envolvê-lo no desenvolvimento do cuidar, seja explicando o procedimento, chamando-o pelo nome, se apresentando ou se prontificando a esclarecer qualquer demanda do mesmo.</i></p>
<p>“Cuidar é quando você me faz sentir que também serei capaz de me virar, espero, quando chegar a minha vez”.</p>	<p><i>Nessa categoria, têm-se como prioritário o respeito dado ao paciente nos âmbitos de saúde. Isso inclui tratá-lo com dignidade, de forma íntegra e considerando o processo de cuidar como um espaço de corresponsabilidades, onde se fomenta o exercício da autonomia.</i></p>
<p>“Cuidar é quando você me faz sentir especial, embora eu seja como as outras pessoas também são”.</p>	<p><i>Trata-se de tornar explícita a singularidade do paciente em cada momento do atendimento, levando em conta toda a integralidade desse encontro. Tornar a consulta um local onde esse paciente se sinta valorizado e especial requer atitudes empáticas e humanizadas, que dependem, principalmente, da proatividade do profissional. Dessa forma há fortalecimento das relações interpessoais.</i></p>

“Cuidar é quando você não me vê apenas como um moribundo, e assim me ajuda a viver”.

Cabe aqui, no cotidiano do exercício profissional, permitir ser norteado pelo foco de interesse: o paciente. Logo, não generalizá-lo ou encaixá-lo em padrões ou dados estatísticos. Antes do real motivo pelo qual veio procurar a unidade de saúde, ele deve ser enxergado como sujeito de direitos e de valores.

“Cuidar é quando ouço minha família falar bem de você e sentir-se confortada na sua presença”

Nesse enfoque, pontua-se a relevância da família no andamento do cuidado com o paciente e profissional. Incentivar e oportunizar meios para que essa relação seja segura é imprescindível para o sucesso do tratamento. Cabe ao profissional atender de forma humanizada, de modo que os familiares se sintam confortáveis e tranquilizados.

Fonte: Criação Própria (2016)

Transportando essa discussão para a saúde da adolescente grávida e do cuidado oferecido a elas, essas categorias suscitam tudo o que já foi debatido até agora pelos autores, como o respeito à singularidade, a segurança, confiabilidade da família na equipe de saúde, exercício da autonomia, estímulo ao autocuidado, como também o grau de satisfação do profissional em seu ambiente de trabalho, sendo expresso consciente ou inconscientemente no manejo com essa clientela. É importante que o enfermeiro esteja constantemente cauteloso com relação ao cuidado prestado à adolescente, se importando na transmissão humanizada dessa relação através dos seus procedimentos, mas, principalmente, com a sua abordagem. Ainda sobre a pesquisa, Silva (2009) questiona a postura dos trabalhadores em saúde ao negligenciar a linguagem corporal e suas repercussões nas práticas assistenciais. E conclui alegando que o nosso discurso e a nossa ação devem ser desenvolvidos em perfeita sintonia, com intuito de superar as distâncias interpessoais.

Além da linguagem verbal e não verbal, há de se atentar para a paraverbal que corresponde à maneira pela qual nos comunicamos. O silêncio é uma dessas formas, que, dependendo do jeito em que é empregado pode ser atribuído a desinteresse, paciência, medo, atenção, vergonha ou teste. (SILVA, 2009).

O toque, como também componente não verbal do cuidado, “envolve um aspecto afetivo que se faz presente a partir da maneira como nos aproximamos para tocar, o tempo usado no

contato, o local onde tocamos as pessoas e a pressão que exercemos no mesmo” (SILVA, 2009).
É válido pontuar que,

O quanto um paciente precisa ser tocado vai depender muito das experiências prévias que tenha tido com o toque, além da sua cultura e do seu sentimento no momento do contato. O profissional precisa perceber os sinais que mostram que o paciente se sentiu invadido ao ser tocado, ou seja, se ele enrijece o corpo, se desvia o olhar, se passa a responder de forma monossilábica, se não olha mais para o rosto do profissional (SILVA, 2009, p. 80).

O ambiente que circunda o cuidado também deve ser considerado para a prestação de um cuidado digno e afetuoso com o paciente, pois segundo Silva (2009), “o ambiente que demonstra qual a importância que damos ao seu conforto e ao de sua família, qual é a mensagem que criamos a nossa volta para recebê-lo”.

Com a adição e contribuição dos pilares da comunicação em saúde, chega-se a constatação de que

Não existe discurso de qualidade ou de humanização que se sustente se não colocarmos a atenção na nossa comunicação verbal e não verbal; se não tivermos a intenção de sermos mais inteiros quando estamos com as pessoas. Quando tentamos transformar a humanização em indicadores e pensamos em lista e tempo de espera, em taxa de ocupação hospitalar, em número de cursos e treinamentos realizados, em satisfação dos funcionários, em taxa de infecção, em taxa de cesáreas, em taxa de complicações e intercorrências, em satisfação do paciente e do seu familiar, na imagem perante o público, na fidelidade do cliente, enfim, todos esses indicadores passam pela habilidade que o profissional de saúde tenha em transformar em atos esse discurso de atendimento (SILVA, 2009, p. 83).

Sendo assim, a importância da conexão entre discurso e ação pode ser expressa na frase do filósofo Emerson “Aquilo que você é, fala tão alto que não consigo ouvir o que você me diz”. Os pacientes estão alerta ao comportamento, posturas, atitudes e mensagens transmitidas pelos profissionais, por vezes muito mais do que as falas efetuadas. “Eles, primeiro, nos observam enquanto humanos, verificam nossa coerência, prestam atenção ao nosso comportamento e a partir dessa mensagem ouvem ou não o que lhes dizemos.” (SILVA, 2009, p. 81)

Adolescentes grávidas, embora não acometidas por enfermidades, se inscrevem em um processo de fragilização. Portanto, cabe ao profissional de saúde ser um mediador do fortalecimento da mesma, como destaca Silva (2009) “É muito fácil fragilizar quem já se sente frágil; difícil é termos a flexibilidade e a grandeza para fortalecer o frágil, fazendo com que ele se sinta novamente forte.” Ainda traz consigo duas opiniões que deveriam ser difundidas nas consultas pré-natalistas: “Entendo que um profissional de saúde é alguém que passa a

mensagem de ser humilde e flexível o bastante para estar junto, para estar com alguém, e nesse estar junto fortalecer o saudável, o positivo e o melhor do outro, independente do que o próprio profissional possa achar que é o melhor” (SILVA,2009, p. 85).

Quando queremos nos comunicar bem, não podemos ficar preocupados com o trabalho que teremos ao estar atentos a todas essas dimensões, mas minha certeza, pelo que tenho observado e estudado, é que quando estamos atentos a elas muitas vezes resgatamos o melhor de nós, enquanto humanos, enquanto comunicadores, enquanto profissionais de saúde (SILVA, 2009, p. 85).

Em suma, todo o conteúdo abordado sobre a peculiaridade da gestação adolescente nesse trabalho pode ser amplamente discutido, mas será incansavelmente ineficiente se esse pensamento de Gilbert Kent Chesterton (1874-1936) não for admitido: "Há grandes homens que fazem com que todos se sintam pequenos, mas o verdadeiro grande homem é aquele que faz com que todos se sintam grandes".

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A gravidez na adolescência representa uma experiência dupla de transformações, tanto pelo exercício próprio da maternidade tanto pelo desenfrear das descobertas nessa fase que antecede a vida adulta. Quando esses dois fenômenos estão associados, geram uma série de preocupações em relação a todos os ramos de vida da adolescente, tendo em vista os impactos observados em estudos científicos que resultam num estado de vulnerabilidade que, se não for abordado adequadamente, pode significar uma cascata de prejuízos e desfavorecimentos a esse indivíduo perpetuamente.

Por esse contexto complexo e peculiar, a produção do cuidado pré-natal a essa população necessita ser realizado sob uma perspectiva diferenciada, utilizando dispositivos que propiciem qualidade nas relações interpessoais, capazes de suprir as demandas que circundam a gestação. As tecnologias leves mostram-se como ferramenta em grande potencial de promover essa atenção mais humanizada, quando contempla atitudes que favorecem acolhimento, vínculo, autonomia, corresponsabilidade, sensibilidade, escuta, diálogo e empatia.

Após obtenção dos resultados da pesquisa e sua respectiva discussão, foi notória a dificuldade na implantação dessas tecnologias na assistência pré-natal, considerando-se a manifestação de entraves diversos presentes nesse cenário. Esses incluem a falta de recursos físicos, como sala exclusiva (com ambiente acolhedor e confortável e que favoreça a confidencialidade e sigilo das informações), desincentivo financeiro para fomentar as propostas das políticas públicas em saúde, despreparo profissional quanto ao lidar com adolescentes e sobrecarga de trabalho que inviabiliza uma duração de consulta e flexibilidade de agenda/horário adequado para esse público. Outra barreira existente é a comunicação, que se depara com usuárias tímidas concomitantemente a profissionais inseguros ou até mesmo sem disposição/perfil para efetuar a aproximação.

Sendo assim, a impessoalidade é a característica mais frequente nas abordagens às gestantes adolescentes, pois o modelo biomédico e tecnicista prioriza o emprego das tecnologias duras e leve-duras em detrimento das leves. Sendo assim, há o engessamento do sistema, quando se estabelece a submissão a protocolos e rotinas institucionais acima de qualquer singularidade da paciente, mantendo uma relação verticalizada entre profissional e gestante. A respeito dessa

interpelação, as adolescentes referem preferir consultas mais descontraídas e informais, tendo um caráter de relação dialógica, onde há a valorização de seus anseios, dúvidas e experiências.

As tecnologias leves encontradas nos artigos que discutem esse tema distribuíram-se uniformemente, com exceções à corresponsabilidade e empatia. Logo, cabe refletir se elas de fato estão sendo inseridas nas práticas pré-natalistas, da mesma forma em que são preconizadas.

O profissional enfermeiro possui competências em educação em saúde que o tornam mais habilitado a engajar-se no manejo de pacientes grávidas na fase da adolescência. É importante agregar a essas consultas princípios que reconheçam essas adolescentes como sujeitos capazes de tomar decisões de forma responsável, fortalecendo sua autonomia e ampliando a capacidade do profissional no encaminhamento das ações necessárias, detecção de fatores de risco e intervenções mais adequadas.

Para ser vista em sua integralidade, a adolescente precisa contar com uma equipe multiprofissional, capaz de dar resolubilidade as suas necessidades. Nesse caso, há carência de capacitação específica, especialmente no que tange a comunicação adequada, e dessa forma se reproduz práticas puramente biológicas.

Em suma, o emprego das tecnologias leves na assistência de enfermagem às gestantes adolescentes deve ser pautado na intencionalidade das ações, como também na concepção de que cabe ao enfermeiro ser a porta aberta e disponível continuamente para essa adolescente, sem emissão de juízo de valor, pois a partir dessa visão haverá empenho para a humanização do cuidado através do uso do aparato tecnológico relacional. Esse fenômeno deve ser encarado como uma oportunidade para autocuidado e autoconhecimento, e não como um momento de repreensão e imposições.

Para esse embasamento teórico tornar-se realidade, são necessárias sensibilização e reflexão crítica de cada profissional sobre qual atendimento o mesmo está oferecendo a essas adolescentes. Para tanto, discussões, educação continuada e revisões dos processos de trabalho acerca do cuidado pré-natal na conjuntura da intersubjetividade são pertinentes e urgentes no tratamento a esse grupo social em expoente ascensão no mundo. Adolescentes grávidas são sujeitos de direitos e cabe ao serviço de saúde mediar e garantir o rearranjo coerente das tecnologias do cuidado para que a dignidade de mãe e filho seja contemplada.

“Que eu envelheça. Que na minha pele possam surgir todas as possíveis rugas. Mas, que meu coração jamais fique indiferente ao amor. Que eu nunca, perca o poder de demonstrar um gesto de ternura. ”

(Raquel Free)

8. REFERÊNCIAS

ABERASTURY, Arminda. **O adolescente e o mundo atual**. In: ABERASTURY, Arminda, KNOBEL, Maurício. *Adolescência normal: um enfoque psicanalítico*. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 88-90, 1981.

ALBUQUERQUE, Renata Alves. **Produção do cuidado (des) integral na atenção ao pré-natal**. 2008. 118f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública). Universidade Estadual do Ceará. Ceará, 2008.

ALVES, Gehysa G.; AERTS, Denise. As práticas educativas em saúde e a Estratégia Saúde da Família. **Ciênc saúde coletiva**, v. 16, n. 1, p. 319-25, 2011.

AQUINO, Priscila de Souza; EDUARDO, Kylvia Gardênia Torres; BARBOSA, Régia Christina Moura; PINHEIRO, Ana Karina Bezerra. Reações da adolescente frente à gravidez. **Esc. Anna Nery R Enferm**. v.9, n. 2, p. 214-220, ago. 2005.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. **Interface (Botucatu)**, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

BLOSSIERS, Carolina. Interacción entre el personal de salud y las jóvenes embarazadas durante el control prenatal: um estudio cualitativo. **Revista Peru Medicina Exp Salud Publica**. v. 27, n. 3, p. 337-344. 2010.

BOBAK, Irene M.; LOWDERMILK Deitra Leonard; JENSEN Margaret Duncan. **Enfermagem na maternidade**. Lisboa: Lusociência, 1999.

BOCARDI, Maria Inês Brandão. **Assistência pré-natal na adolescência: concepções das adolescentes e dos profissionais de saúde**. 2004. 141 f. Tese (Doutorado). Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo. São Paulo, 2004.

BORRELL-CARRIÓ, F.; EPSTEIN, R. M. Preventing Errors in Clinical Practice: a Call for Self-Awareness. **Annals of family medicine**, v. 2, n. 4, July-Aug. 2004.

BRAGA, Iara Falleiros; OLIVEIRA, Wanderlei Abadio de; SPANÓ, Ana Márcia Nakano; NUNES, Marilene Rivany; SILVA, Marta Angélica Iossi. Percepções de adolescentes sobre o

apoio social na maternidade no contexto da atenção primária. **Escola Ana Nery Revista de Enfermagem**. v. 18, n. 3, p. 448-455. jul-set. 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política de Humanização no Pré Natal e Nascimento**. 2000.

BRASIL. **Estatuto da criança e do adolescente**: Lei federal nº 8069, de 13 de julho de 1990. Rio de Janeiro: Imprensa Oficial, 2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional da Humanização**. 2004a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**. 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pesquisa nacional de demografia e saúde da criança e da mulher – PNDS**, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Acolhimento nas práticas de produção à saúde**. 2ª edição. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais para Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde**. 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Caderno de Atenção Básica nº 32. **Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco**. 2012.

BRASIL, Eysler Gonçalves Maia; QUEIROZ, Maria Veraci Oliveira; CUNHA, Janice Mayara Holanda. **Receptiveness to the teenager in nursing consultation – a qualitative study**. Online braz j nurs [periodic online]. 2012 Aug [cited 2012 sep 03]; 11(2): 346-358 Available from: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3752>

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a **Rede Cegonha**. Brasília: Ministério da Saúde; 2011.

BRUNELLO, Maria Eugênia Firmino. O vínculo na atenção à saúde: Uma revisão sistemática na literatura Brasil (1998-2007). **Revista Acta Palm Enferm.** v.23, n.1, p. 131-135, 2010.

CALLIGARIS, Contardo. **A adolescência.** São Paulo: Publicafolha, 2011.

CERON, Mariane. **Habilidades de Comunicação:** Abordagem centrada na pessoa. São Paulo: UNA-SUS, UNIFESP, 2010.

CHACHAM, Alessandra Sampaio; MAIA, Mônica Bara; CAMARGO, Malco Braga. Autonomia, gênero e gravidez na adolescência: uma análise comparativa da experiência de adolescentes e mulheres jovens provenientes de camadas médias e populares em Belo Horizonte. **Rev Bras Estud Popul**, v. 29, n. 2, p. 389-407, 2012.

CHALEM, Elisa; MITSUHIRO Sandro Sendin; FERRI Cleusa P.; BARROS, Marina Carvalho Moraes; GUINSBURG Ruth; LARANJEIRA, Ronaldo. **Gravidez na adolescência: perfil sócio-demográfico e comportamental de uma população da periferia de São Paulo, Brasil.** Teenage pregnancy: behavioral and socio-demographic profile of an urban. Cad. saúde pública, v. 23, n. 1, p. 177-186, 2007.

Del Prette, Zilda A. P. **Inventário de Habilidades Sociais (IHS-Del-Prette): Manual de aplicação, apuração e interpretação.** São Paulo: Casa do Psicólogo 1 (70). 2001.

FERREIRA, A. B. H. Aurélio século XXI: **o dicionário da Língua Portuguesa.** 3. ed. rev. e ampl. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1999.

FERRI, Sonia Maria Neves; PEREIRA, Maria José Bistafa; MISHIMA, Silvana Martins; CACCIA-BAVA, Maria do Carmo Guimarães; ALMEIDA, Maria Cecília Puntel. As tecnologias leves como geradoras de satisfação em usuários de uma unidade de saúde da família. **Interface -Comunic., Saúde, Educ.**, v.11, n.23, p.515-29, set/dez 2007.

FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida de; TONINI, Teresa. **A família: saberes e reflexões práticas de cuidar.** SUS e PSF para enfermagem: Práticas para o Cuidado em Saúde Coletiva.. São Caetano do Sul: Yendis, p. 127-128, 2008.

FORTES, Paulo; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone. **Bioética e promoção da saúde.** In: LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A. M. C. Promoção de saúde: a negação da negação. Rio de Janeiro: Viera e Lent, 2004.

FRANCO, Tulio Batista.; As Redes na Micropolítica do Processo de Trabalho em Saúde, in Pinheiro e Mattos (Orgs.) , **Gestão em Redes**; Rio de Janeiro, CEPESC-IMS/UERJ-LAPPIS, 2006.

GELINSKI, Carmen Rosario Ortiz Gutierrez. **A questão da corresponsabilidade prevista da Estratégia Saúde da Família**. Política & Sociedade. Florianópolis. v.10, n.19, p. 97-114, out. 2011.

GIL, Antônio Carlos. 1946. **Como Elaborar projetos de pesquisa**. 4ª edição. São Paulo: Atlas, 2002.

GOLEMAN, Daniel; SANTARRITA, Marcos. **Inteligência emocional: a teoria revolucionária que redefine o que é ser**. Objetiva, 1995.

GONÇALVES, Izabela Tamires Jully Pereira; SOUZA, Kleyde Ventura; AMARAL, Marta Araújo; OLIVEIRA, Aline Reis de Souza; FERREIRA, Walkiria Fernandes Camilo. Prática do acolhimento na assistência pré-natal: limites, potencialidades e contribuições da enfermagem. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**. v.14, n. 3, p. 620-629. 2013.

HIGARASHI, Ieda Harumi; BARATIERI, Tatiane; ROECKER, Simone; MARCON, Sonia Silva. Atuação do enfermeiro junto aos adolescentes: identificando dificuldades e perspectivas de transformação. **Rev. enferm. UERJ**, v. 19, n. 3, p. 375-380, 2011.

JÚNIOR, Hugo Macedo Ferraz e Souza. **A invisibilidade do sujeito na diversidade de olhares da assistência a adolescente grávida**. 2014. 99f. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública. Universidade de São Paulo. 2014.

KESTENBERG, Celia Caldeira Fonseca. A habilidade empática é socialmente aprendida: um estudo experimental com graduandos de enfermagem. **Rev. enferm. UERJ**, v. 21, n. 4, p. 427-433, 2013.

LIMA, Celian Tereza Batista; FELICIANO, Katia Virginia de Oliveira; CARVALHO, Maria Francisca Santos; SOUZA, Andréa Patrícia Pereira de; MENABÓ, Jacyanna de Barros Correia; RAMOS, Laís Souza; CASSUNDÉ, Leila Faro; KOVACS, Maria Helena. Percepções e

práticas de adolescentes grávidas e de familiares em relação à gestação. **Rev. bras. saúde matern. infant**, v. 4, n. 1, p. 71-83, 2004.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katalysis**, v. 10, p. 35-45, 2007.

LIMA, Maria Alice Dias da Silva et al. Access and quality care in health care centers from the users' point of view. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 12-17, 2007.

LIMA, Liene Ribeiro de; GOMES, Linicarla Fabiole de Souza; DAMASCENO, Ana Kelve de Castro; RODRIGUES, Francisca Alice Cunha; OLIVEIRA, Dayanne Rakelly de. **Abordagem do cuidado de enfermagem aos sentimentos vivenciados por primigestas adolescentes**. 2011. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso. (Graduação em Enfermagem)- Centro de Ciências Biológicas e da Saúde (CCBS). Universidade Regional do Cariri. Urca. 2011.

MACHADO, Alessandra Amorim & ALVES, Fabio Aguiar. Gravidez na adolescência na perspectiva do cuidado humanizado em centro de saúde. **Revista Práxis**. Ano IV, n. 7, jan 2012.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Técnicas de Pesquisa**. 7ª edição. São Paulo: Atlas, 2009.

MARTINS, Vanessa da Silva Martins; SOUZA, Kleber Ferreira de; SILVA, Silvio Ricardo Salles da; SOUZA, Edilene Aparecida de; SILVA, Janize Carlos da. Gravidez e adolescência: as ações do enfermeiro no pré-natal. 2011. **Revista Científica de Enfermagem (RECIEN)**. v. 1, n. 3, p. 10-15. 2011.

MATTOS, Ruben Araújo de. **Os sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser defendidos**. 2001.

MELO, Mônica Cecília Pimentel. **Cuidado pré-natal a adolescentes sob o olhar da integralidade**. 2007. 101f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher) – Escola de Enfermagem. Universidade Federal da Bahia. Bahia, 2007.

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

- MEHRY, Emerson Elias. **Saúde: a cartografia do trabalho vivo**. São Paulo: Hucitec, 2002.
- MERHY, Emerson Elias; ONOCKO, Rosana. **Agir em saúde: um desafio para o público**. 3 ed. São Paulo: Itucitec, 2007.
- MIRANDA, Fátima Regina Dias de; TAQUETTE, Stella R.; MONTEIRO, Denise Leite Maia; BLANCO, Mariangela Nogueira; RODRIGUES, Adriana de Oliveira. **Pré-natal na adolescência: uma revisão crítica**. 2013.
- MONTEIRO, Rita Fernando Corrêa. **Atenção ao pré-natal na adolescência**. 2011. 92 f. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem)- Faculdade de Enfermagem. Universidade Federal de Pelotas. Pelotas, 2011.
- OLIVEIRA, Thays Cristina de; CARVALHO, Liliane Pinto; SILVA, Marysia Alves. O Enfermeiro na atenção à saúde sexual reprodutiva dos adolescentes. **Rev Bras Enferm**, v.61, n. 3, p. 306-311, maio/junho, Brasília, 2008.
- OLIVEIRA, Elisangela Motta da Silva; PINTO, Sandra Maria dos Santos; OLIVEIRA, Severina Gonçalves da Silva; PINTO, Aline Ramos de Carvalho; SILVA, Verônica Caé da. A percepção da equipe de enfermagem quanto ao cuidado prestado às adolescentes no ciclo gravídico-puerperal. **Adolescência & Saúde**. v. 6, n. 2, p. 13-18, ago. 2009.
- OSELKA, Gabriel; TROSTER, Eduardo Juan. Aspectos éticos do atendimento médico do adolescente. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 46, n. 4, p. 306-307, 2000.
- PARENTI, Patricia Wottrich; SILVA, Lúcia Cristina Florentino Pereira da; MELO, Célia Regina Maganha; CLAPIS, Maria José. Cuidado pré-natal às adolescentes: competência das enfermeiras. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 26, n. 2, p. 498-509, maio/ago. 2012.
- REIS, Alberto Olavo Advincola. **Análise metafórico-metonímica do processo de constituição do pensamento da saúde pública acerca da adolescente grávida: os anos 60** Metaphorical/metonymical analysis of public health thinking vis-à-vis teenage pregnancy in the 1960s. *Cad. Saúde Públ*, v. 14, n. Supl 1, p. 115-123, 1998.
- RESENDE, Enio. **O livro das competências: desenvolvimento das competências, a melhor auto-ajuda para as pessoas, organizações e sociedade**. 2. ed. Rio de Janeiro: Qualitymark, 2000.

RIOS, Cláudia Teresa Frias; VIEIRA, Neiva Francenely Cunha. **Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde.** Centro, v. 65020, p. 660, 2007.

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

SANTOS, Daiane Ribeiro dos; MARASCHIN, Maristela Salete; CALDEIRA, Sebastião. Percepção dos enfermeiros frente à gravidez na adolescência. **Ciência, cuidado e saúde,** v. 6, n. 4, p. 479-485, 2007.

SANTOS, Roseana Ravene Neves dos; LEAL, Annykaroline Cardoso. O significado do pré-natal para a gestante adolescente. **R. Interd.**v.6, n. 3, p. 97-104, jul.ago.set. 2013.

SILVA, Maria Júlia Paes da. O papel da comunicação na humanização da atenção à saúde. **Revista Bioética,** v. 10, n. 2, 2009.

SILVA, Tammy Souza; MIRANDA, Vanessa de Oliveira; SILVA, Maria Madalena da; BARCELLOS, Valdiléa de Oliveira; AUGUSTO, Carmen Rita. **O papel do enfermeiro na assistência pré-natal a gestante adolescente.** Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Vale do Rio Doce, 2010.

SILVA, Gleisse Nunes Pires da. **Representações sobre o pré-natal na perspectiva da gestante adolescente.** 2012. 49 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Psicologia)- Faculdade de Ciências, Educação e Saúde (FACES), Centro Universitário de Brasília, Brasília, 2012.

SILVA, Iara Pires Reis. **Prática Assistencial Humanizada no Pré Natal.** 2011. Atualiza Associação. Bahia, 2011.

SILVA JÚNIOR, Aluisio Gomes da; MASCARENHAS, Mônica Tereza Machado. **Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos.** In: PINHEIRO, R.; 89 MATTOS, R. A. de (Org.). Cuidado: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/ UERJ/ABRASCO. 320 p. 2005.

SOUZA, Bruna Luiza Pedroso de. SILVA, Michelle Aparecida da. **Humanização no atendimento ao pré-natal**. 2010. 46 f. Projeto de Pesquisa. Instituto de Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Sul de Minas. Campus Muzambinho, Capetinga/MG, 2010.

STARFIELD, Barbara; SHI, Leiyu; MACINKO, James. **Contribution of primary care to health systems and health**. Milbank quarterly, v. 83, n. 3, p. 457-502, 2005.

TORRES, Gilson de Vasconcelos; DAVIM, Rejane Marie Barbosa; DA NÓBREGA, Maria Miriam Lima. Aplicação do processo de enfermagem baseado na teoria de Orem: estudo de caso com uma adolescente grávida. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 7, n. 2, p. 47-53, 1999.

UNFPA: United Nations Fund for Population Activities. **Maternidade Precoce: enfrentando o desafio da gravidez na adolescência**.. New York. 2013.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Humanizar é preciso. Escute o som da melodia**. In: OLIVEIRA, M.E.; ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; SANTOS, Odaléa Maria Bru A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Cuidado Humanizado no Pré-Natal: Um olhar para além das divergências e convergências**. 454 f. Tese. (Doutorado)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina. Santa Catarina, 2006.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; ERDMANN, Alacoque Lorenzini. Cuidado humanizado no pré-natal: um olhar para além das divergências e convergências. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 3, set. 2010.