

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TATIANE MONTELATTO MARQUES

**ATENÇÃO PRÉ-NATAL: PERCEPÇÕES DE**  
**ADOLESCENTES QUE PARIRAM PREMATURAMENTE**

**São Carlos**  
**2019**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

# ATENÇÃO PRÉ-NATAL: PERCEPÇÕES DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM PREMATURAMENTE

Dissertação apresentado ao Programa de Pós Graduação em Enfermagem (PPGEnf) da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Monika Wernet

**São Carlos**

**2019**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS**

Centro de Ciências Biológicas e da Saúde  
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

---

**Folha de Aprovação**

---

Assinaturas dos membros da comissão examinadora que avaliou e aprovou a Defesa de Dissertação de Mestrado da candidata Tatiane Montelatto Marques, realizada em 23/07/2019:

---

Profa. Dra. Monika Wernet  
UFSCar

---

Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabbro  
UFSCar

---

Profa. Dra. Nayara Girardi Baraldi  
USP

*Dedico este trabalho aos meus Avós (in memoria) meu alicerce e aos meus pais Valmir e Rosa Maria por todo o carinho, apoio, dedicação e por incentivar na realização de todos os meus sonhos.*

## *Agradecimentos*

À Deus que a todo o momento foi poder e bondade, mostrando-me que a cada obstáculo percorrido nesta caminhada, jamais seria em vão.

A todas as mães adolescentes que participaram deste estudo proporcionando momentos inesquecíveis e de emoção.

Aos meus pais **Valmir e Rosa Maria**, e aos meus irmãos **Alessandro, Evandro e Valmir Junior**, por ser o meu colo, meu aconchego à base de tudo, e sempre me mostrarem o verdadeiro significado da palavra família.

A minha querida **Tia Ninfra** por estar sempre presente em cada fase da minha vida, como uma segunda mãe, cuidando e apoiando.

A minha querida **Profa Dra. Monika Wernet**, por todo o apoio, dedicação, compreensão, confiança e acreditar no meu potencial para a realização deste sonho. Agradeço a Deus todos os dias por ter colocado você na minha vida. Admiro-te como profissional e pessoa e a maneira que você consegue tocar as pessoas, um ser humano sem igual. Que nossa história não termine aqui e que eu tenha o privilégio de realizar mais sonhos ao seu lado.

A Banca examinadora composta pela **Profa. Dra. Marcia Regina Cangiani Fabro** e a **Profa. Dra. Nayara Girardi Baraldi**, por participarem desta etapa da minha formação e por compartilhar as suas experiências vividas de uma forma tão enriquecedora.

A todos os professores (a) da Pós Graduação por todo o aprendizado, conhecimento, envolvimento nesta caminhada.

A minha querida amiga de trabalho e da vida **Marcela Pereira da Silva**, minha confidente de todos os dias, obrigado por me apoiar, escutar e incentivar esta minha trajetória.

As novas amigas conquistadas durante o mestrado e em especial a **Maria Borelli e Ana Paula Roveroni** obrigado por cada momento vivido e cada experiência trocada

À **Bruna Felisberto** por sua disponibilidade, em me ajudar nos momentos de dificuldade.

À ***Irmadade Santa Casa de Misericórdia de Araras*** por permitir que o estudo fosse realizado nesta instituição

À ***Universidade Federal de São Carlos e ao Departamento de Enfermagem*** pelo acolhimento e enriquecimento no conhecimento, e permitir meu crescimento pessoal e profissional.

*"Quando morremos nada pode ser levado conosco, com a exceção das sementes lançadas por nosso trabalho e do nosso conhecimento."*

*Dalai Lama*

## **LISTA DE TABELAS E QUADROS**

QUADRO 1 Informações acerca das participantes do estudo ( Página 42).

## LISTA DE ABREVIATURAS, SIGLAS E SÍMBOLOS.

<b>AB</b>	Atenção Básica
<b>AC</b>	Análise de Conteúdo
<b>CEP</b>	Comitê de Ética em Pesquisa
<b>ECA</b>	Estatuto da Criança e do Adolescente
<b>FEBRASGO</b>	Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
<b>IBGE</b>	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
<b>IG</b>	Idade Gestacional
<b>IS</b>	Interacionalismo Simbólico
<b>ITU</b>	Infecção do Trato urinário
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>ODS</b>	Objetivo de Desenvolvimento Sustentável
<b>ONU</b>	Organização das Nações Unidas
<b>PHPN</b>	Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
<b>PMAQ-AB</b>	Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade Atenção Básica
<b>PVJMC</b>	Programa de Visitação Jovens Mães Cuidadoras
<b>PNAB</b>	Programa Nacional de Atenção Básica
<b>RAS</b>	Rede de Atenção à Saúde
<b>RC</b>	Rede Cegonha
<b>SP</b>	São Paulo
<b>SPM</b>	Secretaria de Políticas Públicas para a mulher
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>TP</b>	Trabalho de Parto
<b>TPP</b>	Trabalho de Parto Prematuro
<b>UBS</b>	Unidade Básica de Saúde
<b>UFSCar</b>	Universidade Federal de São Carlos
<b>USF</b>	Unidade de Saúde da Família
<b>UTIN</b>	Unidade de Tratamento Intensivo Neonatal
<b>VD</b>	Visita Domiciliar
<b>VO</b>	Violência Obstétrica

MARQUES, T.M. **Atenção pré-natal: percepções de adolescentes que pariram prematuramente.** 2019. 100p. (Mestrado). São Carlos/SP: Universidade Federal de São Carlos, 2019.

## RESUMO

**Introdução:** A gravidez na adolescência, dada repercussões na saúde e vida, tem sido tomada enquanto um desafio à Saúde Pública. Um dos eixos de atenção é o acolhimento da adolescente e sua família nas práticas de saúde. Diante disso, este estudo voltou-se ao pré-natal sob o questionamento “Como a adolescente que pariu prematuramente percebeu a atenção pré-natal recebida?”. **Objetivo:** Analisar a percepção de adolescentes que pariram prematuramente sobre a atenção pré-natal recebida na rede pública, com atenção ao lugar do enfermeiro. **Método:** Trata-se de um estudo descritivo com abordagem qualitativa. A coleta de dados foi desenvolvida, de forma que este estudo trouxe os resultados a partir da entrevista junto a 11 mulheres adolescentes, mães de prematuros. Utilizou-se a entrevista aberta para a produção dos dados a partir da colocação inicial: Conte-me sobre seu pré-natal e o que ele representou para você. Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e sofreram os processos analíticos da Análise de Conteúdo (AC) e do Interacionalismo Simbólico (IS) na modalidade temática na proposição de Bardin. **Resultados:** Os resultados trouxeram a percepção de 11 mulheres adolescentes através de quatro categorias temáticas: **Descoberta da gravidez e tempos iniciais do Pré-natal, Insuficiência na atenção Pré-natal, Desacolhimento de familiares no parto e nascimento e Acolhimento de familiares e amigos**, onde (5) delas iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, (4) realizou 6 consultas de Pré-natal e (2) iniciou o Pré-natal tardiamente no segundo trimestre de gestação, o que não é preconizado pelo Ministério da Saúde e pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN) podendo resultar em falta de informações como o direito do parceiro em acompanhar as consultas de pré-natal e os benefícios do Pré-natal. As análises revelaram barreiras para efetivação de diálogos entre as adolescentes e o profissional durante as consultas de pré-natal fator essencial à humanização e integralidade. **Conclusão:** Enquanto discussões podemos apontar que a assistência

ao pré-natal principalmente, quando este é em questão a adolescente, existam lacunas na qualidade da assistência prestada, tanto no acolhimento, dialogo e aos direitos devido à falta de informações. Faz-se necessário novas explorações que se somem a este estudo para densificar evidências que componham os desafios da atenção pré-natal ao adolescente no contexto brasileiro.

**Descritores:** Gravidez na adolescência; Prematuridade; Assistência Pré-Natal.

MARQUES, T.M. **Atenção pré-natal: percepções de adolescentes que pariram prematuramente.** 2019. 100p. (Mestrado). São Carlos/SP: Universidade Federal de São Carlos, 2019.

## ABSTRAT

**Introduction:** Adolescent pregnancy, given its repercussions on health and life, has been taken as a challenge to Public Health. One of the axes of attention is the reception of adolescents and their families in health practices. Therefore, this study turned to prenatal care under the question “How did the adolescent who gave birth prematurely perceived prenatal care received?” **Objective:** To analyze the perception of adolescents who gave birth prematurely about prenatal care received at public network, with attention to the nurse's place. **Method:** This is a descriptive study with a qualitative approach. The data collection was developed, so that this study brought the results from the interview with 11 adolescent women, mothers of premature mothers. The open interview was used to produce the data from the initial placement: Tell me about your prenatal care and what he represented to you. All interviews were recorded in audio and underwent the analytical processes of Content Analysis (AC) and Symbolic Interactionism (IS) in the thematic modality in Bardin's proposition. **Results:** The results brought the perception of 11 adolescent women through four thematic categories: Discovery of pregnancy and early prenatal times, Insufficient attention in prenatal care, Dismissal of family members in childbirth and birth and Welcoming of family and friends, where (5) of them started prenatal care in the first trimester of pregnancy, (4) had 6 prenatal consultations and (2) started prenatal care late in the second trimester of pregnancy, which is not recommended by the Ministry of Health. and the Prenatal and Birth Humanization Program (PHPN) which may result in a lack of information such as the partner's right to follow up on prenatal consultations and the benefits of prenatal care. The analyzes revealed barriers to dialogue between adolescents and professionals during prenatal consultations, an essential factor for humanization and comprehensiveness. **Conclusion:** While discussions we can point out that prenatal care mainly, when this is the adolescent issue, there are gaps in the quality of care provided, both in

reception, dialogue and rights due to lack of information. Further explorations that add to this study are necessary to densify evidence that composes the challenges of prenatal care for adolescents in the Brazilian context.

**Keywords:** Pregnancy in adolescence; prematurity; Prenatal Care

## **SUMÁRIO**

<b>1 APRESENTAÇÃO E TRAJETÓRIA DO ESTUDO.....</b>	<b>14</b>
<b>2 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>3 JUSTIFICATIVA.....</b>	<b>25</b>
<b>4 OBJETIVOS.....</b>	<b>28</b>
<b>5 MATERIAL E MÉTODO.....</b>	<b>30</b>
<b>5.1 Tipo de Estudo.....</b>	<b>30</b>
<b>5.2 Referencial Teórico: Interacionalismo Simbólico.....</b>	<b>30</b>
<b>5.3 Referencial Metodológico: Análise do Conteúdo.....</b>	<b>35</b>
<b>5.4 Local do estudo.....</b>	<b>37</b>
<b>5.5 Estratégias de coletas de dados.....</b>	<b>37</b>
<b>6 RESULTADOS.....</b>	<b>40</b>
<b>7 DISCUSSÕES.....</b>	<b>62</b>
<b>8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>78</b>
<b>9 REFERÊNCIAS.....</b>	<b>80</b>
<b>APÊNDICES.....</b>	<b>89</b>
<b>Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>96</b>
<b>Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos..</b>	<b>96</b>

## *Delimitação do Tema do Estudo*

*“Dificuldades preparam pessoas comuns para destinos extraordinários”. Lewin*

## **1. Delimitação do Tema do Estudo**

Graduei-me em Enfermagem pelo Centro Universitário Hermínio Ometto - UNIARARAS em 2006, já decidida pela área da Neonatologia. Assim, segui formação junto à especialização em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) da mesma instituição. Ao longo desse curso as questões relacionadas à humanização na UTIN despertaram grandes reflexões. Entendia a estada na UTIN enquanto desafiadora e promotora de muitos sofrimentos, apesar de ser socialmente tida enquanto a unidade que “salva a vida da criança”.

Sempre atuando em unidades materno-infantis, em diferentes cenários do interior paulista, fui vivenciado as barreiras para a efetivação desta humanização, sobretudo pelas restrições: da presença da mãe junto da criança e da família junto da mãe e da criança. Apesar de não concordar com as restrições, raras foram às situações em que consegui romper barreiras/protocolos institucionais e promover de forma mais contínua e plena a presença do trio criança – mãe – família. Quando da situação de mães adolescentes, o estigma que permeia a maternidade na adolescência efetivava-se em um limitante a mais e trazia complexidade à situação em termos de vinculação e colaboração entre equipe e esta mulher/família. Distanciamento e falta de um processo dialogado e colaborativo marcavam os ambientes e assistência nas unidades materno-infantis.

Especificamente na UTIN, a minha leitura era de que as mulheres mães adolescentes comportavam-se de forma mais ‘tímida’ e ‘quieta’, pouco encorajada em expor suas necessidades e dúvidas, dialogar. Apesar de saber dos estigmas presentes no cotidiano da vida no que tange a gravidez na adolescência, ficava a pensar que os tempos do pré-natal precisavam investir no empoderamento destas mulheres e favorecer o exercício de sua autonomia no processo de gestar e parir, assim como de cuidar de si e de seu (sua) filho (a) desde os tempos gestacionais. Imaginava que inúmeras eram as elaborações e enfrentamentos que estas mulheres precisavam efetivar e que o suporte do profissional poderia ser um dos aspectos a contribuir.

Porém, o que encontrava na UTIN eram mulheres tímidas, na maior parte das vezes passivas, esperando comandos profissionais. Perguntava-me será que o pré-natal fez algum investimento em termos de empoderamento e autonomia?

Ao olhar para o motivo que determinou o parto prematuro, outras lacunas apareciam, pois as adolescentes denotavam pouco entendimento da gestação, da situação que determinou o nascimento prematuro, assim como de questões relacionadas ao aleitamento materno e cuidado da criança.

A atenção pré-natal é um momento de grande relevância na assistência à saúde e precisava ter uma abordagem centrada na pessoa da mulher e sua família. Assim, diante do ingresso no Mestrado resolvi buscar delimitar alguma pergunta de pesquisa que tangenciasse este incomodo. Decidi por ouvir as adolescentes que parem prematuramente, especificamente aproximando-me da percepção delas acerca do pré-natal experienciado.

Desejando prazer e revelações na leitura, convido a percorrer comigo o estudo desenvolvido.

*Tatiane*

## *Introdução*

*“Só existem dois dias no ano que nada pode ser feito. Um se chama ontem e o outro se chama amanhã, portanto hoje é o dia certo para amar, acreditar, fazer e principalmente viver.” Dalai Lama.*

## 2. INTRODUÇÃO

No Brasil, a população de adolescentes, considerando a faixa etária dos 15 aos 24 anos, é de 34.236.060 indivíduos, sendo que no Estado de São Paulo essa população é de 6.941.596 pessoas, o que representa cerca de 9% referente ao conjunto geral da população (IBGE, 2010). Entre as questões prioritárias à saúde e que envolvem o jovem e adolescente está a gravidez. Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), a cada ano, engravidam aproximadamente 16 milhões de adolescentes de 15 a 19 anos e, 2 milhões de adolescentes menores de 15 anos. A taxa mundial de gravidez na adolescência está estimada em 46 nascimentos para cada mil de meninas de 15 a 19 anos e, no Brasil, esta taxa foi prospectada em cerca de 69 nascimentos para cada mil (ONU, 2018).

No Brasil, no ano de 2016, houve 2.857.800 nascimentos, desses, 24.135 foram de mães de 10 a 14 anos e 477.246 de 15 a 19 anos, totalizando 17,5% partos de adolescentes (BRASIL, 2016). Ainda, neste mesmo período os agravos decorrentes do período materno-puerperal das adolescentes resultaram em 231 mortes, algumas com o determinante parto prematuro presente enquanto um determinante (BRASIL, 2016).

O Brasil encontra-se entre os dez países do mundo com o maior número de parto/nascimento prematuro. Esta situação tem na gravidez na adolescência um de seus contribuintes, sendo a média nacional em torno de 6,6% (BRASIL, 2010). O nascimento prematuro é aquele ocorrido antes de se completarem 37 semanas gestacionais, está diretamente relacionado com a mortalidade neonatal e morbidades/condições crônicas na infância, além de ser a principal causa de internação em Unidades de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) (WHO, 2012). A tecnologia assistida nas UTINs tem garantido à sobrevivência de crianças prematuras, com aumento da presença e diversidade de demandas a atenção em saúde, com vistas a ser suporte às famílias na proteção e promoção do crescimento, desenvolvimento e saúde destas crianças. (TAMEZ, 2013).

A saúde dos adolescentes e jovens vem sendo pauta nas discussões do governo brasileiro direcionado a formular políticas públicas de saúde que os

considere enquanto sujeitos de direitos, cidadãos capazes de tomar decisões responsáveis (SANTOS et al., 2017). Inclusive, o Fundo das Nações Unidas para a Infância recomenda apoio ao adolescente com vistas à resiliência e promoção da saúde (UNICEF, 2011) e, as Diretrizes Nacionais para a Atenção Integral à Saúde de Adolescentes e Jovens na Promoção, Proteção e Recuperação da Saúde destacam a relevância do respeito à pessoa do adolescente, com ênfase a qualificação de ferramentas como: acesso, acolhimento, vínculo, projeto terapêutico singular, educação em saúde, parcerias intersetoriais e interdisciplinares (MARTINS, 2011). Ações que remetem à efetivação e qualidade de relações entre profissionais e adolescentes/jovens e suas famílias, assim como, olhando de forma mais ampliada, para serviços entre si e serviços e adolescentes/jovens e suas famílias.

Ao tomar a questão da gravidez na adolescência e juventude, os esforços voltados a saúde sexual e reprodutiva estão intimamente articulados. Destaca-se serem questões relacionadas a estes âmbitos da saúde que mais conduz adolescentes a buscar o serviço de saúde, quando os dispositivos para efetivar a atenção voltada ao crescimento e desenvolvimento do adolescente e a atenção pré-natal merecem ser destacados (SANTOS et al., 2017) Os documentos orientadores nacionais afirmam ser prioridade acolher estas demandas com vistas ao desenvolvimento da autonomia no que tange questões sexuais, de sexualidade e planejamento reprodutivo, com contribuições e compromissos com a garantia de direitos sexuais e reprodutivos a estas populações (BRASIL, 2010; SANTOS et al, 2017; BRASIL, 2018).

A gravidez na adolescência, realidade nacional e mundial, revela insuficiências das práticas em saúde, sobretudo as relativas à saúde sexual e reprodutiva. (SILVA, SURITA 2012; TILL, EVERETTS, HASS 2015) É de conhecimento ser o acolhimento do adolescente um desafio que demanda transformações dos serviços, sobretudo em termos de estímulo e garantia da participação e protagonismo juvenil nas tomadas de decisões de seus projetos de vida (BRASIL, 2011).

Contudo, o cenário da atenção em saúde aos jovens e adolescentes está marcado por uma assistência verticalizada, com incipiência de informação em saúde sexual e reprodutiva ( SANTOS; RESSEL, 2013; MOURA; SANTIAGO; SANTOS, 2018). No âmbito político, há insuficiente participação dessa população no planejamento, formulação, construção, execução e avaliação de programas a eles dirigidos (JAGER et al., 2014). Ao tomar a questão da participação, percebe-se uma cultura que de certa forma subqualifica e subvaloriza a capacidade e habilidade do adolescente e jovem em manejar sua vida, inclusive no âmbito familiar. As relações familiares estão muitas vezes marcadas por dificuldade na comunicação, com presença de tabus e crenças (MOURA; SANTIAGO; SANTOS, 2018).

É fato estar o adolescente em fase transicional da vida marcada por inúmeros processos e transformações, seja em âmbito biológico, cognitivo e sócio emocional (VOGEL et al., 2015), quanto de relações com seus pais, pares e consigo mesmo. (BRASIL, 2010) Desse modo, precisam, paulatinamente, envolver-se com tomadas de decisão e ampliação de autonomia para gerirem com segurança questões relativas a sua vida (BRASIL, 2011; VOGEL et.al., 2015).

Assim, é relevante aos profissionais que atuam nos serviços de (AB) e maternidades alinharem-se com uma abordagem que considere as necessidades das adolescentes e jovens grávidas, seus parceiros e suas famílias, de maneira que a gravidez possa ser vivenciada de maneira saudável, valorando o desenvolvimento de uma atenção mais singularizada do pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar (BRASIL, 2010). Sabe-se que a ocorrência da gravidez na adolescência está relacionada a interrupção dos estudos, dificuldades financeiras, abandono familiar e social e relacionamentos abusivos( SEDGH et al., 2015).

Ao se debruçar sobre o tratado no Programa de Saúde do Adolescente, a impressão é de ser a gestação, a maternidade e a paternidade durante o período um evento que deve ser evitado, que não quisto e planejado, sustentado pelas implicações prospectadas em termos de maturidade e impacto biopsicossocial (JAGER et al., 2014).Essa percepção profissional de que a gravidez na adolescência traz repercussões negativas pode ser um dos determinantes que contribui com a

perpetuação de práticas estritamente preventivas, por vezes, punitivas, que dificultam a adoção de estratégias de promoção de saúde junto a jovens e adolescentes (JAGER et al., 2014; SANTOS, et al., 2017). Diante disto, há quem afirme que a falta de diretrizes sobre o atendimento em saúde pública no contexto de gravidez e maternidade na adolescência gera uma falha na atenção preventiva e assistencial às adolescentes comumente observados nas Unidades de Atenção Primárias de Saúde (TEIXEIRA; SILVA; TEIXEIRA, 2013). Acolher a jovem e adolescente em seu planejamento reprodutivo está dependente da relação que o serviço efetiva longitudinalmente com ela e com eles, com aumento das chances de contribuir com sua autonomia na sua decisão de engravidar ou não.

De todo, a gravidez na adolescência é um dos determinantes relacionados ao risco de parto prematuro e mortalidade materna (CAMINHA et al., 2012). A atenção em saúde está implicada nesta situação, sobretudo em termos de acesso e qualidade da assistência perinatal, com impactos positivos à saúde da mulher e do RN, assim como em questões de mortalidade e morbidade materna e neonatal. Entre outras, a melhoria da saúde materno-infantil implica em investimentos na qualificação da atenção pré-natal, quando desigualdades socioeconômicas estão presentes, com desafios nesta direção, bem como de alcances junto às mulheres mais jovens (TOMASI et al., 2017).

A cobertura do pré-natal no Brasil está destacada em programas governamentais, com destaque ao Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), estabelecido pelo Ministério da Saúde em 2000. Este tem como objetivo melhorar o acesso, a cobertura e a qualidade do acompanhamento pré-natal, o parto assistido, o cuidado ao pós-parto e ao recém-nascido (WHO, 2012 ; VIELLAS et.al.,2014) . De acordo com esse programa, um pré-natal adequado deve ser iniciado até o quarto mês de gestação, ser composto por, no mínimo, seis consultas de acompanhamento e incluir exames de sangue e de urina.

Outra frente complementar a exposta no parágrafo anterior é a da Rede Cegonha, uma estratégia publicada em 2011, ela busca a qualificação da atenção materno-infantil com atenção à cuidados em saúde às gestantes/puérperas e suas

crianças. Intenciona assegurar direitos e uma atenção humanizada e de qualidade desde o planejamento reprodutivo. Estruturar serviços de atendimento à saúde contribui com o manejo de questões de saúde na adolescência, inclusive aquelas inerentes à gravidez (BRASIL, 2011). Ainda, em 2013, o Ministério da Saúde lançou o Caderno de Atenção Básica Primária número 32, relacionado à atenção ao pré-natal de baixo risco, voltado para apoiar as equipes de saúde envolvidas na Rede Cegonha (BRASIL, 2010).

Alguns aspectos estão apontados enquanto integrantes de uma atenção pré-natal de qualidade, com destaque a: um mínimo de seis consultas, com exames laboratoriais e clínico obstétricos padronizados, bem como com orientações relacionadas a evolução da gestação, preparação para o parto, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido, dentre outros (BRASIL, 2005) .

Estudo voltado a avaliar aspectos da qualidade da atenção pré-natal prestada na rede básica de saúde em todo o Brasil identificou iniquidade relacionada à idade das gestantes, uma vez serem as adolescentes que ficaram com os mais baixos índices em vários aspectos analisados, com destaque a acesso e desfechos isolados - exame físico, orientações e exames complementares (TOMASI et al., 2017).

Há relação direta entre a assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido e a morbimortalidade materna e neonatal (LANSKY, 2014). O *near miss* materno, a prematuridade e a mortalidade materna e neonatal enquanto alguns de seus desafios na saúde são qualificar a atenção em saúde à mulher gestante vai ao encontro do terceiro Objetivo de Desenvolvimento Sustentável (ODS), do qual o Brasil é signatário (ONU, 2018). Entre os ODS, está o alcance, para 2030, da extinção das mortes evitáveis de (RNs) e crianças menores de cinco anos de idade e, a redução da mortalidade neonatal para, pelo menos, 12 por 1000 nascidos vivos (ONU, 2018)

A articulação entre nascimento prematuro e pré-natal está descrita na literatura, tanto em termos de número insuficiente de consultas ao se ponderar as recomendações do (MS), quanto na qualidade da assistência prestada, em especial

por focar a gestação e não a gestante, ou seja, por não incluir a mulher em sua singularidade e subjetividade (HOLANDA et al., 2015). O cuidado pré-natal tem potencialidade de ampliar o acesso e a qualidade da atenção à saúde da mulher, com desdobramentos aos desfechos maternos e neonatais. (PEDRAZA; ROCHA; CARDOSO; MOREIRA, 2013). A necessidade de pesquisas que explorem a utilização do pré-natal e sua correlação com resultados perinatais está assinalada na literatura, inclusive com menção à prematuridade (UPSHUR et al., 2016). É premente detectar necessidades e demandas das mulheres que vivenciaram o ciclo gravídico-puerperal, inclusive com atenção àquelas que estão na adolescência (HOLANDA et. al., 2015) O engajamento das mulheres no cuidado pré-natal é importante, com repercussões no aumento da participação e redução de estratégias negativas de enfrentamento de situações de cuidado (LIBERA et al., 2011).

O processo de tomada de decisão no contexto da maternidade é importante e exerce impacto na saúde da mulher e nas suas experiências de cuidar de si e do filho (OLIVEIRA et.al., 2016). Conversar e refletir acerca da gestação, maternidade e projetos de vida no pré-natal, com comunicação efetiva entre os profissionais e as mulheres-gestantes, pode antever situações vulneráveis e contribuir com tomadas de decisões mais cômicas e autônomas (SEDGH et.al. , 2015). O vínculo com o profissional e o serviço é central ao envolvimento da gestante nas questões relacionadas à sua saúde e uma percepção mais segura do lugar do autocuidado e das suas escolhas no processo da parentalidade (FRANCO; RODRIGUES, 2014).

Apesar do profissional de saúde ser sujeito da rede social da adolescente, usualmente não é buscado por ela, o evento da gestação na adolescência determina ao profissional de saúde buscá-la ativamente com vistas a identificar precocemente necessidades singulares à vivência de cada mulher adolescente e oferta de intervenção para o favorecimento do projeto de vida da mesma (BRASIL, 2011).

É necessária uma qualificação dos profissionais que atuam nos serviços de (AB) e maternidades, para uma abordagem que considere as necessidades das adolescentes grávidas, seus parceiros e suas famílias, de maneira que a gravidez

possa ser desejada, planejada e vivenciada de maneira saudável, valorando as particularidades do pré-natal, parto, puerpério e planejamento familiar, integrando as Políticas Nacionais, promovendo a integralidade da atenção à saúde (BRASIL, 2010).

Frente ao exposto, o presente estudo estruturou-se no questionamento de como a adolescente que pariu prematuramente percebeu a atenção pré-natal recebida e se a correlaciona de alguma forma como o parto/nascimento prematuro. Se sim, em que? Quais apontamentos fazem para a qualificação desta assistência? O intuito é de gerar ferramentas e reflexões sobre os aspectos envolvidos com o pré-natal ofertado à adolescentes e os desafios à sua qualificação.

## *Justificativa*

*“Ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para a sua própria produção ou a sua construção”. Paulo Freire*

### 3. JUSTIFICATIVA

O desenvolvimento do estudo justifica-se por:

(1) serem sobretudo estudos qualitativos que alcançam em profundidade as experiências de pessoas (MINAYO; GUERRIERO, 2014);

(2) estar o tema do estudo entre os desafios apontados nas diretrizes nacionais para a atenção em saúde aos adolescentes e jovens, assim como no ciclo gravídico puerperal (BRASIL, 2010; BRASIL, 2011);

(3) ser premente contribuições para a atuação de profissionais junto ao público jovem e adolescente, em especial com consideração às subjetividades em saúde (COSTA et al., 2015);

(4) ter a qualidade da atenção pré-natal desdobramentos na redução da morbidade e a mortalidade materno-infantil e ser esta uma problemática brasileira (LANSKY et al., 2014);

(5) existir necessidade de ampliar conhecimentos, na literatura nacional, que articulem gravidez na adolescência e prematuridade, sobretudo com o foco no pré-natal;

(6) ser o Brasil signatário dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) e, estar o tema contido no terceiro objetivo deste documento, que versa sobre a atenção em saúde à mulher gestante (ONUBR, 2018);

(7) acolher o apontamento de estudo nacional direcionado à qualidade da atenção pré-natal no Brasil no âmbito do Programa de Melhoria do Acesso e da Qualidade Atenção Básico (PMAQ-AB), o qual identificou a não priorização das adolescentes no pré-natal, com inequidades importantes (TOMASI et al., 2017);

(8) existir necessidade de estudos que tratem do acolhimento e relação profissional-gestante ao longo do processo de gestar (SANTOS et al., 2016);

(9) ser premente contribuições para a capacitação profissional para atuar nas especificidades da adolescência e juventude, com atenção às subjetividades em saúde (COSTA et. al, 2015);

(10) ser de conhecimento que atenção pré-natal qualificada minimiza o desfecho parto pré-termo, em especial por favorecer intervenções em tempo oportuno às intercorrências gestacionais (WACHHOLZ et al., 2016);

(11) existir aumento na incidência de intercorrências pré-natais, intraparto e pós-parto entre gestantes adolescentes, fato vem contribuindo com a mortalidade de meninas com 15 a 19 anos de idade (FERNANDES et al., 2018);

(12) poder o estudo contribuir para o adensamento conceitual e renovação prática do pré-natal direcionado aos adolescentes.

## *Objetivo*

*“O importante não é o que se dá, mas o amor com que se dá” Madre Tereza de Calcutá.*

#### **4. OBJETIVO**

O objetivo geral é de analisar a percepção de adolescentes que pariram prematuramente sobre a atenção pré-natal recebida na rede pública, com atenção ao lugar do enfermeiro. E, como específico propôs-se a:

(1) caracterizar ações e contextos no pré-natal que se efetivaram enquanto suporte a adolescente/jovem em sua vivencia gestacional;

(2) caracterizar ações e contextos no pré-natal que se efetivaram enquanto restritor ao enfrentamento da parte da adolescente/jovem em sua vivencia gestacional;

## *Método*

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original”

Albert Einstein

## **5. MÉTODO**

### **5.1 Tipos de estudo**

Trata-se de um estudo qualitativo, de caráter exploratório e descritivo.

A metodologia qualitativa explora os sentidos que pessoas atribuem à vivências sociais (MINAYO, 2012) e os participantes são escolhidos no intuito de captar vozes de pessoas que tenham vivenciado ou estejam vivenciando situações focalizadas no estudo (MINAYO; GUERRIERO, 2014). Isso se relaciona com os saberes e vivências portadas e a potencialidade desses para ampliar conhecimentos existentes e contribuir com transformações de práticas (MINAYO; GUERRIERO, 2014).

### **5.2 Referencial teórico e metodológico**

Em função de o estudo focar o pré-natal e, este ser movimentado a partir das relações entre adolescentes e profissionais de saúde ao longo da Rede de Atenção à Saúde (RAS) no período gestacional e, os referenciais do Interacionalismo Simbólico (IS) e da Análise de Conteúdo (AC) na modalidade temática de Bardin revelaram-se como pertinentes.

O IS focaliza as ações humanas, com atenção a como os significados ocorrem e se sustentam. Ele tem as significações como derivadas de interações sociais e se preocupa em apreender a maneira pela qual as pessoas percebem os fatos ou a realidade à sua volta e como elas agem em relação a estes, assim como eles a afetam em termos de significado e ações George Herbert Mead (1863-1931), filósofo social da Escola de Chicago, foi o precursor do IS, mas foi através de Herbert Blumer (1900-1986) que suas premissas foram sistematizadas em abordagem teórica, e nomeada “Interacionalismo Simbólico” (CORREA, 2017).

Para (BLUMMER, 1969), o IS sustenta-se nas premissas de que:

I. Os seres humanos agem em relação as coisas com base no significado que elas têm para eles, sendo “coisas” tudo o que podem observar em seu mundo como: objetos físicos, outros seres humanos, atividades dos outros, bem como as situações da vida cotidiana.

II. O significado das coisas origina-se na interação social que o ser humano estabelece com outras pessoas. Dessa forma, não é nem inerente a coisa em si, nem uma união de elementos psicológicos que o indivíduo tem em relação a ela.

III. Os significados são manipulados e modificados através de um processo de interpretação que o ser humano estabelece ao lidar com as coisas e com a situação em que ele se encontra. A interpretação não é considerada como uma mera aplicação automática dos significados estabelecidos, mas como um processo formativo no qual os significados são usados e revisados como instrumentos para guiar e formar a ação.

As ideias centrais do IS que norteiam o referencial segundo (CHARON, 2010) são cinco:

1) O papel da interação social: Os indivíduos interagem, e passam por constantes mudanças nessa interação, sendo a sociedade construída e transformada através dessa interação social.

2) O papel do pensamento: ações humanas são causadas não somente pela interação entre os indivíduos, mas também pela interação dentro dos indivíduos. O IS entende o ser humano como um ser pensante e que define o ambiente onde atua.

3) O papel da definição: agimos de acordo com nossas definições, sendo que a definição resulta da interação social e individual. Definição é tudo o que fazemos, não resulta simplesmente da realidade, mas como a definimos.

4) O papel do presente: refere-se à causa da ação humana, a qual é entendida como resultado do que está ocorrendo na situação atual porque se desenrola na presente interação social, no presente pensamento e na presente definição. O passado influencia as ações, principalmente, porque pensamos sobre ele e o aplicamos para definir a situação atual.

5) O papel do ser humano ativo: descreve o indivíduo como ator que interage, pensa, define, aplica seu passado e toma decisões em seu presente embasado nos fatores da situação imediata. Somos participantes ativos no que fazemos.

Para um melhor aprofundamento e compreensão desse referencial, o IS estabelece os conceitos centrais (CHARON, 2010):

**a) Símbolo:** um dos conceitos centrais do IS pois, em todas as sociedades há o desenvolvimento de símbolos, utilizados para representar algo. Podem ser de três tipos: palavras, objetos e ações humanas, mas só são simbólicos quando há um significado e intencionalidade. A linguagem é um tipo especial de símbolo, pode estar presente na comunicação, permite a integração do ser humano à sociedade.

**b) Objetos sociais:** os símbolos são considerados “**objetos sociais**”, uma vez que são criados socialmente e utilizados de forma intencional para a comunicação. A comunicação simbólica inter e intra pessoal é a essência de nossa realidade, sociedade e distintas qualidades humanas.

**c) Self:** todo ser humano possui um “**self**”, definido como a interação consigo mesmo. Assim como os símbolos, o “self” é criado socialmente, uma vez que surge nas interações sociais. Para o desenvolvimento do “self” há quatro estágios, sendo três citados por Mead (2010) e um por Shibutani (2010): 1) estágio preparatório, no início a criança não compreende os símbolos, age por imitação, sendo considerado um estágio pré-simbólico do “self”; 2) estágio da brincadeira, momento em que o indivíduo adquire a linguagem, a criança assume a perspectiva dos “outros significantes”, são pessoas que tomamos como referência em nossas vidas; 3) estágio do jogo, representa a organização e necessidade de assumir as perspectiva de diversos outros de forma simultânea; é a generalização do outro, incorporando o conceito de sociedade; 4) grupo de referência, o indivíduo adulto interage com diferentes grupos, tendo vários grupos de referência, entre eles existe uma perspectiva que inclui o “self”, que dependendo das interações, pode temporariamente se tornar o “outro generalizado” do indivíduo. “Self” enquanto processo social interior do indivíduo possui duas fases distintas: o “**Eu**” e o “**Mim**”. O **Eu** é o indivíduo impulsivo, espontâneo e desorganizado, agindo não intencionalmente e o **Mim** é o conjunto de ações internalizadas, pensadas, com atitudes organizadas surgidas na interação.

**d) Mente:** a mente é definida como símbolo convertido em ação através do “self”. É através da mente que os indivíduos entendem o significado das

palavras e ações de outras pessoas. O indivíduo interage com ele mesmo, as pessoas e o meio, utilizando de forma contínua a ação mental como instrumento para reconhecer que a interação humana não é apenas uma resposta aos estímulos; tomamos decisões sobre como agir e organizar nossas ações de acordo com as metas que determinamos. Engajamo-nos a resolver problemas que demandam uma atividade velada da mente acompanhada de constante compreensão, interpretação e definição do outro em cada situação.

**e) *Assumir o papel do outro:*** é a essência do significado do ser humano, o colocar-se no papel do outro. Na perspectiva interacionista o “se colocar no papel do outro” é considerado como um ato de imaginação, onde os outros nos ensinam a criar e imaginar, é olhar o mundo a partir do ponto de vista do outro. Esta é a parte central da ação mental porque é o que nos leva a alterar consideravelmente a natureza de como agir em relação aos outros, ou seja, indivíduos são capazes de interagir melhor quando se colocam no papel do outro.

A ação é um processo contínuo, nunca acaba; decisões são tomadas por causa da direção que tomamos e muitas destas serão revistas mais cedo ou mais tarde, pois são constantemente influenciadas pelas interações com os outros e com o “self” ao longo do caminho. Há duas formas de ação: a velada e a desvelada. A primeira ocorre somente para nosso “self”, e a segunda mostramos aos outros. A ação não é simplesmente causada por nosso passado, personalidade ou forças sociais, mas por decisões feitas a partir da definição que fazemos sobre a situação naquele momento.

**f) *Interação social:*** é construída a partir da ação social, envolve o „colocar-se no lugar do outro”, ação mental e o “self”. É contínua e influencia o que fazemos nas situações, sendo a origem da sociedade humana. Na verdade, é como se ocorresse o encontro entre dois atores, envolve definição constante e redefinição dos atos e atores, bem como dos nossos atos. A interação torna-se parte da linguagem que as pessoas utilizam diariamente; para os interacionistas a interação social é o “coração” do processo de comunicação. Na interação, nos tornamos atores sociais e de alguma forma tentamos gerar uma transformação mútua.

**g) *Sociedade:*** é considerada pelo IS como qualquer estado organizado continuamente, através da interação social. Para que se torne viável, possui três

qualidades importantes: o curso da interação social simbólica, cooperação e cultura. É entendida como dinâmica, onde o indivíduo interage simbolicamente, envolvendo a comunicação e interpretação do outro o tempo todo, definindo e alterando a direção dos atos (seus e do outro).

O IS é um referencial que valoriza o processo de interação no qual os indivíduos são ativos e dão significado as coisas, valorizando o significado atribuído as suas experiências (GABATZ, SCHWARTZ E MILBRATH, 2016). Assim, conhecer como a atenção pré-natal na rede pública é experienciado pelas adolescentes que pariram prematuramente pode ser facilitado pelo referencial teórico do IS, o qual entende que as ações dos indivíduos são desenvolvidas segundo as interações entre as pessoas que, ao interpretarem e definirem as situações agem no contexto social onde estão inseridas (CHARON, 2010).

A análise de conteúdo (AC) na modalidade temática proposta por Bardin volta-se à descrição do conteúdo das mensagens por indicador temático, com atenção às percepções manifestas acerca de objetos e seus fenômenos.

O objetivo da AC é a superação da incerteza, confirmando ou não o que se julga ver nas mensagens, sendo definida como um conjunto de técnicas que tem o objetivo de desvelar os sentidos da comunicação, assim, passa a ser vista como uma técnica que permite se debruçar sobre a descrição dos conteúdos de forma sistêmica, atendendo os objetivos da pesquisa (BARDIN, 2014).

A AC valoriza a compreensão da mensagem, no qual há transmissor e receptor, e exige dedicação do pesquisador por seguir regras para a obtenção de um produto satisfatório, onde, esgotar a totalidade do texto; não classificar aleatoriamente o mesmo elemento em categorias distintas; ser adequado e pertinente ao conteúdo do texto e são normas básicas para um resultado fidedigno com a pesquisa (BARDIN, 2014).

Essa metodologia permite que o pesquisador separe o texto de acordo com temas relevantes que vão surgindo. A organização da AC dá em três fases: Pré-análise; exploração do material e tratamento dos resultados obtidos e interpretação (BARDIN, 2014):

1) *Pré-análise*: tem por objetivo a organização do material, sendo a “*leitura flutuante*” das entrevistas, o primeiro passo para o pesquisador conhecer e

orientar-se quanto às suas impressões iniciais. A amostragem, denominada por Bardin (2014) "*corpus*" é o conjunto dos documentos (no caso as entrevistas realizadas) que serão submetidos à análise e que por sua vez seguem regras de validação tais como: *exaustividade* (necessário levar em conta todos os elementos desse *corpus*); *representatividade* (possibilidade de representação do universo pretendido através de uma amostra); *homogeneidade* (obediência a critérios precisos de escolha); *pertinência* (documentos analisados devem ser adequados ao objetivo do trabalho). Outra fase, antes da análise propriamente dita, é a preparação do material, através da transcrição na íntegra das entrevistas gravadas. Ainda nesta fase são determinadas as unidades de registro ou unidade de significação (palavras-chave, frases, temas), unidades de contexto (delimitação do contexto, referência mais ampla), os recortes, a modalidade de codificação e os conceitos gerais que orientaram a análise.

2) *Exploração do material*: consiste em operações de codificação, em função de regras previamente estabelecidas e a transformação dos dados brutos em dados organizados que permitam atingir uma representação do conteúdo. A codificação é composta por três fases: recorte, enumeração/classificação e agregação dos dados, a codificação mostra as características singulares do conteúdo a partir de um corpus (entrevista) sistêmico. É o processo de se transformar os dados brutos em uma representação do conteúdo, que permite a descrição do texto. Assim, por meio das unidades de recorte é possível descobrir os significados usados na comunicação. Em seguida, os dados são operacionalizados em categorias, que são classificadas de acordo com elementos comuns e significativos presentes no corpus (BARDIN, 2014).

3) *Tratamento dos resultados obtidos e interpretação*: A última fase da análise consiste na interpretação dos dados. Essa deve ser um procedimento em que os resultados alcançados devem se mostrar significativos e válidos, possibilitando ao leitor a compreensão dos dados obtidos na pesquisa. Todavia, perante o tratamento dos resultados e sua interpretação, podem surgir novas dimensões teóricas, que em alguns casos podem incitar a uma outra análise (Bardin, 2014).

### **5.3 Participantes e coleta de dados**

O estudo foi realizado com mulheres adolescentes, cujos filhos fizeram uso de UTIN de hospital público da cidade de Araras, nos anos de 2017 e 2018. O município de Araras fica a 200Km da capital Paulista, tem um índice de desenvolvimento humano de 0,781, sua população total é de 118.843, dessa 18.683 são adolescentes (homens e mulheres) (IBGE, 2010).

Para a obtenção dos dados empíricos a estratégia foi a entrevista qualitativa aberta desenvolvida a partir da colocação inicial: “Conte-me sobre seu pré-natal e o que ele representou para você.”

Todas as entrevistas foram gravadas em áudio e sofreram os processos analíticos da AC. Dessa forma, ocorreu a transcrição integral das entrevistas, seguida de leituras reiterativas para desconstrução e análise crítica das concepções centrais ali veiculadas, com identificação de temáticas centrais nelas presentes para reportar os resultados a partir das mesmas.

As participantes foram mulheres adolescentes de 15 a 18 anos que atenderam aos seguintes critérios de inclusão: ser residente na cidade de Araras e microrregiões (Conchal, Leme e Pirassununga) de referência do estado de São Paulo; ter vivenciado a luz a criança prematura pela primeira vez (criança com idade gestacional inferior a 37 semanas pelo Capurro somático) que fez uso de UTIN por pelo menos 7 dias e estar ela com a criança em domicílio. Como critérios de exclusão estabeleceram-se: adolescentes portadoras de surdez e aquelas com comprometimento para narrativas compreensíveis.

O número de integrantes foi determinado pela suficiência dos dados, ou seja, densidade de dados que permitisse elementos conceituais para a descrição e compreensão do fenômeno em foco.

A captação das mulheres aconteceu junto ao hospital Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Araras, uma instituição filantrópica, referência para partos prematuros no município e entorno. Sua UTIN é composta por oito leitos, sendo um leito para isolamento e um para internações pediátricas. A média de parto prematuro mês, nesta instituição, ao longo do ano de 2017 foi de 4 a 5 nascimentos mês. Todas adolescentes que atenderem aos critérios acima foram convidadas ao estudo, com destaque de ter sido ele realizado pessoalmente pela pesquisadora.

A localização da participante ocorreu com apoio de enfermeiras da UTIN, as quais, conhecedoras dos critérios deste estudo, informavam à pesquisadora a proximidade da alta da criança. Com esta informação, e intermediada pela enfermeira da UTIN, ocorria a apresentação da pesquisadora e tema do estudo à adolescente. Se ela afirmasse interesse em conhecer os detalhes do estudo com intenção de participação, a pesquisadora prosseguia apresentando o mesmo e seus processos. Confirmando-se a disponibilidade para participação, checava-se se a adolescente era emancipada ou não.

Na confirmação da emancipação, pactuava-se dia e horário para a realização da pesquisa, em local escolhido por ela, desde que guardasse privacidade e tivesse chances mínimas de interferências. No dia e horário pactuado, o objetivo do estudo e seu desenho era retomado e, diante da confirmação do desejo de participação o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (Apêndice A) será apresentado, lido em conjunto com ela com abertura para a exposição de dúvidas e oferta de esclarecimentos na necessidade. Após sua assinatura em duas vias, pela participante e pelo pesquisador, a entrevista tinha seu início.

Nos casos em que a participante não era emancipada, era esclarecido a ela que eticamente havia a necessidade do consentimento de seu responsável, além do assentimento dela. Assim, buscava-se identificar quem seria este responsável junto com a adolescente e as sugestões para acessar o mesmo. Em conversa presencial apresentava-se o estudo ao responsável, com vistas a receber seu consentimento para o desenvolvimento do estudo. Diante do consentimento dele, os procedimentos em termos de agendamento da entrevista foram os mesmos das emancipadas ou maiores de dezoito anos, assim como aqueles prévios à entrevista, com o diferencial do uso do Termo de Assentimento Livre e Esclarecido para a adolescente (Apêndice B) e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para o responsável (Apêndice C).

Destaca-se que no momento da entrevista intencionou-se sempre que a adolescente estivesse a sós com o pesquisador, exceto se a presença do responsável fosse uma solicitação dela, ou imposição do próprio responsável. Todas as entrevistas foram desenvolvidas em um único encontro, a sós com as adolescentes/jovens. Neste estudo nenhuma mulher era emancipada ou maiores de

dezoito anos, as entrevistas tiveram duração de trinta minutos e ocorreram no domicílio das adolescentes. Os dados foram coletados no período de dezembro de 2017 a maio de 2018.

A preservação da identidade da participante foi respeitada e no relatório do estudo, os trechos de fala estão identificados a partir de uma letra aleatória escolhida pela mesma.

O projeto e outros documentos foram submetidos para apreciação junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos, para análise e recebeu parecer favorável, registrado sob nº 2.353.432 e CAAE 72795517.2.0000.5504

## *Resultados*

“O que vale não é o quanto se vive, mas como se vive” Luther King

## 6. RESULTADOS

Foram entrevistadas onze adolescentes, cujas idades quando gestantes variaram entre 15 a 18 anos. Em termos de número de consultas de pré-natal, uma fez 3 consultas, quatro realizaram 5 consultas e as demais 6 consultas. O início do pré-natal foi referido como entre o 1º. 2º. mês de gestação para a maioria (n=9), (1) referiu que começou o pré-natal com 3 meses e (1) iniciou o mesmo no 4º mês de gestação.

Em relação à criança, seis estão classificadas enquanto baixo peso (RN com peso inferior a 2500g) e cinco enquanto muito baixo peso. Quando tomada a relação do peso com a idade gestacional sob a curva de crescimento intra-uterino partir do recomendado pelo Intergrowth-21<sup>st</sup> (disponível <http://intergrowth21.tghn.org>) temos um RN pequeno para a idade gestacional (PIG), ou seja, peso abaixo do percentil 10, os demais todos adequados para a idade gestacional (AIG), contudo destacando-se que desses últimos, oito estavam entre o percentil 10 e 50 e 02 entre o percentil 50 e 90. O Quadro 1 apresenta e complementa as informações acima.

Em termos de intercorrências informadas por elas ao longo do período gestacional, trouxeram: infecção de trato urinário (ITU) (n=7), destas (4) relataram que tiveram infecções do trato urinário recorrente, o que gerou sucessivas vindas ao hospital para serem avaliadas e em alguns casos resultaram em internações para tratamento com medicação endovenosa.

Quadro 1 – Informações acerca das participantes do estudo

Mulher	Idade	Relação com o pai da criança	Residência	Dados obstétricos	Tipo / parto	Nº consultas de pré-natal	Id. Gestacional (Capurro somático)	Peso ao nascer do prematuro	Sexo do prematuro	Percentil	Z-Score
K	16	Amigável, mantém contato contínuo	Com seus pais	G1, A0	Normal	03	26 3/7 semanas	1060gramas	Masculino	74,87	0,67
T	17	União estável	Com os sogros	G2, A1	Cesárea	06	34 1/7 semanas	1820 gramas	masculino	13,06	-1,09
B	18	Casada	Com os sogros	G1, A0	Normal	06	33 5/7 semanas	1390 gramas	Feminino	2,98	-1,88
C	18	União estável	Com os pais	G1, A0	Cesárea	06	31 5/7 semanas	1640 gramas	masculino	44,57	-0,1366
A	18	União estável	Com o companheiro	G2, A0	Cesárea	05	31 2/7 semanas	1420 gramas	Feminino	10,69	-1,2431
M	17	Namora o pai da criança	Com seus pais	G1,A0	Normal	06	32 4/7 semanas	1464 gramas	masculino	26,83	-0,618
J	17	União estável	Com o companheiro	G1, A0	Normal	06	30 6/7 semanas	1350 gramas	masculino	26,83	-0,618
D	18	União estável	Com o companheiro	G2, A0	Normal	05	32 3/7 semanas	1760 gramas	Feminino	19,59	-0,8565
Be	15	Solteira sem contato com pai da criança	Com a mãe e padrasto	G1, A0	Cesárea	05	35 1/7 semanas	2105 gramas	Feminino	42,55	0,1878
F	15	Namora o pai da criança	Com os pais	G1, A0	Normal	06	35 6/7 semanas	2500 gramas	masculino	39,48	-0,2669
P	15	Namora o pai da criança	Com a mãe	G1, A0	Cesárea	05	32 3/7 semanas	1710 gramas	Masculino	34,44	0,4004

Nas colocações acerca da atenção pré-natal as relações com os profissionais e o acolhimento vivenciado, tanto da parte dela, quanto de sua família estão assinalados enquanto limitados. O detalhamento deste achado está apresentado a partir das categorias temáticas: **1- DESCOBERTA DA GRAVIDEZ E TEMPOS INICIAIS DO PRÉ-NATAL, 2- INSUFICIÊNCIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL, 3- DESACOLHIMENTO NO PARTO E NASCIMENTO, 4- ACOLHIMENTO DE FAMILIARES E AMIGOS e 5- TEMPOS DE UTIN, TEMPOS DE RESTRIÇÕES.**

### **6.1 DESCOBERTA DA GRAVIDEZ E TEMPOS INICIAIS DO PRÉ-NATAL**

A descoberta da gravidez, para a maioria das adolescentes deste estudo (n=9), ocorreu a partir de situação (ões) de mal-estar físico, conduzindo-as a buscarem o serviço de saúde. Na avaliação ali desenvolvida, foram informadas da gravidez. Cabe destacar que para algumas a ida e vinda do serviço com a mesma queixa esteve presente e a suspeita de gravidez não fora cogitada. Poucas (n=3) desconfiaram da situação e certificaram-se da suspeita a partir da realização de teste de gravidez vendido no comércio. E, para uma adolescente foi a mãe quem suspeitou da condição e favoreceu a confirmação.

Todas recebem a notícia da condição de grávida enquanto um fato que as surpreende.

*“Eu descobri que estava grávida no hospital, foi um susto. Eu estava passando muito mal, e ia no hospital direto...aí fizeram um exame em mim, aí eu descobri...pausa levei um susto.. (K)*

*“Eu descobri que estava grávida eu fiz o teste aí deu errado, fiz o segundo teste deu errado de novo, aí eu acho que eu estava de três semanas, fiz o terceiro teste deu positivo...eu fiz aqueles testes de farmácia.” (D)*

*“Eu passei mal na rua, eu desmaiei, aí eu fui pra Santa Casa (nome da cidade), fizeram exame só que deu negativo, mas depois deu positivo, foi um susto porque eu não esperava ficar grávida na adolescência.” (F)*

*“Na verdade eu nem sabia que eu podia engravidar. A minha mãe ficou desconfiada... ai eu já estava passando mal, não em casa, mas quando eu andava de ônibus... ai quando minha mãe ficou desconfiada no dia seguinte eu fui lá na UPA, fiz o exame e descobri que eu estava grávida.” (Be)*

*“Quando eu descobri já estava com (pensa). Descobri porque dormia demais, uma preguiça grande. Eu já era dorminhoca, só que era tipo*

*demais. Um dia quase desmaiei de fraqueza, daí passei na UPA e fizeram o exame e deu que estava grávida. Era de uns dois para três meses.” (P)*

Permeiam a notícia da condição de grávida, sentimentos como surpresa, felicidade, preocupações, mistura deles, sobretudo ao prospectarem as repercussões para a vida na especificidade de cada contexto vivenciado. Tomaram-se de reflexões, vivenciaram incertezas sobre a reação das pessoas de seu entorno e os desdobramentos da sua condição.

*A minha família me apoiou, eu comecei a pensar será que eu vou dar conta do recado, aí eu ficava pensando...será que ia ser uma boa mãe, será que eu ia saber fazer as coisas. Pro meu namorado foi meio difícil, porque ele não entendeu, aí a gente ficou um tempo separado, mas depois nos voltou e estamos juntos até hoje. (F)*

*[...] (diante da notícia da gravidez) meu pai me falou algumas coisas pra mim... mas depois aceitou normal. Minha mãe aceitou normal...ah só a minha irmã que não aceitou muito...ela não aceitou muito não, mas depois foi se adaptando...foi se conformando mais...no começo ela falava que não queria não. Eu só tive apoio da minha família. O pai da (nome da criança) não me apoiou. Quando eu contei pra ele (para o Pai)...ele meteu o pé, eu cheguei a conversar com ele, minha família conversou com ele, eu cheguei a ficar com ele uns tempos, mas depois ele virou as costas pra mim e foi embora, ele foi pra Bahia. A família dele aceitou né, o irmão dele tá aqui pra Araras...falou pra mi levar minha filha pra ele ver, porque mesmo assim, mesmo que o irmão dele não fez o papel dele ele continua sendo tio da minha filha, vai aceitar minha filha sempre na família dele de braço aberto, mas a família dele sempre me apoio sim, quando eu engravidei eles ficaram do meu lado, é mais ele mesmo que não aceitou direito.” (E)*

*“Fiquei alegre e triste. Alegre que eu gosto de bebê. Nervosa, pois já imaginava o que meu pai falaria e toda a tensão lá em casa. E foi isto, mas depois ficou tranquilo. Foi só na hora, na semana.” (P)*

Especificamente uma das adolescentes descreveu entrave no serviço de saúde diante da exigência de ser obrigatório sua ida acompanhada de um ‘adulto responsável’, com negativa de atendimento até que ela conseguisse alguém.

*Porque eu tinha que ir acompanhada no postinho do meu bairro, mas aí a minha madrasta com meu pai trabalhavam e não tinham como, aí a vizinha da minha mãe aqui da rua de traz foi junto comigo, aí eu passei, a mulher fez exame de sangue e urina aí descobriu. Eu estava de 2 meses. Aí eu comecei a fazer o pré-natal.” (E)*

Precisam lidar com colocações de pessoas de seu entorno com apontamentos acerca das repercussões da gravidez e maternidade para sua

vida, muitas vezes duras e de grande impacto emocional. Geram instabilidades emocionais. São temas trazidos nos apontamentos: a pouca idade e a maturidade, dedicação exigida para o cuidado da criança, impacto na liberdade, limites relacionados à presença e colaboração do pai da criança.

*Foi um susto na verdade, tipo assim eu não esperava que fosse acontecer por estar com o pai dele a bastantinho tempo, e nunca ter acontecido. Aí, foi meio que uma surpresa, aí eu passei bastantinha coisa que me fez achar que aquilo era ruim (a gravidez). [...] As pessoas ficavam me falando, tipo assim por ser nova, as pessoas ficavam me falando assim que minha vida não seria mais a mesma, aí a gente acaba tomando aquilo como verdade, porque a gente sabe que com a chegada de um bebê tudo muda né... eu não vou ter mais a liberdade que eu tinha e tal, pelo pai dele está preso no caso, e por enquanto eu não ter o apoio dele emocional que eu acho que principal, eu passei por muita coisa sabe... coisas emocionais. A parte da minha sogra falando que ele estava preso, que foi um erro, então acabei tomando aquilo como verdade, e isso acho que me afetou muito. (M)*

Duas participantes tinham a parentalidade enquanto um projeto de vida, aspecto que determinou, na percepção delas, acolhimento familiar tranquilo. Outra acreditou que o fato de já ser casada e ser a filha mais velha contribuiu para a boa receptividade de sua gravidez.

*“Eu já sou casada, eu já queria ter um filho. Foi a minha primeira gravidez, quando eu descobri eu fiquei feliz e fiquei com medo, porque eu queria, mas eu sabia que ia deixar de fazer certas coisas pra poder ter o neném, mas eu fiquei bem feliz...ai não teve uma coisa tipo ...ai, eu não quero, vou tirar, eu fiquei bem feliz, meu marido ficou feliz também, a minha família toda ficou feliz também, porque eu sou a filha mais velha ...então todo mundo apoiou, foi bem tranquilo a situação da minha gravidez. Só foi meio assim eu fiquei mais nervoso porque eu descobri quando eu fui assaltada... ai eu fiquei muito nervosa ...passei mal, tive que ir para o hospital, ai eu fiz um teste porque estava sentindo enjojo, essas coisas, mas achei que era por falta que a menstruação estava um pouquinho atrasada...ai eu descobri (Sorriso)”. (B)*

*“Eu queria engravidar, eu planejei daquele jeito... achei que ia demorar um pouco pra engravida. Quando eu descobri eu fiquei alegre e no mesmo tempo surpresa. Eu tive um pouco de medo, por causa que eu estava vomitando muito...bastante, eu estava passando muito mal ... eu passava muito mal, fiquei muito magra na minha gestação. [...] quando eu descobri eu contei pro meu marido, me apoiou e ficou mais feliz que eu.” [...] começou assim, eu comecei a vomitar... ai minha mãe falou assim pra mim , você está doente [...] ai eu fui na farmácia e comprei o teste, ai eu fiz o teste ,ai deu positivo, no mesmo dia eu fui fazer exame no posto ,ai a mulher falou olha tem que ser o primeiro xixi do dia ai você volta aqui amanhã , ai eu falei mas eu já estou com o teste aqui ,deu positivo, ai ela falou a gente tem um processo, tem que fazer no posto de novo que vai que*

*este teste deu errado, alguma coisa assim... ai no outro dia a gente voltou lá , ai no outro dia a gente voltou lá, fiz o teste , e ainda fiz escondido da minha mãe (risos) , ai deu positivo de novo ai ela me deu uma cartinha pra ir na casa da Mulher, ai já fomos lá e marcamos a consulta". (C)*

O pré-natal teve seu início em tempos gestacionais variados, quando o início do contato com o serviço é permeado pelos protocolos e processos de trabalho instituídos, ao quais, para algumas, gerou um interstício entre a confirmação da gravidez e o início das consultas de pré-natal. Isso foi comum com aquelas que foram direcionadas ao serviço para gestantes adolescentes.

Poucas foram aquelas que trouxeram o esforço profissional em favorecer o pronto início do pré-natal. Para as que vivenciaram esta situação, este aspecto foi valorizado e ficou em sua memória.

*[...] Eu já estava de 3 meses, comecei o meu pré-natal com 3 meses. Depois que eu fui no posto fazer o exame eu fui fazer o meu pré-natal na Casa da Mulher por ser um lugar que faz pra adolescentes menor e acima de 45 anos a enfermeira do postinho aqui perto de casa me encaminhou pra lá". (T)*

*[...] eu comecei a fazer o pré-natal com 4 meses. [...] A enfermeira correu com os papéis, ela já acelerou tudo, eu comecei o pré-natal sem o exame ter chegado da confirmação, já tinha feito no hospital, eu já fui encaminhada pra fazer o pré-natal no postinho. A enfermeira, ela era muito atenciosa comigo, correu com meus papel rápido pra poder fazer o pré-natal. (K)*

Neste processo de assumir-se na condição de gestante, o batimento cardíaco fetal efetiva-se enquanto um elemento relevante e de grande significado, assim como a visualização da criança no ultrassom. Estes elementos, simbolicamente, forma os que confirmaram a condição.

*Eu só comecei a acreditar (que estava grávida), só depois que escutei o coraçãozinho dele. (K)*

*Quando eu fiz o primeiro ultrassom, ai que eu percebi que tinha um bebe ... que eu não acreditava que estava grávida, só quando vi acreditei.(F)*

*Quando eu fiz o primeiro ultrassom e escutei o coraçãozinho do bebê ...eu chorei, a lagrima saiu instantaneamente. Nesse momento eu pensei nossa eu tenho alguém aqui mesmo. (M)*

## **6.2 INSUFICIENCIA NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL**

A consulta de pré-natal está descrita enquanto um processo marcado, sobretudo, por procedimentos relativos à avaliação de peso, pressão arterial, batimento cardíaco fetal, altura uterina e queixas, além de oferta de vitaminas e realização de exames diagnósticos.

As mulheres adolescentes vislumbram um conforto na interação com o profissional, com vistas a sentirem segurança e confiança para estabelecerem diálogo. Valorizam e gostam de profissionais que demonstram interesse por elas e que ofertam apoio informacional. Contudo, esse aspecto esteve pouco presente nas relações vivenciadas, com prevalência de interações rápidas e centradas em protocolos e procedimentos, além de muitas vezes vivenciarem, de forma implícita julgamentos.

Algumas gestantes peregrinaram desde os tempos do pré-natal, iniciando em um serviço, indo para outro, com vivências de diferentes relações com os profissionais.

*A consulta de pré-natal todas iguais, tudo igual, sempre chegava lá, ele (médico) perguntava e falava as mesmas coisas, fazia as mesmas coisas: pesava, media a barriga, perguntava se estava tudo bem e pronto. Nada diferente. (D)*

*Na consulta o (nome do médico) falava o coraçãozinho do bebê está bem, e media a minha barriga... ah está tudo bem e media a minha pressão, pesava e falava está tudo bem... perguntava se está sentindo alguma dor... ai eu falava não e me mandava embora ...era bem rápida a consulta. Era muito rápida (ênfase na voz). [...] Sabe faltou eles explicarem direitinho, explicar o peso da gente que eles não falam, só marcam num papelzinho e outra pra fazer ultrassom tem que brigar com o médico pra ele pode passar ultrassom pra ver se o neném está bem ou não, não passou ferro pra tomar, faltou bastante informação. Sempre foi muito rápido né... entrava na sala, pesava, via minha pressão se estava baixa ou alta, media a minha barriga e pronto, tchau". (C)*

*Nunca me falaram nada, mas eu acho que sempre tem preconceito, mas algumas pessoas olhavam diferente, mais aí a maioria das meninas dali eram adolescentes.... mas sempre me falavam assim ah você está grávida mais tão novinha, falavam essas coisas, mas nada que me ofendeu. (M)*

*Quando eu fiz o primeiro ultrassom, ai que eu percebi que tinha um bebe ... que eu não acreditava que estava grávida, só quando vi acreditei. (F)*

*Foi com outro médico Dr.(nome do médico) ele me atendeu eu passei por duas consultas com ele, me tratou muito bem, porque não foi só com ele, eu tive outro, porque o de lá (nome da unidade de saúde) não estava pegando, não tinha médico. Então eu tive que subir para o posto (nome do mesmo). Agora quando eu voltei para o posto do meu*

*bairro ele (médico) nem conversava com a gente, não falava nada, só perguntava se estava tudo bem, media a barriga e escutava o coração. O ultrassom eu que tive que pedir porque ele nem tinha pedido. [...] O Pré-Natal é muito importante, mas falta um pouco de informação.” (J)*

*Quando eu ia na consulta eu passava primeiro com a Enfermeira (nome) ela me pesava, media a minha pressão, perguntava se eu estava sentindo alguma coisa e depois eu passava com o médico. [...] O que eu mais gostei no meu pré-natal foi a enfermeira (nome), ela me explicava tudo direitinho” (T)*

*Nenhum deles (profissionais do pré-natal) se destacou muito porque eles eram muito reservados sabe... não era uma pessoa que você chegava lá e podia ter uma amizade pra ter confiança de falar certas coisas... era mais profissional mesmo, só atendia e acabou, eu ia embora. A que eu mais gostei no pré-natal foi uma enfermeira chefe que tentou se aproximar, conversar comigo pra eu poder me abrir mais...perguntou se era uma coisa que eu queria. Parecia mais preocupada”. (B)*

*Pelas as enfermeiras eu não fui bem acolhida... pelo médico sim. Elas julgavam muito ... falavam ah de novo 16 anos está grávida de novo. Agora o médico não se eu perguntava as coisas ele falava, explicava, brincava. Agora o que eu não gostei mesmo era das enfermeiras, porque cada vez que a gente chegava lá elas falavam alguma coisa, não posso falar que eram todas, mais tinha algumas que faziam isso, julgavam de eu estar grávida. (A)*

*A Dra (nome da médica), ela era super simpática, atenciosa, o que a gente precisava saber ela falava, explicava quantas vezes fosse necessário, você via que não era uma coisa que incomodava ela... e o que eu não entendia eu costumava perguntar pra ela e novo o que significava e ela explicava direitinho.[...] A atenção das meninas (equipe do serviço) foi o que mais gostei, nada de novo assim, eu só colhia sangue (risos), então foi mais a atenção mesmo das meninas. (M)*

Uma das adolescentes explicita serem com as pessoas da recepção da unidade que mais se abria e dialogava.

*(dizendo sobre as pessoas da unidade que mais acolhiam) Ahhh era as mulher da recepção, era pra elas que eu perguntava... era as atendente, equipe de enfermagem também tinha lá. (Be)*

A adolescente descreve ter o serviço feito busca dela diante de sua ausência na consulta de pré-natal, contudo em momento no qual o parto já havia ocorrido e a criança já se encontrava na UTIN.

*A enfermeira era bem atenciosa. Foi até depois que eu tive ele. Eu faltei na consulta que eles tinham marcado...elas me ligaram porque eu não tinha ido...porque eu nunca tinha faltado em nenhuma consulta...ai eu expliquei ser porque o neném já nasceu...nossa*

*vocês não avisaram (a Enfermeira disse) ... É porque não tinha como porque eu estava indo todo dia pra Araras pra ver o neném. (T)*

*Quando foram lá em casa ver o que tinha acontecido eu já tinha tido ele. Ele já estava há cinco dias na UTIN. Acho que do dia da consulta até o dia em que foram em casa deve ter dado uns quinze a vinte dias. Já tinha acontecido tudo.. (P)*

As adolescentes desejam vivenciar acolhimento, esforço e interesse do profissional na assistência pré-natal. Nessa direção, a divergências nas informações ou a impressão de que algo poderia ter sido realizado e não foi esteve presente e marcou negativamente a experiência de pré-natal delas. Ainda, percebe-se o ultrassom enquanto um exame valorado e a partir do qual interações densas podem ser efetivadas. Ele contribui com a concretude da gestação.

*“Eu estava indo certinho... ai quando chegou um mês antes ele falou assim pra mim, olha nós vamos agora começar a passar de 15 em 15 dias, mas eu só tinha feito um ultrassom. Eu estava de 6 meses, mas na verdade eu estava de 5 meses, alguma coisa assim.... ai ele falou assim vamos esperar mais um mês porque você vai estar com 7 meses ai a gente já começa, senão você vai ficar vindo muito aqui e vai atrapalhar você. Ai quando ele falou que eu estava de 7 meses eu comecei a ir de 15 em 15 dias, acho que eu fui umas duas consultas... ai ele passou o segundo ultrassom, no meu primeiro ultrassom tinha dado que era menino, nós já tínhamos carrinho, tinha tudo de menino, ai nesse segundo ultrassom, o médico falou assim pra mim... você já tem o nome ... ai eu falei ah (nome da criança), ai ele falou mas você já sabe o que é o neném? Ah é menino ... então falaram errado pra você porque eu acho que é uma menina... ai eu peguei e falei, mas foi você mesmo que fez o meu outro ultrassom... ai ele falou volta semana que vem, ai a gente faz outro porque fechou as perninhas e não vai dar pra ver mais, ai você volta semana que vem, você come, relaxa, faz bastante exercício na hora de vir, ai quem sabe a gente não consegue ver. Ai na outra semana eu fui, fiz o 2º ultrassom e deu que era menina. (C)*

*O que eu mais gostei era dos ultrassons, a pessoa que fazia era muito comunicativo. (A)*

*Eu tinha que tomar uma vacina quando eu estava grávida, só que eles não me informaram, ai eu fiquei sem tomar ela... eu já estava de 5 meses... eu ganhei ela com 6 meses...eu não tinha tomado essa vacina”. (B)*

*No ultrassom eu via ele. Eu queria só fazer ultrassom para ficar vendo ele. (P)*

*Ah eu não gostava de ficar tirando sangue da veia e nem daquele teste rápido, mas a coisa que eu mais gostava no Pré-Natal era na hora de escutar o coraçãozinho do neném, ahh eu sentia alegria, amor. (E)*

*eu só gostava quando escutava o coração dele, os ultrassom nenhum eu fiz pelo SUS todos eu tive que pagar. Eu tive dificuldade para conseguir as coisas, porque no primeiro posto como não tinha médico, e demoraram para me mandar para o outro. (J)*

*Eu gostei de ficar escutando o coração do bebê, no postinho podia ter um ultrassom pra ver e escutar o nenê em todas as consultas. (D)*

Ainda, em termos de aspectos quistos ao pré-natal, algumas participantes destacaram a recomendação e oportunidade dada em relação a presença do companheiro no pré-natal, assim como a relevância da participação longitudinal do homem, aspecto que tem no profissional seu facilitador ou restritor. Apesar disto, à maioria não foi ofertada a possibilidade do companheiro ou algum familiar estar com ela nas consultas.

*Eu gostei de lá pelo simples fato que eles fazem o pai ir junto no pré-natal ... foi eu e meu marido no primeiro e segundo dia eles pediram pro pai estar junto, pro pai estar ciente que a mulher estava carregando um bebê e que pra mim era tudo diferente, as vezes eu ficava estressada...feliz...não tinha controle sobre meu hormônio, não sabia o que estava acontecendo, então eles acompanhavam, eu fui bem tratada. A enfermeira chefe do posto que fazia o meu pré-natal, ela sempre me explicava tudo, fazia meu marido estar a par das coisas, eu gostei mas de lá (Serviço de Saúde do Guarujá) do que daqui (Serviço de Araras) eles não chamam o pai para participar. Eu também fui bem atendida, a única questão era que o pai não podia ir. (B)*

*Ele (aponta para o marido) foi junto comigo nas consultas de pré-natal. Ele foi em umas 3 vezes junto comigo, entrava na consulta, foi nos dois ultrassom, participou bastante, quando eu tive a bebê ele ficou comigo no hospital. Ele ia visitar a menina comigo. (A)*

Poucas receberam informações relacionadas ao parto e fazem estas buscas na internet e em sua rede social, com destaque às contribuições maternas.

*Não, não me falaram, eu procurei na internet, e perguntava pra minha mãe. (J)*

*Eu tive... tive muita curiosidade sobre o parto, eu não sabia o que era, como era, então eu peguei e perguntei pra minha mãe, e ai minha mãe me explicou. Foi minha mãe que me falou tudo de parto. (Be)*

*Acho que iam falar dos partos no finalzinho. A informação sei é da parte da minha mãe e do parto que tive. Minha mãe ficava falando, o dela nunca foi Cesária, só normal ela teve... ai ela falava que na hora doía mais, que a recuperação era bem mais rápida e Cesária você não podia fazer quase nada, na hora não doía, mas depois você não*

*podia fazer quase nada, eu sempre preferi mesmo o parto normal e meu primeiro filho foi normal também. (D)*

*Não essa parte ninguém me explicou, mas eu pesquisei no youtube como é que era... minha mãe me falou que o parto Cesária não ia sentir muita dor, mas o parto normal ela não explicou bem. Eu tinha medo da hora do parto, do parto mesmo. Cada um falava de um jeito, uns falavam que doía bastante, outros falavam que nem doía, ai tipo assim eu fiquei confusa cada um contava uma versão. (F)*

*Teve uma amiga que fez o planinho, que disse como queria o parto dela. Eu não tive isto não, mal falaram de parto. (pensa) De parto não falaram não, eu que fui olhando na internet e perguntando para as amigas. Eles (profissionais do pré-natal), não falaram não. Que eu me lembre não. (P)*

Muitas delas vivenciam a infecção urinária (n=7) enquanto intercorrência gestacional nos tempos de pré-natal, com recorrência do quadro.

*Eu tive infecção urinaria, tive 3 vezes tratava depois de um tempo voltava de novo. (F)*

*Eu comecei a reclamar de dor na barriga, ai minha mãe me levou no hospital um dia, era uma sexta –feira, depois ela me levou, ai o médico fez o exame de urina, eu estava com infecção muito forte, ai começou a tratar mais não deu tempo. (K)*

*Eu tive infecção urinária, tomava medicação tinha de novo, ai mais o médico falou assim que na verdade a infecção é normal ocorrer durante a gravidez, ai eu falei assim mesmo se eu tratar, ai ele falou mesmo se você não beber muito líquido a infecção pode voltar, ai eu não bebia muito água, então por isso que minha infecção voltou, porque eu demora pra ir no banheiro fazer xixi e demorava pra bebe agua.... ai por isso que minha infecção voltava... voltava.” (E)*

*Eu tive umas três infecções urinárias. Passava, dali a pouco de novo. E dizem que isto ajuda a nascer prematuro, né? O médico até tratava, mas não adiantava. Terminava o remédio logo já estava de novo. Vinha aquela dorzinha e eu já sabia, infecção de urina de novo. Corre pegar remédio. (P)*

### **6.3 DESACOLHIMENTO NO PARTO E NASCIMENTO**

As adolescentes trazem narrativas que revelam partos de urgência, usualmente precedidos de sinais ou condições que estão tipicamente associadas ao trabalho de parto prematuro, mas não tematizadas e/ou aprofundadas nas interações com os profissionais. Vivenciam o trabalho de parto envolto por intervenções e esforços para que a criança nasça e sobreviva.

Só na última consulta a pressão subiu...ai ela falou (a Médica)...você vai no posto direto medir a sua pressão pra ver se ela não vai subir...ai eu ia todo dia medir a pressão, quando foi uma semana depois, me deu uma dor de cabeça forte aqui dentro de casa...ai comecei a vomitar falei (nome do marido) me leva no hospital, ai pegou eu e levou pro hospital, chegou lá eles me deram um soro pra passar a dor e o vômito, ai eu falei pra ele apagar a luz...pra mim dormi... ai ele apagou a luz deu uma convulsão em mim. No outro dia me transferiram pra Araras. Lá eles deram injeção para fortalecer o pulmão dele, eu recebi duas doses, ai na sexta- feira o médico resolveu fazer a Cesária. (T)

[...]Foi tão rápido que quando eu ganhei ele eu não tinha nada pra ele. Foi isto, tive infecção.... Infecção de urina uma vez, depois deu a segunda forte. Fui no hospital medicaram-me ... eu voltei pra casa ...ai eu dormi e acordei de madrugada com sangramento, chamei minha mãe e nós corremos para o hospital, cheguei lá e falaram que eu estava com começo de dilatação ... ai eu cheguei lá já internaram pra tentar segurar. Era já 2:00 horas da manhã. Tomei uma injeção, como era o nome mãe ... ai eu tomei o corticoide, aí às 17:15 horas da tarde eu tive ele, eu tomei só uma dose de corticoide, porque não deu tempo ... ai ele foi direto pra UTI. Eu fiz 26 semanas e ele nasceu. (K)

“Então eu estava em casa não estava fazendo nada... estava deitada... ai eu fui na cozinha e achei que estava com dor na coluna né... ai eu já tinha tido uma vez dor na coluna e tinha passado no posto, ai ele passou um remédio pra mim, ai eu tomei e passou, mas nesse outro dia como faltava um dia pra mim ir na consulta eu fui dormir... ai eu estava dormindo eu sentia dor dos lados, mas não estava tão forte que nem na primeira gravidez não parecia que ia nascer...sabe contração. Ai eu esperei o outro dia já estava doendo mais e eu comecei a sangrar ...ai a gente foi pro hospital de carro. Quando eu cheguei tinha duas pacientes na minha frente, mas logo fui atendida, minha dor já estava piorando, ai a hora que a enfermeira fez o toque ela viu que tinha 4 cm dilatado, estava dilatando muito rápido...colocaram remédio pra tentar segurar mas não conseguiu... ai adiantou.” (D)

Este enredo de idas ao hospital em função da dor sentida, com encaminhamento profissional de dever ela retornar a sua casa sob a justificativa de ser a dor normal a sua condição de gestante foi comum.

Eu estava sentindo muita dor , ai eu ia na Santa Casa , me davam um soro na veia e a gente voltava, ia de novo ai eles falavam ...bem você está entrando no 8º. mês, não está na hora de nascer o neném ...e voltava pra casa ... eles falavam é normal você sentir a dor... voltava pra casa, acho que eu fui umas 3 vezes na semana no hospital, e eles mandavam pra casa, ai teve um dia que eu estava lá em casa assim, ai eu comecei a sentir uma dorzinha, mas eu achei que era normal, porque sempre falavam que era normal e eu não ia ficar indo no médico à toa, ai foi quando eu estava lavando a louça , ai começou a descer a água, só que era pouquinho, ai eu achei que estava fazendo xixi e não estava conseguindo segurar, ai fui tomar banho voltei a fazer o serviço de casa, ai tinha parado... depois voltou de novo... ai desceu aquele liquido... ai eu fui tomei banho de novo, ai pensei não está certo... ai depois de um tempo desceu com

*sangue, ai eu fui na minha sogra, ai ela falou você demorou demais, talvez é aborto [...] (A)*

*Um dia eu estava sentindo dor no pé da minha barriga... eu fui um monte de vezes na Santa Casa porque estava perdendo liquido, eles examinavam e falavam que não era nada e me liberavam pra casa. Aí, um dia eu fui no hospital e era um doutor de Araras, ai ele falou ... nossa você está perdendo liquido, vou ter que te encaminhar urgentemente pra Araras...me encaminharam, cheguei lá colocaram eu no soro e fiquei de repouso total por 3 semanas internada, ai no ultimo ultrassom não tinha mais liquido nenhum, ai fizeram a Cesária. (C)*

*Ahhh foi meio cansativo esse dia, meio correria ..foi pra lá e pra cá. Eu estava dentro do ônibus indo pra escola na verdade, ai comecei a passar mal... passar mal, mas já fazia uns dias que eu estava passando mal, ai liguei pra minha mãe, falei pra ela leva eu no médico, eu tinha muito enjoo, liguei pra minha mãe ela já estava no hospital, ai eu fui ... minha mãe não pode ficar comigo, minha mãe teve que voltar pro trabalho, ai eu vim pra casa, ai a minha vizinha que foi comigo, foi uma correria só, ai no dia seguinte minha mãe ligou pro meu pai ...falou ...explicou o que estava acontecendo o médico disse que eu estava perdendo liquido, ai tive sangramento também, ai fez dois cardiotoco em mim o bebe não estava mexendo muito ai eles partiram pra Cesária. (E)*

Destacam que ao longo do pré-natal tiveram mal-estar e fizeram idas frequentes aos serviços com visitas a certificarem-se se algo inesperado não estava acontecendo.

*Eu fiz umas (pensa) Acho que duas ... pausa ...três consultas, mas sempre que eu passava mal eu passava por consulta o médico me atendia. Então foram mais que três consultas.. (K)*

*A gravidez inteira eu passei mal, eu passei muito nervoso na minha gravidez, tive uma depressão, tive bastante infecção de urina, desmaiava muito porque tinha muita briga na minha gravidez, tive uma convulsão e conjuntivite, mas nunca fiquei internada passava mal, vinha pro hospital era atendida e depois me liberavam. (J)*

Nas interações com os profissionais foi usual sentirem que esses tinham desconfiança em relação à informação ofertada por ela, assim como sentiu-se depositária de tomadas de decisões médicas. Ou seja, a autonomia dela foi pouco buscada.

*[...] ai quando chegou no hospital o médico falou assim pra mim: 'Você está grávida? Mas você não tem barriga... eu acho que você não está, ai ele via a carteirinha e disse você não está de tudo isso de semana, ai eu contei que estava indo lá com dor e só me davam soro e me liberavam...ai ele foi pesquisar e disse nossa seu bebê parece ser muito pequeno, ai eu entreguei o primeiro ultrassom pra ele... ele viu e disse que tinha alguma coisa errada e me perguntou se não tinha o segundo ultrassom... eu disse que ia pegar o resultado*

*no dia seguinte .... ai ele perguntou quem estava comigo, e eu disse que era minha cunhada, ele conversou com ela e ela foi buscar o outro ultrassom... ai ele viu que eu estava de menos semanas ,e me disse que não tinha UTI , a gente vai ter que te mandar pra Limeira ou Araras e ver qual tem vaga pra você, ai ele me internou e ficou me dando um soro pra segurar o neném... ai ele falou a bolsa já é bolsa rota... quase não tem mais líquido, no mesmo dia conseguiram me transferir para Araras, cheguei era 23:00 horas e quando foi meia – noite e pouco ela nasceu”. (A)*

Existiram ainda adolescentes que revelaram vivências sugestivas de incipiência de apoio e suporte profissional para o trabalho de parto e parto, com impacto para a tranquilidade e controle da situação. Vivenciam tensão, ansiedade e medo.

*Eu nunca fui na maternidade por nenhuma dor, como eu não sabia o que era contração, eu estava sentindo contração em casa, mas eu achei que era cólica... ai eu fui tomar banho e começou aquela dor e veio de 5 em 5 minutos, e ai, como eu não sabia eu liguei pra uma amiga pra perguntar porque estava doendo. Ai ela me ensinou como que conta... ai meu marido e minha mãe decidiram me levar pro hospital, porque como eu nunca tinha ido né. Eu estava assustada já... ai quando eu fui lá ... ahh antes disso acho com uns 4 meses eu já estava com 3 dedos de dilatação, ela já estava encaixada, só que eu não estava sentindo nada, não estava sentindo dor nem nada, mas quando eu cheguei na maternidade já estava saindo um liquido meio amarelado, uma gosminha já, ai o Doutor fez o toque e disse que eu estava tendo contração, que ela estava querendo nascer, eu fiquei internada 5 dias tomando brycanil e buscopan acho... ai no sexto dia ela nasceu. Eu tive parto normal e ganhei ela no quarto onde eu estava internada, eu ganhei ela sozinha com a minha mãe, porque a Enfermeira (nome da enfermeira) deu uma saidinha rapidinho para chamar o Doutor, ai ela nasceu”. (B)*

*Desde os 7 meses eu estou sentindo a contração pra ele nascer, ai eu entrei em trabalho de parto aos 7 meses, eu sentia dor no espinhaço, mas eles não deixaram o bebe nascer.... Eu fui transferida pra Araras fiquei 3 dias internada ai com 8 meses 34 semanas ele não queria ficar, já estava dilatando mesmo pra nascer, ai eu sentia aquela dor forte só que eles falava que não podia nascer, ai teve uma hora que dilatou pra 8 ai não teve jeito de segurar, ai foi a hora que eles me levaram pra sala de parto, só que não tem como eu te contar especificamente porque eu desmaiei, ai na hora que o neném nasceu eu apaguei. (F)*

Houve adolescentes que deram entrada no serviço hospitalar em fase expulsiva do parto, dentro do serviço necessitaram fazer a busca pela assistência e, uma delas vivenciou a negativa da presença do acompanhante justificada pelo fato da criança ser prematura.

*“Eu cheguei lá no hospital e estava com a contração muito forte, até agente foi de carro teve que parar o carro, um pouquinho porque*

*estava doendo demais, ai eu cheguei lá a gente foi levar os papeis, ai as enfermeiras não estavam lá estavam nos quartos, ai minha mãe viu uma chamou ela e entregou, porque estava dando a contração de pouco em pouco tempo de um em um minuto, eu não estava aguentando de dor, ai a gente foi ali na salinha de espera, esperando o médico, ai como eu estava chorando de dor, minha mãe chamou o médico, ai eu entrei na sala fez o exame, ai ele falou pra levar eu direto pra sala de parto, porque eu estava com quase dilatação total, e ai ele me colocou no soro pra tentar segurar, ai a enfermeira fez o toque de novo e falou que o soro não ia adiantar, que meu bebê já estava lá estava completamente dilatado, que a única coisa mesmo que estava segurando era a bolsa, ai ela chamou o médico e ele fez o meu parto, eles não deixaram minha mãe entrar na sala de parto, pelo fato de ser prematuro, de ter correria e tal, ai eu fiquei com um pouquinho mais de medo, porque a gente vê pessoas que não conhece e ai tá assustada, por ter ouvido várias histórias, ai eu fiquei com um pouquinho de medo, essa enfermeira tinha ficado cuidando de mim em uma outra semana que fiquei internada, então ela foi que nem uma mãe pra mim, foi me acalmando, foi me orientando a que fazer, ai foi super tranquilo, ele nasceu rapidinho, acho que eu fiquei uns 15 minutinhos na sala de parto, ele nasceu rapidinho.[...] Quando eu estava na sala de parto eu acho que era uma pediatra, ela falou pra mim, e tal, mas eu estava bem assustada, assim eu sei que eles não podem dar esperança pra gente falar que vai ficar tudo bem, porém ela falava assim pra mim de uma forma que parecia que ia ficar tudo mau, e ai falava que o neném podia nascer roxo, sem respirar, ele não queria que o bebê nascesse naquele momento, porque as chances eram mínimas, então isso me assustou bastante, mas eu sabia que ele teria que ir pra lá. (M)*

*Eu estava tendo contração em casa, ai eu cheguei aqui a medica disse que ele não podia nascer, porque se ele nascesse ele ia morrer porque ele era muito prematuro, ai eu internei eu cheguei com 2 cm de dilatação, quando ela foi me examinar eu estava com 7 dedo de dilatação, ai quando foi 04:00hrs veio fazer o toque de novo eu já estava com 10, já tinha dilatado tudo, eu tava com soro pra tentar segurar, mas nasceu assim mesmo. (J)*

Algumas adolescentes buscaram apoio informacional nas redes sociais, com especial curiosidade acerca do parto normal e da cesariana. Este movimento ocorre pelo incipiente acolhimento na atenção pré-natal.

*Ahh eu pesquisei bastante coisa, porque acho que das pessoas o que eu ouvi se eu fosse colocar na minha cabeça, nossa sei lá eu acho que ia entrar em desespero, porque a gente sempre escuta que doi demais, aquele negócio que apavora a gente, ai eu fui pesquisar pra saber como que era como que acontecia assim no parto normal ... acho que pesquisei mais do parto normal mesmo. (M)*

#### **6.4 ACOLHIMENTO DE FAMILIARES E AMIGOS**

A gestação da adolescente é uma situação vivida por ela e pela família, com compartilhamento de crenças, rituais e informações. Para a maior

parte delas, esteve marcado enquanto um evento que trouxe alegria e estreitamento de laços entre membros familiares, em especial das figuras femininas que passam a ser acionada na direção do apoio informativo. Foi comum a informação surgir enquanto necessidade, pelo acolhimento informativo incipiente vivenciado nas relações com os profissionais.

*“Nossa... Todo mundo ficou muito feliz, primeira neta da família, foi bem aceita, quando eu ia na consulta sempre me perguntavam como tinha sido. No ultrassom toda a família queria ir na verdade, mas aí a gente foi fazer um chá de revelação, aí minha cunhada que viu o sexo do bebê pra fazer o chá.” (D)*

*As vezes tinha coisas que eu não entendia que me falava no Pré-Natal, mas aí eu perguntava pra minha sogra e pra minha mãe. Às vezes eu perguntava pro médico, mas também ficava meio na dúvida. (F)*

A percepção da família, em especial dos pais dela e dos pais do pai da criança estão apresentados como de relevância à adolescente, com repercussão para a vivência e aceitação da gestação e parentalidade. Contar com o suporte dos mesmos é um elemento que afeta o enfrentamento, tanto potencializando quanto minimizando-o. Poder conversar e compartilhar as questões envolvidas na gestação com a família é aspecto quisto pela adolescente.

*Então da parte da minha mãe ela foi junto comigo, minha mãe é assim super minha amiga acima de tudo, ela me ajudou bastante, ela foi junto comigo, ela vi, ela gostou, acho que ela foi a pessoa, junto com o pai dele que me ajudou a tirar tudo aquilo de ruim na minha cabeça (percepções iniciais negativas acerca da situação), ela me ajuda com tudo que necessito, então da parte da família da minha mãe foi super ótimo. Aí da parte do pai dele, foi como eu falei no começo meu sogro e minha sogra eles falavam um pouquinho, por ele estar preso não devia ter deixado isso acontecer, porque ele não ia poder ajudar sabe ...meu falou até muitas coisas pesadas e aí depois eles aceitaram, eu morava com ela né, e aí ela super participou também, aí a gente começou meio que aceitar tudo. Depois nas consultas elas (sogra e mãe) sempre me perguntavam, como foi, como eu estava se teve alguma interferência, aí eu explicava para elas. (M)*

No trabalho de parto e parto, o apoio da família enquanto referência para tomada de decisões está explícito nos excertos acima e a seguir. A família, em especial na figura do companheiro, mãe e sogra, desponta-se como apoio à adolescente. Eles ofertam informações e/ou direcionam tomadas de

decisão, com destaque àquelas relacionadas com o trabalho de parto e ida à maternidade/avaliação profissional.

*O (nome do marido) me apoio, minha sogra, meu sogro, minha mãe mas ela não participou muito porque ela não mora aqui, ela mora no Pará, meu marido me apoio muito, principalmente quando minha pressão começou a subir. (T)*

*Sim meu marido, minha mãe, a família do meu marido também apoiou bastante, nós moramos aqui com eles, só o meu marido que ficou chateado porque ele não podia ir junto comigo nas consultas como era no Guarujá, mas ele sempre me perguntava como foi a consulta. (B)*

*Sim minha mãe e meu marido me apoiaram.... Minha mãe falava que eu ia gritar de tanta dor na hora do parto, mas que ia passar. [...] Ninguém me falou sobre o parto... procurei na internet e depois fiquei com medo... muito medo...minha mãe me colocava medo, dizia que era uma dor insuportável". (C)*

*[...] ai minha sogra disse que se eu tivesse tomado a vitamina (sulfato ferroso) o neném tinha desenvolvido melhor. (A)*

*Meu namorado foi de início quem me apoiou, ainda é quem mais me apoia, assim no lado do psicológico. Ele não fica fazendo comentário que fere. Sabe, ele fala você vai conseguir cuidar sim, você vai conseguir no parto, tudo ele fala assim. Isso ajuda. [...] Nas consultas de pré-natal ele entrava, mas não falava nada, nem nada. Depois que a gente trocava ideia. Na hora do parto foi ele que eu quis perto. Pena que teve que ser cesárea. (P)*

As participantes deste estudo trazem apontamentos que se articulam com a influência das histórias, valores e crenças familiares na vivência da gestação e estão reconhecidos e ponderados na experiência das adolescentes. Questões relativas a: posição na família, sexo da criança, reação do pai, opinião de mãe e sogra foram mencionadas.

*Eu fiquei com muito medo de contar pro meu pai (da gravidez). (K)*

*Depois que ele (companheiro) ficou sabendo que era um menino, porque ele tem 2 meninas, ai ele falou eu quero um menininho, ai ele foi comigo fazer o ultrassom, saiu de lá chorando...veio até aqui em casa chorando...que era um menino (T)*

*Sabe quando eu descobri que tinha diferença nos dois ultrassons eu tive medo, porque eu lembrei da minha prima que nasceu prematura, ela quase morreu e todo mundo vivia falando neném prematuro é difícil, ai eu ficava com medo chorava... chorava muito, tinha medo de nascer com alguma mau formação. Lá no hospital mesmo quando eu tava lá, eu chorava muito... (A)*

*"Ele (companheiro) não reagiu muito bem, porque ele não sabia que eu queria engravidar, eu queria, eu falava que se mesmo que eu*

*engravidasse e ele fosse embora, eu queria... minha mãe foi difícil, ela mandava eu embora de casa, a minha sogra falava “ ah, vocês dois não tem cabeça”, mas depois bajularam bastante ... bem depois... minha mãe foi bem difícil, mas depois aceitou, mas ela é mais afastada”. (A)*

## **6.5 TEMPOS DE UTIN, TEMPOS DE RESTRIÇÕES.**

Vivenciam, no nascimento da criança, a não oportunidade de contato com a mesma. E, a ida para a UTIN, apesar de muitas vezes esperada, é recebida com tristeza e tensão, existindo algumas adolescentes que evitaram, inicialmente, a interação com as pessoas.

*[...] mas quando ela nasceu e foi para a UTIN eu fiquei muito triste, não falava com ninguém quando a enfermeira entrava no quarto eu fingia que estava dormindo. (B)*

*Ela nasceu e eu não consegui ver ela, porque ela foi direto pra lá (UTIN)... eu imaginei que ela iria para lá, porque ela era muito pequenininha ela não conseguia respirar direito. (D)*

Quando, na história da adolescente, ela compartilhou situações de prematuridade, essas são tomadas em reflexão, sobretudo os aspectos negativos da experiência. As construções sociais acerca da prematuridade presentes em seu círculo social acabam, de forma prevalente, a determinar sentimentos de medo e preocupação com a vida da criança.

*Senti medo, eu lembrei da minha prima que nasceu prematura, ela quase morreu e todo mundo vivia falando neném prematuro é difícil, aí eu ficava com medo chorava... chorava muito, tinha medo de nascer com alguma má formação. Quando soube que ela estava indo para UTIN, estas coisas vem. (A)*

Deparar-se com a pequenez e vulnerabilidade (em especial para respirar) da criança em associação com as tecnologias assistências acopladas ao seu corpo é uma cena difícil à adolescente, mobilizando piedade para com a criança. Receber explicações acerca do que vem e pouco entendem traz conforto e ajuda a lidar com o medo da perda.

*Ah eu vim embora mas queria saber dela, como ela estava, mas depois quando eu vi ela lá ... NOSSA cortou o meu coração tadinha ela era muito pequenininha, não conseguia respirar direito... eu fiquei bem assustada (D)*

*Quando eu fui ver ele na neo, nossa é inexplicável a sensação que a gente sente, ver uma coisinha tão pequenininha, a gente assim tão imatura né, ai sei lá quando a gente ve aquilo a gente conhece o amor de verdade, ai nossa foi inexplicável, [...] não conseguia parar de pensar nele,. (M)*

*Eu fiquei muito mal, fiquei mal, chorei bastante, quando eu fui ver ele na Neo, eu achei que ele não ia sobreviver...fiquei assustada de ver a respiração dele, pensei mesmo que ele não ia sobreviver... eu achei que ele não tinha chance nenhuma. (J)*

*[...]nossa eu chorei bastante assim na hora de ver um nenezinho tão pequenininho, mas a gente fica super preocupada, mesmo que já sabe que ele provavelmente vai para lá (UTIN). [...] Eu até que não tive medo de perder ele, eu cheguei lá e vi que ele bem, ele é bastante agitado sabe... a pediatra foi lá e falou pra mim, por ser um bebezinho prematuro ele não precisou de auxílio de nada pra respirar, nasceu chorando, ficou chorando até a hora que chegou lá ( Uti Neo) então isso me acalmou bastante (M)*

*“Quando eu fui ver ele na UTINeo eu fiquei assustada com aqueles aparelhinhos, começaram a apitar, ai eu falei o que está acontecendo com o meu filho, ai eles (profissionais da enfermagem) foram me explicando, acalmava um pouco”. (C)*

*“Ver ele lá, minúsculo e cheio de coisas. Aquilo mata, dá um aperto no peito, um medo muito grande. Assusta muito. (P)*

Ao longo do contato com a criança, constroem uma imagem de ser ela guerreira, de lutar para transpor a situação, trazendo esperanças de que a criança consiga sobreviver. Contudo, derivado das interações com os profissionais, em especial médicos, sobressai um recolhimento desta esperança. Vivenciam por vezes indicativas para não se apegarem à criança.

*[...] mas eu achei que ela era bem forte e ai nas visitas o médico falava que ela estava melhorando todos os dias, estava parando a apneia dela... ela estava melhorando. Trazia alegria. (D)*

*Ai teve uma Pediatra que falou pra mim não ter muita esperança com ele, que ele não tinha muita chance, nesse dia eu fiquei mal ...muito mal ... nossa chorei muito...muito...muito, ai a psicóloga da uti veio conversar comigo, meu leite não tava descendo mais, ai eu comecei a tomar um remédio pra ver se descia, elas me ajudou muito lá em cima ,as enfermeiras lá eu não tenho do que reclamar É muito ruim você ter que ir embora e deixar o seu filho no hospital. (J)*

*Cheguei a ouvir para eu não me apegar, que com criança prematura pode acontecer de tudo. Nossa, é muito ruim, muito ruim. Você querer amar e ter medo de amar. (P)*

Ao lembrarem os tempos em UTIN, destacam como críticos dois momentos: as primeiras vezes em que a criança é colocada em seu colo e o

momento da alta hospitalar da puérpera. Nesse último, vivenciam sentimentos como preocupação, culpa e tristeza. O desejo é de seguir próxima da criança, de estar continuamente com ela ali.

*O mais difícil pra mim foi quando eu peguei no colo, eu fiquei um mês pra pegar ela no colo... eu tinha medo de perder ela (olhos cheios de lágrimas)". [...] Lá no hospital mesmo quando eu estava lá, eu chorava muito... nossa eu entrava em desespero, ainda mais no dia de ir embora, eu ficava pensando eu vou embora e ela vai ficar. (A)*

*E quando eu tive alta e tive que deixar ela (filha) no hospital me senti culpada, achando que era minha culpa...ai quando eu fui indo nas visitas e vendo que ela estava ficando boa essa preocupação foi passando, minha mãe e meu marido me ajudou muito (olhos cheios de lágrimas)". (B)*

*Eu senti uma tristeza (olhos enchei de lágrimas) ter deixado ela e ter ido embora, eu preferia ter ficado com ela do que ter ido embora, então não podia eu tive que ir embora...chorei, fiquei com medo. A gente quer estar perto, acompanhar tudo. (Be)*

*Eu só pude segurar ele depois de 9 dias que ele tinha nascido, e tipo assim é uma coisa que toda a mãe deseja, é o filho nascer e carregar, pode sentir, pode dar mamar que eu não pude dar ainda, então isso é ruim. (M)*

*Então a hora que a gente vem pra casa a gente fica pensando ...nossa será que ele melhorou, será que vomitou de novo, então essas eram as minhas preocupações, mas a gente sempre espera o melhor né. (M)*

O desejo da adolescente é de permanecer próxima de sua criança na UTIN. Todo o ambiente da UTIN, em especial a aparelhagem utilizada e seus alarmes, associados às incipiência de acolhimento informacional, determinam tensão e preocupação às mulheres. Receber explicações/informações sobre a criança e as tecnologias assistivas conforta, assim como o estabelecimento de uma leitura de ser a equipe de enfermagem zelosa no cuidado com a criança. Porém, de todo modo, o desejo era de estar lá cotidianamente, integrada em termos de acompanhamento informacional da evolução do quadro da criança, aspecto por vezes vivenciado via telefone quando a distância. Algumas, adolescentes deste estudo dependiam do transporte municipal para se fazerem presentes na UTIN.

*[...] quando eu não podia ir na visita ainda mais de final de semana porque aqui a gente não consegue ambulância pra levar a gente pra Araras, ai elas passavam a informação por telefone e isso ajuda. Só que eu queria mesmo era estar lá (UTIN). (C)*

*[...] mas eu acho que cada dia lá é assim, uma superação porque a gente vê ele lá, a gente sabe dos riscos, que nem outro dia a médica me disse que os exames deles tinham vindo um pouco estranhos,mas que ela pediu pra repetir, ai quando cheguei já perguntei e já tudo normal, a gente fica muito preocupada, ai eu vi ele vomitar na visita por causa do leitinho, ele não está acostumado... a gente vem pra casa a gente fica pensando ... nossa será que ele melhorou, será que vomitou de novo? [...] As meninas (equipe de enfermagem) lá são super atenciosas, elas são super simpáticas com a gente, também explicam tudo o que a gente precisa saber, então eu sabia que ele estava bem cuidado, mas ao mesmo tempo a gente fica triste, ah de saber eu não pude segurar, não pude curtir né ... ter a sensação de saber como é ele mamar, então isso é bastante triste. (M)*

De todo modo, vivenciam o tornar-se mãe sob a restrição do contato com o filho e, por mais que o contexto não favoreça, o sentimento da maternidade eclode com a concretude da criança, é vivo e forte.

*O dia que eu vi ele, que foi o dia que eu comecei a entender o que é ser mãe, eu senti uma emoção, como se ele fosse uma parte de mim. No outro dia ele, foram falar comigo, ai eles falaram que o bebe tinha que ficar na neo, porque nasceu com infecção, ai eles explicaram, ai só no dia que eu tive alta eu pude ver ele, porque antes eu estava passando mal, minha pressão estava caindo direto. (F)*

## *Discussões*

“A educação é a arma mais poderosa para mudar o mundo” Nelson Mandela

## 6. DISCUSSÕES

A escuta qualificada é ponto de partida para o planejamento de ações na perspectiva da integralidade junto a adolescentes (LUZ et al., 2018). Porém, os resultados deste estudo assinalam lacunas no acolhimento das mesmas na atenção pré-natal, melhor, desde tempos anteriores a ela, com permanência em tempos posteriores.

O estudo teve o limite de tomar apenas a perspectiva da adolescente, com indicativas de outros estudos que tomem perspectivas distintas e/ou as integre, como de familiares, amigos das adolescentes, profissionais, entre outros. De todo modo, percebe-se que acesso e acolhimento estiveram insuficientes, em muito pelo fato da relação interpessoal entre profissional e adolescente não alcançar sua pessoa, sua história, suas demandas e necessidades.

O pré-natal direciona-se a avaliar e acompanhar a saúde da mulher e de sua criança, com desdobramento aos desfechos de morbimortalidade materna e neonatal, inclusive em termos de partos prematuros e do baixo peso ao nascer (SOUZA et al., 2017). Ainda, intenciona alcances no processo de tornar-se mãe, no empoderamento da mulher adolescente na vivência desta transição no ciclo vital individual e familiar. Desse modo, incipiências em termos de qualidade são críticas e vêm sendo apontada como constante na realidade brasileira (NUNES; GOMES; RODRIGUES; MASCARENHAS, 2016), aspecto endossado pelos resultados deste estudo.

Embora o Brasil esteja entre os países signatários dos ODS, que em seu terceiro objetivo busca compromissos com a mulher e criança (VOGEL et al., 2015). Ainda, vem buscando efetivar a Rede Cegonha, política que busca assegurar direitos e qualidade da atenção às mulheres ao longo da gravidez, ao parto e ao puerpério, assim como à criança desde os tempos intrauterino, até seu segundo ano de vida (BRASIL, 2011). Poucas são as mudanças encontradas tanto frente a qualidade da assistência quanto a redução da (MM) materna e neonatal.

Diante disto, o compromisso do profissional de saúde e a assunção de responsabilidade pela qualidade da atenção pré-natal prestada é

fundamental. Contudo, pelas colocações das adolescentes deste estudo, diferente do recomendado por Vieira (2017), as contribuições foram restritas, em especial no que tange o enfrentamento das situações que advieram das condições gravídicas, de parto prematuro e estada na UTIN.

As adolescentes participantes deste estudo tinham idade entre 15 e 18 anos, faixa etária na qual prevalece a ocorrência da gestação nessa população, apesar de não ser a descrita como de maior incidência para partos prematuros Segundo Estudo desenvolvido em Ribeirão Preto, estado de São Paulo (SP) junto a 200 adolescentes de 19 anos, na condição de grávidas com mais de 36 semanas gestacionais ou puérperas, identificou como idade média da primeira relação sexual 14,6 anos (SANTOS et.al, 2018). O que vai de encontro com este estudo.

Segundo um estudo populacional brasileiro identificou que as mulheres com idade entre 10 a 14 anos tiveram incidência maior de partos prematuros quando comparadas com aquelas entre 15 a 19 anos (SOUZA et. al, 2017).

Estudo realizado em por Santos et al., (2017) aponta estar à gravidez na adolescência relacionada com Pré-natal inadequado, menor número de consultas e início tardio Identificamos que a maior parte das participantes deste estudo teve sua primeira consulta de pré-natal dentro do trimestre esperado, mas em tempos mais próximos de seu limite superior. Quanto ao número de consultas essa também esteve bem próxima do mínimo preconizado, contudo pariram prematuramente, sobretudo em torno da 31<sup>a</sup> semana de IG. A média de início do Pré-natal encontrada em estudo nacional desenvolvido na região Sudeste foi próxima à nossa, ou seja, com cerca de três meses de gestação. Este achado atende à recomendação de início precoce do Pré-natal, com desenvolvimento da primeira consulta no primeiro trimestre gestacional, posta no PHPN, um dos documentos orientadores da atenção pré-natal no Brasil (BRASIL, 2002). Porém, quando o início do Pré-natal de gestantes adolescentes acontece tardiamente, há relação direta com a não adesão ao Pré-natal, assim como com qualidade da assistência prestada pelos profissionais e pelos serviços de saúde (FERNANDES et al., 2015).Este fato corroboram com o estudo onde as adolescentes relatam a falta de

assistência e acolhimento de qualidade seja ela pelo profissional ou pelo serviço de saúde.

As diretrizes do MS, devem ser realizadas no mínimo, seis consultas de pré natal durante a gestação, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três ou mais no terceiro trimestre (BRASIL, 2002). O número inadequado de consultas de pré-natal e o início das consultas tardiamente podem resultar em falta de informações e os benefícios do Pré-Natal, assim como a não inclusão do companheiro (COSTA, TAQUETTE, 2017). Neste estudo, todos os companheiros foram incipientemente incluídos, mas houve limitação em explorar o motivo. Desse modo, fica a sugestão de estudos futuros voltados a explorar com densidade como se dá a inclusão do homem no pré-natal de adolescentes. Parte do profissional de saúde o convite? É solicitação da mulher? Do próprio homem? O que sustenta e mantém a inclusão? Estudos nesta direção ampliariam evidências para discutir apoio social na gestação e nascimento na adolescência.

A compreensão de que o homem, igualmente à mulher, vivencia a assunção de um papel social, com implicações ao seu ciclo vital individual e familiar, implica na sua inserção nos espaços de atenção à gestação, parto e nascimento (TOKHI et al., 2018). É direito do homem integrar as consultas de pré-natal, o parto e nascimento e, tal participação tem potencialidade de efetivar apoio a companheira/esposa (FERREIRA et al., 2014) , assim como favorece a vinculação com a criança e amplia as possibilidades de participação ativa no seu cuidado (NOGUEIRA; FERREIRA, 2012). Ou seja, a inserção do homem no pré-natal aumenta-se chances de desdobramentos positivos nas expressões de parentalidade e de saúde materna e da criança (TOKHI et al., 2018). Ocorre que esta inserção, assim como neste estudo, vem sendo incipiente e escassa no cotidiano dos serviços de saúde (RIBEIRO et al., 2015), tanto os da (AB), quanto os de âmbito hospitalar. Homens possuem necessidades, de âmbito informacional, emocional e prático, quando tendem a ser acolhidos por amigos e familiares (HUUSKO et al., 2018).

Algumas adolescentes deste estudo identificaram e perceberam a necessidade de seu companheiro em ser inserido nas questões relacionadas à gravidez, parto, nascimento e cuidado da criança na UTIN. Significam que o

não acolhimento tem desdobramentos à vivência delas, com implicações em termos dele se efetivar enquanto um recurso de suporte de forma mais efetiva, na direção de se efetiva enquanto apoio social. Quando ele não encontra suporte, tem lacunas em termos de apoio social e, com desdobramentos a poder efetivar-se enquanto apoio a outrem. O apoio social, construto multidimensional, emerge das e nas relações estabelecidas na rede social, sendo essa entendida como as pessoas com quem se mantém contato, seja na família ou instituições (BORGES et al., 2016). Reside em relações interpessoais e contribuições ou não dessas ao processo de enfrentamento de uma dada situação/evento. Quando apoio, envolve laços de afeto, consideração e confiança entre pessoas da rede social, com implicações ao bem-estar e saúde. Ao negar-se acesso e acolhimento ao homem na atenção pré-natal, no parto e nascimento e na UTIN restringe-se edificação de apoio social (AMBRÓSIO; SANTOS, 2015).

Além de o homem vivenciar, na percepção das adolescentes dificuldades de inserção nos espaços de atendimento à saúde, o mesmo ocorre com a família. A família da adolescente esteve significada por ela enquanto um relevante apoio social. Destaca-se aqui, o papel da mãe da adolescente durante o ciclo gravídico-puerperal.

Assim, percebeu-se que, quando há necessidade de acionar rede de apoio, as gestantes adolescentes fazem um movimento de recorrerem às suas próprias mães, indo de encontro à estudo que pondera o apoio da família, com predomínio às figuras femininas, sobretudo quando questões sociais e de gênero são colocadas em pauta, reafirmando o papel da mulher enquanto cuidadora responsável do lar e dos filhos (LEVANDOWSKI; MUNHÓS; RODDE; WENDLAND, 2012).

Recente estudo, realizado em Minas Gerais, encontrou dados semelhantes ao que concerne a rede de apoio das adolescentes gestantes. As mães das adolescentes grávidas foram entrevistadas e demonstraram pouca intimidade e liberdade na abordagem da sexualidade para com suas filhas, demonstrando o desafio do diálogo, sobretudo nessas temáticas, encontrando barreiras para prevenir a gravidez na adolescência. Contudo, com o estabelecimento da maternidade pelas, as mães assumem o papel de apoio,

ainda que considerem a gestação na adolescência um erro. O estudo ainda discute que, esse apoio se deu processo de identificação, pois o mesmo ocorreu às mães no passado (PEREIRA; SILVA; BARBOSA; CORREIO, 2017).

Esse processo de identificação de si enquanto mãe adolescente no passado também ocorreu em outro estudo (TISSOT; FALCKE, 2018). Os autores entrevistaram três mães de adolescentes gestantes, pautando-se na lacuna da literatura científica brasileira na investigação do tema, e os resultados demonstraram um processo de transgeracionalidade da gravidez na adolescência, ou seja, as entrevistadas, agora exercendo papel de avós, também vivenciaram a gravidez na adolescência, fato que pode contribuir para o apoio da adolescente.

Contudo, diante das discussões, identifica-se a necessidade de ampliar a inserção e a participação da família e, sobretudo da mãe da adolescente grávida no processo do Pré-natal e anterior a ele. Considerando que o planejamento ou o não planejamento da gravidez carrega aspectos familiares, a exemplo da transgeracionalidade, práticas parentais - agressivas, de permissividade, autoritarismos - desempenho da parentalidade e etc (SILVA, 2017; TISSOT; FALCKE, 2018). Torna-se necessário investimento que aborde a história de vida dessas adolescentes, que reconheçam suas estruturas familiares, de modo que as intervenções antes ou durante a assistência pré-natal tenham significado para a adolescente, trazendo a família e a mãe no sentido de um processo colaborativo na vida da adolescente.

Inspiradas no impacto social que a gravidez na adolescência acarreta, um grupo de pesquisadores vem desenvolvendo um projeto denominado Programa de Jovens Mães Cuidadoras (PMJC). Trata-se de um programa de visita domiciliar (VD) ofertado à gestantes adolescentes por enfermeiras. A implementação da VD como tecnologia de intervenção ao pré-natal possui enquanto um dos seus objetivos “ *melhorar e aprimorar a rede de apoio familiar e social da adolescente*”, sendo a rede social um dos assuntos abordados, pautando a mãe da adolescente como grande fonte de apoio (FRACOLLI; RETICENA; ABREU; CHIESA, 2018). O estudo parte do pressuposto de que a VD é um potencial espaço para o cuidado, centrando-se nas particularidades e histórias das famílias, indo de encontro ao que foi

discutido até aqui, na importância de se abordar e acolher a família e a adolescente como um todo, de forma integral.

Ainda, quando pensamos na questão acolhimento, para o MS acolher é dar ouvidos, dar créditos, agasalhar, receber, atender, admitir, ou seja, o acolhimento é uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de” uma atitude de inclusão (PARENTI et al., 2018) A ideia de acolhimento esteve pouco presente nas relações com os profissionais e, por vezes essas relações poderiam ser caracterizadas enquanto violentas, seja nos tempos de pré-natal, de parto nascimento, quanto nos tempos em UTIN.

Especificamente a Violência Obstétrica (VO) é uma expressão utilizada para descrever e agrupar diversas formas de violência (danos) durante o cuidado obstétrico profissional. Inclui maus tratos físicos, psicológicos e verbais assim como procedimentos desnecessários e danosos (epiotomias, restrição de leitos no pré-parto, clister, tricotomia e ocitocina quase de rotina) (TESSER et al.; 2015),( PEREIRA et al., 2016), (ESTUMANO et al., 2017). Ela está caracterizada enquanto apropriação do corpo nos processos reprodutivos das mulheres pelos profissionais de saúde, através do tratamento desumanizado, provocando perda da autonomia e capacidade de decidir sobre o seu corpo e sexualidade, resultando em um impacto negativo na qualidade de vida das mulheres. (ESTUMANO et al., 2017). As adolescentes deste estudo significaram os atos dos profissionais no cuidado obstétrico enquanto agressivos, lesivos e/ou marcado por desinformação.

Nesta direção, as participantes revelaram não ter vivenciado discussões acerca do trabalho de parto e parto no pré-natal, assim como não realizaram um plano de parto. Estudo nacional reforça esta lacuna temática nos espaços de pré-natal ao revelar que apenas 40% das mulheres tinham recebido orientações sobre as práticas benéficas para o trabalho de parto, sendo as maiores orientações sobre gravidade e sinais de risco (TESSER et al., 2015). Faz-se necessário mudar esta visão orientando a gestante e a família sobre os benefícios do parto normal e as possíveis complicações de intervenções questionáveis e assim, oferecer condições para que a mulher possa exigir um atendimento obstétrico seguro e digno (TESSER et al., 2015). Isto não esteve garantido às participantes de nosso estudo.

No Brasil, uma das discussões que está intimamente relacionada com a VO é a via de parto, mais especificamente o excesso de cesarianas (TESSER et al., 2015). Das onze participantes deste estudo, cinco foram submetidas a cesarianas, fato que pode estar sustentado pelo risco de vida da criança ou condições do parto, aspectos que a coleta de dados não alcançou e desse modo limita afirmações. No geral, há um grande número de cesárias realizadas no Brasil (TESSER et al., 2015).

A Lei Nº 11.108 de abril de 2005, obriga o Sistema Único De Saúde (SUS), da rede privada ou conveniada, devem permitir a presença, junto à parturiente, de um acompanhante, de sua indicação durante todo o período de trabalho de parto (TP), parto imediato e pós- parto. As parturientes devem ser submetidas a procedimentos com requisição prévia de sua opinião, evitando expô-la a sofrimentos desnecessários. O Brasil desenvolve algumas políticas públicas segundo a SPM (Secretaria de Políticas Públicas para a Mulher) (PEREIRA et al., 2016). Um exemplo utilizado é a construção de plano de parto, esta prática foi iniciada na década de 1970 entre mulheres europeias que reivindicavam controle sobre o seu próprio corpo no contexto da crescente medicalização (TESSER et al., 2015).

Este método exige da mulher um esforço para entender e expressar seus valores pessoais, medos e necessidades no processo parturitivo e se mostra facilitador. A comunicação com a equipe de assistência e a sua elaboração convida a mulher, auxiliada por seus cuidadores a refletir sobre as práticas benéficas e danosas sobre seus direitos durante o processo de parturição (TESSER et al., 2015).

A VO ainda é um assunto pouco presente na sociedade, devido a falta de conhecimento da gestante, assim como a deficiência de informações ofertadas durante o Pré-natal, o parto e pós-parto. O profissional de saúde tem o papel importante para incentivar, permitir e garantir a parturiente sua autonomia no momento do parto, sua liberdade de escolha ao método e de somente interferir nas questões que forem realmente necessárias. Deixar de lado o papel do profissional da saúde que desvaloriza e desrespeita a dignidade da parturiente onde por muitas vezes a VO se esconde no interior das instituições públicas e privadas por se tratar de ser tão comum e frequente,

e não ser vista por eles como uma violência e sim uma rotina do dia a dia dos profissionais. Infelizmente, os achados deste estudo revelaram a presença da VO junto às adolescentes e lacunas na atenção pré-natal que aumentaram chances da ocorrência da mesma.

Neste contexto, outro fator que se articula com o cuidado pré-natal e precisa ser tomado na atenção pré-natal são as possibilidades de parto e nascimento. Fica implícito neste estudo a necessidade de qualificar a articulação com a maternidade, uma vez ter sido nítido que, diante do trabalho de parto prematuro (TPP) e a necessidade de UTIN, as gestantes peregrinaram, pois na região são algumas poucas que possuem a unidade, tornando-se referência microrregional. Esta revelação foi possível diante da escolha de captar as mulheres a partir da UTIN.

Por exemplo, no presente estudo, podemos destacar que a cidade de Leme, local onde a maior parte das gestantes do estudo reside (60%), conta com um serviço específico de pré-natal para o atendimento de gestantes adolescentes e gestantes acima de 45 anos (Casa da Mulher), mas não dispõe de UTIN na cidade para suprir as necessidades do seu município, o que acarreta em transferência das mesmas para serem atendidas na cidade de Araras. A relação entre este serviço e as maternidades de referência a parto prematuro precisa se estreitar e ser qualificada, como posto no documento orientador da Rede Cegonha (BRASIL, 2011). O SUS compõe um conjunto de ações e serviços que visa garantir o acesso de todos à atenção integral de modo equitativo cumprindo, o artigo constitucional sobre a defesa do direito à saúde (COSTA;TAQUETTE, 2017).

Para o MS a consulta de pré-natal é um conjunto de procedimentos clínicos e educativos, que tem o intuito de promover a saúde e identificar precocemente os problemas que possam ocorrer e resultar em riscos para a saúde da gestante e do conceito (PARENTI et al., 2018).

Revisão integrativa voltada a discussão da assistência pré-natal e a prematuridade (WACHHOLZ et al., 2016) recomenda que:

*“mulheres que apresentam fatores de risco para o parto prematuro devem ser alvos de uma atenção mais específica e qualificada durante o pré-natal, tanto para a identificação de todos os fatores de risco que a envolvem, quanto para estabelecer um vínculo com a equipe de saúde após o parto.”*

Pode-se verificar, que (80%) das gestantes, iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação, e deste quantitativo, 40% realizou 6 consultas de pré-natal. Neste estudo verificamos que uma gestante (20%) iniciou o pré-natal tardiamente no segundo trimestre de gestação, o que não é preconizado pelo MS e PHPN.

Outro aspecto relacionado ao pré-natal é o fato de que as adolescentes foram diagnosticadas por meios próprios através de testes rápidos, buscaram a UPA da cidade ou até mesmo hospital após apresentarem mal-estar. Importante assinalar que a Política Nacional da Atenção Básica (PNAB) orienta e preconiza, balizada pelos princípios do SUS, de ser a AB a principal porta de entrada e acesso aos usuários, incluindo gestantes adolescentes, como no caso deste estudo.

A autora Souza (2018) discute em sua dissertação de mestrado resultado semelhante ao nosso, refletindo sobre o fato da adolescente não buscar a AB pode ser justificado pelo desejo de que as gestantes, por residirem no bairro, por medo de julgamentos, evitam ir ao serviço da comunidade para que a gravidez não seja revelada. Contudo, ao serem diagnosticadas, as gestantes do estudo supracitado, buscaram o serviço para dar prosseguimento ao pré-natal e enfrentaram dificuldades de acesso. Uma adolescente só adquiriu seu direito de ser consultada e dar seguimento ao pré-natal após reclamação da mesma em ouvidoria, sendo encaminhada após, enquanto outra, não teve continuidade nas consultas do pré-natal, pois, segundo protocolo do serviço em questão, o seguimento era realizado mediante resultado de exames laboratoriais, resultados esses que nunca chegaram.

Discussões como essas nos levam a refletir sobre a peregrinação das mulheres em busca de serviço, mesmo diante de uma ampliação no acesso ao pré-natal no contexto brasileiro, fator de proteção e redução de eventos obstétricos adversos (VIELLAS et al, 2014; NUNES; GOMES; RODRIGUES; MASCARENHAS, 2016), as mulheres ainda peregrinam em busca de acesso aos serviços, além disso, pode-se pensar o quanto há presença do estigma nesta situação. Julgar a adolescente pode influenciar negativamente na assistência profissional prestada a esta gestante ao longo do pré-natal e não adesão ao mesmo.

A exemplo de populações estereotipadas, como no caso de gestantes portadoras de HIV, ponderamos que, gestantes adolescentes quando se veem diante de julgamentos e de não acolhida, encontrando barreiras no serviço de saúde, optam pela não adesão ao seguimento pré-natal, uma vez que o atendimento reforça suas vulnerabilidades. Além disso, por vezes o cotidiano dessas gestantes é influenciado por diferenças socioeconômicas, por desigualdade de gênero, por preconceitos, refletindo no silêncio, na dificuldade de atendimento, o que implica no cuidado de si e na compreensão da maternagem (PADOIN et al.,2011).

Assim, compreendemos a importância do acolher de forma integral essa gestante, levando em conta suas especificidades, sua história de vida, seu cotidiano, seu projeto de vida, para assim, em conjunto dar possibilidade para o seu cuidado, de forma que promova a autonomia e sua adesão ao pré-natal, sem julgamentos, objetivando suas reais necessidades de saúde. Para tal, nos questionamos acerca da qualidade do pré-natal. Qual o tipo de escuta vem sendo feita? Há ao menos escuta dessa adolescente e sua família? Os profissionais responsabilizam-se com o cuidado pré-natal? Os direitos das adolescentes estão sendo garantidos?

É premente a qualificação do pré-natal de adolescentes (SANTOS et.al., 2018), quando estratégias, como a escuta aberta, sem julgamentos e sem preconceitos precisam estar efetivamente presentes, para permitir que a mulher exponha a sua intimidade, angústias, dúvidas, medos e necessidades, podendo assim estabelecer um vínculo profissional-cliente (PARENTI et al., 2018). E, ainda é fundamental dar a mulher adolescente o conhecimento de seus direitos, como por exemplo, o da possibilidade e do direito da participação do parceiro no pré-natal, que esteve ausente/colocado em segundo plano na voz das nossas participantes, corroborando com os achados de outro estudo nacional (QUEIROZ et. al., 2016).

Com relação aos direitos, desde 1990, por meio do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), crianças e adolescentes passam a ser considerados sujeitos de direitos, os quais estes devem ser garantidos pela família, comunidade, sociedade em geral e pelo Estado (BRASIL, 1990). No entanto, a saúde sexual e reprodutiva desses adolescentes só foi pensada em 2002, por meio do Fórum Adolescência, Contracepção e Ética, que contou com

a participação da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) e Sociedade Brasileira de Pediatria, respaldadas pelo estatuto do ECA (FEBRASGO, 2014).

Dentre as diretrizes que dizem respeito à saúde sexual e reprodutiva do adolescente, destacam-se aqui:

*O adolescente tem direito à privacidade, ou seja, de ser atendido sozinho, em espaço privado de consulta. Deve-se lembrar que a privacidade não está, obrigatoriamente, relacionada à confidencialidade (FEBRASGO, 2014, p. 11).*

*E ainda:*

*Confidencialidade é definida como um acordo entre o profissional de saúde e o cliente, no qual as informações discutidas durante e depois da consulta ou entrevista, não podem ser passadas aos seus pais e/ou responsáveis sem a permissão expressa do adolescente (FEBRASGO, 2014, p. 11).*

Assim, retomando a discussão de inserção da família na atenção à adolescente, a leitura dos direitos não deve ser de exclusão dos familiares no processo de consulta e atenção pré-natal, no entanto, cabe destacar os equívocos frente ao atendimento de que é dever do profissional dar conhecimento de toda e qualquer informação aos pais ou responsável pela adolescente, além de orientar e estimular a presença dos mesmos de forma obrigatória para que a gestante seja consultada. Fato este que foi registrado em alguns relatos no presente estudo.

Ainda na contramão da garantia dos direitos, a participação do parceiro no pré-natal, parto e nascimento, também não vêm sendo amplamente informados aos usuários que utilizam o SUS, com desdobramentos à participação e protagonismo do homem no processo (COSTA,TAQUETTE; 2017). Apesar disto, alguns homens, na voz das participantes deste estudo, aparentam uma tendência de participação mais ativa. A falta de informação, ou até mesmo a própria restrição do serviço de saúde não é aceitável enquanto barreira que nega o direito de mulheres, crianças e homens no processo do gestar, parir e nascer (COSTA, TAQUETTE; 2017).

Em relação a informações sobre o (TP) e parto durante a consulta de Pré-natal um estudo realizado em 2015, o grau de informação durante a gravidez e o (TP), é de grande valia para as mulheres, assim possibilitando sua participação no processo decisório e aumentando a sua percepção sobre o controle da situação, resultando na satisfação com o parto ( FERNANDES et.al., 2015), o que não corroboram com esse estudo.

Os resultados inferem ainda a existência de barreiras para adolescentes criarem um diálogo com o profissional durante as consultas de pré-natal e a possibilidade de minimizar suas dúvidas, aspecto essencial à humanização e integralidade, princípios orientadores do SUS. A questão da relação com o profissional é recorrentemente apontada como deficitária e precisa ser tomada a melhorias e transformações.

Contudo, mesmo direcionando o olhar para as intercorrências comprovadamente relacionadas ao parto prematuro e vivenciadas pelas adolescentes, como as (ITU), os dados deste estudo não revelaram um acolhimento e ainda denunciam um itinerário de idas e vindas aos serviços, reforçando a fragilidade da atenção efetivada. Este apontamento está alinhado com os resultados e discussões de revisão integrativa voltada a assistência pré-natal e sua relação com a prematuridade. Nele está sinalizado que a detecção e tratamento de infecções das vias urinárias e vaginais durante a gestação precisam ser núcleo de atenção, sobretudo junto a gestantes adolescentes, com contribuições diretas a não ocorrência de parto prematuro (WACHHOLZ et al., 2016).

Durante a gestação a ITU representa as infecções bacterianas mais comuns durante a gravidez e quando não tratada poderão evoluir para uma pielonefrite. As complicações mais comuns da infecção do Trato Urinário na gestação são prematuridade, o baixo peso ao nascer e a morte fetal (SAFIRA; BORTOLI; MASSAFERA 2016).

Faz-se necessário conhecer o perfil das gestantes adolescentes que são atendidas na AB e, além disso, estar atenta às principais intercorrências que podem acometer essa população durante o período gestacional e assim contribuir para uma atenção mais qualificada e de prevenção aos agravos e complicações que estão expostas a gestante e o concepto (FERNANDES et. al., 2018).

Cabe aos profissionais da saúde aprimorar a escuta, acolher e fortalecer o vínculo com estas gestantes, garantir o acesso a informação sobre saúde sexual e reprodutiva, aos métodos contraceptivos, promover ações coletivas, que auxiliem os adolescentes a lidar com a sua sexualidade e o auto cuidado e ampliar atividades educativas (AZEVEDO et al., 2015).

O enfermeiro da AB não esteve destacado pelas adolescentes deste estudo, aspecto crítico e que traz questionamentos acerca do modo como vem se envolvendo e tomando as questões que permeiam a adolescência e, quando pensamos na temática deste estudo, destacam-se as relativas à saúde sexual, reprodutiva, atenção pré-natal, puerpério e promoção e proteção do desenvolvimento infantil.

O enfermeiro tem papel fundamental no acompanhamento do Pré-natal, para realizar as consultas de enfermagem, tendo como objetivo a promoção da saúde e a qualidade de vida da gestante seja ela adolescente ou não (HEIN; BORTOLI; MASSAFERA, 2016); (FERNANDES et al., 2018).

Percebe-se a persistência do paradigma biomédico nas práticas dos cuidados do pré-natal, onde as atividades educativas seguem o modelo tradicional de ensino, se restringindo somente ao repasse de informações e prescrições, as quais não se adéquam a nossa realidade e as necessidades desta população em questão, que tem as suas particularidades.

A gravidez na adolescência no Brasil é fato, está tomada pelo governo brasileiro enquanto um problema de saúde pública (FERNANDES et al., 2018). Tem relação com a precocidade do início das atividades sexuais, com desinformação, mas também com a incipiência da atenção à saúde aos adolescentes (FERNANDES et al., 2018, AZEVEDO et al., 2014).

A insuficiência na atenção esteve igualmente presente nos tempos em UTIN, apesar de recomendações de um olhar diferenciado e próximo ao se ponderar possibilidade de sobrecarga de demandas a serem enfrentadas por uma pessoa que está em desenvolvimento. A diversidade de demandas que a adolescente que pare prematuramente uma criança que é internada em uma UTIN é grande. Há demandas da parentalidade, da transição desenvolvimental, da prematuridade, a da ida a uma UTIN.

Igualmente a outras mulheres mães, são impactadas pela aparência da criança, pelo ambiente e aparatos da UTIN, pelo desacolhimento (sobretudo informacional) na UTIN (ROSENSTOCK; VAN MANEN, 2014). A mãe e a família vivenciam limitações de presença, proximidade e de cuidado no âmbito hospitalar (KREUTZ, BOSA, 2013)

As interações iniciais da adolescente com seu filho nascido pré-termo estão limitadas e, diferentemente das mães de um estudo de região do

interior paulista próxima deste estudo, o contato visual não foi suficiente, desejando elas uma contato mais intenso com a criança. (JOAQUIM, et.al., 2018). Este dado é relevante e nos leva a pondera o impacto deste distanciamento e baixa qualidade relacional com a criança no processo do vínculo e apego. As interações entre mãe e bebê prematuro são fundamentais e afetam o cuidado da criança, a promoção do seu desenvolvimento via atendimento de suas necessidades (SCHAEFER; DONELLI, 2017).

A comunicação entre profissionais e pais na UTIN vem sendo caracterizada enquanto lacunar, assim como foi significada neste estudo. Um dos desdobramentos está na incipiência do apoio informacional, que fica potencializado pelo fato das mães adolescentes terem a tendência de serem mais relutantes em apresentar seus questionamentos (ROSENSTOCK; VAN MANEN, 2014).

Aspectos socioculturais são cruciais e afetam a forma como a adolescente percebe a gravidez e parentalidade, com desdobramentos ao significado que aferem à prematuridade e ida a UTIN de sua criança, com impactos à parentalidade ali exercida. Assim, é relevante que desde o pré-natal estes aspectos socioculturais sejam conhecidos e tomados no cuidado da adolescente, com contribuições deste conhecimento aos tempos em UTIN (ROSENSTOCK; VAN MANEN, 2014).

Dois momentos foram revelados pelas participantes deste estudo como marcantes: sua alta hospitalar e a ida da criança ao seu colo pela primeira vez. Ambas as situações remetem à ideia da presença/ausência, proximidade/distanciamento, uma temática que se perpetua em outras questões descritas por elas relacionada a estada na UTIN. Aparentemente este movimento de aproximação e distanciamento marca a estada e a parentalidade da adolescente na UTIN, mas precisaria ser explorado com densidade. Este estudo não tinha como foco explorar a vivência da adolescente na UTIN, mas diante das revelações significativas, reforça-se a relevância de estudos que explorem a experiência de adolescente na UTIN, temática muito escassa na literatura (ROSENSTOCK; VAN MANEN, 2014).

Adolescentes que pariram prematuramente e tiveram seus (uas) filhos (as) em UTIN vivenciaram uma atenção pré-natal incipiente em termos de acolhimento e acesso. Não correlacionam a atenção pré-natal com o

nascimento prematuro e, em momento algum destacaram o profissional enfermeiro.

## *Considerações Finais*

“A persistência é o caminho do êxito” Charles Chaplin

## 7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo revelou que as adolescentes identificaram que os serviços de saúde não conseguiram, inicialmente, suspeitar de sua condição de grávida, o que determinou a ela idas e vindas ao mesmo com as mesmas queixas, com postergação da identificação da gravidez e início do pré-natal.

A atenção pré-natal foi percebida pelas participantes enquanto frágil de relações significativas com os profissionais. Não perceberam nos mesmos um esforço em compreender a significado da gravidez na vida da adolescente e, dessa forma insuficiente no acolhimento dos sentimentos duais e necessidades enfrentadas ao longo da gestação. O processo da parentalidade foi sustentado e empoderado pelos seus familiares, sobretudo mãe e companheiro/pai da criança, mas esteve muito fragilizado pelos tempos em UTIN.

As pessoas de potencial suporte à adolescente, mãe e companheiro, também estiveram, na perspectiva da adolescente pouco acolhida nos serviços, com repercussão às possibilidades de apoio a ela.

Apoio informacional e relações sensíveis foram sinalizadas enquanto desejos das adolescentes, inclusive identificam que sua peregrinação nos serviços teve íntima relação com isto, assim como os sofrimentos vivenciados no parto e na UTIN.

Diante disto, pode-se dizer que na percepção das adolescentes deste estudo a atenção pré-natal foi limitada, impessoal e de alcances pequenos diante da realidade por elas vivenciada. O enfermeiro não apareceu como destaque na experiência das participantes deste estudo, pois ainda se perpetua o modelo biomédico do cuidado.

Apesar de o estudo apresentar algumas limitações, como olhar somente a perspectiva da adolescente, o estudo pode contribuir para as melhoras de praticas profissionais relacionadas ao acolhimento e a qualidade da assistência prestada para esta gestante em questão, e colaborar para novos estudos acadêmicos sob uma nova ótica, seja ela do companheiro ou familiar.

## *Referências*

“Cada sonho que você deixa para trás, é um pedaço do seu futuro que deixa de existir” Steve Jobs.

## 8. REFERENCIAS

AMBROSÍO, D. C. M. SANTOS, M. A. D. (2015). Apoio social à mulher mastectomizada: um estudo de revisão. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 851-864. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000300851&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232015000300851&script=sci_abstract&tlng=pt). Acesso em 10/05/2019.).

AZEVEDO, W. F., DINIZ, M. B., da FONSECA, E. S. V. B., de AZEVEDO, L. M. R., & EVANGELISTA, C. B. (2015). Complicações da gravidez na adolescência: revisão sistemática da literatura.).

BARDIN, L. – Análise de Conteúdo. 7.<sup>a</sup> ed. Lisboa: Edições 70, 2014.

BRASIL, Casa Civil. Lei nº 8069. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente. 1990.

BRASIL. Ministério da Saúde (MS). Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília: MS; 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e : manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde; 2005.).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. 132p.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. 233 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Saúde do adolescente: competências e habilidades.- Brasília: Ministério da Saúde. [Internet]. 2008 [cited 2016 Jul 24]. Available from: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_adolescente\\_competencias\\_habilidades](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_adolescente_competencias_habilidades). Pdf.

BLUMER, H. Symbolic Interactionism: Perspective and Method. (Englewood Cliffs, NJ.: Preirice-Hail, 1969, p. 119-129.

BORGES, D.C.S. et.al. A rede e apoio social do transplantado renal. Rev Gaúcha Enferm. 2016 dez;37(4):e59519. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.04.59519>.

CAMINHA N.O, et al. Gestação na adolescência: descrição e análise da assistência recebida. Rev Gaúcha Enferm. 2012;33(3):81-88.

CHARON, J.M. Symbolic interactionism: an introduction, an interpretation, an integration. 10 ed. Boston: Prentice Hall, 2010.

CORREA, A. S. Interacionismo simbólico: raízes, críticas e perspectivas atuais. Revista Brasileira de História & Ciências Sociais, v. 9, n.17, 2017. Disponível em < <https://pt.scribd.com/document/374753969/O-Interacionismo-Simbolico-Raizes-Criticas-e-Perspectivas>>. Acesso em: 18 abr. 2018.

COSTA, R. F. et al. (2015). Redes de apoio ao adolescente no contexto do cuidado à saúde: interface entre saúde, família e educação. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 49(5), 741-747. Disponível em: <http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/view/106686/105304>.

COSTA, S. F. D., TAQUETTE, S. R. (2017). Atenção à gestante adolescente na rede SUS-o acolhimento do parceiro no pré-natal. *Rev. enferm. UFPE on line*, 11(supl. 5), 2067-2074.

ESTUMANO, V. K. C., et al. (2017). Violência obstétrica no Brasil: casos cada vez mais frequentes. *Revista Recien-Revista Científica de Enfermagem*, 7(19), 83-91.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Ginecologia Infanto-Juvenil. 2013-2015. Disponível em:[https://www.febasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais\\_Novos/Manual\\_Ginec\\_Infanto\\_Juvenil.pdf](https://www.febasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/Manual_Ginec_Infanto_Juvenil.pdf)

FERNANDES, R. F. M., MEINCKE, S. M. K., THUMÉ, E., SOARES, M. C., COLLET, N., CARRARO, T. E. (2015). Características do pré-natal de adolescentes em capitais das regiões Sul e Nordeste do Brasil. *Texto & Contexto Enfermagem*, 24(1), 80-86

FERNANDES, R. F. M. et al. (2018). OBSTETRIC INTERCORRENCES OCCURRING DURING PREGNANCY IN ADOLESCENCE. *Cienc Cuid Saude*, 17(1)

FERREIRA, T. N., et al. (2014). A importância da participação paterna durante o pré-natal: percepção da gestante e do pai no município de Cáceres–MT. *Revista Eletrônica Gestão & Saúde*, 5(2), 337-45. Disponível em: <http://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/22769>. Acesso em 14/04/2019.),

FRACOLLI, L. A. et al. A implementação de um programa de visitas domiciliares com foco na parentalidade: um relato de experiência. *Rev. esc. enferm. USP*, v.52, e03361, 2018. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342018000100701&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342018000100701&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 02 Jun 2019.

FRANCO, G. D. R., RODRIGUES, M. C. (2014). Programas de intervenção na adolescência: Considerações sobre o desenvolvimento positivo do jovem. *Temas em Psicologia*, 22(4), 677-690.

GABATZ, R.I.B.; SCHWARTZ, E.; MILBRATH, V. M. O interacionismo simbólico no estudo da interação da criança institucionalizada com seu cuidador. *Investigação Qualitativa em Saúde*, v.6, p. 366-375, 2016. Disponível em:< <http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/view/773>>. Acesso em: 04 set. 2016.

HOLANDA, C. S. M. D. et al.(2015). Estratégias de desenvolvimento, acompanhamento e avaliação do atendimento da gestante no ciclo gravídico-puerperal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 37, 388-394.

HUUSKO, L., et al. (2018). First-Time Fathers' Experience of Support from Midwives in Maternity Clinics: An Interview Study. *Nursing research and practice*, 2018.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Sinópe do Censo Demográfico de 2010. Brasil. Disponível em: <[https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12#topo\\_piramide](https://censo2010.ibge.gov.br/sinopse/index.php?dados=12#topo_piramide)>. Acesso em: 06 jun. 2019.

JADER, M. E. et al. (2014). O adolescente no contexto da saúde pública brasileira: reflexões sobre o PROSAD. *Psicologia em Estudo*, 19(2).

LANSKY, S., et al. (2014). Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, S192-S207. Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413)>

LEVANDOWSKI, D. C. et al (2012). Apoio familiar e gestação na adolescência: um estudo qualitativo com adolescentes do Vale dos Sinos/BR. *Revista Interamericana de Psicología*, 46(2), 297-306.

LIBERA, B. D. et al. (2011). Avaliação da assistência pré-natal na perspectiva de puérperas e profissionais de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 16, 4855-4864.

LUZ, R.T. et al. Estilo de vida e a interface com demandas de saúde de adolescentes. *REME – Rev Min Enferm.* 2018[citado em ];22:e-1097. Disponível em: DOI: 10.5935/1415-2762.20180027.

MARTINS, M. D. G. et al.(2011). Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Rev. bras. ginecol. obstet*, 33(11), 354-360.

MEIRA KREUTZ, C. CLEONICE, A. B. Um sonho cortado pela metade: Estudo de caso sobre o impacto da prematuridade e da deficiência visual do bebê na parentalidade. *Estudos de Psicologia*, n.18, v.2, p.305-13, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n2/v18n2a16.pdf>> Acesso em 02 Jun 2019.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. *Ciênc. Saúde Coletiva*, v.17, n.3, p.621-6, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v17n3/v17n3a07>>. Acesso em: 18 Jul 2018.

MINAYO, Maria Cecília S.; GUERRIERO, Iara Coelho Z. (2014), "Reflexividade como éthos da pesquisa qualitativa". *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(4), pp. 1103 Disponível em: <[www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S141381232014000401103&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S141381232014000401103&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 05 Jun 2018.

MOURA, T. N. B., SANTIAGO, A. K. C., SANTOS, M. B. (2018). Infecções sexualmente transmissíveis e sexualidade: relato de experiência com grupo de adolescentes. *Revista Interdisciplinar*, 11(2), 109-114.

Nações Unidas no Brasil. Saúde e Bem Estar [Internet]. 2018 [citado em 2018 mar 10]. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/pos2015/ods3/> [ Links ]

NOGUEIRA, J. R. D. F., FERREIRA, M. (2012). O envolvimento do pai na gravidez/parto e a ligação emocional com o bebê. *Revista de Enfermagem Referência*, (8), 57-66. Disponível em: [http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0874-02832012000300006](http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832012000300006). Acesso em 11/04/2019.)

NUNES, J. T., GOMES, K. R. O., RODRIGUES, M. T. P., MASCARENHAS, M. D.M. (2016). Qualidade da assistência pré-natal no Brasil: revisão de artigos publicados de 2005 a 2015. *Cadernos Saúde Coletiva*, 24(2). Available from <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-462X2016000200252&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200252&lng=en&nrm=iso)>. access on 07 June 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020171> .

OLIVEIRA, R. R. D., et al. (2016). Nascimento prematuro e assistência pré-natal: revisão integrativa à luz de Canguilhem. *Rev. pesqui. cuid. fundam.(Online)*, 8(3), 4616-4622.

ONUBR. Nações Unidas no Brasil. Taxa de gravidez adolescente no Brasil está acima da média latino-americana e caribenha. 2018. Disponível em: <https://nacoesunidas.org/taxa-de-gravidez-adolescente-no-brasil-esta-acima-da-media-latino-americana-e-caribenha/>> Acesso em 07 abr 2019.

PADOIN, S. M. M. et al. Vulnerabilidade materno-infantil: fatores de (não) adesão à profilaxia da transmissão vertical do HIV. *Rev. Reme.* v. 15, n. 3, p. 443-452, 2011.

PARENTI, P. W. et al. Experiências de enfermeiras da atenção primária à saúde no atendimento pré-natal de adolescentes. *REFACS*, Uberaba, v. 6, n. 1,

p. 72-82, 2018. Disponível em: Acesso em: 20 abr 2018 DOI: 10.18554/refacs.v6i1.2796

PEDRAZA, D.F., et al. Assistência pré-natal e peso ao nascer: uma análise no contexto de unidades básicas de saúde da família. Rev. Bras. Ginecol. Obstet. [Internet]. 2013 Aug [cited 2016 Sep 24]; 35( 8 ): 349-356. Available from: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S010072032013000800003&lng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010072032013000800003&lng=en). <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032013000800003>

PEREIRA, F. A. F., et al. (2017). Desafio das mulheres que foram mães na adolescência quanto à prevenção da gravidez precoce de suas filhas. *Unimontes Científica*, 19(2), 73-86.

PEREIRA, J. S. et al. Violência obstétrica : ofensa a dignidade humana. Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research, v. 15, p. 103-108, 2016. Disponível em: <[http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604\\_094136.pdf](http://www.mastereditora.com.br/periodico/20160604_094136.pdf)>. Acesso em: 10 mai. 2019.

QUEIROZ, M.V.O, et al.Grupo de gestantes adolescentes: contribuições para o cuidado no pré-natal. Rev Gaúcha Enferm. 2016; 37(esp):e2016-0029. doi: [http:// dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016. esp.2016-0029](http://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2016.esp.2016-0029).Acesso em: 17/10/2017.

RIBEIRO, J. P., et al. (2015). Participação do pai na gestação, parto e puerpério: refletindo as interfaces da assistência de enfermagem. Espaço para Saúde, 16(3),73-82.Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/uel/index.php/espacoparasaude/article/view/20272/0>. Acesso em: 09/04/2019.

ROSENSTOCK, A ; VAN MANEN, M. Adolescent parenting in the neonatal intensive care unit. Journal of Adolescent Health, v. 55, n. 6, p. 723-729, 2014.Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.08.001Get rights and content>. Acesso em 05/04/2018.)

SAFIRA, H. E. I. N., de BORTOLI, C. D. F. C., MASSAFERA, G. I.Fatores relacionados à infecção de trato urinário na gestação: revisão integrativa. Journal of Nursing and Health, v. 6, n. 1, p. 83-91, 2016.Disponível em : DOI: <HTTP://DX.DOI.ORG/10.15210/JONAH.V6I1.5977>. Acesso em 15/05/2019.

SANTOS, B. R. et al. Gravidez na Adolescência no Brasil: vozes de meninas e de especialistas. Brasília: INDICA, 2017. 108 p. Disponível em: < [http://unfpa.org.br/Arquivos/br\\_gravidez\\_adolescencia\\_2017.pdf](http://unfpa.org.br/Arquivos/br_gravidez_adolescencia_2017.pdf)>. Acesso em 07 abr 2019.

SANTOS, L. A. V., et al. "História gestacional e características da assistência pré-natal de puérperas adolescentes e adultas em uma maternidade do interior de Minas Gerais, Brasil." *Ciência & Saúde Coletiva* 23 (2018): 617-

625. Disponível em : <https://doi.org/10.1590/1413-81232018232.10962016>  
Acesso: em 08/03/2019.

SANTOS, CC, RESSEL, LB. O adolescente no serviço de saúde. *Adolescência e Saúde*, v. 10, n. 1, p. 53-55, 2013.

SCHAEFER, M. P.; DONELLI, T. M. S. Psicoterapia mãe-bebê: uma intervenção no contexto da prematuridade. *Contextos Clínicos*, n. 10, v.1, p. 33-47, 2017. Disponível em: < <http://www.revistas.unisinos.br/index.php/contextos-clinicos/article/view/ctc.2017.101.03>>. Acesso em: 2 Jun 2019.

SEDGH, G. et al. Adolescent pregnancy, birth, and abortion rates across countries: levels and recent trends. *Journal of Adolescent Health*, v. 56, n. 2, p. 223-230, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2014.09.007>  
Acesso: em 18/08/2016.

SILVA, J. L. P., SURITA, F. G. C. Gravidez na adolescência: situação atual. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. Vol.34 n.8 Rio de Janeiro Aug. 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032012000800001>. Acesso: em 28/10/2016.

SILVA, M. E. M. Estilo parental e variáveis psicossociais como fatores de risco ou proteção para a gravidez na adolescência. *Revista Cesumar–Ciências Humanas e Sociais Aplicadas*, 22(2), 443-462. (2017)

SOUZA, L. C. Expectativa de gestantes adolescentes relacionadas à assistência pré-natal e parto. [Mestrado em Saúde da Mulher e da criança]. 2018. 155f. Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/30937>.

SOUZA, M.; LYNN, F.; JOHNSTON, L.; TAVARES, E.; BRÜGGEMANN, O.; BOTELHO, L. Taxa de fertilidade e desfecho perinatal em gravidez na adolescência: estudo retrospectivo populacional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 25, p. e2876-, 1 jan. 2017. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1820.2876>.

TAMEZ, R. N. *Enfermagem na UTI Neonatal: assistência ao recém-nascido de alto risco*. 5ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2013. 355p.

TEIXEIRA, S. D. C. R. SILVA, L. W. S., TEIXEIRA, M. A. Políticas públicas de atenção às adolescentes grávidas-uma revisão bibliográfica. *Adolescência e Saúde*, 2013; 10(1), 37-44.

TESSER C.D, KNOBEL R, ANDREZZO HFA, DINIZ S.D. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2015;10(35):1-12. Disponível em: [http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10\(35\)1013](http://dx.doi.org/10.5712/rbmfc10(35)1013). Acesso em 07/05/2019.)

TILL, S. R.; EVERETTS, D; HAAS, D. M. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. *Cochrane*

Database of Systematic Reviews, n. 12, 2015. Disponível em <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009916.pub2>

TISSOT, D. W.; FALCKE, D. O Relato de Mães de Gestantes Adolescentes: Um Olhar Sistêmico. *Rev. Psicol. IMED*, v.10, n.1, p. 90-107, 2018. Disponível em <[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S2175-50272018000100007&lng=pt&nrm=iso](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2175-50272018000100007&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 02 jun. 2019. <http://dx.doi.org/10.18256/2175-5027.2018.v10i1.2574>.

TOKHI, M., COMRIE-THOMSON, L., DAVIS, J., PORTELA, A., CHERSICH, M., LUCHTERS, S. (2018). Involving men to improve maternal and newborn health: a systematic review of the effectiveness of interventions. *PloS one*, 13(1), e0191620. Disponível em: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0191620>. Acesso em 07/05/2019.

TOMASI, E. et al. Quality of prenatal services in primary healthcare in Brazil: indicators and social inequalities. *Cadernos de saude publica*, v. 33, n. 3, 2017. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Acesso em: 03/08/2018.

UNICEF. (2011). Fundo das Nações Unidas para a infância. Situação mundial da infância 2011 adolescência uma fase de oportunidades. *Relatório*. New York: UNICE

UPSHUR, C. C. et al. Using prenatal advocates to implement a psychosocial education intervention for posttraumatic stress disorder during pregnancy: feasibility, care engagement, and predelivery behavioral outcomes. *Women's Health Issues*, v. 26, n. 5, p. 537-545, 2016. Disponível em : <https://doi.org/10.1016/j.whi.2016.06.003> Acesso em: 02/11/2017.

VIEIRAS, E. M., BOUSQUAT, A., BARROS, C. R. S. , ALVES, M. C. G. P. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. *Revista de Saúde Pública*, 2017;51:25. Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67249591141>. Acesso em : 08/12/2018.

VIELLAS, E. F. et al. Assistência pré-natal no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública* [online]. 2014, v. 30, n. Suppl 1 [Acessado 22 Junho 2016] , pp. S85-S100. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>>. ISSN 1678-4464. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00126013>.

VOGEL, J. P., et al. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. *Archives of Disease in childhood*, v. 100, n. Suppl 1, p. S43-S47, 2015. Disponível em : <http://dx.doi.org/10.1136/archdischild-2013-305514> Acesso em : 06/06/2017.

WACHHOLZ, V. A., et al. Relação entre a qualidade da assistência pré-natal e a prematuridade: Uma revisão integrativa. *Revista Brasileira de Educação e Saúde*. v. 6, n. 2, p. 1-7, 2016. Disponível em: [http:](http://)

<[www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3542](http://www.gvaa.com.br/revista/index.php/REBES/article/view/3542)> Acesso em: 21 dez. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Born Too Soon- The Global Action Report on Preterm Birth. 28(4), 401-402. 2012. Disponível em: [http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204\\_borntoosoon-report.pdf](http://www.who.int/pmnch/media/news/2012/201204_borntoosoon-report.pdf). Acesso em: 03.agosto.2018.

## *Apêndice*

---

“As coisas sempre parecem impossíveis até que sejam feitas”. Nelson Mandela.

**APÊNDICE A**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**- adolescente emancipada -**

O estudo **PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM PREMATURAMENTE SOBRE A ATENÇÃO PRÉ-NATAL**. Este estudo é desenvolvido por mim Tatiane Montelatto Marques, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos sob a orientação e responsabilidade da Professora Monika Wernet, da mesma instituição. Caso concorde em participar, registrará este aceite por meio de assinatura no final deste documento. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu consentimento, bastando entrar em contato comigo ou com minha orientadora. Você não receberá nenhum auxílio financeiro ou outro benefício por participar deste estudo. Somente será indenizada caso ocorra algum dano referente a sua participação na pesquisa (RESOLUÇÃO CNS 466/2012, ITEM IV 3-h) Você receberá uma via assinada e rubricada em todas as páginas pelo participante ou seu responsável legal e pesquisador deste termo, onde constam nossos contatos. Quaisquer dúvidas sobre o estudo ou sobre sua participação nele poderão ser esclarecidas pessoalmente ou por outras vias de contato com a pesquisadora, a qualquer momento. O objetivo do estudo pretende caracterizar a percepção de adolescentes que pariram prematuramente sobre a atenção pré-natal recebida, com atenção ao lugar do enfermeiro. Se concordar em participar da pesquisa, você irá participar de uma entrevista gravada em áudio por aproximadamente 40 minutos, para contar sobre seu pré-natal, em local, dia e horário proposto por você, desde que o ambiente sugerido tenha chances mínimas de interferências. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são de constrangimento, sensação de estar sendo analisado e avaliado. No entanto, você está livre para tomar a decisão de interromper a atividade, retomando-a em outro momento ou de desistir da participação em qualquer etapa do estudo sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. O benefício de sua participação é de contribuir, a partir dos resultados aqui revelados, com caminhos de melhorias do cuidado em saúde a adolescentes que assim como você gestaram na adolescência e tiveram uma criança nascida prematura. Gostaríamos de enfatizar que caso sinta algum desconforto ao longo da entrevista, sinta-se à vontade para solicitar que ela seja interrompida, garantimos que iremos fazer isso prontamente. E, ainda, se juntas concluirmos ou suspeitarmos que o desconforto gerado precisar ser acolhido profissionalmente, garantimos que iremos verificar como você pode ter acesso a tal atendimento na rede de atenção da cidade de Araras, estado de São Paulo, ou do município de sua residência. Além disto, garantimos esforços de nos envolvermos ativamente com você para que o acesso de fato ocorra. Asseguramos que todas as

informações fornecidas por você são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima (ou seja, os nomes dos participantes jamais serão revelados).

Registramos que você não terá nenhum tipo de despesa para participar deste estudo, bem como nada será pago por sua participação. Em face disso não ocorrerão qualquer tipo de ressarcimento. Se tiver alguma dúvida, fique à vontade para manifestá-la. Agradecemos sua participação e colocamo-nos à disposição para informações complementares.

---

**Profª. Monika Wernet**

Pesquisadora Responsável

Contato: (16) 3351-9439

---

Tatiane Montelatto Marques

Aluna de Pós-Graduação Enfermagem

Contato: (19) 98113-0919

### **Consentimento de participação como sujeito voluntário da pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, declaro que li todas as informações contidas neste documento, fui devidamente informada dos procedimentos que serão realizados, confidencialidade da pesquisa, sigilo dos dados e riscos e danos. Foi-me garantida a possibilidade de retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isso gere penalidades. Além disso, fui informada que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo com minha participação voluntária como sujeito desta pesquisa.

São Carlos, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura

## APÊNDICE B

### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar, como voluntária, do estudo **PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM PREMATURAMENTE SOBRE A ATENÇÃO PRÉ-NATAL**. Este estudo é desenvolvido por mim Tatiane Montelatto, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos sob a orientação e responsabilidade da Professora Monika Wernet, da mesma instituição. Caso concorde em participar, registrará este aceite por meio de assinatura no final deste documento, contudo, como é menor de idade, seu responsável legal também precisará permitir sua participação, fato que será oficializado em documento a parte. Sua participação não é obrigatória e, a qualquer momento, você poderá desistir de participar e retirar seu assentimento (concordância), bastando entrar em contato comigo ou com minha orientadora. O estudo só é desenvolvido mediante a concordância legal sua E de seu responsável legal. Você não receberá nenhum auxílio financeiro ou outro benefício por participar deste estudo. Somente será indenizada caso ocorra algum dano referente a sua participação na pesquisa (RESOLUÇÃO CNS 466/2012, ITEM IV 3-h) Você receberá uma via assinada e rubricada em todas as páginas pelo participante ou seu responsável legal e pesquisador deste termo, onde constam nossos contatos. Quaisquer dúvidas sobre o projeto ou sobre sua participação poderão ser esclarecidas pessoalmente ou por outras vias de contato com a pesquisadora, a qualquer momento. O objetivo do estudo caracterizar a percepção de adolescentes que pariram prematuramente sobre a atenção pré-natal recebida, com atenção ao lugar do enfermeiro. Se concordar em participar da pesquisa, você irá participar de uma entrevista gravada em áudio por aproximadamente 40 minutos, para contar o seu pré-natal, em local, dia e horário proposto por você, desde que o ambiente sugerido tenha chances mínimas de interferências. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são de constrangimento, sensação de estar sendo analisado e avaliado. No entanto, você está livre para tomar a decisão de interromper a atividade, retomando-a em outro momento ou de desistir da participação em qualquer etapa do estudo sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. O benefício de sua participação é de contribuir, a partir dos resultados aqui revelados, com caminhos de melhorias do cuidado em saúde a adolescentes que assim como você ficaram gestantes na adolescência e tiveram uma criança nascida prematura. Gostaríamos de enfatizar que caso sinta algum desconforto ao longo da entrevista, fique à vontade para solicitar que ela seja interrompida, garantimos que iremos fazer isso prontamente. E, ainda, se juntas concluirmos ou suspeitarmos que o desconforto gerado precisar ser acolhido profissionalmente, garantimos que iremos verificar como você pode ter acesso a tal atendimento na rede de atenção da cidade de Araras, estado de São Paulo,

ou do município de sua residência. Além disso, garantimos esforços de nos envolvermos ativamente com você para que esse acesso de fato ocorra. Asseguramos que todas as informações fornecidas por você são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima (ou seja, os nomes dos participantes jamais serão revelados).

Registramos que você não terá nenhum tipo de despesa para participar deste estudo, bem como nada será pago por sua participação. Em face disso não ocorrerão qualquer tipo de pagamento. Se tiver alguma dúvida, fique à vontade para manifestá-la. Agradecemos sua participação e colocamo-nos à disposição para informações complementares e esclarecimentos.

---

**Profª. Monika Wernet**

Pesquisadora Responsável

Contato: (16) 3351-9439

---

Tatiane Montelatto Marques

Aluna de Pós-Graduação Enfermagem

Contato: (19) 98113-0919

#### **Assentimento de participação como sujeito voluntário da pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, declaro que li todas as informações contidas neste documento, fui devidamente informada dos procedimentos que serão realizados, confidencialidade da pesquisa, sigilo dos dados e riscos e danos. Foi-me garantida a possibilidade de retirar este assentimento a qualquer momento, sem que isso gere penalidades, bem como estou ciente que para o desenvolvimento da entrevista meu responsável legal e eu precisamos manter a concordância legal. Além disso, fui informada que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Declaro que recebi uma via deste Termo de Assentimento Livre e Esclarecido e concordo com minha participação voluntária como sujeito desta pesquisa.

São Carlos, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura

**APÊNDICE C**  
**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**  
**- responsável legal adolescente -**

Você, por ser responsável legal de uma adolescente, está sendo consultado acerca da autorização para a participação voluntária e com concordância da adolescente no estudo **PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM PREMATURAMENTE SOBRE A ATENÇÃO PRÉ-NATAL**. O referido estudo é desenvolvido por mim Tatiane Montelatto, aluna do curso de pós-graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São Carlos sob a orientação e responsabilidade da Professora Monika Wernet, da mesma instituição. Caso concorde com a participação da adolescente pela qual é responsável legal, registrará este aceite por meio de assinatura no final deste documento. A autorização para a participação da adolescente não é obrigatória e, a qualquer momento, você e ela podem desistir de participar e retirar os consentimentos, bastando entrar em contato comigo ou com minha orientadora. Você, nem ela receberão nenhum auxílio financeiro ou outro benefício por participar deste estudo. Somente será indenizada caso ocorra algum dano referente a sua participação na pesquisa (RESOLUÇÃO CNS 466/2012, ITEM IV 3-h) Você receberá uma via assinada e rubricada em todas as páginas pelo participante ou seu responsável legal e pesquisador deste termo, onde constam nossos contatos. Quaisquer dúvidas sobre o projeto ou sobre a participação poderão ser esclarecidas pessoalmente ou por outras vias de contato com a pesquisadora, a qualquer momento. O objetivo do estudo caracterizar a percepção de adolescentes que pariram prematuramente sobre a atenção pré-natal recebida, com atenção ao lugar do enfermeiro. Se concordar com a participação, a adolescente irá participar de uma entrevista gravada em áudio por aproximadamente 40 minutos para contar sobre seu pré-natal, em local, dia e horário proposto por vocês, desde que o ambiente sugerido tenha chances mínimas de interferências. Pelos objetivos do presente estudo, os riscos que você estará sujeito são de constrangimento, sensação de estar sendo analisado e avaliado. No entanto, você está livre para tomar a decisão de interromper a atividade, retomando-a em outro momento ou de desistir da participação em qualquer etapa do estudo sem ter qualquer prejuízo profissional ou em sua relação com o pesquisador ou com a instituição envolvida. Destacamos que nossa sugestão é que ela escolha se quer realizar a entrevista com ou sem a sua presença

Gostaríamos de enfatizar que caso ela sinta algum desconforto ao longo da entrevista, foi apontado que solicite que a entrevista seja interrompida. Garantimos que iremos fazer isso prontamente e, ainda, que se juntas entendermos que o desconforto gerado precise ser acolhido profissionalmente, garantimos que iremos verificar como vocês podem ter acesso a tal

atendimento na rede de atenção da cidade de Araras, estado de São Paulo, ou do município de sua residência. Além disso, garantimos esforços de nos envolvermos ativamente com você para que o acesso de fato ocorra. Asseguramos que todas as informações fornecidas são sigilosas e serão utilizadas somente para esta pesquisa. A divulgação das informações será anônima (ou seja, os nomes dos participantes jamais serão revelados). Registramos que não há nenhum tipo de despesa para participar deste estudo, bem como nada será pago pela participação. Em face disso não ocorrerão qualquer tipo de pagamento. Se tiver alguma dúvida, fique à vontade para manifestá-la. Agradecemos e colocamo-nos à disposição para informações complementares e esclarecimentos.

---

**Profª. Monika Wernet**

Pesquisadora Responsável

Contato: (16) 3351-9439

---

Tatiane Montelatto Marques

Aluna de Pós-Graduação Enfermagem

Contato: (19) 98113-0919

#### **Consentimento de participação de adolescente como sujeito voluntário da pesquisa**

Eu, \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, responsável pela adolescente \_\_\_\_\_, RG n° \_\_\_\_\_, declaro que li todas as informações contidas neste documento, fui devidamente informada dos procedimentos que serão realizados, confidencialidade da pesquisa, sigilo dos dados e possibilidades de riscos e danos. Foi-me garantida a possibilidade de retirar este consentimento a qualquer momento, sem que isso gere penalidades. Além disso, fui informada que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Universidade Federal de São Carlos (UFSCar) que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP - Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@ufscar.br](mailto:cephumanos@ufscar.br). Declaro que recebi uma via deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e concordo com a participação voluntária da adolescente mencionada acima como sujeito deste estudo. Sei que ela assentiu também a participação no mesmo.

São Carlos, \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_

---

Assinatura

## *Anexo*

“Educação não transforma o mundo. Educação muda pessoas. Pessoas transformam o mundo” Paulo Freire.

## ANEXO A



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** PERCEPÇÃO DE ADOLESCENTES QUE PARIRAM PREMATURAMENTE SOBRE A ATENÇÃO PRÉ-NATAL

**Pesquisador:** TATIANE MONTELATTO MARQUES

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 72795517.2.0000.5504

**Instituição Proponente:** Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 2.353.432

#### Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de mestrado. O público-alvo da pesquisa serão adolescentes que pariram prematuramente. Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa com uso do referencial teórico do Interacionismo Simbólico.

#### Objetivo da Pesquisa:

**OBJETIVO GERAL:** caracterizar a percepção de adolescentes que pariram prematuramente sobre a atenção pré-natal recebida na rede pública, com atenção ao lugar do enfermeiro.

#### OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- (1) caracterizar ações e contextos no pré-natal que apoiaram a adolescente em sua vivência gestacional;
- (2) caracterizar ações e contextos no pré-natal que foram desfavoráveis à vivência gestacional da adolescente;
- (3) identificar o lugar do enfermeiro no pré-natal na voz da adolescente;
- (4) caracterizar o pré-natal recebido pela adolescente a partir de dados registrados em seu cartão de pré-natal.

**Endereço:** WASHINGTON LUIZ KM 235

**Bairro:** JARDIM GUANABARA

**UF:** SP

**Município:** SAO CARLOS

**CEP:** 13.565-905

**Telefone:** (16)3351-9683

**E-mail:** cephumanos@ufscar.br



Continuação do Parecer: 2.353.432

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

RISCOS: constrangimento, sensação de estar sendo analisado e avaliado.

BENEFÍCIOS: contribuir, a partir dos resultados aqui revelados, com caminhos de melhorias do cuidado em saúde a adolescentes que assim como você gestaram na adolescência e tiveram uma criança nascida prematura.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Temática com relevância acadêmica e social. Método de pesquisa adequado para responder aos objetivos. Cronograma exequível.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Para além dos documentos apresentados na primeira apreciação, foram apresentados os seguintes documentos: declaração de anuência da instituição hospitalar com nome legível e carimbo do responsável; segunda versão do TCLE para os responsáveis legais e adolescentes emancipados e segunda versão do termo de assentimento para o adolescentes não emancipados.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Todas as pendências do TCLE e TACLE foram adequadas: retirado a titulação "Profa. Dra" do pesquisador, incluído o tempo aproximado da entrevista, incluído o direito a indenização e substituído o termo "cópia" por "via".

Foi apresentado Carta de autorização do serviço com o nome legível (carimbo) do coordenador médico que autorizou a pesquisa.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_960187.pdf	15/10/2017 17:00:17		Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	parecer_verso.jpg	15/10/2017 16:57:28	TATIANE MONTELATTO MARQUES	Aceito
Declaração de Instituição e	parecer_ventre.jpg	15/10/2017 16:56:50	TATIANE MONTELATTO	Aceito

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br



UFSCAR - UNIVERSIDADE  
FEDERAL DE SÃO CARLOS



Continuação do Parecer: 2.353.432

Infraestrutura	parecer_ventre.jpg	15/10/2017 16:56:50	MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_C.docx	15/10/2017 16:52:25	TATIANE MONTELATTO MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_B.docx	15/10/2017 16:51:45	TATIANE MONTELATTO MARQUES	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	APENDICE_A.docx	15/10/2017 16:51:14	TATIANE MONTELATTO MARQUES	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetomestradoTATIANEoficial.docx	16/07/2017 22:19:14	TATIANE MONTELATTO MARQUES	Aceito
Cronograma	cronograma.docx	16/07/2017 22:12:14	TATIANE MONTELATTO MARQUES	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	16/07/2017 21:24:38	TATIANE MONTELATTO MARQUES	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

SAO CARLOS, 27 de Outubro de 2017

Assinado por:  
Priscilla Hortense  
(Coordenador)

Endereço: WASHINGTON LUIZ KM 235

Bairro: JARDIM GUANABARA

CEP: 13.565-905

UF: SP

Município: SAO CARLOS

Telefone: (16)3351-9683

E-mail: cephumanos@ufscar.br