**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM**

FLÁVIA CORRÊA PORTO DE ABREU D' AGOSTINI

**CONSTRUÇÃO DO PAPEL MATERNAL: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO
ACERCA DAS VIVÊNCIAS DE INTERAÇÃO ENTRE MÃES ADOLESCENTES E
ENFERMEIRAS**

**SÃO PAULO
2019**

FLÁVIA CORRÊA PORTO DE ABREU D' AGOSTINI

CONSTRUÇÃO DO PAPEL MATERNAL: UM ESTUDO FENOMENOLÓGICO ACERCA
DAS VIVÊNCIAS DE INTERAÇÃO ENTRE MÃES ADOLESCENTES E ENFERMEIRAS

Versão corrigida da tese apresentada ao
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem (PPGE) da Escola de
Enfermagem da Universidade de São Paulo
para obtenção do título de Doutor em
Ciências.

Área de concentração: Cuidado em Saúde

Orientadora: Profª Drª Lislaine Aparecida
Fracolli

VERSÃO CORRIGIDA

A versão original encontra-se disponível na Biblioteca da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e na Biblioteca Digital de Teses e Dissertações da Universidade de São Paulo.

São Paulo

2019

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

Catálogo na Publicação (CIP)
Biblioteca “Wanda de Aguiar Horta”
Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

D’ Agostini, Flávia Corrêa Porto de Abreu

Construção do papel maternal: um estudo fenomenológico acerca das vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras / Flávia Corrêa Porto de Abreu D’ Agostini. São Paulo, 2019.

163 p.

Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Lislaine Aparecida Fracoli

Área de concentração: Cuidado em Saúde

1. Mães adolescentes. 2. Enfermagem. 3. Visita domiciliar. 4. Relações enfermeiro-paciente. 5. Poder familiar. I. Título.

Nome: Flávia Corrêa Porto de Abreu D' Agostini

Título: Construção do papel maternal: um estudo fenomenológico acerca das vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem EEUSP-PPGE da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo para obtenção do título de Doutor em Ciências.

Aprovado em: ____/____/____

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

Prof. Dr. _____ Instituição: _____

Julgamento: _____ Assinatura: _____

DEDICATÓRIA

*À minha família, pelo amor e incentivo ao longo desses anos, dedico
mais uma vitória da minha vida.*

*As mães adolescentes e as enfermeiras visitadoras que participaram
deste estudo, pela confiança em compartilhar comigo suas vivências.
Meus agradecimentos, sem vocês, a realização deste trabalho não seria
possível.*

AGRADECIMENTOS

A **Nossa Senhora Aparecida**, que esteve comigo nos momentos de aflição, angústia e medo, e me deu forças para chegar até aqui. Agradeço por ter guiado meus passos e por cuidar de mim com muito amor e carinho.

A **minha orientadora**, Professora Doutora Lislaine Aparecida Fracoli, por ter me dado a oportunidade de construir e realizar este sonho, pela dedicação e por compartilhar comigo seu conhecimento e experiência. Obrigada por fazer parte dessa trajetória, que me proporcionou amadurecimento pessoal e profissional. Serei eternamente grata pelo convite em ser sua orientanda de doutorado, foi um prazer conviver com você.

A **Professora Doutora Zaida Borges Charepe**, pelo acolhimento na Universidade Católica Portuguesa, por todo amor, carinho e dedicação e que teve comigo no intercâmbio, e pela experiência e conhecimento que me proporcionou. E por me trazer a esperança de volta e me fazer acreditar que é possível. Gratidão profunda por todos os momentos juntas.

Aos **meus pais**, Matilde e Reinaldo, pelo amor, apoio e incentivo em todos os momentos desta trajetória ao longo desses anos. Essa conquista é fruto dos seus ensinamentos e também é de vocês.

À **minha irmã**, Fabiana, por ter me apoiado em todos os momentos da vida e por estar comigo sempre.

Ao **meu esposo**, pelo apoio e incentivo em todas as etapas desse momento. Pela paciência, atenção e amor por mim. Obrigada por ter sido meu colo e meu refúgio.

Aos **meus afilhados**, Maria Luiza e Miguel, pelos momentos de brincadeiras que me fizeram voltar a ser criança. Por me darem esse amor e sorriso mais puro e sincero, que me completa e que me faz amar vocês incondicionalmente.

Aos **tios/tias/primas**, que estiveram comigo me incentivando nesta trajetória e por não desistirem em me convidar para os eventos familiares quando não podia estar presente.

Aos **queridos amigos**, que acompanharam e apoiaram minha trajetória, desde já, compartilho mais essa vitória.

As **companheiras de doutorado**, Lucíola e Kesley, pelo auxílio durante todo esse processo, pela prontidão, pelo acolhimento nos momentos difíceis, e por contribuírem para o desenvolvimento deste estudo.

Aos **colegas do Grupo de Pesquisa Modelos Tecno-Assistenciais** e a Promoção da Saúde pelas contribuições e acolhimento.

A **Professora Doutora Monika Wernet**, por ser a pessoa maravilhosa, que mesmo distante torceu por mim em toda essa trajetória. Palavras não são capazes de traduzir a minha admiração por você.

À **minha coordenadora Thalyta**, pela parceria nestes anos de trabalho e por ter me incentivado e apoiado a construção do doutorado.

Às **minhas amigas da UNIP** pela convivência e apoio por todo esse tempo de luta diária e construção de conhecimento.

Às **professoras doutoras da Universidade Católica Portuguesa**, por me acolherem, pelas experiências e ensinamentos oportunizados, pela parceria, pelo conhecimento científico, por compartilhar todos os momentos que juntos vivemos intensamente no intercambio em Lisboa- Portugal.

À **banca examinadora**, pelo aceite em integrar esta etapa da minha formação, certa de que farão valiosas contribuições.

Ao **Programa de Pós-graduação em Enfermagem** pelas oportunidades de crescimento profissional.

À **Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo** pelo espaço e recursos proporcionados.

*“Moça, olha só o que eu te escrevi
É preciso força para sonhar e
perceber, que a estrada vai além
do que se vê...”*

(Marcelo Camelo)

Abreu-D' Agostini FCP. Construção do papel maternal: um estudo fenomenológico acerca das vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

RESUMO

Introdução: a interação entre enfermeiros e mães adolescentes pode promover um processo de ensino e aprendizagem de práticas parentais positivas; isso ajuda a adolescente a reestruturar as dimensões do papel maternal que ela deverá assumir.

Objetivo: compreender as vivências de interação das enfermeiras visitantes e das mães adolescentes no Programa Jovens Mães Cuidadoras. **Método:** estudo qualitativo, fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz; realizado com a participação de nove mães adolescentes, que foram acompanhadas pelo Programa Jovens Mães Cuidadoras, e três enfermeiras visitantes vinculadas à esse programa, no município de São Paulo. Para obtenção dos dados, utilizou-se a entrevista fenomenológica, com as seguintes questões norteadoras: (1) como foi para vocês participarem do programa Jovens Mães Cuidadoras?; (2) como ocorreu a interação de vocês durante as visita domiciliar?; (3) quais as expectativas que as enfermeiras e as mães tem em relação à parentalidade e à construção do papel maternal?. Os depoimentos foram obtidos após a aprovação do projeto no Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de São Paulo (Parecer nº 1.397.051). **Resultados:** as vivências de interação das enfermeiras visitantes e das mães adolescentes no Programa Jovens Mães Cuidadoras evidenciou que estas tendem a ressignificar suas vivências-passadas sobre a experiência de ser mãe e do cuidar da criança. As vivências de participação no programa para as mães adolescentes fizeram com que se sentissem privilegiadas por receberem o cuidado da enfermeira visitante, de modo único, exclusivo, centrado nas suas necessidades. Esse cuidado buscava promover conhecimentos e habilidades específicos nas diferentes necessidades de saúde que se apresentavam, durante o pré-natal, o puerpério e a fase de bebê e de criança. O fato de as mães não precisarem buscar por outros serviços e clínicas de saúde para resolverem suas necessidades, ter o serviço das enfermeiras em seu domicílio, foi significativo e conveniente para elas. Isso teve o significado de que havia alguém para acompanhar de perto as fragilidades e dificuldades, próprias da gestação e da saúde da criança. Além disso as intervenções realizadas em domicílio estabeleceram uma interação positiva entre elas; esse tipo de interação permitiu às mães adolescentes

terem atitudes parentais adequadas e construir o papel materno. **Considerações finais:** O Programa Jovens Mães Cuidadoras mostrou ser importante para a mãe adolescente, pois a ajuda a ter conhecimento sobre os cuidados com a gestação, puerpério e com a criança até os 2 anos de idade. As intervenções no domicílio promovem um crescimento pessoal e profissional na enfermeira visitadora. Estas foram reconhecidas como fonte de suporte e apoio social pelas mães adolescentes e pelos membros de sua rede social. As vivências de interação das enfermeiras visitadoras puderam ser caracterizadas como positivas quando as mães adolescentes seguiam e replicavam o cuidado que foi ensinado e abordado durante as visitas domiciliares. E, para as mães adolescentes, seguir o que a enfermeira visitadora transmitiu é justificado pela confiança e segurança que as jovens depositam nas profissionais. Os resultados deste estudo apontam que os profissionais devem estabelecer uma interação positiva com a mãe e família durante as visitas domiciliares para melhorar o relacionamento e prover resultados positivos no âmbito da parentalidade, papel maternal e desenvolvimento infantil na primeira infância. Outra contribuição foi ter apontado a necessidade de capacitação dos visitantes dos programas de visita domiciliar com foco na maneira como devem agir e estabelecer uma interação positiva, a fim de atingir as metas e os objetivos determinados pelo programa.

Palavras-chaves: Mães. Adolescente. Visita Domiciliar. Relações Enfermeiro-Paciente. Pesquisa Qualitativa. Enfermagem.

Abreu-D' Agostini FCP. Construction of maternal role: a phenomenological study about interaction experiences between teenage mothers and nurses [thesis]. São Paulo: Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo; 2019.

ABSTRACT

Introduction: the interaction between nurses and teenage mothers can promote a process of teaching and learning positive parenting practices; This helps the adolescent to restructure the dimensions of the maternal role she should assume.

Objective: understand the interaction of visiting nurses and teenage mothers in the program “Jovens Mães Cuidadoras”. **Method:** qualitative study, based on the social phenomenology of Alfred Schütz; This study was conducted with the participation of nine adolescent mothers, who were accompanied by the Young Mothers Caregivers Program, and three visiting nurses linked to this program, in the city of São Paulo. To obtain the data, we used the phenomenological interview, with the following guiding questions: (1) how was it for you to participate in the program Young Mothers Caregivers?; (2) How did your interaction occur during home visits ?; (3) What expectations do nurses and mothers have regarding parenting and the construction of maternal roles? The statements were obtained after the project was approved by the Research Ethics Committee of the University of São Paulo (Opinion No. 1,397,051).

Results: The interactional experiences of visiting nurses and teenage mothers in the Young Mothers Caregivers Program showed that they tend to re-signify their past experiences about the experience of being a mother and caring for the child. The experiences of participation in the program for adolescent mothers made them feel privileged to receive the care of the visiting nurse, in a unique, exclusive way, centered on their needs. This care sought to promote specific knowledge and skills in the different health needs that were presented during the prenatal period, the puerperium and the infant and child phase. The fact that mothers did not need to look for other health services and clinics to address their needs, had nurses' services at home was significant and convenient for them. This meant that there was someone to closely monitor the weaknesses and difficulties inherent in pregnancy and the child's health. In addition, home-based interventions established a positive interaction between them; This type of interaction allowed adolescent mothers to have appropriate parenting attitudes and to build the maternal role. **Final considerations:** The Young Caring Mothers Program has proved to be important for the adolescent mother, as it helps to have knowledge about the care with pregnancy, the puerperium and the child up to 2 years old. As selected at home, promote personal and professional growth in the visiting nurse. These were recognized as a source of support and social support by teenage mothers and members of their social network. Visiting nurse interaction experiences can be characterized as positive when mothers follow and replicate or take care of what was taught and approached during home visits. And, for teenage mothers, following or giving the visited nurse is justified by the confidence and security that young people place in professionals. The results of this study indicate that professionals should establish a positive interaction with the mother and family during home visits to improve the relationship and prove positive outcomes in the scenario of parenting, maternal role and early child development. Another contribution was pointed to the need for training of visitors of home visiting programs focusing on how they

should act and establish a positive interaction in order to achieve the goals and objectives recommended by the program.

Keywords: Mothers; Adolescent. Home visit. Nurse-patient relations. Qualitative research. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1- Matriz conceitual da teoria de Ramona Thieme Mercer. São Paulo, 2019.....	39
Figura 2- Mapa conceitual da teoria de consecução do papel maternal. São Paulo, 2019.....	44
Figura 3- Indicadores de interação positiva e negativa. São Paulo, 2019.....	60
Figura 4- Desenho do estudo integrando o referencial metodológico com o fenômeno de estudo. São Paulo, 2019.....	68
Figura 5- Desenho do estudo. São Paulo, 2019.....	69
Figura 6- Esquema de visita proposto pelo PJMC. São Paulo, 2019.....	76
Figura 7- Tipo de estudo, cenário, participantes e questões norteadoras da entrevista. São Paulo, 2019.....	86
Figura 8- Esquema representativo das etapas de análise das entrevistas. São Paulo, 2019.....	88
Figura 9- Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2019.....	89
Figura 10- Categorias concretas emergentes dos depoimentos. São Paulo, 2019.....	93
Figura 11 – Matriz conceptual das vivências de interação. São Paulo, 2019.....	119

LISTA DE QUADRO

Quadro 1- Diagnóstico de enfermagem e intervenções relacionados com o conceito de parentalidade. São Paulo, 2019.....	47

LISTA DE SIGLAS

AB	Atenção Básica
ACS	Agente Comunitário de Saúde
CIPE	Classificação Internacional para a prática de Enfermagem
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
EEUSP	Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo
ESF	Estratégia de Saúde da Família
EUA	Estados Unidos da América
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
MC	Mapa Conceitual
NANDA-I	International nursing diagnoses
NIC	Classificação das Intervenções de Enfermagem
OMS	Organização Mundial de Saúde
PJMC	Programa Jovens Mães Cuidadoras
SBV	Sociedade Brasileira de Pediatria
SP	São Paulo
TCLE	Termo Consentimento Livre e Esclarecido
UFSCar	Universidade Federal de São Carlos
UNFPA	United Nations Population Fund
USP	Universidade de São Paulo
VD	Visita Domiciliar
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	18
1 INTRODUÇÃO	22
1.1.PROBLEMÁTICA	22
1.1.1. Adolescência, gravidez e maternidade.....	22
1.1.2. Programas de saúde no acompanhamento de mães e crianças no Brasil	27
1.2. QUESTÃO E OBJETIVO DO ESTUDO.....	32
1.3. JUSTIFICAÇÃO E RELEVÂNCIA DO ESTUDO	32
2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA	36
2.1.CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNAL: FUNDAMENTOS TEÓRICOS.....	36
2.2.CONCEITO DA PARETALIDADE E DE SER MÃE ADOLESCENTE	45
2.3.CONSTRUINDO A INTERAÇÃO ENFERMEIROS E MÃES ADOLESCENTES EM PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR	53
3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO.....	62
3.1. FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ	62
4 PERCURSO METODOLÓGICO	70
4.1. TIPO DE ESTUDO	70
4.2. CENÁRIO DO ESTUDO PARA O ACESSO ÀS VIVÊNCIAS.....	71
4.3. PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	77
4.4. ASPECTOS FORMAIS E ÉTICOS.....	78
4.5. O ACESSO À AÇÃO VIVIDA DURANTE A VISITA DOMICILIAR.....	80
4.5.1. Coleta de dados.....	80
4.5.2. Tratamento e análise dos dados para compreensão dos níveis de significação da ação vivida	85
5 A VOZ DAS PARTICIPANTES: O CONTEXTO DE SIGNIFICADOS NAS INTERAÇÕES DAS ENFERMEIRAS VISITADORAS COM AS MÃES ADOLESCENTES.....	90
5.1. CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES	90
5.2. COMPREENSÃO DAS VIVÊNCIAS DECORRENTES DA INTERAÇÃO: CATEGORIAS EMERGIDAS DA AÇÃO VIVIDA.....	91
5.2.1. Motivos-porque	92
5.2.2. Motivos- para	111
5.3. TIPIFICAÇÃO COMPREENSIVA	116
5.3.1. Tipo vivido: mães adolescentes	116

5.3.2. Tipo vivido: enfermeiras visitadoras	117
5.3.3. Construção de significados	117
5.4. DISCUSSÃO	118
6. UM NOVO OLHAR SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MÃES ADOLESCENTES.....	134
6.1. CONSIDERAÇÕES FINAIS IMPLICAÇÕES PARA PRÁTICA.....	134
REFERÊNCIAS.....	140
APÊNDICES	156
ANEXO	161

APRESENTAÇÃO

APRESENTAÇÃO

O sonho e o imenso desejo de alcançar o doutorado são frutos de estímulos recebidos durante toda minha trajetória acadêmica. Tais estímulos começaram ainda na graduação em Enfermagem na Universidade Federal de São Carlos (UFSCar), quando tive oportunidade de realizar duas iniciações científicas na área de aleitamento materno: uma foi revisão integrativa dos fatores que contribuem para o desmame precoce e a outra foi uma pesquisa qualitativa sobre o aleitamento materno do prematuro em domicílio.

Nesse momento, percebi a minha paixão pela pesquisa e decidi que gostaria de seguir a carreira acadêmica. Para isso, decidi prestar o processo seletivo para o mestrado acadêmico da UFSCar em “Cuidado da cólica infantil pelos profissionais da Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pelas mães/famílias”, motivada pelo fato de ser a cólica um fenômeno tão relevante no cuidado com o recém-nascido.

Durante a trajetória do mestrado, pude compreender a relevância da interação entre profissionais de saúde e mães/famílias nas práticas de saúde sobre o cuidado da cólica infantil, acolhendo dúvidas, anseios e sofrimentos das mães/famílias.

Na defesa da minha dissertação, recebi o convite da Prof^a Lislaine Aparecida Fracolli para o doutorado acadêmico na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP). Foi o estímulo necessário para iniciar uma nova etapa em minha vida.

A partir daí, ingressei no doutorado, e a atividade inicial foi participar da supervisão das enfermeiras visitadoras do Programa Jovens Mães Cuidadoras (PJMC).

Realizar essa atividade possibilitou uma nova dimensão do conhecimento sobre a longitudinalidade do cuidado realizado por meio da visita domiciliar (VD) e do conceito da parentalidade. Mediante os relatos das enfermeiras visitadoras, pude perceber que as intervenções realizadas em domicílio, que além da promoção do papel maternal, dependem da interação que se estabelece entre enfermeiras e mães adolescentes.

Tais interações, sobretudo no domicílio familiar, trazem uma interação simultânea com o ambiente em que vivem, além de uma interação entre as pessoas envolvidas. A interação com a crença e com a cultura facilitam o entendimento sobre

a real situação, auxiliando a minimizar e/ou solucionar os problemas identificados e a estabelecer as intervenções primordiais.

O acompanhamento das mães adolescentes, por meio das VDs realizadas por enfermeiros nos períodos pré-natal, puerperal e da criança nos 24 primeiros meses, promovem uma interação que facilita intervenções sobre a parentalidade, sendo importante para o desenvolvimento saudável e adequado na primeira infância.

As atitudes parentais e a construção do papel maternal estão interligadas aos aspectos individuais das mães adolescentes e da criança no contexto social em que ambos estão inseridos. Assim, as interações estabelecidas nas VDs mostram ser fundamentais para o exercício da parentalidade e do papel maternal, uma vez que a enfermeira acompanha no domicílio, respeitando as características pessoais das mães adolescentes e de suas crianças.

A cada encontro da supervisão, foi despertando o meu olhar para a interação na VD e para a parentalidade e papel maternal. Além disso, emergiu a curiosidade para compreender como essa interação ocorreu nas VDs desenvolvidas pelas enfermeiras a mães adolescentes no PJMC. As interações foram positivas ou negativas? Quando uma interação é positiva ou negativa, ela tem impacto sobre o quê? Durante as VDs, as interações promovem ou não mudanças no desempenho do papel maternal e no cuidado à saúde? Quais são as expectativas das enfermeiras visitadoras e das mães adolescentes em relação ao PJMC? O que esperam dos encontros no Programa?

Assim, surgiu o interesse em pesquisar e compreender o fenômeno da interação entre as enfermeiras visitadoras e mães adolescentes nas VDs, trazendo contribuições importantes para valorizar as interações estabelecidas, pela possibilidade de modificar comportamentos e atitudes parentais.

A pesquisa e o ensino nos mostram o caminho para produzir e partilhar conhecimentos. Assim, convido a todos a interagirem comigo na minha trajetória de pesquisa e conhecimento nesta etapa do doutorado.

Ao organizar esta tese de doutorado, pretendemos demonstrar a trajetória da investigação desenvolvida, que foi estruturada em cinco capítulos, descritos a seguir.

O capítulo I, de maneira introdutória, contextualizou o problema que fundamenta o estudo pautado no conhecimento sobre o período da adolescência e a ocorrência da gravidez/maternidade. Inclui-se a apresentação da justificativa e a relevância do estudo.

O capítulo II, denominado “Contextualização teórica: ser mãe adolescente”, foi dividido em 3 subcapítulos. O subcapítulo II.1 engloba os fundamentos teóricos da consecução do papel maternal; é apresentada a teoria de enfermagem deste estudo, a parentalidade e o papel maternal na adolescência, bem como a construção da interação entre enfermeiro e mães adolescentes. O subcapítulo II.2 apresenta o conceito da parentalidade e de ser mãe adolescente. O subcapítulo II.3 aborda a interação entre enfermeiros e mães adolescentes em programas de visita domiciliar.

O paradigma de investigação refere-se à investigação empírica, que é composto pelo capítulo III e 7 subcapítulos. O capítulo III apresenta o percurso metodológico dividido em tipos de estudo (subcapítulo III.1), questões e objetivos de investigação (subcapítulo III.2), descrição do referencial metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz (subcapítulo III.3), caracterização do cenário do estudo para acesso às vivências (subcapítulo III.4), descrição dos participantes no estudo (subcapítulo III.5), aspectos formais e éticos (subcapítulo III.6) e, por fim, a coleta, tratamento e análise dos dados (subcapítulo III.7).

A voz dos participantes, a partir do contexto da ação, descreve o contexto de significados nas interações entre as enfermeiras visitadoras e as mães adolescentes, caracterizando o capítulo IV, que se subdivide em 4 subcapítulos. O subcapítulo IV.1 trata das características dos participantes. O subcapítulo IV.2 refere-se à análise estrutural a partir das narrativas em “motivos-porque” e “motivos-para”. O subcapítulo IV.3 é sobre a tipificação compreensiva para a construção dos significados emergidos. O subcapítulo IV.4 apresenta os aspectos associados ao observado nas narrativas e à tipificação de acordo com a literatura.

Como um novo olhar sobre os cuidados de enfermagem a mães adolescentes, apresenta-se o capítulo V com as considerações finais e implicação para a prática (subcapítulo V.1). Nesse capítulo, também são identificadas as limitações do estudo e apresentadas as propostas para o desenvolvimento de estudos futuros.

1 INTRODUÇÃO

1 INTRODUÇÃO

1.1 PROBLEMÁTICA

1.1.1 Adolescência, gravidez e maternidade

A adolescência é caracterizada, no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), como a fase de desenvolvimento humano entre 12 e 18 anos incompletos (BRASIL, 1990). Para a *World Health Organization* (WHO), adolescência é o período na entre 10 a 19 anos, que é dividida em duas fases: pré-adolescência (10 a 14 anos) e adolescência (15 a 19 anos completos) (WHO, 1986, 2006).

Os adolescentes configuram de 20% a 30% da população mundial e 25% no Brasil (BOUZAS; CADER; LEÃO, 2014). Uma projeção da população do Brasil, realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) em 2018, mostrou que a estimativa do número de adolescentes (sexo feminino e masculino) com idade entre 15 e 19 anos é de 16.079.464 (para 2019) e 15.790.863 (para 2020), com diminuição no número de adolescentes (IBGE, 2018).

O período da adolescência é caracterizado pela transição entre a infância e a vida adulta, marcado pelas alterações corporais, desenvolvimento cognitivo e social, construção da personalidade, mudanças sociais e maturação do sistema reprodutor (BANDURA, 2005; BRASIL, 2017a; TANNER, 1962).

A adolescência começa com as alterações corporais (fenômeno da puberdade) e se consolida com o término do crescimento e desenvolvimento com a definição da personalidade (BANDURA, 2005; COUTINHO, 2011; TANNER, 1962).

A puberdade (fase da adolescência) é caracterizada pelas alterações biológicas e fisiológicas, pelo crescimento e maturação hormonal e pela reativação dos mecanismos neurológicos. Esse é um período dinâmico que tem início na vida fetal e sofre influências genéticas e ambientais de maneiras distintas (COUTINHO, 2011).

O desenvolvimento da fase puberal está relacionado com o crescimento do adolescente. O início, duração e progressão dos eventos puberais variam conforme a idade cronológica e biológica. Os eventos puberais são caracterizados pelo estirão de crescimento, alterações na composição corporal, produção hormonal, desenvolvimento de órgãos e tecidos, maturação sexual e desenvolvimento psicológico (EISENSTEIN; COELHO, 2008).

O estirão de crescimento, caracterizado pelo aumento na estatura, ocorre na adolescência pela ação de hormônios gonadais e adrenais em interação com os hormônios de crescimento (COUTINHO, 2011).

Durante a puberdade, é observada uma mudança na composição corporal devido à alteração na quantidade de massa magra, sendo a velocidade dessa alteração maior no sexo masculino (COUTINHO, 2011).

Nos homens, a massa muscular aumenta de 80% a 85% em relação ao peso corpóreo. E nas mulheres, a massa muscular diminui na fase puberal; em consequência, ocorre um aumento na quantidade do tecido adiposo (COUTINHO, 2011).

Na puberdade, ocorre um aumento na secreção de hormônios gonadais (luteinizantes e foliculoestimulantes), e sua ação tem maior relevância nessa fase. Além disso, o nível dos hormônios de crescimento também aumenta. Com a elevada secreção desses hormônios na adolescência, surge um aumento na resistência à insulina (COUTINHO, 2011).

Na adolescência, a dimensão dos órgãos duplica e, inversamente, o tecido linfóide sofre uma involução. Além disso, ocorre uma fusão completa das epífises ósseas, bem como a maturação sexual feminina e masculina (MARSHALL; TANNER, 1969; TANNER, 1962).

A maturação sexual é uma continuação dos eventos puberais que se iniciam e progridem na ação dos fatores neuroendócrinos. No sexo masculino, ocorre um aumento no volume testicular, na quantidade de pelos pubianos e no tamanho do pênis. No sexo feminino, primeiro ocorre a telarca (surgimento do broto mamário); em seguida, vêm os pelos pubianos e axilares; e, depois, a menarca (primeira menstruação) (MARSHALL; TANNER, 1969; TANNER, 1962).

No período da adolescência, também ocorre o desenvolvimento psicológico demarcado pela redução no interesse em estar junto com os pais nas atividades familiares. Os adolescentes mostram preocupação com as mudanças em seus corpos, têm um forte relacionamento com amigos do mesmo sexo, necessitam de momentos solitários, privados e de isolamento social, têm maior necessidade de ser aceitos em grupos e passar por novas experiências, assumem comportamentos de risco; e aumenta a ocorrência de conflitos com os pais (COUTINHO, 2011). No final da adolescência, espera-se que o indivíduo tenha estabilidade emocional,

compromisso com os deveres da sociedade, limites sociais e mostre maior valorização e aceitação dos familiares (COUTINHO, 2011).

No período da puberdade, o desenvolvimento psicológico é marcado pela compreensão das transformações corporais, pelas repercussões na socialização e ampliação de sua rede social com pessoas fora do âmbito familiar, bem como pela construção de sua identidade (BRASIL, 2017a; SENNA; DESSEN, 2012). A personalidade do adolescente é caracterizada por uma fusão dos processos afetivos, decisórios e de ações, os quais promovem uma estabilidade emocional e social (BRASIL, 2017a; SENNA; DESSEN, 2012).

O adolescente passa por uma conturbação no desenvolvimento de sua identidade, a qual está em constante alteração, sendo um processo dinâmico e complexo, que se concretiza no decorrer de sua vida. Esse desenvolvimento sofre influência das experiências e informações adquiridas no seu cotidiano. Consequentemente, emergem no adolescente o sentido forte de si mesmo e as sensações de independência, autocontrole e domínio do ambiente por meio da percepção de si e do mundo (ERIKSON, 1976).

É no período da adolescência que se conquista o desenvolvimento cognitivo caracterizado pelo pensamento formal, pela capacidade de raciocínio mediante hipóteses e pela capacidade de abstração por meio da assimilação. Desenvolvimento que auxilia o adolescente a se inserir no meio adulto, dá sentido ao seu próprio crescimento, revela a forma individual de compreender a própria realidade e permite a adaptação ao mundo (INHELDER; PIAGET, 1976).

Cada indivíduo — portanto, incluem-se os adolescentes — apresenta características próprias (biológicas e psicológicas) bem como uma maneira pessoal de lidar com as situações da vida. O adolescente é sujeito ativo de seu desenvolvimento por meio da interação com o seu contexto de vida, relações com a família, amigos, comunidades, escolas, serviços de saúde, bem como com sua cultura e crenças. O contexto em que o adolescente está inserido influencia o curso de seu desenvolvimento e comportamento (BRONFENBRENNER, 2004).

Neste período, as alterações comportamentais levam os adolescentes a não temerem situações que os possam colocar em risco e/ou trazer prejuízo às suas vidas; com isso, assumem um comportamento sexual aventureiro e arriscado que muitas vezes leva a uma gestação não planejada (BIANCHINI, 2010; BOUZAS; CADER; LEÃO, 2014; WHO, 2014).

A maternidade na adolescência é um problema enfrentado em países desenvolvidos (OLIVEIRA et al., 2008; REICHERT et al., 2016) e em desenvolvimento, sendo reconhecido como uma situação da saúde pública, pois traz riscos ao desenvolvimento infantil, à mãe adolescente (GONTIJO; MEDEIROS, 2014) e ao desenvolvimento socioeconômico dos países (KONIAK-GRIFFIN et al., 2003).

Em 2004, no Brasil, houve 661.290 nascimentos de filhos vivos de mães adolescentes com idades entre 10 e 19 anos (BRASIL, 2017b). Um levantamento realizado pelo Ministério da Saúde aponta que no ano de 2014, ocorreram 28.244 nascimentos de filhos vivos de mães adolescentes com idade entre 10 e 14 anos; e 534.364 nascimentos relativos a mães adolescentes com idades entre 15 e 19 anos (ALMEIDA, 2016; BOUZAS; CADER; LEÃO, 2014).

Em 2015, no Brasil, ocorreram 546.537 nascimentos de filhos vivos de mães adolescentes; e, em 2016, 477.246 nascimentos relativos a mães com idades entre 15 e 19 anos (BRASIL, 2016b).

Segundo as estatísticas disponíveis, ocorreu uma redução na proporção de nascidos vivos de mães adolescentes entre 15 a 19 anos de 20,5% para 17,2% em todas regiões do Brasil (BURATTO et al., 2019). Esse fato está relacionado a vários fatores, tais como: ampliação da ESF; programa Saúde na Escola, que realiza ações de educação em saúde (BRASIL, 2017b); campanhas e ações nacionais sobre saúde sexual e reprodutiva na adolescência (SANTOS et al., 2017).

Na maioria dos casos, a gravidez na adolescência ocorre nas populações em situações socioeconômicas precárias (CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016; UNFPA, 2015), sem condições adequadas de saúde, alimentação e moradia (BRASIL, 2015; SANTOS et al., 2017), sem oportunidades de emprego, com baixa escolaridade e falta de estrutura familiar (BIKKER et al., 2015; BRASIL, 2015; CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016; SANTOS et al., 2017). Além disso, houve uma tendência crescente na proporção de mães adolescente que vivem com o companheiro de 9,8% para 11,8% (BURATTO et al., 2019).

Em adolescentes, a gravidez não planejada traz algumas consequências como: dificuldades econômicas (WHO, 2014), sobrecarga física, psíquica, emocional e social (RIBEIRO et al., 2016; WHO, 2018), estigma e/ou rejeição em seu âmbito familiar e social, abandono escolar e baixa escolaridade (RIBEIRO et al., 2016; SANTOS et al., 2017), situações de prematuridade, baixo peso ao nascer (SANTOS et al., 2017), bem

como riscos à saúde da adolescente e do bebê (GANCHIMEG et al., 2014; RIBEIRO et al., 2016).

Os principais riscos à saúde das adolescentes com gravidez precoce são o trabalho de parto prematuro, complicações obstétricas, depressão pós-parto e morte materna. Com a gravidez nesse período, a saúde do recém-nascido também sofre consequências tais como baixo peso ao nascer, prematuridade, transtornos no desenvolvimento, morte perinatal e falta de vínculo mãe-filho (BOUZAS; CADER; LEÃO, 2014; BRASIL, 2015; CRUZ; CARVALHO; IRFFI, 2016; VIEIRA et al., 2017; WHO, 2018).

A adolescente que vivencia a gravidez não planejada assume responsabilidades legais e socioeconômicas e, principalmente, o papel maternal perante o(a) filho(a), com consequências relacionais ao binômio mãe-filho(a) (BRASIL, 2015). Porém, assumir a maternidade não é um papel simples e, muitas vezes, resulta no abandono do filho(a) e/ou na falta de afeto com a criança (SBP, 2019).

Com a gravidez na adolescência e o nascimento da criança, a reestruturação nas relações familiares é necessária por ser um momento que se estabelecem e se criam novas rotinas de cuidado (SILVA et al., 2014). Com isso, a rede de apoio a essas adolescentes é um fator primordial e determinante da aceitação e suporte para elas enfrentarem a gestação e o nascimento da criança, e também a fim de dar suporte para elas exercerem seu papel maternal (SANTOS et al., 2017).

As mães adolescentes têm pouca ou nenhuma maturidade psicológica para assumir seu papel maternal por estarem centradas só em suas próprias necessidades, fazendo, na maioria das vezes, com que as crianças sejam criadas pelas avós ou outros membros da sua rede de apoio (BRASIL, 2015).

É importante intuir que a adolescente grávida é vulnerável; por isso, a criança também se torna vulnerável, dado que o bem-estar da mãe influencia o desenvolvimento físico, cognitivo, comportamental e emocional do(a) filho(a) (BRASIL, 2015). Assim, para construir vínculos positivos entre mães e criança, é necessário implementar políticas sociais e programas de intervenção que tenham como objetivo o cuidado da mãe adolescente e de seu(sua) filho(a) (BRASIL, 2015; PEDROSA, 2009a; WHO, 2014).

Programas de intervenção e política social eficaz para acompanhar as adolescentes durante a maternidade são aqueles que levam em consideração: (1) a

fragilidade emocional e imaturidade da mãe adolescente (BRASIL, 2015) para enfrentar o estigma que recai/pesa sobre elas e promover os cuidados no pré-natal/parto/pós-parto (SBP, 2018; VIEIRA et al., 2017; WHO, 2014); (2) reinserção social e retomada dos estudos (VIEIRA et al., 2016; WHO, 2014); e e (3) inserção no mercado de trabalho e estabelecimento de relacionamentos com o pai da criança e posterior planejamento familiar (VIEIRA et al., 2017).

Uma pesquisa realizada em New Jersey nos Estados Unidos da América (EUA) aponta que assumir o papel maternal faz com que as adolescentes se sintam sobrecarregadas, sozinhas; e percebam-se com conhecimento limitado sobre o cuidar do filho(a) (DEVITO, 2010).

Programas de intervenção, voltados às adolescentes grávidas, para aperfeiçoar o papel maternal proporcionam mais qualidade na relação mãe-filho e um desenvolvimento infantil adequado (PEDROSA, 2009; VIEIRA et al., 2017).

As especificidades desses programas de intervenção não estão só no tipo de ação a ser desempenhada, mas igualmente no ambiente e/ou local onde acontecerão os atendimentos, devendo ser espaços acolhedores e promotores de diálogo (SANTOS et al., 2017), assim como os atendimentos realizados em domicílios (BRASIL, 2012).

Nessa perspectiva, de tomar o domicílio como local de atendimento, a VD realizada por enfermeiras é uma técnica fundamental para o cuidado às mães adolescentes na adaptação do papel maternal. A VD é uma técnica desenvolvida por enfermeiros para propiciar a escuta ativa e encorajadora das mães no enfrentamento da gravidez e da maternidade não planejada. O resultado desse tipo de abordagem é o aumento na autoconfiança das jovens mães e em sua capacidade para “cuidar” do bebê.

1.1.2 Programas de saúde no acompanhamento de mães e crianças no Brasil

No Brasil, a ESF desenvolvida pelo Ministério da Saúde desde 1990, como política de Atenção Básica (AB), traz uma proposta de abordagem familiar, com foco na atenção ao ambiente e ao contexto em que vivem as famílias. Contudo, essas abordagens precisam ser fortalecidas no país (FMCSV, 2018).

A equipe básica da ESF é composta por médico, enfermeiro, técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (ACS), com a função de formar e

manter vínculos com as famílias que moram no seu território de abrangência. Além disso, esses profissionais realizam VD, com vistas à promoção da saúde da família em todas fases do ciclo vital, principalmente com famílias que têm crianças pequenas (BRASIL, 2012).

Na ESF, são realizados atendimentos com abordagens horizontais por meio da escuta qualificada e do diálogo aberto entre profissionais de saúde e famílias e/ou indivíduos, promovendo um cuidado direcionado às necessidades, trazendo contribuições importantes na melhoria do desenvolvimento saudável à primeira infância e à parentalidade (FMCSV, 2018).

A ESF cobre 62% da população brasileira, com mais de 6 milhões de atendimentos registrados voltados às práticas parentais a crianças de até 3 anos de idade (FMCSV, 2018).

Em uma revisão da literatura com o objetivo de um levantamento de iniciativas e/ou programas direcionados à primeira infância, mas com o olhar para as mães, o Ministério da Saúde concluiu que a maioria das iniciativas são pontuais, realizadas por ACS ou por pessoas capacitadas, porém restritas à realidade de um município e/ou estado (BRASIL, 2016a).

Ações de grande impacto sobre o desenvolvimento infantil e parentalidade vêm sendo implementadas no Brasil (e desenvolvidas no âmbito municipal, estadual e/ou federal) visando o fortalecimento da primeira infância e a parentalidade (BRASIL, 2016a; FMCSV, 2018).

Nos últimos anos, o Brasil tem investido em programas e políticas para acompanhamento de mães e suas crianças, visando o desenvolvimento infantil. Além disso, tem-se investido em programas de educação voltados à intervenção dos pais, sobretudo para promover a parentalidade (mediante interações pais-filhos) e atuar nas diversas dimensões de cuidado (BRASIL, 2016a). Merecem destaque os seguintes programas:

a) “Brasil carinhoso”: lançado em 2012 como reforço das políticas de saúde e educação; foi a primeira iniciativa do governo federal voltada à primeira infância com a perspectiva de dar atenção integral às crianças de 0 a 6 anos de idade (BRASIL, 2016a);

b) “Brasileirinhos e brasileiras saudáveis”: instituído pelo Ministério da Saúde (Portaria 2.395; 7/10/2009), com âmbito nacional, para atender as recomendações da Organização Mundial de Saúde (OMS) e da Comissão Nacional de Determinantes

Sociais da Saúde sobre a importância do Desenvolvimento Emocional Primitivo na primeira infância e sobre a configuração de padrões de saúde para a vida (PENELLO et al., 2011);

c) “Criança feliz”: programa nacional, instituído em 2016 para promover o desenvolvimento integral das crianças na primeira infância, por meio de visitas domiciliares, considerando o contexto de vida do indivíduo e da família, além de apoiar a gestante e a família para o nascimento, cuidados à criança e exercício da parentalidade. Esse programa prioriza crianças e famílias em situação de vulnerabilidade social e famílias beneficiadas pelo Programa Bolsa Família (BRASIL, 2017c);

d) “Mãe coruja pernambucana”: iniciativa do estado de Pernambuco desde 2007, cujo público-alvo são as mulheres gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde e as crianças de 0 a 5 anos de idade (filhos das mães atendidas pelo programa). O objetivo é cuidar de forma ampliada da mulher no ciclo gravídico puerperal e de seus filhos, a fim de promover gestação, parto e nascimento saudáveis, desenvolvimento infantil adequado e fortalecer vínculos afetivos. Tornou-se política pública de estado (Lei 13.959; 15/12/2009) e abrange 105 municípios pernambucanos (BRASIL, 2009);

e) “São Paulo pela primeiríssima infância”: elaborado com a premissa da promoção à saúde integral no desenvolvimento infantil desde o nascimento até os 3 anos de idade. Sua estrutura envolve órgãos de governo do estado e de 41 municípios. As intervenções são realizadas em três áreas (saúde, educação e desenvolvimento social) para conscientizar a população sobre a relevância dos primeiros anos de vida das crianças. Em 2012, foi realizado o convênio nº 150/2012 entre a Secretaria do Estado de São Paulo (SP) e a Fundação Maria Cecília Souto Vidigal (FMSCV) com o objetivo de fortalecer as ações do programa nas regiões pré-estabelecidas no Estado (FMCSV, 2015);

f) “Primeira infância acreana”: programa com enfoque intersetorial iniciado no estado do Acre (em 2016) para fortalecer a rede de serviços que garantem o desenvolvimento infantil integral a crianças com idade menor que 6 anos. Em 2017, foi criada a lei nº 3.367 que regulamenta esse programa. As VDs são realizadas por ACS (ACRE, 2016, 2017);

g) “Mães de minas”: realiza ações de saúde em Minas Gerais desde 2003 para proteção e cuidado da gestante e da criança no primeiro ano de vida, visando reduzir

a mortalidade materna e infantil mediante acompanhamento por visitas domiciliares realizadas por ACS (MINAS GERAIS, 2012);

h) “Primeira infância melhor”: programa de âmbito estadual, iniciado em 2003, que integra a política do Rio Grande do Sul (Lei 12.544; julho/2006). Esse programa promove ações socioeducativas a famílias com crianças de 0 a 6 anos de idade e gestantes que vivem em situação de vulnerabilidade social, por meio de atividades comunitárias e atendimentos semanais domiciliares voltados ao contexto cultural dessas mães e de suas famílias (BRASIL, 2010);

i) “Programa de Apoio ao Desenvolvimento Infantil”: desde 2014, o Estado do Ceará promove intervenções voltadas às competências familiares para garantir o desenvolvimento infantil adequado de crianças com idade de 0 a 3 anos e também formar educadores no cuidar e educar as crianças na primeira infância (CEARÁ, 2016);

j) “São Paulo carinhosa”: lançada em 2013 para o Desenvolvimento Integral da Primeira Infância na cidade de São Paulo visando promover, articular, coordenar, divulgar e ampliar ações voltadas à promoção do desenvolvimento infantil integral de crianças de 0 a 6 anos de idade, considerando aquelas que estão vinculadas e integradas na escola, família e comunidade (HADDAD, 2016; SÃO PAULO, 2016);

k) “Família que acolhe”: programa de Boa Vista, capital de Roraima, desde 2013. É uma política pública integral que auxilia mães, famílias e crianças desde o nascimento até os 6 anos de idade, promovendo o acesso à saúde, educação e desenvolvimento social de forma integrada com vistas ao desenvolvimento infantil adequado (BOA VISTA, 2013);

l) “Mãe curitibana”: existe em Curitiba desde 1999, realiza intervenções para melhorar a qualidade dos atendimentos no pré-natal, parto e puerpério, prevenindo complicações de saúde e incentivando gestantes e crianças ao aleitamento materno, de maneira humanizada e com qualidade. Os ACSs acompanham essas gestantes e prestam as informações necessárias. Esse programa conta com a parceria de maternidades no município (CURITIBA, 1999);

m) “Nossas crianças - janelas de oportunidades”: iniciativa lançada em 2003, no município de São Paulo, para contribuir no desenvolvimento integral e de qualidade das crianças, junto as competências familiares pelas unidades e equipes da ESF (ZOBOLI, E. L. P.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, 2010);

n) “Cresça com seu filho”: desde 2014, a prefeitura de Fortaleza atua visando o acompanhamento interdisciplinar do desenvolvimento psicossocial e educacional de crianças com idade entre 0 e 3 anos, de famílias que vivem em vulnerabilidade social por meio de VD por ACS (CEARÁ, 2016).

Os programas de saúde desenvolvidos no Brasil são geralmente direcionados à prevenção da gravidez na adolescência e ao desenvolvimento na primeira infância (de 0 a 6 anos). Constata-se que há uma escassez de programas e intervenções voltados à assistência e apoio à maternidade de adolescentes (PINHEIRO, 2016).

A defesa de programas ou intervenções com foco na maternidade em adolescentes se baseia no fato de que estes trazem um desfecho positivo à parentalidade e ao comportamento (cognitivo e social) das crianças. Um estudo mostra que os pais que recebem intervenção com foco na maternidade desempenham competências parentais positivas e reduzem as práticas parentais negativas (BRASIL, 2016a).

Intervenções voltadas ao desenvolvimento do papel maternal junto a mães adolescentes também apresentam resultados positivos para as competências parentais, interação pai-filho e desenvolvimento infantil adequado (BRASIL, 2016a).

A parentalidade é importante para o desenvolvimento saudável da criança, entretanto não ganha destaque nos programas brasileiros que realizam intervenções com mães. Em contraponto, os programas geralmente estão voltados ao desenvolvimento saudável na primeira infância junto às mães (BRASIL, 2016a), porém não são específicos para a população de mães adolescentes.

Os programas de intervenção para pais e famílias realizados em domicílios por meio da VD são mais efetivos, pois adotam uma abordagem psicoeducativa para promover as habilidades dos pais e da criança desde o início da gravidez, no contexto de vida desses indivíduos, gerando resultados positivos para a parentalidade e desenvolvimento infantil (BRASIL, 2016a).

O Brasil é um país com grandes dimensões territoriais e desigualdades sociais. Com essa realidade, intervenções domiciliares são maneiras de proporcionar à mãe e à criança um contexto favorável ao desenvolvimento infantil adequado (PINHEIRO, 2016).

Por isso, programas de VD com foco no desenvolvimento da primeira infância¹ e parentalidade positiva são cruciais, devendo ser implementados de forma pertinente na realidade brasileira (FMCSV, 2018).

Pesquisas sobre programas que tomam o ambiente domiciliar como foco de cuidado apontam que as VDs afetam positivamente os comportamentos de saúde e principalmente a parentalidade (BRASIL, 2016a).

Embora o Brasil tenha diversas iniciativas voltadas ao cuidado à saúde materna e infantil, pouco ou quase nada foi produzido sobre a avaliação desses programas. Esse fato vem sendo um obstáculo ao avanço de pesquisas sobre a efetividade de intervenções por meio das VDs (FMCSV, 2018).

1.2 QUESTÃO E OBJETIVO DO ESTUDO

A questão norteadora desta investigação é: *“Como se caracterizam as vivências de interação das enfermeiras visitadoras e das mães adolescentes no PJMC?”* Com isso, buscou-se despertar a ressignificação da interação no âmbito da VD mediante a discussão que emerge dos relatos das enfermeiras e adolescentes que participaram do PJMC. Tal discussão poderá subsidiar a reflexão sobre essa realidade.

O desvelamento do **fenômeno** tem como objetivo compreender as vivências de interação das enfermeiras visitadoras e das mães adolescentes no PJMC.

1.3 JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA DO ESTUDO

A justificativa deste estudo está na defesa de intervenções em saúde com foco na capacitação/formação de mães adolescentes que estão em contextos de maior vulnerabilidade social, lhes possibilitando um melhor cuidado de seus filhos.

Ainda, devem ser considerados os itens a seguir:

- 1) No Brasil, há escassez de programas de visita domiciliar que tenham sido feitos: exclusivamente por enfermeiros; para mães adolescentes; com foco na parentalidade e na construção do papel maternal;
- 2) O período da adolescência é marcado por mudanças corporais e comportamentais, e vivenciar a gravidez e ser mãe nesse período de

---

¹ Período do nascimento até os 6 anos de idade da criança (FMCSV, 2018).

desenvolvimento exige reestruturação e reajustes em várias dimensões (incluindo as biopsicossociais e socioeconômicas) no modo de ser das adolescentes. Além disso, essa reestruturação não é fácil de fazer; pelo contrário, requer investimento de diferentes tecnologias nos campos do cuidado e da educação;

- 3) As condições de vulnerabilidade dificultam o acesso a condições mínimas de sobrevivência e expõe mãe e bebê a violências de todos tipos, afetando também o acesso das mães adolescentes aos processos de educação e cuidado de que tanto elas precisam;
- 4) A interação entre enfermeiros e mães adolescentes pode promover um processo de ensino-aprendizagem de práticas parentais positivas e de construção do papel maternal; isso ajuda a adolescente a reestruturar e redimensionar as dimensões do seu ser e a assumir esse novo papel;
- 5) O modo pelo qual esse papel materno é construído e assumido pela mãe bem como o seu impacto no desenvolvimento da criança dependem do resultado, que pode ser positivo ou negativo;

Estudos avaliando o impacto da qualidade da relação e interação entre os profissionais visitantes e a mãe/família em programas de visita domiciliar são escassos (PEACOCK et al., 2013).

Quando a interação entre os sujeitos envolvidos (enfermeira visitadora e mãe adolescente) ocorre, abre-se a possibilidade de modificar comportamentos e atitudes por meio da comunicação estabelecida entre eles, desde que o profissional esteja envolvido a atender às particularidades e necessidades das mães.

O ponto de partida deste estudo são duas perguntas: (1) Como se estabelece a interação entre enfermeiros e mães adolescentes durante as VDs? (2) Como a vivência das interações influencia a parentalidade e a construção do papel maternal? (3) Quais as expectativas que as mães e enfermeiras têm em relação à parentalidade e à construção do papel maternal?

A relevância deste estudo é poder pesquisar o *modo* como se estabelece a interação entre enfermeiros e mães adolescentes em um programa de visita domiciliar e analisar as vivências que ocorrem nessa interação, sob a perspectiva das enfermeiras e das mães adolescentes no âmbito dos cuidados parentais e do desempenho do papel maternal.

O conceito do papel maternal está de acordo com os referenciais teórico e conceptual adotados neste estudo. O objetivo das intervenções de enfermagem para às mães adolescentes foi apoiá-las na tarefa de se tornarem mães, a fim de garantir um desenvolvimento infantil adequado (MERCER; WALKER, 2006).

A interação enfermeiros e mães adolescentes ao longo da gravidez permite que estas desenvolvam autoconfiança para assumir o papel maternal (MERCER, 2004, 2006; MERCER; WALKER, 2006).

O resultado esperado para a prática de enfermagem é mostrar a importância e estabelecer uma interação construtiva entre enfermeiros e mães quanto ao cuidado parental positivo e o papel maternal. Para as mães adolescentes e crianças é desenvolver a identidade do papel maternal e, assim, garantir ganhos positivos no desenvolvimento infantil. E para o campo teórico da enfermagem é trazer um conhecimento novo por meio de uma ampla compreensão do fenômeno em estudo e agregar uma extensão à teoria de Ramona Mercer (MEIGHAN, 2004), com foco na interação estabelecida no programa de visita domiciliar com mães adolescentes.

A importância deste estudo é trazer novos conhecimentos sobre as vivências de interação nos programas de VD, visto que estabelecer uma interação positiva entre mãe e enfermeiro visitador traz resultados positivos nas intervenções e assim agregar valor para os programas de intervenções para terem compreensão da interação positiva para o cuidado.

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2 CONTEXTUALIZAÇÃO TEÓRICA

2.1 CONSECUÇÃO DO PAPEL MATERNAL: FUNDAMENTOS TEÓRICOS

O ser mãe está relacionado ao conjunto de expectativas por meio das vivências sociais e pessoais bem como das interações com os indivíduos (profissionais de saúde e/ou pessoas da rede social e/ou membros da família) associados à maternidade (MERCER, 1985; PEDROSA, 2009b).

No final dos anos 1960, Ramona Thieme Mercer começa a investigar o papel maternal, influenciada por sua professora e mentora, que realizou seu trabalho na definição da consecução do papel maternal como um processo de a mulher se reconhecer nesse papel (MERCER, 2006; NYSTROM; OHRLING, 2004).

A identidade materna só se concretiza quando a mulher está em equilíbrio com a própria expectativa de ser mãe. É por meio do processo cognitivo e social que se aprende e se desenvolve uma ligação com o filho, quando a mulher se considera (MERCER, 2006; NYSTROM; OHRLING, 2004).

A Consecução do Papel Maternal (*"Maternal Role Attainment"*) é o processo que ocorre pela interação entre mãe e filho(a) e que, como consequência, desenvolve competências para cuidar e assumir um novo papel (MEIGHAN, 2004; MERCER, 1995). Esse processo exerce influência direta ou indireta sobre o papel maternal, dependendo das **variáveis maternas** (idade, estatuto socioeconômico, percepção da experiência do parto, separação precoce da criança, apoio social², autoestima³ e autoconceito⁴, flexibilidade no ajustamento de papéis, personalidade, experiência de estresse⁵, estado de saúde da criança⁶, ansiedade⁷, estado depressivo ou depressão⁸, tensão do papel, atitudes na educação da criança, satisfação com a interação e com o desempenho de tarefas, vinculação mãe-filho e atitudes educativas), **variáveis da criança** (temperamento, reação e individualidade da

---

² Pessoas (rede) que prestam ajuda (MERCER et al., 1986);

³ Autoaceitação, percepção própria sobre como os outros a veem (MERCER, 1986);

⁴ Percepção própria de si, autossatisfação, autoaceitação (MERCER, 1986);

⁵ Situações da vida e do ambiente, que interferem de forma positiva e negativa (MERCER; FEREKITCH, 1990);

⁶ Doença que interfere na ligação entre mãe e criança, promovendo a separação de ambos (MERCER, 1986);

⁷ Quando se entende uma situação de estresse como perigosa ou ameaçadora (MERCER, 1986);

⁸ Elemento que afeta o espírito depressivo (MERCER, 1986).

criança nas atitudes e ações), **do apoio social** (extensão e qualidade da rede social no apoio psicológico e físico) e **da família**⁹ (subsistemas conjugais e parentais no desempenho dos papéis) (MEIGHAN, 2004; MERCER, 2004; MERCER; FERKETICH, 1990; NYSTROM; OHRLING, 2004).

A consecução do papel maternal, trata-se de uma teoria de enfermagem de médio alcance no paradigma da transformação (FAWCETT, 2017), que está vinculada a seis pressupostos teóricos, sendo eles:

- a) o *Self* estável por meio da socialização, que determinará a forma como a mãe responde ao cuidado do(a) filho(a), como ela define e aprende eventos relativos à maternidade mediante a sua situação de vida;
- b) o nível de desenvolvimento e as particularidades da própria personalidade influenciam seu comportamento como mãe para além de sua socialização;
- c) a criança terá reflexos no crescimento e no desenvolvimento, conforme as competências de sua mãe;
- d) a criança, como parceira ativa no desempenho e concretização do papel maternal, sofre influência da maneira como a mãe realiza o seu papel;
- e) a identidade materna, interligada ao papel maternal que desempenha;
- f) o parceiro da mãe colabora na consecução do papel maternal (MERCER, 1981, 1986, 1995).

Mercer define quatro conceitos metaparadigmáticos fundamentais para compreender a teoria da consecução do papel maternal: a enfermagem/pessoa/saúde/ambiente (MEIGHAN, 2004).

O conceito da **enfermagem** caracteriza os enfermeiros como os profissionais de saúde responsáveis pela promoção da saúde do indivíduo e da família; e como aqueles que têm uma interação mais bem ancorada e de forma intensa com as mães. Os cuidados de enfermagem, dirigidos à mulher no período da gravidez até o primeiro ano de vida da criança, trazem efeitos benéficos no longo prazo para ambos, além de fornecer informações relevantes e cruciais para esse período (MERCER, 1985, 1995).

O conceito de **pessoa** refere-se ao *self* e ao *core self*, sendo o *self* independente do papel representado pelo indivíduo; a mulher readquire uma

---

⁹ Sistema dinâmico que inclui as pessoas (mãe/pai/criança) de forma individual ou em díade (mãe-criança, pai-criança, mãe-pai), formando o sistema familiar.

personalidade própria conforme excede o ser *self* no binômio mãe-filho; o *core-self* se desenvolve por meio do contexto cultural do indivíduo e determina como as situações são definidas. A mãe é uma pessoa independente, mas que está sempre em interação com outros indivíduos, podendo ser com a sua própria criança e/ou membro da família e/ou enfermeiros (MERCER, 1985, 1995).

Nessa teoria de enfermagem, a definição do estado de **saúde** é a percepção que o pai e/ou a mãe têm sobre suas vivências de saúde anteriores e atuais, de resistência à doença, de preocupação com a saúde, das orientações recebidas sobre doença e da negação do papel de doente. O estado de saúde de um indivíduo gera estresse na família, sendo um importante fator na satisfação das relações pessoais com mulheres grávidas. A saúde é um estado almejado para a criança, que sofre influências dos fatores materno e infantil; por essa razão, é fundamental a mulher receber cuidados de saúde desde a gestação para atingir sua identidade no desempenho do papel maternal (MERCER, 1995).

O conceito de **ambiente** é definido como um fator que desenvolve a consecução do papel maternal, pois não podemos considerar o indivíduo um ser independente do ambiente onde está inserido, pois há uma relação entre o desenvolvimento do papel maternal e o contexto em que a mulher está inserida. A consecução do papel maternal e o desenvolvimento da criança sofrem influência das tensões vivenciadas nesse ambiente (MERCER, 1995).

A definição do conceito de ambiente foi baseada em Bronfenbrenner (1979), autor do conceito de ambiente ecológico, que deu origem ao modelo da consecução do papel maternal em 1991. O modelo mostra que os fatores ambientais (emprego, escola, etc.), apoio social, estresse e o desempenho da família influenciam no desenvolvimento do papel maternal (MERCER, 1995), caracterizados por microssistema, mesossistema e macrossistema, tal como é demonstrado na Figura 1.

Figura 1 – Modelo conceitual da teoria da Ramona Thieme Mercer. São Paulo, 2019.

Fonte: Meighan, 2004, p. 524.

O microsistema é o ambiente onde ocorre a consecução do papel maternal, incluindo a família, o apoio social e o estresse. Essas variáveis interagem e afetam o desempenho do papel maternal. O sistema familiar no qual a criança está incluída é semifechado, realizando trocas com os outros sistemas sociais. A consecução do papel maternal é influenciada pelo microsistema e pelas interações do pai/mãe/criança que ocorrem nesse ambiente (MERCER, 1995). A família é caracterizada como o sistema onde a consecução do papel maternal ocorre, e esse sistema é caracterizado como microsistema, que interage com os outros subsistemas (MEIGHAN, 2004; MERCER, 2004).

O mesossistema influencia o microsistema e determina o papel maternal em desenvolvimento por meio das interações entre a mãe e a família ampliada (subsistemas), caracterizada por entidades do contexto da mãe, tais como escola, trabalho, igreja e outras Instituições (MERCER, 1995). As inter-relações que ocorrem

entre dois ou mais subsistemas dão origem ao termo exossistema, que é uma extensão do mesossistema e tem influência indireta na mãe (MEIGHAN, 2004; MERCER, 2004).

O macrossistema é determinado pelos paradigmas existentes na cultura da mãe e pelas influências sociais e políticas do seu contexto. O ambiente de cuidados de saúde e a repercussão do conjunto de cuidados de saúde na consecução do papel maternal têm início no macrossistema (MERCER, 1995).

As experiências de maternidade têm início na infância por meio da observação e reprodução dos comportamentos dos adultos com a criança. Essa reformulação desenvolve-se em quatro fases (MEIGHAN, 2004; MERCER, 1981), descritas como:

- a) Antecipatória: é caracterizada por uma fase de ajustamento psicológico e social, relacionada com as expectativas, fantasias e aprendizagens sobre o papel de mãe na gravidez (MEIGHAN, 2004). É nesse momento que a mãe se prepara para a adaptação à maternidade, cria imagens do(a) filho(a), prepara-se para o parto seguro e para cuidar da criança, começa a se organizar para as alterações no seu estilo de vida e, ao nível psicossocial, para o desempenho do novo papel (MERCER, 2004);
- b) Formal: começa com o nascimento e inclui ajustamentos e aprendizagem para o desempenho do papel de mãe, caracterizados pelo restabelecimento físico, conhecimento/vínculo com a criança. Ela aprende a cuidar da criança por se espelhar nos comportamentos e orientações de especialistas e/ou por outros sistemas sociais com os quais a mulher interage. Nessa fase, a mãe interage com o(a) filho(a) no seu âmbito familiar, aprende a cuidar, a ter atitudes promotoras de vínculo com a criança. Nesse momento, os cuidados de enfermagem são cruciais para apoiar e ajudar a mãe a desempenhar seu papel (MEIGHAN, 2004; MERCER, 1981, 1985, 2004);
- c) Informal: começa a partir do momento em que a mulher desenvolve maneiras particulares de desempenhar seu novo papel com prudência, para adequar os melhores cuidados à criança (MERCER, 2004). A mãe segue as recomendações dos profissionais de saúde, em congruência com os indivíduos da sua rede social, para melhor cuidar de seu bebê. Nessa fase, observa-se um movimento de adequação ao novo papel, especificamente ao novo estilo de vida (MEIGHAN, 2004; MERCER, 1981, 1985, 2004);

- d) Pessoal ou identidade pessoal ou identidade materna: caracterizada pela fase em que a mulher desenvolve o próprio papel maternal, interiorizando-o e assumindo-o mediante a expressão de sensações de harmonia, confiança, satisfação, competência e vinculação com a criança (MEIGHAN, 2004). A mudança para a concretização da maternidade é alcançada quando a mulher se sente em concordância com suas expectativas como mãe e com o modo como ela desempenha o papel maternal. Por meio da redefinição do *self*, a mulher consegue incorporar a maternidade e se sente confiante e competente para interagir, vincular e expressar o seu amor à criança (MEIGHAN, 2004).

Essas quatro fases ocorrem de forma única e diversificada de mulher para mulher, pois elas sofrem diferentes influências do apoio social, estresse, funcionamento familiar e das relações e/ou interações estabelecidas entre pai e mãe ou com outra pessoa significativa (MEIGHAN, 2004; MERCER, 2004). A mulher atinge a sua identidade maternal à medida que sente satisfação em desempenhar o seu papel e quando atinge suas expectativas como mãe (MEIGHAN, 2004; MERCER, 2004). A adaptação do papel maternal promove mudanças nos níveis biológicos, psicológicos e sociais da mulher (MERCER, 1985, 1986).

Em mães adolescentes, o desempenho do papel maternal é diferente pois elas precisam de mais tempo para atingir a fase formal (MERCER; WALKER, 2006).

O desenvolvimento do papel maternal em adolescentes ocorre em quatro fases (MERCER, 1986):

- a) Terra da fantasia: inicia na hospitalização como algo irreal na concepção da mãe adolescente;
- b) Confronto com a realidade: durante o primeiro mês pós-parto;
- c) Dar e receber: ocorre no segundo e terceiro mês pós-parto, sendo caracterizado pelo equilíbrio a ser estabelecido entre escola, trabalho e atribuições maternas;
- d) Incorporação do papel maternal: ocorre entre o sexto e nono mês pós-parto pelo aumento na autoconfiança e na competência maternal.

Vivenciar a maternidade é desenvolver funções e assumir o papel maternal que levam a uma transformação na identidade pessoal, em hábitos, comportamentos, atitudes, na emoção e no autoconceito da mulher (MERCER, 2004).

Em síntese, são três componentes fundamentais do papel maternal que trazem efeitos positivos ao desenvolvimento cognitivo: a ligação entre saúde e competência social nas crianças como a ligação entre a mãe e a criança; aquisição de competência nos comportamentos maternos; e demonstração pelas interações mãe-filho (MERCER, 1986, 1995).

A consecução do papel maternal ocorre durante o 1º ano de vida da criança, com a recuperação física no 1º mês pós-nascimento; a consecução acontece dos 2 aos 5 meses de idade da criança; a ruptura ocorre dos 6 aos 8 meses; e a reorganização acontece a partir do 8º mês e vai até o 1º ano de vida da criança (MERCER, 1985, 1986).

Mercer verificou que há diferentes formas de adaptação à maternidade, principalmente quando a mãe tem uma doença que traz danos ao período pós-parto ou quando nasce uma criança com deficiência ou ainda quando uma mãe está na fase de adolescência (MEIGHAN, 2004). O exercício da parentalidade e o desenvolvimento do papel maternal no período da adolescência requer motivação da mãe adolescente, independentemente da sua classe social, mas dependente de uma razão própria.

Mães adolescentes podem ter maior dificuldade para assumir sozinhas o papel de adulto. Antes dos 15 anos de idade, a minoria das adolescentes é capaz de mostrar raciocínio dedutivo com argumentos e hipóteses para dar a solução aos problemas em seu cotidiano (MERCER, 1980). As adolescentes que não têm fortes laços afetivos estabelecidos com seus pais ou almejam ter independência experienciam conflitos cognitivos internos que dificultam o exercício do papel maternal (MERCER, 1980).

A gravidez faz com que a mulher (neste caso, a adolescente) tenha um reajuste psicológico para assumir as tarefas como mãe e reviva os conflitos cognitivos da infância que ressurgem com o nascimento do(a) filho(a), podendo se constituir em uma oportunidade para resolvê-los ao assumir o papel maternal (MERCER, 1980).

As alterações e as constantes adaptações na vida das mães adolescentes começam desde a gestação e progridem com o parto e nascimento da criança, mas é só depois do parto que essas mães conseguem identificar e integrar uma nova

identidade pessoal, bem como aceitar as mudanças em sua vida (CANAVARRO; PEDROSA, 2012; PEDROSA, 2009) pelo autoconceito¹⁰ (MERCER, 2004).

Ao vivenciar suas experiências, a mãe adolescente compreende o papel maternal que assumiu e está desempenhando, bem como o modo pelo qual ela vê a criança. Por intermédio de uma escuta qualificada e de um diálogo aberto, os enfermeiros conseguem avaliar a situação e aconselhar a mãe adolescente da melhor forma (MERCER, 1980).

Os enfermeiros são os profissionais da saúde que têm competência para dar suporte à mãe adolescente. A continuidade do cuidado de enfermagem disponibilizado a essa mãe traz repercussões positivas ao desempenho do papel maternal (MERCER, 1980, 2004). Esse profissional de saúde é um elemento facilitador para a consecução do papel maternal, pois ele consegue estabelecer interações com a mulher pelo estabelecimento de uma relação terapêutica (MERCER, 2004; MERCER; WALKER, 2006), fortalecendo a parentalidade e, conseqüentemente, promovendo o bem-estar (MERCER, 2004).

Na interação entre enfermeiro e mãe, o foco está no estabelecimento de relações de reciprocidade, com discussões abertas e participação ativa das mulheres (MERCER; WALKER, 2006). Para que a mãe possa assumir comportamentos positivos no seu papel maternal, o enfermeiro deve dar feedback e reforço positivo (MERCER; WALKER, 2006).

O acompanhamento e as intervenções de enfermagem durante a gravidez, nascimento e após o parto traz repercussões positivas ao desempenho do papel maternal e ao cuidado à criança, quando se estabelece uma abordagem individualizada apoiada nas interações mencionadas (MERCER; WALKER, 2006).

A Figura 2 representa o mapa conceitual (MC)¹¹ elaborado pela pesquisadora referente à teoria de enfermagem adotada neste estudo, o qual surge nesta investigação como um complemento à análise dos dados obtidos nas distintas etapas da coleta de dados.

---

¹⁰ É a visão de si próprio sobre sua autoaceitação, relativa à congruência ou não do próprio e do ideal (MERCER, 1986).

¹¹ Representação gráfica de conceitos apresentados em caixas, ligadas por uma linha com uma frase explicativa representando as conexões dos conceitos e das ideias-chave, para elucidar as relações significativas. Na parte superior, está o conceito amplo e geral que será fragmentado em conceitos específicos, na direção vertical, de cima para baixo (NOVAK; CAÑAS, 2006, 2007).

Figura 2 – Mapa conceitual da teoria de consecução do papel maternal. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora.

Explicando o MC: a teoria da consecução do papel maternal é representada por um modelo (Figura 1) que consiste em macrossistema, mesossistema e microsistema, nos quais estão inseridas cultura e crença, família alargada e família, respectivamente.

Os quatro conceitos metaparadigmáticos da teoria são enfermagem, ambiente, saúde e pessoa. O conceito de enfermagem é definido como aquele que promove a promoção da saúde por meio da interação entre mãe e enfermeiros; e sofre influência do contexto onde a pessoa está inserida, da família alargada e da família. O ambiente é definido pelo contexto onde a pessoa está inserida. A saúde é definida a partir da percepção da pessoa sobre a doença. A pessoa é caracterizada pelo *self*.

A partir dos conceitos metaparadigmáticos e da interação entre mãe e enfermeiro é que ocorre a consecução da identidade/papel maternal.

A identidade/papel maternal é caracterizada pela interação mãe-filho, e a forma como a mãe desempenha esse papel é influenciada pelas variáveis maternas da criança e do ambiente. E a consecução da identidade/papel maternal ocorre em quatro

etapas denominadas antecipatória, formal, informal e pessoal, com início na gestação, com adaptação psicológica e social e com término quando a mulher desenvolve o próprio papel maternal e o assume.

2.2 CONCEITO DA PARENTALIDADE E DE SER MÃE ADOLESCENTE

A parentalidade é uma vivência marcante na vida dos indivíduos e dos membros da família. Com a chegada do primeiro filho, inicia-se uma nova etapa no ciclo vital, com novos papéis parentais, além das mudanças comportamentais significativas para todos membros da família (MELEIS et al., 2000; RELVAS, 2004).

Há anos, a temática parentalidade tem sido descrito na literatura como relevante para a sociedade por trazer implicações ao âmbito da saúde, do bem-estar e do desenvolvimento infantil saudável (MERCER; FERKETICH; DEJOSEPH, 1993). Sendo assim, há consequências na promoção da saúde e no desenvolvimento social familiar quando não se promove a parentalidade (GAGE; EVERETT; BULLOCK, 2006).

Parentalidade como conceito, começou a ser estudada no início da década de 1970, apresentando uma natureza multidisciplinar. Atualmente, permanece não consensual aos diversos pesquisadores, que usam como sinônimos “paternidade”, “paternal”, “patriarcal” ou “monoparental” (VAZ; RELVAS, 2002).

A palavra “parentalidade” vem do verbo “*parere*” (latim), que significa educar ou desenvolver atividades e interações interligadas ao desenvolvimento infantil (HOGHUGH, 2004).

Para os autores Valsiner, Branco e Dantas (1997), o termo mais usado pela comunidade é “*parenting*” (inglês), e este conceito não é passível de tradução para línguas como português e espanhol (VALSINER; BRANCO; DANTAS, 1997).

A comunidade científica observa que a parentalidade é caracterizada pelo conjunto de ações executadas intencionalmente para o desenvolvimento infantil (HOGHUGH, 2004), com o objetivo de assegurar a sobrevivência da criança, desde que realizadas em um ambiente seguro (READER; DUNCAN; LUCEY, 2005), a fim de socializá-la e torná-la mais independente (MACCOBY, 2000).

Na perspectiva da psicologia, a parentalidade está relacionada às ações dos pais (figuras parentais) para com seus filhos, no intuito de promover um

desenvolvimento infantil adequado, de maneira plena, com os recursos próprios da família e no contexto social em que estão inseridos (CRUZ, 2013).

A implicação desse conceito em crianças está em preparar os filhos para encararem as circunstâncias econômicas, sociais, físicas e psicológicas que vão surgir na vida com o passar dos anos (STEINBERG, SILK, 2002).

Além disso, a parentalidade é o tema mais relevante na sociedade, por trazer implicações à saúde e bem-estar dos pais e da criança e por promover o desenvolvimento infantil adequado (BRAZELTON, 2007; MERCER; FERKETICH; DEJOSEPH, 1993).

Nesse âmbito da enfermagem, a ação dos enfermeiros tem como foco a parentalidade, pois isso facilita a abordagem dos adultos que estão vivenciando o processo de transição de se tornarem pai e/ou mãe e favorece o desenvolvimento da criança, sempre com foco no bem-estar de todos envolvidos (MELEIS, 2010; MELEIS et al., 2000).

Em enfermagem, as taxonomias e classificações apresentam a parentalidade e papel maternal associados a diagnósticos e intervenções de enfermagem. A classificação internacional para a prática de enfermagem, (CIPE) define parentalidade como:

Assumir as responsabilidades de serem pais; comportamentos para facilitar a inserção de um recém-nascido na unidade familiar; comportamentos para otimizar o crescimento e desenvolvimento das crianças; interiorização da expectativa dos indivíduos, famílias, amigos e sociedade em relação a comportamentos próprios ou impróprios no papel de pais (GARCIA; COENEN; BARTZ, 2017, p.100).

O diagnóstico de enfermagem com base na north american nursing diagnosis international (NANDA-I) (NANDA, 2018) e as intervenções conforme a classificação das intervenções de enfermagem (NIC) (BULECHEK et al., 2016), que estão relacionadas com a parentalidade e papel maternal, são descritas no Quadro 1.

Quadro 1 – Diagnóstico de enfermagem e intervenções relacionados com o conceito de parentalidade. São Paulo, 2019.

Diagnóstico Enfermagem		Definição	Características definidoras	Intervenções de Enfermagem
Classe 1 (papéis dos cuidados)	Domínio 7 (papéis e relacionamento s)	Suscetibilidade a dificuldade do cuidador principal de criar, manter ou recuperar um ambiente que promova o ótimo crescimento e desenvolvimento da criança, que podem comprometer seu bem-estar (NANDA-I, pág 278).	▪ Gravidez não planejada; ▪ Pais muito jovens.	▪ Melhora do Papel (5370): auxílio a um paciente, amigos e/ou familiares para melhorar as relações, esclarecendo e suplementando comportamentos específicos; ▪ Melhora do Sistema de Apoio (5440): facilitação de suporte ao paciente pela família, amigos e comunidade; ▪ Promoção da Paternidade/Maternidade (8300): fornecimento de informações, suporte e coordenação de serviços abrangentes para família de alto risco. Atividade como PJMC.

Fonte: a autora.

Ser mãe adolescente é ser suscetível a realizar uma maternidade prejudicada; por isso, os profissionais da enfermagem devem promover ações que beneficiem a parentalidade e o papel maternal por meio da oferta de conhecimento e esclarecimento de dúvidas e anseios relacionados aos comportamentos específicos a serem assumidos no papel de mãe.

Na sociedade, os pais têm papéis no auxílio ao desenvolvimento do filho, em conformidade com as condições econômicas e sociais da família, sendo os adultos a referência desde o nascimento, em cujo cuidado protetor os filhos aprendem a confiar (GADSDEN; FORD; BREINER, 2016).

A parentalidade é a passagem para uma nova etapa no sistema familiar por meio da definição de papéis e desempenho de novas tarefas. A transição para tornar-se mãe ou pai é irreversível e traz repercussões ao desenvolvimento das crianças e à saúde de todos (BRAZELTON, 2007; MERCER; FERKETICH; DEJOSEPH, 1993).

Tornar-se mãe traz incertezas sobre o cuidado a ser desempenhado ao filho quanto à sua preparação para o mundo e para sociedade; e traz insegurança no que diz respeito a atender as demandas e desempenhar seu papel da melhor forma (GADSDEN; FORD; BREINER, 2016).

A parentalidade ultrapassa o momento do parto, pois é um processo dinâmico, de ajustes e organização dos membros da família nas relações com o próprio contexto (amigos, trabalho e rede social) por meio da definição de papéis parentais, promovendo sentimentos de alegria, realização pessoal e satisfação (RELVAS, 2004).

A maneira como os pais interagem com os filhos é fundamental para o processo de crescimento e desenvolvimento da criança, e está diretamente associada à cultura e à crença a que a família está inserida (GADSDEN; FORD; BREINER, 2016; KELLER; VOELKER; YOVSÍ, 2005).

Para determinar as capacidades e competências parentais e avaliar as práticas parentais nas investigações, foi desenvolvido um modelo por HOGHUGHÍ (2004), no qual a parentalidade é dividida em atividades parentais, áreas funcionais e pré-requisitos, descritos como:

a) Atividades parentais: prevenção de adversidades que possam afetar a criança em situações no cotidiano, assegurando as necessidades de sobrevivência, tais como cuidado físico (alimentação, vestuário, higiene, sono e prevenção de doenças e acidentes); cuidado emocional (respeito à criança, admiração pelos pais e uma interação positiva da criança com seus pais e com o ambiente em que ela está inserida); cuidado social (não isolamento da criança das pessoas com as quais convive cotidianamente); controle e disciplina (impor limites à criança de forma adequada, de acordo com sua idade); e desenvolvimento (a criança desempenha sua capacidade e competência) (HOGHUGHÍ, 2004; MACCOBY, 2000).

b) Áreas funcionais: definidas pela evolução da criança baseado em sua saúde física (condição de saúde e de sobrevivência, bem-estar, prevenção de danos e crescimento saudável); saúde mental (funcionamento intelectual, comportamentos, sentimentos, relação com os outros, resiliência); comportamento social (desenvolvimento social, comportamentos corretos e respeitosos mediante sua cultura) (HOGHUGHÍ, 2004).

c) Pré-requisitos (conjunto de elementos necessários ao desenvolvimento da atividade parental): conhecimento e compreensão (os pais devem reconhecer as necessidades da criança, respondendo de maneira adequada); recursos (rede social, recursos materiais e qualidade e competência parental); motivação (identidade dos pais com seus papéis sociais); oportunidades (o tempo investido pelos pais em atividades com seus filhos influirá na concepção da parentalidade) (HOGHUGH, 2004).

Os pais apresentam maior conhecimento sobre o desempenho do seu papel e, ao interagir com seus filhos, eles tendem a desempenhar a parentalidade de maneira mais adequada (GADSDEN; FORD; BREINER, 2016).

A forma com que a parentalidade é desempenhada sofre influência de três determinantes: fatores individuais dos pais (p.ex., personalidade); características da criança (p.ex., temperamento); e contexto social (p.ex., trabalho, comunidade e o suporte da rede social) (BELSKY; JAFFEE, 2015). Esses determinantes trarão efeitos positivos ao desenvolvimento infantil, principalmente quando há conformidade entre fatores dos pais e das crianças (BELSKY; JAFFEE, 2015).

As práticas parentais estão associadas com as interações que ocorrem entre mãe/pai/cuidador e a criança na configuração da dinâmica familiar, trazendo consequências ao desenvolvimento da primeira infância. Essas práticas são definidas como ações, técnicas e métodos a serem usados de maneiras diferentes com a criança para corrigir e/ou ensinar comportamentos e atitudes (MACANA; COMIN, 2015).

Assim, as práticas parentais são classificadas como positivas e negativas. As positivas são aquelas em que o cuidado dos pais para com a criança promove aprendizado de valores morais (SALVO; SILVARES; TONI, 2005); verbalização de palavras afetivas e expressão de comportamentos que simbolizam carinho, tais como abraços e beijos (WEBER; BRANDENBURG; VIEZZER, 2003); o comprometimento dos pais em brincar com a criança para fortalecer os laços de afetividade e comunicação; fazer o reforço positivo com a criança por meio de elogios; e dialogar respeitosamente sobre um comportamento inadequado da criança (GINSBURG, 2007).

Já as práticas parentais negativas influenciam o comportamento tido como não adequado, sendo caracterizadas por atitudes agressivas (TOTH, 2011); maus-tratos

físicos e psicológicos (insultos e humilhação) afetam a autoestima e auto eficácia da criança (GOMIDE, 2003); falta de imposição de limites e regras pelos pais ao comportamento inadequado do filho (ALVARENGA; PICCININI, 2003); corrigir comportamento inadequados do filho de forma repressiva, com agressão física e verbal; aplicar punições (SALVO; SILVARES; TONI, 2005); exercer controle excessivo sobre o filho; e ausência de elogios no diálogo entre pais e filhos (MACANA; COMIN, 2015).

Comportamentos parentais de cuidado e proteção à criança, bem como relações afetivas, apego, proteção e segurança, são classificados como parentalidade positiva (BROOKS, 2013; LOPES, 2013). O compromisso e a responsabilidade dos pais de desempenhar a parentalidade positiva são fundamentais para o desenvolvimento infantil e prevenção de maus-tratos à criança (LOPES, 2013).

O contexto emocional denominado estilo parental é aquele no qual ocorrem as práticas parentais que determinam sua efetividade (MACANA; COMIN, 2015). O estilo parental está associado com as atitudes dos pais em relação à criança, com a expressão de comportamentos parentais (MACANA; COMIN, 2015). Os comportamentos parentais são caracterizados pela interação dos pais com a criança, até mesmo a comunicação, gesto, tom de voz e alterações de humor (MACANA; COMIN, 2015).

Os estilos parentais são caracterizados pela maneira como ocorre a interação entre pais e a criança, em combinação com o agir responsivo, impositivo ou exigente; trarão repercussões positivas ou negativas ao desenvolvimento cognitivo e sócio emocional da criança (MACANA; COMIN, 2015).

Os estilos parentais são divididos em quatro tipos (MACANA; COMIN, 2015): participativo (pais cuidam do filho com empatia, estabelecendo uma relação compreensiva e dialogada); autoritário (pais apresentam atitudes rigorosas e punitivas, sem oferecer suporte emocional ao filho); permissivo (pais não impõem limites nem dão orientações, atendendo a todos desejos do filho); negligentes (pais não dão suporte ou controle nem têm tempo para estar com ele; são pais ausentes).

O estilo parental participativo promove apoio emocional e auxilia a criança a regular suas emoções e sentimentos, e a interação entre pais e a criança é fundamental para proporcionar um apego seguro (RINALDI; HOWE, 2012; SPERA, 2005).

O desenvolvimento infantil é fruto da interação da criança com seus pais, sendo influenciado pelas suas condições sociais/econômicas. Essa interação reduz o nível de estresse na criança, sendo primordial sobretudo nos três primeiros anos de vida (NATIONAL SCIENTIFIC COUNCIL OF THE DEVELOPING CHILD, 2011).

O desenvolvimento infantil é demarcado e determinado pelos estilos de parentalidade, e estes são influenciados por fatores internos e externos à família que se mostram como fatores de risco ou fatores de proteção à parentalidade (MACANA; COMIN, 2015).

A parentalidade é influenciada pelos fatores externos (condições demográficas, sociais e econômicas, combinação familiar [monoparental] e o grau de escolaridade) e pelos os fatores internos da família. Sendo assim, esses fatores caracterizam a prática e estilos parentais assumidos pelos pais (MACANA; COMIN, 2015).

O âmbito familiar sofre influências dos fatores externos e internos do contexto em que a família está inserida, afetando negativamente ou positivamente a promoção da parentalidade. Quando o contexto familiar está inserido em ambientes de vulnerabilidade econômica e social, o cuidado à criança e as práticas parentais não são desempenhados de forma adequada (MACANA; COMIN, 2015).

A vulnerabilidade da população, em particular das crianças, é um fator determinante para promoção da saúde e realização de intervenções no âmbito do desenvolvimento infantil e da parentalidade. Os profissionais da saúde, ao interagirem com a mãe/família, conhecem as condições e recursos que ela tem para exercer a parentalidade; diante de tal situação, o profissional deve agir de forma a diminuir os problemas, riscos e vulnerabilidades (MACANA; COMIN, 2015).

Entre os fatores determinantes externos, destaca-se a gravidez na adolescência como fator de risco. A ocorrência da gravidez nessa faixa etária é apontada como fator de risco biológico ao bebê, devido à maior probabilidade do baixo peso ao nascer, podendo desencadear doenças e problemas neurológicos na criança; além das condições socioeconômicas em que as adolescentes se encontram e por elas não se sentirem preparadas para cuidar de uma criança (BIGRAS; PAQUETTE, 2007; KLEIN; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2005).

Sabe-se que a gestação nessa faixa etária traz riscos biológicos ao feto, contribuindo para o surgimento de deficiências neurológicas e patologias prevalentes na infância (BIGRAS; PAQUETTE, 2007; KLEIN; AMERICAN ACADEMY OF

PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE, 2005). As características socioeconômicas que a adolescente vivencia são fatores que influenciam o desenvolvimento do bebê, e a preparação psicológica dessas adolescentes para serem mães também determina o cuidado que essa criança vai receber (BIGRAS; PAQUETTE, 2007).

Vivenciar uma gravidez no período da adolescência faz com que as mães enfrentem diversas situações que geram estresse, interferindo no seu bem-estar e, conseqüentemente, na relação com o filho e no desempenho dos papéis parentais (PEDROSA, 2009b).

Distúrbios psicológicos são ampliados pela imaturidade, gravidez não planejada, egocentrismo, falta de paciência e falta de apoio da família (CARLOS et al., 2007). Por outro lado, as mães adolescentes que planejam e desejam a gravidez conseguem adaptar-se à maternidade, desempenhar papéis parentais, maternais, promover o vínculo com seu bebê e integrar a criança nos seus projetos de vida (CARLOS et al., 2007).

As mães adolescentes conseguem ter situações de sucesso ao se adequarem ao novo papel maternal por promover o ajustamento sensível socioemocional (CANAVARRO; PEDROSA, 2012). O apoio familiar e o suporte social são fatores importantes que influenciam a adolescente a desempenhar atividades parentais (CANAVARRO; PEDROSA, 2012; LOPES, 2013; RELVAS, 2004), podendo ser facilitadores ou inibidores da parentalidade (MELEIS, 2010; MELEIS et al., 2000).

Para entenderem as particularidades do desenvolvimento infantil, as famílias precisam do auxílio de profissionais da saúde e da educação (CHIESA et al., 2015).

Esses profissionais devem instruir e orientar a família para realizar sua função de forma correta e provedora no desenvolvimento infantil na primeira infância, bem como fortalecer a parentalidade das mães adolescentes (CHIESA et al., 2015). Esta é tida como importante nos programas nacionais e internacionais de intervenção no desenvolvimento infantil (CHIESA et al., 2015).

Os profissionais da saúde devem promover intervenções para ajudar as mães e pais no desempenho dos papéis parentais (RODRIGUES et al., 2007), a fim de diminuir a insegurança e ansiedade vivenciadas nesse momento (WILKINS, 2006). Devem ser iniciadas no período do pré-natal para orientar a mãe sobre os comportamentos parentais que deverá assumir, facilitando a incorporação do papel maternal (DEVITO, 2010; LOPES, 2013).

Essas intervenções são relevantes quando realizadas com o cuidado da enfermagem. Os enfermeiros têm domínio específico bem como abrangente sobre a parentalidade e conseguem atender às demandas de saúde e às necessidades emocionais e sociais (LOPES, 2013; MARTINS, 2013), sendo os atores que têm o papel determinante na promoção da adaptação e desempenho da parentalidade (MARTINS, 2013).

Os enfermeiros são os facilitadores e mediadores no processo do tornar-se mãe e no desempenho das atividades parentais (MELEIS et al., 2000; MERCER, 1986). A interação entre os pais e enfermeiros deve ser promotora de autoestima, para que os pais consigam interagir com a criança, expressando suas angústias, sentimentos e expectativas (MERCER, 1986).

A gravidez na adolescência carece de uma abordagem pautada na interação entre a enfermeira e a mãe para promover os cuidados em saúde relacionados à maternidade, reforçando as competências parentais (OLIVEIRA et al., 2008).

O propósito de os profissionais de saúde agirem de forma a estabelecer uma interação com a mãe e família, com a participação ativa dos envolvidos, é promover o desenvolvimento infantil, principalmente a parentalidade, por meio de intervenções com base nas necessidades biopsicossociais dos indivíduos, ações de promoção da saúde, proporcionando uma atenção qualificada e humanizada (CHIESA et al., 2015).

2.3 CONSTRUINDO A INTERAÇÃO ENFERMEIROS E MÃES ADOLESCENTES EM PROGRAMAS DE VISITAÇÃO DOMICILIAR

A VD é uma técnica utilizada pelos profissionais da saúde para acompanhar os indivíduos e a família no domicílio (ROCHA et al., 2017), no âmbito da intervenção na saúde pública (SOSSAI; PINTO, 2010), e para construir fortes vínculos entre os envolvidos (ROCHA et al., 2017; SOSSAI; PINTO, 2010).

No Sistema Único de Saúde do Brasil, a VD é uma atividade realizada pelos profissionais da equipe multiprofissional da ESF na Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2012). Em sua maioria, as visitas são realizadas por profissionais da saúde como enfermeiros, psicólogos, médicos, assistentes sociais e ACSs (ROCHA et al., 2017), podendo ser um ou mais profissionais, desde que a visita esteja embasada na

ética profissional e no respeito às crenças e culturas do indivíduo e da família (SOSSAI; PINTO, 2010).

Enfermeiros são os profissionais da saúde com maior discernimento e conhecimento para fazer o acompanhamento de mães mediante a VD. Essa afirmação é justificada pelo fato de este profissional mostrar responsabilidade no cuidar do outro, por ter habilidade para ajudar a melhorar a qualidade de vida e o conhecimento a fim de atender às necessidades individuais, principalmente da mãe e de sua família em situações de vulnerabilidade (ASAHARA et al., 2013; BLISS et al., 2013; DONELAN-MCCALL; LANIER; MAGUIRE-JACK; WELCH, 2015).

Durante a visita, o profissional consegue obter conhecimentos sobre as condições do contexto de vida social e econômico, permitindo um acompanhamento detalhado desse indivíduo e de sua família (BRASIL, 2012; FMCSV, 2018; ROCHA et al., 2017; SHONKOFF; GARNER, 2012; SOSSAI; PINTO, 2010).

O domicílio é um espaço propício para construção de ações sobre o processo de saúde e cuidado (ROCHA et al., 2017; SOSSAI; PINTO, 2010), elaboração de uma assistência coerente e eficaz (BRASIL, 2012; SHONKOFF; GARNER, 2012; FMCSV, 2018) bem como promoção e prevenção de saúde nos diferentes ciclos da vida (SHONKOFF; GARNER, 2012; NASCIMENTO et al., 2014; FMCSV, 2018), promovendo uma compreensão ampla do contexto (ROCHA et al., 2017; SOSSAI; PINTO, 2010).

A intervenção no domicílio é uma técnica de cuidado específica para as necessidades do indivíduo e de sua família, propiciando autonomia e protagonismo a estes, além de permitir ao profissional realizar uma articulação com os recursos da rede e da comunidade ante as demandas (ROCHA et al., 2017). No entanto, para que isso ocorra, é indispensável o planejamento da visita, bem como a elaboração de um roteiro sistematizado e individualizado para cada indivíduo e sua família (SOSSAI; PINTO, 2010).

A visita traz modificações no modo de realizar as intervenções em saúde, justo pela maior aproximação do profissional com o indivíduo e sua família (SHONKOFF; GARNER, 2012). Tal fato se deve à ampliação da percepção e à maior acessibilidade ao contexto (NASCIMENTO et al., 2014; SHONKOFF; GARNER, 2012), bem como à possibilidade da criação de vínculo e promoção de ações educativas em saúde por parte dos profissionais (SHONKOFF; GARNER, 2012; FMCSV, 2018).

Na realização das VDs, o visitador não deve promover uma relação de poder, mas ter suas ações de cuidado pautadas nas questões teóricas, metodológicas e éticas (ROCHA et al., 2017). Além disso, a visita é uma técnica de trabalho dos profissionais da saúde, que possibilita a troca de conhecimentos, a construção de possibilidades inovadoras de cuidado em saúde, de maneira integral e com maior interação entre o profissional e o indivíduo (ROCHA et al., 2017).

O relacionamento dialógico e aberto entre o profissional e o indivíduo é fundamental para a realização da visita (ASTON et al., 2014), proporcionando intervenções de saúde mais amplas, colaborativas e específicas (ASTON et al., 2014; FINELLO; TERTERYAN; RIEWERTS, 2016).

Programas de intervenção por meio de VD foram criados para realizar o acompanhamento da mulher no pré-natal, puerpério e após o nascimento da criança (SMITHBATTLE; LORENZ; LEANDER, 2013). Esses programas são eficientes para viabilizar o desenvolvimento saudável da criança, bons relacionamentos familiares, prevenir maus-tratos infantis, melhorar a saúde física e mental materna, com vistas a promover atitudes parentais positivas (DONELAN-MCCALL; DUFFEE et al., 2017; OLDS et al., 2014) e criar vínculo entre a mãe e a criança (BRASIL, 2016^a; DONELAN-MCCALL; DUFFEE et al., 2017; OLDS et al., 2014).

As intervenções domiciliares a mães adolescentes viabilizam principalmente a parentalidade positiva e a redução nos maus-tratos infantis (MCKELVEY et al., 2012). Os programas de visita que acompanham mães adolescentes mostram resultados positivos e são bem-sucedidos, pois os enfermeiros visitantes fornecem informações sobre a promoção da saúde materna e infantil, sobre parentalidade e autossuficiência econômica, incentivando-as a buscarem empregos e serviços de apoio na comunidade (DUFFEE et al., 2017).

Além disso, os programas de visita impactam o comportamento materno desde o pré-natal (p.ex., alimentação e uso de substâncias tóxicas tais como o tabaco) até o parto e o nascimento da criança (peso ao nascer, idade gestacional e condição física do recém-nascido) (MISTRY et al., 2016).

A VD desde o pré-natal faz com que a mãe adolescente receba o cuidado, o apoio emocional e a educação em saúde sobre o parto e cuidados com a criança, melhorando a relação mãe-filho, as habilidades parentais, a autoestima materna (HADIAN et al., 2018) e desenvolvimento infantil adequado (SAMANKASIKORN et al.,

2016). Isso só é possível devido à construção de uma relação forte entre o visitador e a mãe (SAMANKASIKORN et al., 2016).

É papel do enfermeiro visitador promover uma interação proveitosa com a mãe desde a primeira VD, pois é a partir dessa interação que a mãe incorpora e tem ações responsivas, com base nas orientações do visitador sobre diversos assuntos, principalmente sobre a parentalidade (LI; JULIAN, 2012).

No dicionário de língua portuguesa, o significado da palavra “interação” é “influência recíproca de dois ou mais elementos; fenômeno que permite a certo número de indivíduos constituir-se em grupo, e que consiste no fato de que o comportamento de cada indivíduo se torna estímulo para outro” (FERREIRA, 2010).

Entende-se como interação o encontro entre duas pessoas e a relação construída por elas em um espaço físico e num dado momento/tempo, permeada pelo contexto de vida bem como construída e reforçada com base nos padrões culturais (GEERTZ, 1989).

No cuidado, o encontro entre enfermeiro e indivíduo é definido como interação, na qual são geradas influências mútuas por meio da comunicação, diálogo e convivência. A qualidade da interação proporciona ao enfermeiro uma interpretação das reais necessidades e desejos do paciente (TAKESHITA; ARAUJO, 2011).

Em consonância com o significado e dentro da construção da interação no contexto dos programas de visitação, estudos apontam que uma interação baseada na confiança entre enfermeiro visitador e mãe permite constatar melhorias e mudanças no cuidado em saúde e na construção da parentalidade (ASTON et al., 2014; FINELLO; TERTERYAN; RIEWERTS, 2016), pois traz repercussões positivas ao estabelecimento da interação quando a intervenção em domicílio é realizada de maneira compartilhada entre o enfermeiro e o paciente (ASTON et al., 2014).

As interações humanas são caracterizadas pelo apego, reciprocidade e equilíbrio de poder (LI; JULIAN, 2012); e, a partir daí, surge um relacionamento íntimo, atencioso e honesto (SCHAFFER et al., 2012; VAGA et al., 2013).

Os enfermeiros devem apresentar comportamentos e estratégias para desenvolver uma terapia colaborativa com as mães por meio da interação (ASTON et al., 2014), pois eles são os profissionais que detêm as maiores habilidades para interagir com a mãe e família por meio de uma comunicação e escuta efetiva (NASCIMENTO et al., 2014).

A interação positiva entre enfermeiro e mãe se mostra fundamental e crucial para a realização das VDs, desde que a intervenção realizada aconteça de forma não impositiva e livre de hierarquias (ASTON et al., 2014).

Além disso, o visitador deve promover uma abordagem aberta e individual mediante as preocupações e necessidades das mães, pois só quando a interação é estabelecida entre os envolvidos é que o paciente consegue expor seus sentimentos, dúvidas, anseios, bem como lidar com as dificuldades dos novos papéis a serem assumidos após o nascimento da criança (ASTON et al., 2014).

Caracteriza-se como interação positiva, o estabelecimento de uma relação amigável, aberta, sem julgamentos (ASTON et al., 2014), baseada na confiança, respeito e honestidade; se isso não ocorre, o paciente não se abre e as conversas ficam superficiais (ASAHARA et al., 2013; ASTON et al., 2014; MILLS et al., 2012).

O visitador deve ser acessível e promover suporte à mãe mediante suas necessidades físicas e psicológicas, respeitando sua crença e cultura (ASAHARA et al., 2013; ASTON et al., 2014). Além disso, ele deve promover conhecimentos sobre os cuidados com a criança e sobre parentalidade (MILLS et al., 2012), além de dar apoio e subsídios para a mãe solucionar suas necessidades (ASTON et al., 2014).

A escolha da linguagem e a forma da comunicação também são elementos-chave para a construção de uma interação positiva (ASTON et al., 2014; GIESBRECHT; CROOKS; STAJDUHAR, 2014). O visitador deve ajustar sua linguagem de acordo com a formação escolar das mães a fim de facilitar a troca de informações sobre os cuidados em saúde e, assim, obter uma comunicação efetiva (GIESBRECHT; CROOKS; STAJDUHAR, 2014).

Isso resulta no estabelecimento, desenvolvimento e manutenção da interação, bem como em uma relação confiante e respeitosa durante o atendimento domiciliar (GIESBRECHT; CROOKS; STAJDUHAR, 2014). Usar as redes sociais é uma forma de comunicar-se com as mães adolescentes, fazendo com que elas se sintam apoiadas e seguras nos momentos de dúvidas (LANDY et al., 2012; MILLS et al., 2012), promovendo uma interação positiva (ROGGMAN et al., 2016).

A escuta ativa (SMITHBATTLE; LORENZ; LEANDER, 2013) e comunicação aberta fazem com que a mãe tenha confiança nas informações transmitidas e segurança em reproduzir o que foi ensinado (ASTON et al., 2014; ROGGMAN et al., 2016).

As relações não hierárquicas e de empoderamento da mãe promovem uma interação positiva (LANDY et al., 2012). O visitador não deve ser autoritário e hierárquico (ASTON et al., 2014). Inversamente, ele deve ser empático, ter uma escuta ativa, respeitar o tempo e a opinião do outro, aceitando e reconhecendo as necessidades individuais (HAUGAN; MOKSNES; LOHRE, 2016).

Quando o enfermeiro compartilha suas experiências, ele faz com que a mãe tenha mais confiança nele, causando uma interação positiva (GIESBRECHT; CROOKS; STAJDUHAR, 2014; LANDY et al., 2012). A personalidade do enfermeiro visitador também é um fator que influencia as interações (LANDY et al., 2012).

Uma interação positiva é estabelecida quando o enfermeiro visitador demonstra preocupação com as necessidades do contexto materno, faz intervenções específicas e individuais (SMITHBATTLE; LORENZ; LEANDER, 2013), sendo flexível nas atitudes e no seguir o protocolo (HOLLAND et al., 2014; SMITHBATTLE; LORENZ; LEANDER, 2013). Em contraponto, quando o visitador é parcial e inflexível, e segue fielmente os protocolos propostos pelo programa de visita domiciliar, isso faz com que se estabeleça uma interação negativa (HOLLAND et al., 2014; SMITHBATTLE; LORENZ; LEANDER, 2013).

Os protocolos adotados pelos programas de visita domiciliar não são cultivadores de habilidades relacionais e interacionais entre visitador e mãe. Quando o visitador não segue fielmente esse protocolo, subentende-se que este não é o momento de abordar aquele tema (SMITHBATTLE; LORENZ; LEANDER, 2013). Isso só acontece quando há uma interação positiva entre os envolvidos e esta faz com que o visitador corresponda às necessidades da mãe com compaixão e de modo flexível (SMITHBATTLE; LORENZ; LEANDER, 2013).

A mudança de enfermeiro visitador é dada como negativa para o estabelecimento da interação (HOLLAND et al., 2014; LI; JULIAN, 2012), trazendo dificuldades no relacionamento entre eles e trazendo repercussões para o não cumprimento das orientações dadas durante as VDs (LI; JULIAN, 2012).

Uma interação negativa ocorre quando o visitador não foi capaz de responder às perguntas da mãe ou quando ele não encontra uma solução para seu problema (HOLLAND et al., 2014). Fica evidente que, durante as VDs, as mães buscam por conselhos e soluções para seus desafios. Quando as relações entre enfermeiro visitador e mãe vão se estreitando, tornando-se um relacionamento atencioso, sendo factível estabelecer uma interação positiva (VAGA et al., 2013).

A interação serve para modelar a maneira pela qual a mãe vai agir perante as suas necessidades, permitindo ao visitador identificar os pontos fortes e fracos da mãe para agir sobre eles (MILLS et al., 2012).

Quando essas interações são apoiadas na confiança, elas contribuem para o sucesso dos programas de visita domiciliar nas ações de saúde, aconselhamento, apoio e compartilhamento de experiências (MILLS et al., 2012; SCHAFFER et al., 2012). Para propor intervenções, deve-se levar em consideração o ponto de vista da mãe. O visitador deve ser amigável, acessível, educado, calmo, acolhedor e não invasivo. Ademais, é de extrema importância identificar os sentimentos do paciente e o alívio dos medos e anseios (ASTON et al., 2014).

É no primeiro contato com a VD que a mãe formula sua impressão a acessibilidade do visitador e sobre qual é sua abertura para o diálogo no apoio e na ajuda diante de suas preocupações e hesitações (ASTON et al., 2014).

As mães encontram reforço positivo e informações reconfortantes nos visitantes, ao vivenciarem as novas situações da vida. Por isso, é importante para elas receber VD do mesmo enfermeiro visitador durante todo o acompanhamento no programa, devido à qualidade do relacionamento, interação estabelecida e confiança no visitador (LANDY et al., 2012). Para as mães, o enfermeiro visitador é alguém em quem ela pode confiar, com quem pode ter conversas confidenciais. Elas o tomam como uma fonte de apoio e suporte (LANDY et al., 2012; MILLS et al., 2012) e o reconhecem como um amigo que escuta, ajuda e ensina (MILLS et al., 2012).

Na maioria dos casos, é confuso para as mães, sobretudo para as adolescentes, reconhecerem o real papel dos visitantes para além de ser apenas um amigo, afinal elas têm o discernimento de que o visitador é enfermeiro e está ali para uma relação profissional, porém verbalizam a todo o momento que são amigas dos visitantes e que, muitas vezes, o denominam como melhor amigo ou único amigo (MILLS et al., 2012).

O enfermeiro visitador, várias vezes, demonstra dificuldades em manter os limites profissionais e os de amizade com a mãe, principalmente quando compartilha suas experiências pessoais, na tentativa de desenvolver uma interação positiva (MILLS et al., 2012). Porém, ele reconhece que a reciprocidade é importante para o desenvolvimento da confiança e abertura para o diálogo, bem como para estabelecer uma interação positiva (MILLS et al., 2012).

Em síntese, a figura 3 apresenta os indicadores de uma interação positiva e negativa com base na literatura científica apresentada de forma detalhada anteriormente, caracterizando as ações do profissional de enfermagem para uma interação positiva ou não.

Figura 3 – Indicadores de interação positiva e negativa. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora

De acordo com a Figura 3 e com a literatura científica, as intervenções realizadas em domicílio proporcionam o estabelecimento de uma interação entre o visitador e a mãe baseada na confiança e no respeito (FINELLO; TERTERYAN; RIEWERTS, 2016; LI; JULIAN, 2012). Além disso, a interação positiva propicia à mãe expressar seus sentimentos e a faz sentir importante, compreendida, respeitada, apoiada e fortalecida (HAUGAN; MOKSNES; LOHRE, 2016; LI; JULIAN, 2012).

As intervenções de saúde realizadas em domicílio são moldadas a partir das interações humanas entre enfermeiro e paciente por considerar as particularidades de cada indivíduo (VAGA et al., 2013) e se mostra fundamental para promover a parentalidade, o papel maternal e o desenvolvimento infantil em mães adolescentes (FMCSV, 2018).

3 REFERENCIAL TEÓRICO- METODOLÓGICO

3 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

3.1 FENOMENOLOGIA SOCIAL DE ALFRED SCHÜTZ

O filósofo e sociólogo Alfred Schütz nasceu em 1899, na Áustria, e faleceu em 1959, nos Estados Unidos. Com diploma em Direito e Ciências Sociais teve sua primeira experiência acadêmica como docente de Sociologia em Viena (Áustria), mas teve que se mudar para França antes da invasão dos nazistas. Sua segunda experiência como docente foi na University in Exile, nos Estados Unidos, que posteriormente foi denominada de Graduate Faculty of the New School for Social Research (SCHÜTZ, 2012).

A sua formação sociológica sofreu influências diretas de Max Weber (1864-1920), o que suscitou a reflexão sobre os significados das ações sociais e dos sujeitos. Também sofreu influências de Edmund Husserl na compreensão dos fenômenos sociais por meio do significado que o ator dá para a ação a partir dos conceitos da intencionalidade e intersubjetividade. Diante disso, Schütz cria a teoria da fenomenologia social como a teoria da ação social e de abordagem da realidade como método (SCHÜTZ, 2012; SOUZA; SOUZA; TOCANTINS, 2009).

A partir de Husserl e Weber, Alfred Schütz constitui a teoria social fundamentada no mundo da vida e na intersubjetividade da sociologia compreensiva, uma teoria baseada na ação social do homem no mundo da vida (CHESNAY, 2015; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Ele tinha como propósito único fundamentar uma teoria da sociedade para trazer significados subjetivos da ação social, tendo o ser humano como ator social que vive no seu cotidiano a orientação de um para o outro, compondo a experiência intersubjetiva (SCHÜTZ, 2012).

Schütz traz contribuições teóricas, metodológicas e quadros conceituais que foram desenvolvidos mediante a análise do mundo da vida, ou seja, dos processos da consciência e da experiência humana. O mundo se configura em interações intersubjetivas, comuns a todos os envolvidos quando se relacionam entre si e essenciais para cada indivíduo (SCHÜTZ, 2012).

Destaca-se que a fenomenologia social traz a intencionalidade de voltar-se para o outro no nível social, sendo que o ser humano vivencia um mundo de interações. Mesmo que a experiência seja algo individual, ela está inserida no

contexto das relações sociais, trazendo consigo um significado e/ou sentido social (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Neste estudo, a compreensão da vivência de interação entre mãe adolescente e enfermeira visitadora no PJMC possui como fio condutor a análise sob a perspectiva da fenomenologia social de Alfred Schütz.

Para a compreensão do fenômeno deste estudo, adotaram-se os conceitos da fenomenologia social de Alfred Schütz, tais como: mundo da vida, intersubjetividade, relação face a face, reciprocidade de perspectivas, atitude natural, acervo de conhecimentos, situação biográfica, ação social, “motivos-porque” e “motivos-para”, e tipificação compreensiva.

Na fenomenologia social, a compreensão do mundo da vida sofre modificações por meio da experiência vivida (SCHÜTZ, 2012), ou seja, as mães adolescentes e as enfermeiras visitadoras estão inseridas no seu mundo da vida permeado pelo próprio contexto social e cultural das VDs.

A maneira como ocorre a interação no domicílio entre mães e enfermeiras sofre influências da situação biográfica, do acervo de conhecimentos e das atitudes naturais de cada uma das participantes (SCHÜTZ, 2012). As expectativas do ser humano estão interligadas aos contextos vivenciados na realidade social; e ao tempo passado e presente (SCHÜTZ, 2012).

A relação social é fundamental para a interpretação dos significados. Para isso, se torna crucial a compreensão do **mundo da vida** e/ou mundo social e/ou mundo cotidiano, o qual é estruturado antes do nascimento do sujeito (SCHÜTZ, 2012).

O mundo da vida é permeado por interações dos seres humanos com seus semelhantes ao compartilhar o tempo e o espaço. Nesse sentido, experienciar processos conscientes que geram um elemento significativo para o outro proporciona a construção social dos sujeitos, bem como influências nas relações sociais (SCHÜTZ, 2012; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

É a partir do estabelecimento das relações entre os indivíduos que se tem mútua consciência e conhecimento do mundo social; esse processo é denominado **intersubjetividade**. Algo é comum a vários indivíduos pelo mundo não ser privado, mas intersubjetivo, mediado pela comunicação e linguagem, que formam a base da ação social (SCHÜTZ, 2012).

Na fenomenologia social de Alfred Schütz, a compreensão do outro no mundo social se deve às relações sociais entre os seres humanos. Para o autor, a relação

forte é do tipo **face a face** (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009). Essa relação é estabelecida no mundo da vida no mesmo tempo e espaço e caracterizada como autêntica, justificada pelos participantes estarem voltados um para o outro e atribuindo praticamente o mesmo significado para os fenômenos, permitindo a compreensão do outro (SCHÜTZ, 2012; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

A fenomenologia social tem o ponto central na ação do homem no âmbito das relações sociais, de maneira que essa ação é interpretada pelo sujeito a partir da sua experiência na intersubjetividade — e tal intersubjetividade constitui-se como fios condutores da ação do mundo da vida (JESUS et al., 2013).

Parte-se do fato de que a pessoa se reconhece como parte do mundo social quando a realidade socialmente construída é apresentada. Essa realidade é caracterizada pela posição que o homem assume no mundo, podendo ser influenciado e/ou influenciar, transformando constantemente as estruturas sociais. Quando o indivíduo apresenta reações espontâneas diante das diversas situações do seu cotidiano sem questionar sua realidade, tem-se o que se chama de **atitude natural** (SCHÜTZ, 2012).

“Atitude natural”, na fenomenologia social, é expressa por meio da realidade social apresentada em tempo e espaço, permitindo viver no meio que lhe é familiar, sem questionamentos da vida na prática. Isso interessa ao pesquisador por compor a base das ciências sociais (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Para fundamentar os projetos de vida do indivíduo, o acúmulo das experiências vividas no passado, presentes na consciência do homem, influencia a sua atitude natural. Esse acúmulo de experiências, para Schütz, é denominado **acervo de conhecimentos**, pois o que está gravado na consciência é acessível e plausível de consulta para ações futuras (SCHÜTZ, 2012).

O acervo de conhecimentos que o sujeito possui é influenciado pelos objetos que circundam o mundo da vida (como cultura, crença, ideologia, religião) e pelas questões científicas e ideológicas construídas no caminho da sua existência. Essa influência mantém o sujeito em certa posição no mundo, chamada por Alfred Schütz de **situação biográfica** (SCHÜTZ, 2012). As experiências das enfermeiras visitantes e das mães adolescentes ao longo da vida influenciam tanto o acervo de conhecimentos e quanto os comportamentos nas relações sociais, direcionando a ação dos sujeitos na interação durante as VDs no PJMC. O acervo de conhecimentos individuais da enfermeira e da mãe adolescente permite a compreensão da interação

estabelecida entre elas nas VDs, ou seja, compreensão das interações estabelecidas no mundo da vida.

A interpretação do que o sujeito encontra no mundo ocorre ao longo da sua vida, mediante seu interesse, perspectivas e motivos. A maneira como esse mundo é considerado realidade de senso comum e fundamental para a ação humana depende das experiências construídas no curso da sua própria existência (SCHÜTZ, 2012).

Para Schütz, a **ação social** é delineada pelo indivíduo de forma autoconsciente e intencional, ou seja, com um objetivo, podendo ser oculta ou manifesta, de forma positiva ou negativa, mas sempre entrelaçada nas diversas ações no mundo social (SCHÜTZ, 2012).

A estrutura da ação social é o projeto constituído no sentido primário e essencial da ação no tempo futuro e é interpretada pelo indivíduo mediante seus motivos existenciais provenientes da subjetividade, a qual se constitui em linhas condutoras da ação humana no mundo social (SCHÜTZ, 2012).

Os motivos existenciais relativos aos projetos e às perspectivas que vislumbram a formação das ideias para uma ação no futuro são denominados **motivos-para**. Já os fundamentos no acervo de conhecimentos e na experiência vivida (passado) do indivíduo no seu contexto biopsicossocial são chamados **motivos-porque**. Os motivos “para” e porque” retratam o fluxo da ação humana, dando o significado para as experiências passadas bem como para os projetos e/ou expectativas de maneira prospectiva (SCHÜTZ, 2012).

Quando a enfermeira tem sua intencionalidade voltada para sua atuação na interação com as mães adolescentes durante as VDs no PJMC, atribui um conjunto de motivos em vista dos quais deseja agir caracterizando em “motivo para”. Para que isso ocorra, o acervo de conhecimentos e a situação biográfica da enfermeira são fundamentais aos motivos que levam a atitude, caracterizando o “motivo-porque”.

A natureza subjetiva e compreensiva da ação bem como o início do sentido sofrem modificações contínuas devido às alterações que ocorrem no acervo de conhecimentos e na situação biográfica; e, conseqüentemente, modificam os motivos existenciais e o fluxo da ação (SCHÜTZ, 2012).

A ação apresenta um caráter subjetivo que, ao ser interpretado, desconsidera a objetivação dos motivos que a levam ser realizada. Para objetivar o significado, o pesquisador deve se distanciar do indivíduo e projetar nele a visão da ciência. Essa

objetivação de algo subjetivo exige a construção de um esquema conceitual que permita agrupar as informações sobre a experiência humana (SCHÜTZ, 2012).

Para Schütz, a **tipificação compreensiva** é a sistematização teórica das características da ação humana que mostra o significado da construção da vida social (SCHÜTZ, 2012).

A tipologia da ação vivida não é síntese de um indivíduo e/ou um grupo, mas uma síntese objetiva dos significados atribuídos na ação humana, ou seja, remete-se a um construto interpretativo do mundo social (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009) reduzido aos seus motivos típicos (SCHÜTZ, 2012).

As diferentes interpretações individuais do mundo social correspondem, entre si, a determinadas particularidades que formam uma visão de mundo comum, denominadas “grupos sociais” (SCHÜTZ, 2012).

Os profissionais de saúde desempenham seu papel no cuidar do indivíduo e família. O cuidado é ato específico do ser humano, e a partir dele é que se originam as relações intersubjetivas pela interação do profissional com quem recebe o cuidado (JESUS et al., 2013).

O modo de cuidar na enfermagem tem variações de pessoa para pessoa, mas um ponto em comum é que o cuidado está inserido no mundo da vida social a partir das relações intersubjetivas; e das interações estabelecidas com o outro é que surge o significado e ressignificado desse cuidado (JESUS et al., 2013). O cuidado só é reconhecido como uma ação social quando o sujeito é reconhecido como um ser social.

O cuidar exige uma relação olho no olho entre os sujeitos envolvidos, desde que ambos tenham a consciência de estarem interagindo um com o outro no mesmo tempo e espaço. O contexto social influencia no cuidado da enfermagem por propiciar diferentes conceitos de saúde/doença e de promoção da saúde. A ação do enfermeiro ante as necessidades do paciente leva a vivências positivas e negativas (JESUS et al., 2013), sendo assim o cuidado é dependente da interação entre enfermeiro e paciente.

A justificativa em adotar a abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz nas pesquisas de enfermagem deve-se pela valorização do cuidar e pela busca de diferentes formas de apreciar/compreender o cuidado (JESUS et al., 2013), sendo a fenomenologia social apropriada para as pesquisas na área da enfermagem (CHESNAY, 2015).

Assim, as enfermeiras visitantes e as mães adolescentes do PJMC operam no mundo da vida, com características sociais específicas que podem ser produzidas e/ou reproduzidas num mundo intersubjetivo, pelo contexto das VDs que conduziram a uma interação, fenômeno a ser desvelado nesta pesquisa.

As enfermeiras visitantes e as mães adolescentes pertencem ao **mundo da vida** próprio e individual, o qual está interligado com a **situação biográfica**, **acervo de conhecimentos** e **atitude natural**. Nesse conjunto de elementos interligados, ocorre a **interação** com os indivíduos no mundo da vida e as **ações sociais**.

As ações sociais são traduzidas pela pesquisadora como as ações de interação, parentalidade e o papel maternal, que quando narradas pelas enfermeiras visitantes e mães adolescentes promovem a compreensão das vivências de interações entre elas traduzidas em **motivos-porque** e os **motivos-para**. A partir desses motivos, realiza-se a **tipificação compreensiva**, ou seja, a construção de significados do fenômeno do estudo.

Figura 4 – Desenho do estudo integrando o referencial metodológico com o fenômeno de estudo. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora

A Figura 5 representa o desenho do estudo que conduziu a construção dos significados das vivências de interações entre enfermeiras visitantes e mães adolescentes no PJMC.

Figura 5 – Desenho do estudo. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4 PERCURSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de abordagem qualitativa, centrado no paradigma interpretativo, com o objetivo de compreender as vivências de interações entre enfermeiras visitantes e mães adolescentes.

A abordagem qualitativa permite compreender o indivíduo em profundidade e em sua complexidade, o que proporciona uma maior aproximação do ensino e da prática, bem como desenvolve uma assistência à saúde derivada das vivências e experiências (MINAYO, 2013).

A palavra “experiência” diz respeito ao que o indivíduo aprende no lugar que ocupa no mundo e nas ações, trazendo um sentido de compreensão de si próprio. É no mundo da vida que emerge o significado da experiência (HEIDEGGER, 1988).

Já o significado da palavra “vivência” é produto da reflexão pessoal sobre a experiência. Mesmo que esta última tenha sido a mesma para outros indivíduos, a vivência é única e singular, pois depende da biografia pessoal e do modo de participação na história (MINAYO, 2012).

As pesquisas qualitativas possibilitam ao pesquisador o acesso aos significados que são construídos sobre as experiências humanas (MORSE, 2012) e permitem aprofundar o motivo e a forma com que determinado fenômeno ocorre (FALSARELLA, 2015), além de valorizar e acolher os sentimentos (TURATO, 2010).

Esse tipo de abordagem apresenta um rigor na obtenção, na organização e na análise dos dados, de tal modo que gera uma confiabilidade das evidências científicas produzidas, por permitir a revelação da realidade subjetiva e da composição da ciência (BASSORA; CAMPOS, 2010).

O pesquisador na fenomenologia não possui um problema de pesquisa, e sim dúvidas a serem apresentadas com o propósito de construir a trajetória da essência do fenômeno manifestado pelo participante da entrevista por meio do pronunciamento dos discursos. Além disso, o pesquisador não formula hipóteses sobre o fenômeno que busca, pois o desejado está na essência do fenômeno (MERIGHI, 2003).

A abordagem qualitativa da fenomenologia é marcada pela relevância da subjetividade (MINAYO MCS., 2013), por permitir a compreensão do mundo e sentido das coisas da maneira como se manifesta à consciência (GUIMARÃES, 2013); e por

permitir a construção das categorias de conhecimento com base na realidade social do vivido no mundo (MINAYO, 2013). O mundo é um conjunto de significações de sentidos produzidos propositadamente pela consciência; assim, constitui-se a realidade vivida (BRUM; BERTINET; SOUZA, 2013).

O objeto de conhecimento na fenomenologia é idêntico à forma como se mostra à consciência, ou seja, de maneira não restritiva ao conhecimento intelectual, porém com uma intencionalidade prática, afetiva e cognitiva. Metodologicamente, a fenomenologia é a interpretação dos fenômenos segundo a experiência dos envolvidos e pelo significado que estes dão ao mundo das coisas (BRUM; BERTINET; SOUZA, 2013).

O caminho qualitativo é retomado por intermédio da fenomenologia a partir da existência e do sentido de ser humano no mundo, mediante a interrogação das experiências vividas e do significado atribuído pelo sujeito pautado na relação sujeito e mundo. Tem como objetivo compreender e descrever a experiência tal como é apresentada, possibilitando o acesso da consciência humana ao pesquisador (MERIGHI, 2003).

A fenomenologia tem o objetivo de descrever os significados das coisas nelas mesmas e como isso se manifesta na consciência, permitindo uma compreensão e interpretação das ações humanas (SCHÜTZ, 2012). Com isso, a fenomenologia me proporcionou ir ao encontro da consciência das enfermeiras visitantes e mães adolescentes para compreender a interação vivenciada por eles no contexto do PJMC.

A experiência do fenômeno não se limita à intencionalidade individual, pois a maneira como a consciência está direcionada para algo traz um significado por meio da relação intersubjetiva (SCHÜTZ, 2012). O significado não é individual, pois está ancorado na intersubjetividade e configurado num sentido social. Sendo assim, este estudo optou pela adoção do referencial teórico-metodológico da fenomenologia social de Alfred Schütz, por possibilitar a compreensão do mundo com os outros por meio do significado intersubjetivo (CHESNAY, 2015; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

4.2 CENÁRIO DO ESTUDO PARA O ACESSO ÀS VIVÊNCIAS

O PJMC foi implementado por um grupo de pesquisadores brasileiros, vinculados ao Instituto de Psiquiatria na Universidade de São Paulo (USP) desde agosto de 2015 (PINHEIRO, 2016), sendo implementado na pesquisa denominada de

“Os efeitos do programa de visitação para jovens gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo-piloto”, sob o número do *clinical trial* NCT02807818, com financiamento do Programa Saving Brains/ Grand Challenges Canada (FRACOLLI et al., 2018), na qual a pesquisa contou com um grupo controle e um grupo intervenção.

Os critérios estabelecidos para a inclusão das mães adolescentes na pesquisa “Os efeitos do programa de visitação para jovens gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo-piloto” foram: ter idade entre 14 e 19 anos; primigesta; vivenciar a vulnerabilidade social; e ter idade gestacional menor que 16 semanas. Já os critérios de exclusão foram a adolescente estar em uso de medicação, adolescente não ter responsável legal, não ter disposição para receber as VD, não possuir contato telefônico ou endereço fixo, segunda gestação e durante o acompanhamento ocorrer aborto espontâneo.

Programa foi executado no município de SP, na região do Butantã. O município tem uma população estimada de 11.253.503 habitantes, uma área de 1.521,110 km² e um índice de desenvolvimento humano municipal de 0,805 (IBGE, 2010). A região do Butantã possui 12,50 km² de área, uma população de 54.196 e densidade demográfica de 4.336hab/km² (SÃO PAULO, 2019).

O PJMC se constitui em um programa de visita domiciliar para o acompanhamento da maternidade em adolescentes desde a gestação até a criança completar 2 anos (PINHEIRO, 2016; PINHEIRO et al., 2018).

As adolescentes acompanhadas residem no distrito do Butantã e na região do Jaguaré, do município de SP. As regiões dispõem de limpeza urbana, água encanada e tratada, rede elétrica, rede de esgoto e tratamento, coleta de lixo, coleta seletiva, pavimentação/asfaltamento.

Os objetivos do PJMC são: a) melhorar os resultados da gravidez ajudando adolescentes a aprimorar a saúde pré-natal; b) melhorar a saúde da criança e seu desenvolvimento social e cognitivo, preparando pais e família para ajustar o vínculo com a criança e oferecer cuidado sensível e competente; c) melhorar o curso de vida da mãe e pais ajudando a desenvolver uma visão para o seu futuro, retomando os projetos de vida planejados antes da gravidez.

As metas são: a) aprimorar os resultados da assistência pré-natal e puerperal; b) melhorar a saúde e o desenvolvimento social e cognitivo da criança; c) estimular a autossuficiência da família; d) vivenciar as supervisões e conhecer as particularidades

que acontecem em cada VD, em cada adolescente e em cada enfermeira (PINHEIRO, 2016).

O PJMC foi desenvolvido com base nas teorias da autoeficácia, ecológica e do vínculo sendo:

a) teoria da autoeficácia (com base na teoria de Albert Bandura (1977): auxilia os pais a redirecionarem seu projeto de vida pelas metas efetivas com o objetivo de promover transformações significativas na sua própria vida e da criança. Logo após, os pais atingem o sentido da realização, da forma como eles se reconhecem, alcançando cada uma das metas. Sendo assim, a eficácia motiva os pais a buscarem seus objetivos.

b) teoria ecológica (com base na teoria ecológica e bioecológica de Urie Bronfenbrenner (BRONFENBRENNER; MORRIS, 1998): auxilia os pais a criarem vínculos com sua própria família e com seu contexto social. Essa teoria caracteriza-se por valorizar a inserção dos indivíduos e famílias nas diversas sociedades.

c) teoria do vínculo (com base nas teorias de John Bowlby e Mary Ainsworth (1991): os pais devem estabelecer vínculos positivos e de qualidade com seus filhos para promover o desenvolvimento social e cognitivo da criança de forma plena, pois crianças com vínculos fortes com seus pais estão mais preparadas para o enfrentamento das situações cotidianas. É necessário propiciar conhecimentos aos pais sobre a importância de atos sensíveis na relação com os filhos bem como da criação de um ambiente acolhedor.

O programa estabeleceu seis premissas para direcionar a abordagem das mães adolescentes durante a VD, a fim de que a enfermeira visitadora consiga traçar os planos e o direcionamento do cuidado de acordo com as necessidades assistenciais individuais de cada uma das mães (FRACOLLI et al., 2018):

a) cuidados com a saúde: o cuidado com a saúde física da adolescente e do bebê (reconhecendo que promover saúde e bem-estar, combater e evitar doenças é de suma importância para a saúde materno-infantil);

- b) saúde ambiental: o cuidado com a saúde ambiental (reconhecendo como o ambiente tem uma influência enorme nos perfis de saúde, doença e desenvolvimento infantil);
- c) curso de vida: o cuidado com desenvolvimento do curso de vida da adolescente diante da maternidade (reconhecendo que a falta de uma formação profissional e acadêmica determina padrões de vulnerabilidade social difíceis de serem superados);
- d) parentalidade: cuidado voltado para a construção de competências “parentais” (reconhecendo que a relação de cuidado e afeto estabelecidos entre mãe e criança e/ou cuidador e criança na primeira infância afeta de maneira irreversível o desenvolvimento do cérebro humano);
- e) rede social: o cuidado com a construção da rede social e rede de serviços (reconhecendo que, para se desenvolverem, as pessoas precisam estabelecer relações sociais de ajuda, inicialmente na família, na comunidade, no bairro, no município);
- f) rede de serviços: assegurar que a mãe tenha acesso aos serviços sociais e de saúde, bem como os recursos garantidos pelas políticas públicas federais para atender as necessidades própria e da criança, pelo mapeamento da rede de suporte social.

As enfermeiras visitadoras recebem um treinamento diário com duração de aproximadamente quatro horas por um mês antes de iniciar o acompanhamento no PJMC das seguintes temáticas: (1) organograma, objetivos, premissas do PJMC; (2) apresentação das responsabilidades das enfermeiras; (3) leitura de evidências científicas sobre políticas de saúde sobre o desenvolvimento e promoção da primeira infância, pré-natal de adolescentes, puerpério, amamentação, projetos de vida, visita domiciliar e manuais do Ministério da Saúde sobre a saúde da criança; (4) apresentação e discussão dos protocolos de visitas elaborado no PJMC; (5) apresentação das enfermeiras para a equipe e gerentes das unidades de saúde, centro de referência de assistência social e hospitais que atendem a esta população.

As VDs são realizadas por enfermeiras vinculadas ao PJMC. Em média são feitas de 58 a 63 visitas para cada adolescente e sua família no período total de acompanhamento (ou seja, gestação, puerpério e período até os 24 meses de idade), de acordo com o esquema de visitas (Figura 6). Esse quantitativo de visitas pode

variar em função da idade gestacional com que a adolescente foi cadastrada no programa, pois as VDs se iniciam somente após o cadastro (PINHEIRO, 2016).

Figura 6 – Esquema de visita proposto pelo PJMC. São Paulo, 2019.

Fonte: Pinheiro, D. Validação de conteúdo de um programa de visita domiciliar para a diáde mãe-criança. Tese doutorado. 2016.

Para o registro dos enfermeiros visitantes sobre as intervenções realizadas no domicílio junto à adolescente, o programa adotou um protocolo específico para cada período de acompanhamento.

Os acompanhamentos das mães adolescentes têm o propósito principal de auxiliá-las a desenvolverem habilidades parentais e a estabelecerem vínculos de qualidade com seu(sua) filho(a). No decorrer das visitas, o enfermeiro precisa estar atento aos aspectos psicoativos relacionados ao processo da gravidez e parto e às mudanças de vínculos afetivos.

As VDs realizadas no pré-natal têm o objetivo de acolher a gestante e seu companheiro, reconhecer o estado normal de ambivalência com relação à gravidez, identificar as condições emocionais da gestação, estabelecer uma relação de confiança e respeito mútuo e ajudar a gestante e companheiro a compreenderem o processo de mudança de papel e identidade.

No puerpério, as visitadoras realizam as VDs com o intuito de acompanharem bem de perto a puérpera, ajudando-a na amamentação, na reorganização da rotina familiar e dos cuidados/rotina do bebê.

Do momento que a criança completa 1º mês de vida até os 24 meses de idade, a visitadora acompanha o adequado crescimento e desenvolvimento da criança e propicia o estabelecimento de vínculos positivos e amorosos entre mãe/pai e criança.

Assim, de 1 a 6 meses, a visitadora tem a função de garantir a amamentação exclusiva, discutir com a mãe formas de brincar e conversar com a criança, acompanhar o desenvolvimento neuropsicomotor do bebê, além das vacinas. Ainda, estimula o cuidado de puericultura e utiliza instrumentos para identificar sinais de depressão materna e sinais de vínculo entre mãe e criança.

Dos 7 aos 12 meses, a visitadora tem papel fundamental para ajudar a mãe a estimular a criança a adquirir essas novas “habilidades”, a organizar o ambiente para evitar acidentes, a estimular a criança por intermédio de brincadeiras e a demonstrar ações de afeto. Dos 12 aos 24 meses, a visitadora ajuda a mãe a estimular a autonomia da criança no andar, comer e brincar tanto sozinha quanto com outras pessoas de sua confiança. Para algumas mães, é hora de colocar a criança na creche.

Vale ressaltar que, para se atingirem as premissas, metas, objetivos e resultados esperados, os enfermeiros visitantes recebem um treinamento específico de 60 horas, com o intuito de conhecer os instrumentos e as abordagens do PJMC antes de dar início ao acompanhamento das jovens mães por meio das VDs.

Mediante as funções dos enfermeiros em cada uma das VDs realizadas desde a gestação até a idade de 24 meses, o PJMC conta com a realização de supervisão das enfermeiras a fim de promover apoio e compreensão dos fatos e intervenções.

As supervisões foram realizadas por duas docentes de enfermagem e uma psicóloga, integrantes da equipe de pesquisadores do PJMC, uma vez na semana, no período da manhã, com duração de duas horas. O objetivo foi gerar uma discussão dos casos das mães adolescentes acompanhadas pelas enfermeiras visitadoras do PJMC; e realizar aconselhamentos e apoios psicológicos. Salienta-se que os supervisores enfermeiros trazem um olhar focado na clínica da assistência à saúde e do cuidado; e o supervisor psicólogo, no vínculo e parentalidade.

O objetivo da supervisão é a realização de discussões entre supervisores e enfermeiros visitantes referentes aos casos, problemas e dificuldades relativas à intervenção à adolescente e/ou criança e/ou família.

As supervisões dos enfermeiros visitantes promovem uma maior aproximação com cada um dos casos das adolescentes cadastradas no programa e suas particularidades. Elas viabilizam conhecimento dos recursos sociais, assistência social, educacional e de saúde do contexto em que estão inseridas, bem como possibilitam visualizar se as metas, as premissas e os resultados esperados do PJMC estão sendo realizados de maneira adequada.

Além disso, as supervisões proporcionam aos profissionais envolvidos uma escuta sobre os relatos das enfermeiras das experiências de VD, da relação com a mãe adolescente, dos encontros e das interações que fortalecem e estabelecem a autoconfiança, autonomia e relações seguras entre a enfermeira visitadora e a adolescente.

O principal motivo da opção por esse cenário é, segundo metodologia adotada pelo PJMC, a relação terapêutica ou relação de ajuda como instrumento de trabalho para o enfermeiro visitador durante as VDs. Trata-se de uma metodologia fundamentada em uma conversa estruturada por meio da interação entre visitador e adolescente, com o propósito de valorizar a pessoa e não o problema e de manter relação interpessoal visando auxiliar a adolescente no que ela necessita naquele determinado momento.

Em 2019, o PJMC concluiu seu primeiro grupo de assistência (30 adolescentes que receberam as intervenções), recebeu algumas alterações em seu protocolo de execução e passou a ser chamado de “Programa Primeiros Laços”. O programa “Primeiros Laços” está em andamento, oferecendo, atualmente, assistência para 100 adolescentes.

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes na investigação fenomenológica social tem um caráter intencional e é composta pelos indivíduos que vivenciam a situação desejada (COHEN; OMERY, 2007; MERIGHI, 2003).

As participantes do estudo correspondem às mães adolescentes assistidas pelo PJMC e enfermeiras visitadoras que atuavam no programa no momento da coleta de dados.

Os critérios de inclusão adotados para a seleção das mães adolescentes que participaram deste estudo foram:

- ter entre 14 e 19 anos;
- estar inserida no grupo intervenção do PJMC;
- ter recebido 70% ou mais das VDs programadas nos períodos da gestação, puerpério e pós-nascimento da criança;
- o bebê ter idade entre o 10º e 12º mês.

A justificativa para esses critérios são: a idade da criança presume que a mãe adolescente ter vivenciado as visitas e as interações nas diferentes fases da construção do papel maternal; a criança ser a parceira ativa no desempenho e concretização do papel maternal com benefício para ambas no longo prazo (MERCER, 1981; MERCER et al., 1986; MERCER; WALKER, 2006); e a oportunidade de as enfermeiras visitadoras poderem ter convivido e oferecido cuidado as adolescentes no período da gravidez até ao primeiro ano de vida da criança.

As enfermeiras visitadoras foram as informantes-chave para o acesso às mães adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão deste estudo, pois eram elas que tinham as anotações nos protocolos sob a quantidade de VDs recebidas e idade da criança; dados pessoais; e conhecimento das mães adolescentes selecionáveis, gerando um banco de dados.

Para a seleção das enfermeiras visitadoras, adotaram-se os seguintes critérios de inclusão:

- estarem vinculadas como visitadoras do grupo intervenção do PJMC;
- estarem acompanhando as mães adolescentes que atendiam aos critérios de inclusão do estudo por mais de 6 meses.

A aproximação às enfermeiras visitadoras que atendiam aos critérios de inclusão e o convite para participarem do estudo ocorreram durante uma reunião de supervisão das enfermeiras, na qual a pesquisadora participava como ouvinte.

4.4 ASPECTOS FORMAIS E ÉTICOS

Como previsto na resolução nº 510, de 07 de abril de 2016, toda pesquisa com seres humanos necessita do consentimento livre e esclarecido dos participantes e/ou dos seus representantes legais (BRASIL, 2016b).

Este estudo respeitou a dignidade e autonomia das participantes, reconhecendo as vulnerabilidades bem como a livre contribuição e permanência na pesquisa.

No domicílio, antes do início da entrevista, as participantes (mães adolescentes e enfermeiras visitadoras) receberam o esclarecimento da pesquisadora sobre a justificativa e relevância do estudo, metodologia adotada para captar os depoimentos, riscos e benefícios da participação voluntária e liberdade de desistir de serem entrevistadas.

Além disso, foi informado às participantes que os depoimentos seriam gravados em áudio, na íntegra, por meio do gravador digital; após o término da entrevista, o áudio seria transcrito para a realização da análise, com a manutenção do sigilo das informações contidas na gravação, por respeito à dignidade e proteção da privacidade dos participantes da pesquisa durante todas as etapas do estudo. A utilização dos depoimentos ser única e especificamente para fins científicos e acadêmicos como forma de assegurar a ausência de prejuízos para as participantes, o resguardo das informações obtidas e a garantia do anonimato (BRASIL, 2016b).

Os possíveis danos e riscos mínimos deste estudo se refeririam à dimensão intelectual bem como social e consistiriam na dificuldade e constrangimento em responder aos questionamentos da pesquisadora; caso ocorresse tal situação, a entrevista seria suspensa no exato momento. A participação não traz nenhum dano em relação à integridade física e de imagem, mantendo a privacidade dos participantes.

Os benefícios da participação nas entrevistas foram: fornecer a oportunidade de reflexão e reestruturação das experiências vividas durante as interações entre enfermeira visitadora e mãe adolescente nas VDs dentro do PJMC; trazer contribuições potenciais para o estudo; e permitir a construção de novos significados do fenômeno da interação.

Houve uma ponderação entre os riscos e benefícios, na qual a pesquisadora comprometeu-se em causar o mínimo de risco e danos às participantes e o máximo de benefícios. Ressalta-se que os danos previsíveis foram evitados.

Realizou-se a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelas mães adolescentes e enfermeiras (Apêndice A e B respectivamente), e foi ressaltado pela pesquisadora a liberdade de participarem ou não do estudo sem causar nenhum prejuízo ou penalização para elas.

Ressalta-se que o TCLE foi elaborado com linguagem acessível às participantes. Nos casos que a adolescente não tinha idade igual ou superior a 18 anos, o responsável legal por ela assinou o TCLE sem acarretar nenhum prejuízo (BRASIL, 2016b). O TCLE foi assinado em duas vias, ficando uma via com a mãe adolescente ou enfermeira e outra com a pesquisadora, fazendo parte do processo de consentimento das participantes.

O estudo seguiu os preceitos da resolução referente a participantes adolescentes (BRASIL, 2016b), com base na qual foi realizada a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido pelos representantes legais, que procederam à assinatura. Houve apenas dois desses casos.

Ressalta-se que o estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de SP, com registro sob o certificado de apresentação para apreciação ética de número 41573015.0.0000.0065 e com número de parecer 1.397.051 (Anexo 1).

4.5 O ACESSO À AÇÃO VIVIDA DURANTE A VISITA DOMICILIAR

4.5.1 Coleta de dados

Com o propósito de atingir o objetivo do estudo, os depoimentos foram obtidos mediante a entrevista fenomenológica, que se caracteriza por compreender as experiências vividas e a ação no mundo social do sujeito por meio do encontro dele com o pesquisador (PAULA et al., 2014).

A entrevista fenomenológica tem o objetivo de aproximar e desenvolver a empatia entre os envolvidos por meio da fala da participante que vai descrevendo a ação vivida (PAULA et al., 2014). Além disso, o mais importante aspecto desse tipo de entrevista é o estabelecimento de uma relação face a face, aberta, acessível e espontânea entre o entrevistador e o entrevistado, levando ao acesso intencional à consciência do outro (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora principal (no momento da entrevista possui título de mestre em ciências da saúde e atuava como docente de enfermeira), na qual já teve experiência em realizar entrevistas e grupos focais durante a formação no mestrado e na graduação.

Optou-se por fazer a entrevista em conjunto, a mãe e sua enfermeira foram entrevistadas ao mesmo tempo e no mesmo local, pelo objetivo do estudo ser compreender o fenômeno da interação entre mães adolescentes e enfermeiras visitadoras no acompanhamento por meio das VDs no PJMC.

Quando se estabelece a interação entre profissional e paciente, as práticas de saúde sofrem mudanças no ato de pensar, de dar sentido e de dar significados para os aspectos de saúde, para as ações e situações, pois o foco deixa de estar apenas na saúde naquele momento e espaço, passando para um entendimento, valorização e sentido apenas do encontro e da presença do outro (AYRES, 2004a, 2004b).

A pesquisadora teve contato com as enfermeiras visitadoras do PJMC através do acompanhamento das supervisões, porém não teve nenhum contato anterior a entrevista com as mães adolescentes.

Foi realizado um levantamento no banco de dados do número de mães adolescentes que atendiam os critérios de inclusão e informado as enfermeiras visitadoras quais seriam as mães que iriam ser entrevistadas, dando um total de nove.

As enfermeiras visitadoras, em contato com a mãe adolescente acordaram que as entrevistas seriam realizadas no domicílio da mãe no dia e horário da VD de acompanhamento do PJMC, e repassaram as informações para a pesquisadora.

Ressalto que as mães adolescentes foram informada na última VD antes da entrevista pela enfermeira visitadora sobre a participação no estudo de uma aluna de doutorado que estava realizando sua pesquisa vinculada ao PJMC.

As entrevistas tiveram início após a aprovação do estudo pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina de SP. No dia e horário estabelecidos, a pesquisadora, acompanhada pela enfermeira visitadora, foi ao domicílio da mãe adolescente para a realização das entrevistas em conjunto. Foram informados às participantes os procedimentos formais e éticos em pesquisa, como descritos no subcapítulo 3.6.

Destaca-se que não houve nenhum impedimento ou dificuldade em realizar as entrevistas, nenhuma participante desistiu de fornecer seus depoimentos sobre suas vivências e durante a entrevista participaram a entrevistadora, mãe adolescente e a enfermeira visitadora.

A entrevista iniciou-se com questões sobre as informações pessoais e socioeconômicas, a fim de trazer a caracterização das participantes. Essa análise está apresentada na parte III, capítulo IV.

Para a busca dos significados do fenômeno deste estudo e para a condução das entrevistas fenomenológicas, adotaram-se as seguintes questões norteadoras:

- Como foi para vocês participarem do PJMC?
- Como ocorreu a interação de vocês durante as VDs?
- Quais são suas expectativas e mudanças?

Na busca de significados atribuídos ao fenômeno estudado, foram apresentadas, ao longo da entrevista, outras questões para elucidar os eventos significativos às participantes deste estudo. Ressalta-se que ocorreu uma entrevista piloto para verificar se aquelas questões norteadoras eram suficientes para se alcançar ao fenômeno em estudo, sem essa entrevista descartada e não fez parte da análise dos dados.

Quando o conteúdo dos depoimentos apresentou significados convergentes, sem ocorrência de novos conteúdos e com a satisfação clara do objetivo e da pergunta de pesquisa, a coleta de dados foi terminada (MINAYO, 2017).

As participantes do estudo foram nove mães adolescentes e três enfermeiras visitadoras. Das 9 mães adolescentes, 3 estavam sendo acompanhadas pela enfermeira visitadora 1; outras 3 pela enfermeira visitadora 2; e 3 pela enfermeira visitadora 3. O objetivo do pesquisador era atingir os significados atribuídos, por isso esse número de participantes é aceitável para pesquisas fenomenológicas, pois a literatura propõem para esse tipo de pesquisa uma quantidade entre 5 e 25 participantes (CRESWELL; POTH, 2016).

O tamanho da amostragem nas pesquisas qualitativas é pergunta frequente dos pesquisadores, pois se procura entender se a quantidade pequena de entrevistas com um grupo restrito é considerada científica. (MINAYO, 2017)

Assegura-se que quantidade dos participantes é adequada quando os depoimentos fornecem dados suficientes para garantir que os significados sejam construídos de maneira complementar uns aos outros e deem a clareza sobre o fenômeno em estudo. Porém, uma coleta de dados de um estudo não encerra sua investigação, e sim dá estímulos e incentivos para novas pesquisas (MORSE, 2018).

Ressalta-se que o número de entrevistas correspondeu à totalidade de enfermeiras visitadoras vinculadas ao programa e a 30% das mães adolescentes participantes do PJMC.

Minayo (2017) traz uma reflexão segundo a qual as pesquisas qualitativas tratam da magnitude dos fenômenos, singularidades e significados emergidos, enquanto as pesquisas quantitativas abordam a intensidade.

A amostra qualitativa perfeita é aquela que reflete em intensidade e quantidade as diversas dimensões do fenômeno em estudo e o alcance da qualidade das interações e ações no decorrer das entrevistas e da pesquisa (MINAYO, 2017), pois o objetivo principal da pesquisa qualitativa é compreender as pessoas, ao passo que, quando se determina o número de participantes, estamos restringindo o alcance da compreensão (MORSE, 2018).

Na pesquisa qualitativa, não há quantidade pré-estabelecida para a compreensão da intensidade e diversidade de informações sobre determinado fenômeno em estudo (MINAYO, 2017).

O mesmo ocorre para a saturação pré-definida, o pesquisador não deve representar em números a quantidade de entrevistas, pois o que deve prevalecer é a confiança do pesquisador em encontrar os significados relevantes para seu objeto de estudo (MINAYO, 2017).

As 9 entrevistas foram realizadas pela pesquisadora no período de janeiro a fevereiro de 2017, com duração média de 50 minutos, e foram gravadas em áudio após a assinatura do TCLE pelas participantes.

Ainda, em termos de dispositivos de coleta de dados, após o término de cada entrevista, foram utilizadas notas de campo com informações que possivelmente ajudassem a pesquisadora na compreensão do fenômeno.

As notas de campo são textos registrados pela observação realizada no momento da entrevista com os participantes (AIRES, 2015) e que auxiliam na compreensão do fenômeno. Sua análise qualitativa está baseada nos verbos e substantivos das anotações sobre os depoimentos, sendo uma origem válida de informações que ajudam a compor a análise (MINAYO, 2012).

Ressalta-se que a pesquisadora não possui nenhum conflito de interesse em investigar tal fenômeno por não ser enfermeira visitadora do programa ou de outro, por não ter vivenciado a gravidez na adolescência e por não existir uma relação terapêutica com as participantes.

Posteriormente, os áudios foram transcritos pela pesquisadora em *verbatim*, a fim de preservar a organização da linguagem e detalhes da entrevista, em paralelo com algumas notas de campo, de forma a constituir uma narrativa.

Narrativas estão relacionadas ao mundo vivido e são criadas nos encontros interpessoais como uma forma de expressão das experiências vividas do narrador (participante), além de permitirem ao narrador relacionar o vivido com sua situação atual e com seu futuro, ou seja, é uma maneira de o narrador reformular sua realidade, unindo o passado, o presente e o futuro (FRID; OHLÉN; BERGBOM, 2000). Sendo assim, as narrativas são criadas pelas experiências vividas pelo narrador e pelos encontros interpessoais (FRID; OHLÉN; BERGBOM, 2000).

Pelas narrativas, é possível compreender contextualmente situações específicas que envolvem a vida do narrador e o contexto da situação narrada. As narrativas verbais são transcritas em texto para poderem ser interpretadas pelo pesquisador; desse texto, emerge um significado dado pelo narrador e sua narrativa, transcendendo o significado do próprio fenômeno (FRID; OHLÉN; BERGBOM, 2000).

Com o intuito de garantir o anonimato e o sigilo, as enfermeiras visitantes foram identificadas pela letra “E” seguida do número arábico correspondente (E1, E2 e E3), e as adolescentes foram identificadas pela letra “A” seguida do número correspondente à ordem em que as entrevistas ocorreram, por exemplo A1.

Em síntese, a Figura 7 apresenta a método do estudo retratando o tipo, o cenário, os participantes e as questões norteadoras da entrevista.

Figura 7 – Tipo de estudo, cenário, participantes e questões norteadoras da entrevista. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora

4.5.2 Tratamento e análise dos dados para compreensão dos níveis de significação da ação vivida

A compreensão é a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro e considerarmos a singularidade e subjetividade do indivíduo, sendo que as vivências dos indivíduos são influenciadas pelo contexto em que estão inseridos (MINAYO, 2012). Neste estudo, a análise, a compreensão e a organização dos depoimentos seguiram a recomendação das etapas adotadas por pesquisadores da fenomenologia social de Alfred Schütz (JESUS et al., 2013).

A análise compreensiva iniciou-se com a transcrição de todas entrevistas. Após essa etapa, realizaram-se leituras e releituras atentas, na íntegra, de cada um dos depoimentos obtidos, com o propósito de familiarização com os dados e apreensão do sentido global das experiências vividas sobre a interação entre enfermeiras e mães adolescentes. Essa etapa valoriza o senso comum que se deu no mundo social (SCHÜTZ, 2012).

Depois dessa etapa, realizou-se a releitura dos depoimentos com o propósito agrupar o conteúdo significativo dos discursos, que respondem aos objetivos deste estudo (unidades de significados). Isso permitiu a identificação de convergências dos sentidos presentes nos depoimentos para a construção das categorias concretas, a qual possibilitou a compreensão dos conteúdos que emergiram da experiência vivida. Para compor essa etapa, foram agrupados os pontos em comum que retratam os assuntos relacionados aos “motivos-porque” e aos “motivos-para” da ação humana.

Em seguida, foi realizado o agrupamento das unidades de significado de acordo com as convergências presentes nos depoimentos, emergindo as características típicas da ação vivida, vivência de interações entre enfermeiras e mães adolescentes, de tal modo que foi possível identificar uma estrutura invariável do fenômeno, o tipo pessoal ideal ou tipo vivido. Assim, ocorre a elaboração das categorias concretas do vivido, que viabiliza a compreensão do fenômeno investigado.

Destaca-se que a fenomenologia social leva em consideração não o comportamento de cada humano, e sim a constituição da característica própria daquele grupo social que está vivendo determinada situação do comportamento vivido por adolescentes (SCHÜTZ, 2012). Essa etapa valoriza o senso comum que se deu no mundo social (SCHÜTZ, 2012).

E, por fim, a interpretação e elaboração da tipologia do tipo vivido, ou seja, das categorias concretas, ocorreu por meio da análise compreensiva da fenomenologia social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012; SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009) e de outros referenciais que condizem com o tema (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

A Figura 8 sintetiza as etapas de análise das entrevistas, e a Figura 9 é o resumo da análise compreensiva de acordo com a fenomenologia de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012).

Figura 8 – Esquema representativo das etapas de análise das entrevistas. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora

Figura 9 – Esquema representativo da análise compreensiva. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora

As figuras 8 e 9 são representações gráficas que a autora elaborou para a visualização da maneira como as análises das entrevistas foram realizadas e quais etapas as seguidas para a interpretação do tipo vivido de acordo com Alfred Schütz.

A figura 8, ilustra as etapas seguidas desde a transcrição dos depoimentos até a análise compreensiva, caracterizando as etapas de análise das entrevistas.

A figura 9 detalha a realização da análise compreensiva dos depoimentos, sendo o primeiro passo a transcrição na íntegra, após a análise dos verbatims em “motivos-porque” e “motivos-para”, e pôr fim a interpretação do tipo vivido.

**5 A VOZ DAS PARTICIPANTES: O CONTEXTO
DE SIGNIFICADOS NAS INTERAÇÕES DAS
ENFERMEIRAS VISITADORAS COM AS MÃES
ADOLESCENTES**

5 A VOZ DAS PARTICIPANTES: O CONTEXTO DE SIGNIFICADOS NAS INTERAÇÕES DAS ENFERMEIRAS VISITADORAS COM AS MÃES ADOLESCENTES

5.1 CARACTERÍSTICAS DAS PARTICIPANTES

A seguir, apresentam-se a compreensão das principais características que definem as características das participantes do estudo, nove mães adolescentes e três enfermeiras visitadoras.

As características das nove mães adolescentes foram obtidas durante a entrevista, e apenas os dados referentes ao número de visitas recebidas foram extraídos do banco de dados. Seguem:

A1: Solteira, 18 anos, ensino médio incompleto, atendente de loja, renda familiar de 5 salários mínimos¹² e reside com o pai da criança. Filha com 11 meses. Participou de 16 VDs na gestação, 5 no puerpério e 18 no primeiro ano de vida;

A2: Solteira, 19 anos, ensino médio incompleto, operadora de caixa, renda familiar de 1,2 salários mínimos e reside com o pai da criança. Filha com 12 meses. Participou de 17 VDs na gestação, 6 no puerpério e 20 no primeiro ano de vida;

A3: Casada, 19 anos, ensino médio incompleto, babá, renda familiar de 1,2 salários mínimos e reside com o marido. Filho com 11 meses. Participou de 16 VDs na gestação, 6 no puerpério e 17 no primeiro ano de vida;

A4: Solteira, 16 anos, ensino fundamental completo, estudante, renda familiar 1,4 salários mínimos e reside com pai da criança. Filho com 12 meses. Participou de 16 VDs na gestação, 6 no puerpério e 18 no primeiro ano de vida;

A5: Solteira, 18 anos, ensino médio incompleto, do lar, renda familiar não informada e reside com pai da criança. Filha com 12 meses. Participou de 18 VDs na gestação, 6 no puerpério e 20 no primeiro ano de vida;

A6: Solteira, 20 anos, ensino médio incompleto, estudante, renda familiar de 2,1 salário mínimo. Filha com 10 meses e reside com a mãe e pai. Participou de 15 VD na gestação, 6 no puerpério e 15 no primeiro ano de vida;

---

¹² Salário mínimo (SM) no Brasil, no ano de 2017: R\$ 937,00 (BRASIL, 2016d).

A7: Solteira, 16 anos, ensino médio incompleto, estudante, renda familiar de 1,6 salários mínimos e reside com o pai da criança. Filho com 10 meses. Participou de 17 VDs gestação, 6 no puerpério e 17 no primeiro ano de vida;

A8: Solteira, 19 anos, ensino médio incompleto, estudante, renda familiar não informada e reside com o pai da criança e a mãe. Filha com 18 meses. Participou de 16 VDs na gestação; 6 no puerpério e 16 no primeiro ano de vida;

A9: União estável, 19 anos, ensino médio incompleto, do lar, renda não informada e reside com o pai da criança. Filho com 10 meses. Participou de 15 VDs na gestação, 5 no puerpério e 15 no primeiro ano de vida.

As situações biográficas das 3 enfermeiras visitadoras participantes deste estudo foram obtidas mediante entrevista, estão caracterizadas no Quadro 3 e detalhadas como:

E1: 35 anos; solteira, graduação em Enfermagem, especialização em enfermagem psiquiátrica e saúde mental, possui 12 anos de experiência profissional. Enfermeira visitadora no PJMC há 24 meses e realiza acompanhamento de 12 mães adolescentes;

E2: 28 anos; solteira, graduação em Enfermagem, especialização em obstetrícia, não possui experiência profissional anterior. Enfermeira visitadora no PJMC há 24 meses e realiza acompanhamento de 12 mães adolescentes;

E3: 51 anos; casada, graduação em Enfermagem, possui experiência profissional como auxiliar de enfermagem. Enfermeira visitadora no PJMC há 18 meses e realiza acompanhamento de 8 mães adolescentes;

5.2 COMPREENSÃO DAS VIVÊNCIAS DECORRENTES DA INTERAÇÃO: CATEGORIAS EMERGIDAS DA AÇÃO VIVIDA

Por meio dos pressupostos da fenomenologia social de Alfred Schütz (SCHÜTZ, 2012), desvelaram-se os depoimentos em categorias concretas sobre a compreensão das vivências de interação no domicílio entre enfermeiras e mães adolescentes.

A análise dos depoimentos permitiu a elaboração de categorias que representam as características típicas sobre a compreensão das vivências da interação em domicílio entre as enfermeiras e mães adolescentes. A partir do contexto de significados relacionados ao tempo passado e presente, as vivências estão

expressas nas categorias apresentadas que constituem os “motivos-porque” e os “motivos-para”.

Esses motivos (porque e para) serão expressos em forma de categorias que constituem as ações sociais definidas na fenomenologia social como a intencionalidade do indivíduo voltada para a realização de um propósito (SCHÜTZ, 2012).

A Figura 10 apresenta as categorias concretas emergentes após a análise das vivências de interação entre enfermeira visitadora e mãe adolescente.

Figura 10- Categorias concretas emergentes dos depoimentos. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora.

5.2.1 Motivos-porque

Os “motivos-porque” partem do contexto de significados relacionados ao tempo passado e presente e são compostos por três categorias concretas que os retratam: “As vivências de participação no PJMC”; “A interação vivida por enfermeiras visitadoras e mães adolescentes”; “Parentalidade e o papel maternal”.

Categoria 1 – As vivências de participação no PJMC

As mães adolescentes se sentiram privilegiadas por terem tido a oportunidade de participar do PJMC desde a gestação, puerpério, até os 2 anos de idade da criança. As ações realizadas pelo PJMC as ajudaram a adquirir conhecimento sobre a gravidez

e sobre o bebê, além de terem fornecido o suporte de uma enfermeira visitadora que realiza cuidados individuais e diretivos a elas em domicílio.

Olha, quando eu descobri que eu estava grávida, eu fiquei meio fora do mundo. Eu fiquei tipo “que que eu vou fazer agora? ”, aí chegou esse projeto na minha vida. Ela [enfermeira] me ajudou, ela interagiu comigo, ela explicou cada mês que eu passava, cada mês que eu poderia fazer, que tamanho meu filho estava. O projeto me acompanhou em tudo, e agora a minha filha, é muito bom! (A1)

Nossa! Participar do projeto me ajudou desde o psicológico até moralmente falando [risos]. Ficou mais cômodo como te falei. Tipo, porque tinha ela [enfermeira] para cuidar de mim e ela me ouvia. Foi ótimo, não tem nem palavras assim. Ajudou muito. Só quem tem o projeto sabe. (A2)

Tem sido ótimo participar do programa, me sinto feliz em ter sido escolhida entre as meninas aqui do bairro. (A3)

Tem porque, igual hoje eu falei, eu não sabia nada de gravidez, como é que era se o neném escutava. Tudo isso aí eu soube por esse projeto mesmo! (A4)

É muito bom! Apareceu na hora certa [risos] esse programa. Eu gostei muito dele. É bom! E hoje em dia, eu participei do programa quando eu estava grávida para saber do desenvolvimento da minha filha, e isso ninguém tem, me sinto privilegiada [...] eu gostei de tudo desse programa. Logo que eu fiquei grávida, né? Eu fui fazer a primeira consulta, aí elas perguntaram se eu queria, aí de repente eu falei “Quero”, né? Fiz bem. (A5)

Então, o programa me ajudou em tudo, em muita coisa. Em tudo! [...] se não fosse o programa o que seria de mim. Me sinto feliz por participar do projeto, foi bom. Tipo eu achei que foi bom porque eu vi a gente acompanhar o crescimento da minha filha, é uma coisa inexplicável. Você ir acompanhar assim de perto. É que nem ver a flor crescer! Acompanhando de perto, foi inexplicável. Eu achei muito bom. Eu gostei! Então eu gosto muito. Eu não sei como seria se eu não tivesse participado do programa. (A6)

Foi maravilhoso. A melhor coisa que me aconteceu, né? Pelo menos eu ter um apoio, ter com quem conversar. Me ajudou bastante durante a gravidez. Quando eu descobri a gravidez, já veio essa pergunta se eu queria ou não participar. Mas eu gostei bastante! (A7)

O programa ajuda, nossa, ajuda bastante! Eu acho que, se eu não tivesse o programa, ia ser mais difícil para mim, né? (A8)

É bom, é útil, né? Vai me ensinando mais as coisas, direcionando um lugar, um caminho certo. Eu gosto! (A9)

Para as enfermeiras visitadoras, poder fazer parte da equipe de profissionais da PJMC foi uma experiência gratificante e positiva no âmbito do crescimento profissional e pessoal.

O programa trouxe uma bagagem de vivências pessoais e profissionais muito boa. Tem sido importante ser enfermeira visitadora. (E1)

Para mim, foi uma experiência [...] tem sido uma experiência muito boa profissionalmente também [risos]. Mas, assim, é muito gratificante ver, né, o [nome da criança] se desenvolvendo, a [nome da adolescente] sendo uma boa mãe. Então, acho que, profissionalmente e pessoalmente, tem sido muito gratificante. (E2)

Na verdade, eu sempre quis fazer um trabalho tipo assim [...] E quando eu pude ver que eu tinha essa oportunidade pela frente, que bom! Realizada. Eu não estou conseguindo uma palavra para descrever. (E3)

Fazer parte do PJMC fez com que as mães adolescentes se sentissem felizes em receber a enfermeira visitadora na sua casa para conversar e compartilhar as experiências, pois passavam a maior parte do dia sozinhas, ou até não havia ninguém morando com elas.

Eu não tinha ninguém para contar, ela [enfermeira] era a única pessoa que tinha [...] eu precisava de alguém para conversar, e ela era a única pessoa que vinha na minha casa, e eu podia conversar, ficava muito feliz com ela aqui comigo. (A1)

Me ajudou bastante. Porque, talvez, se eu não tivesse tido esse apoio que eu tive dela, principalmente no começo, talvez eu nem tivesse ficado com a [nome da filha]. Porque eu não tinha ninguém para contar! Então ela foi muito importante. (A5)

Eu sou sozinha aqui em São Paulo, não tenho ninguém para me ajudar, só a [nome da enfermeira], ela é a única que me ajuda e me apoia. Por isso esse programa é tão importante para mim, não me sinto muito sozinha. (A9)

Eu acho que, no caso da [nome adolescente] ter alguém que estava lá sempre, é o que mais ajudou. Porque a [nome da adolescente] nunca teve muito problema de fazer errado, se colocar em risco. Isso nunca teve; mas acho que ela precisava muito de ter alguém com ela, para dar apoio. (E1)

O companheiro/namorado/marido e as pessoas da rede social das mães adolescentes reconheceram a importância de ela participar do PJMC. Reconheceram que as enfermeiras visitadoras são as únicas que fazem visitas às adolescentes e que ajudam em todos os momentos. Além disso, eles demonstraram o interesse em querer compartilhar momentos com a enfermeira.

E ele [companheiro] também acha ótimo, porque, como eu não tenho amiga, a única pessoa que vem na minha casa é a [nome da enfermeira]. Ele já sabe, porque, para ele, é como se fosse uma amiga minha que está vindo em casa. Aí, ele sempre faz questão que eu receba a [nome da enfermeira] para eu conversar. Ele sempre fala: "Não esquece de falar isso e isso que a [nome da criança] está fazendo!" Ele gosta, para ele é importante também ter uma pessoa para contar. (A1)

Acho que ele [namorado] sente que ela é a enfermeira das enfermeiras. Igual eu [risos], ele sentiu segurança nela. (A3)

Ele [marido] não vê a [nome da enfermeira] como uma pessoa estranha. Como se fosse uma agente de saúde ou uma pessoa [...] ele já recebe como se fosse de casa. (A4)

Gosta bastante dela [enfermeira], procura saber se ela vai vir. Confia também. Ele é muito desconfiado assim, mas, nela, ele confia. (A7)

Eu acho que sim. Por isso, assim, dele [companheiro] ligar. Às vezes, a [nome da adolescente] liga e ele fica atrás: "Fala isso, fala aquilo". Então, eu acho que ele aceita muito o que a gente sugere. (E1)

No início do acompanhamento no programa, alguns companheiros não se sentiam muito à vontade com a presença da enfermeira, e elas os conquistaram com muito respeito, mostrando as vantagens de estarem fazendo parte do PJMC e recebendo VD. Assim, as enfermeiras, quando não conseguiam contato com a adolescente, se sentiam à vontade para ligarem para o companheiro e agendarem as visitas ou passarem alguma orientação.

Tem vez que meu telefone está desligado, e aí ela [enfermeira] liga para ele, e ele vai lá dá um jeito de me acordar. Mas é sempre assim! (A1)

Eu acho que foi aos poucos e com muito respeito. O [nome do companheiro], no começo, ele não estava nas visitas. Depois ele estava. Eu acho que tem um estranhamento inicial, mas depois eu acho que ele foi percebendo as vantagens de receber visitas também. Então, eu acho que ele foi se adaptando. (E1)

Eu tenho o telefone também, às vezes eu ligo para ele quando ela [adolescente] não me atende. (E3)

Além disso, uma adolescente relatou que gosta que toda sua família participe das VDs no programa, pois todos os membros gostam de aprender, tirar as dúvidas e confiam no que a enfermeira fala; e diz como o PJMC foi importante não só para ela, mas para sua família também.

Eu gosto que minha família participa. Minha avó é uma pessoa que gosta bastante do projeto. E outra coisa que mudou, a minha família adorou. Minha avó gosta de estar sempre informada, então ela está lá confiando. Toda minha família fica sentadinha lá, assistindo, perguntando, tirando as dúvidas e sempre perguntam: "Que dia ela [enfermeira] vai vim?" (A7)

Em toda visita com a [nome da adolescente], tem um membro da família que participa. Eu acho muito importante todo esse movimento familiar. (E3)

As mães adolescentes reconhecem que o apoio que receberam das enfermeiras visitadoras durante o PJMC é fundamental no enfrentamento de problemas ou dificuldades; e, juntas, conversam e pensam em estratégias para lidar com aquela situação.

No começo da minha gravidez, eu estava passando um momento bem difícil. Então, foi importante para mim ter alguém para poder conversar, porque, querendo ou não, eu tinha o quê? 17, né? E a [nome da enfermeira] foi uma pessoa que eu podia ver como uma pessoa mais velha para poder conversar, me dar conselho, porque eu não tinha ninguém. Eu não tinha ninguém com quem poder contar. (A2)

De dificuldade financeira. Eu acho que a gente tentou superar juntas, procurando estratégias de melhorar. (A5)

Sim. Ela conversou, ela me animou bastante, ela falou que seria melhor [...] mas ela me influenciou sim. Ela me ajudou bastante. (A7)

Eu estava com dificuldades com meu filho, amamentação, aí ela vinha, conversava, aí me ajudou bastante. (A9)

A gente conversava muito sobre isso, o quanto era importante ela ter uma relação boa com a mãe dela, que isso também poderia ajudar ela a ser uma mãe melhor. (E1)

Acho que ela lembrou bem assim. Acho que foi mais no sentido dos conflitos familiares. Acho que tivemos que enfrentar isso juntas, pensando em estratégias, pensando em maneiras de lidar com a família, com o marido dela também. (E2)

Mediante as dificuldades enfrentadas juntas, uma adolescente e uma enfermeira reconheceram que o projeto mostra o caminho e faz com que as jovens amadureçam.

Sabe, o projeto me traz, assim, um caminho para você cuidar da criança. Só que, assim, você acaba amadurecendo de uma forma muito rápido. Assim, sabe? Muito fora, assim. Complicado! (A2)

Olha, o que eu mudei foi enfrentar os meus medos! Porque eu às vezes tinha uma certa dificuldade, então aí agora eu consigo enfrentar isso, você entendeu? (E3)

As mães adolescentes demonstraram preocupação com o momento em que o programa terminar e elas deixarem de receber esse acompanhamento.

Eu fico pensando, tem dia que a gente tem que se afastar se não tem que poder manter contato com ela. Porque, às vezes, eu confio mais nela do que nos médicos quando eu levo o [nome do filho]. Me ajuda muito! (A3)

Foi muito bom! Apareceu na hora certa [risos] esse programa. Eu gostei muito dele. Eu penso “Será que vai terminar?”, todo dia eu penso, sabe? Às vezes. É bom! Tudo [risos], queria para vida toda. (A5)

Em como dar educação. Até educação, até educação ensinou. Como que dá, como que a gente tem que tratar, que a gente tem que tratar com amor, carinho, paciência. (A6)

Porque minha família falava o que eles sabem assim. E uma pessoa com experiência ia te explicar certinho, né? (A8)

Categoria 2 – A interação vivida por enfermeiras visitantes e mães adolescentes

A interação vivenciada pelas enfermeiras e mães adolescentes durante o acompanhamento por meio das VDs foi compreendida pelas mães como positiva por existir a confiança e segurança na enfermeira visitadora; por ter uma relação de amizade; liberdade para se expressar e falar; ser ouvida; e receber conselhos, apoio e ajuda sem julgamento.

Acho que foi a gente foi virando amiga primeiro, né? Ter tido liberdade de falar de qualquer coisa e não ter esse negócio de você fala alguma coisa e a pessoa já te vem e te repreende e te fala. Primeiro ela me escuta e depois vem e fala o que ela acha melhor. Uma relação de confiança, confio muito na [nome da enfermeira]. Você se sente seguro. É uma segurança que eu tenho. Hoje é uma segurança que eu tenho (A1).

Foi uma relação de amizade, né [nome da enfermeira]? A gente criou uma amizade (A2).

Confio tanto nela [enfermeira], tenho tanta segurança que eu levo mais em consideração o que ela fala do que se viesse uma amiga aqui me falar alguma coisa. Recebo muito conselhos e ajuda dela em tudo, isso faz a diferença na nossa relação, coisa de amiga mesmo (A4).

Ela é minha amiga, eu conto todos os meus problemas para ela [enfermeira], ela tentou me ajudar e não me julgar. Aqui no bairro todo mundo me julga. Ela não, ela me deu conselhos [...] então essa é uma relação que eu gosto, ela é uma pessoa muito bacana mesmo de conversar, de dar conselho, não te julgar, né? Então é bem isso. (A6)

É uma amizade. Muito legal. A gente conversa bastante de um monte de coisa [...] sempre que ela pode me ajudar é sempre bom, né? Ouvir uma voz amiga. (A7)

Uma amiga, ela ajuda, é minha ajudante e confidente (A8).

[...] eu vejo ela no meu contato como uma amiga, entendeu? Eu já não vejo ela mais como uma enfermeira, e sim minha amiga (A9)

As enfermeiras visitadoras também compreenderam que a interação foi positiva e gerou uma relação tranquila, próxima, respeitosa, íntima, honesta; na qual houve bom vínculo, e a mãe adolescente se sentiu à vontade para se expressar.

Eu acho que é uma relação tranquila, né? A [nome da adolescente] ela tem liberdade de me falar as coisas que ela quer, eu oriento ela sempre, daí ela segue se ela quer ou não. Então é de respeito também, temos muito respeito uma com a outra, né [nome da adolescente]? (E1)

Também é uma relação [...] é muito boa, a gente tem um bom vínculo, né. A [nome da adolescente] sempre confiou bastante no que eu falava, né. [...] relação é bem positiva, A [nome da adolescente] sempre me recebeu muito bem e, durante todo esse tempo, a gente teve uma relação de confiança bem legal. (E2)

Eu acho que, com o passar dos dias, fomos ficando mais íntimas, né? Acho que isso é uma interação, fomos ficando mais próximas uma da outra. (E3)

Para as mães adolescentes e enfermeiras, a interação positiva estabelecida entre elas permitiu a troca de experiências, além de ter promovido uma relação que ultrapassa a barreira do profissional de saúde e paciente por meio da construção de vínculos fortes e afetuosos.

Como que eu vou explicar? Ela estava comigo quando eu precisava, ela é muito mais do que enfermeira para mim, nossa relação é diferente com a que tenha com a enfermeira do posto de saúde [...] com ela [enfermeira], tenho essa relação de confiança, que não é com qualquer pessoa que você tem, né? (A1)

No começo, não tinha aquela coisa de trocar experiências com a [nome da enfermeira], e agora a gente vai compartilhando as experiências [...] uma credibilidade da pessoa, um profissionalismo ótimo da pessoa, somos muito ligadas, tenho forte vínculo com ela. (A2)

Eu consigo confiar nela [enfermeira], ela me passa força. (A3)

É uma mulher eu confio bastante de estar conversando. Passa bastante confiança [...] então, eu acho assim, a nossa relação é mais do que de enfermeira e paciente, eu me abro com ela! Tipo, eu me abro, né? Eu não faço isso com a enfermeira do posto. Só me sinto à vontade com ela. (A6)

Tenho bastante confiança nela. Sempre me aconselha, uma relação de afeto, amor, carinho e vínculo forte. (A7)

Confiança que eu tenho, ela ajudou bastante depois que ela veio me visitar. (A8)

Deixa eu ver como eu posso dizer!? Ela passa confiança, sabe? Ela deixa você confortável, ela sabe explicar as coisas, isso é bem legal. Ela te orienta bem. Isso, acho legal isso! (A9)

Então, eu acredito que isso é uma troca entre nós duas. É uma troca de conhecimentos e experiências! [...] eu acho que é de bastante confiança nesta relação, de construir uma relação de enfermeira e mãe. (E1)

Eu acho que foi a honestidade mesmo. A confiança fez com que ela continuasse me recebendo bem e claro, né, também entendo... eu tenho sempre a oportunidade e a vontade de vir fazer as visitas. Acho que toda uma relação baseada na confiança, no vínculo, na honestidade faz com que seja bom para ambos. Tanto para o profissional quanto para quem está recebendo a visita. (E2)

As atitudes das enfermeiras visitadoras, na visão das adolescentes, influenciaram a maneira como a interação entre elas foram ocorrendo, como o tom baixo da voz ao se comunicar; ser calma; atenciosa; demonstração de amor e afeto; educação; e sinceridade. As atitudes das mães adolescentes na perspectiva das enfermeiras visitadoras também influenciaram a interação, como a abertura para o diálogo, receptividade e demonstração de interesse.

A [nome da enfermeira] te dá um caminho para você ir. E a gente vai. Porque, tipo assim, quando você não sabe, quando uma pessoa te dá um caminho, uma direção e você tem segurança nela, é melhor você ir porque você não sabe. Então, ajudou muito. (A1)

Ela [enfermeira] me passa muita sinceridade. Muita, muita, muita. (A3)

Eu gosto muito da [nome da enfermeira]. O jeito dela sabe? O jeito dela de falar com a gente. Eu gostei muito do jeitinho carinhosa e atenciosa dela desde o primeiro dia que ela foi em casa. (A5)

Eu acho ela uma pessoa muito legal. Eu entendo tudo que ela fala. Ela é calma para falar, a voz dela é bem suave. Eu gosto da voz dela! É muito bom ouvir uma pessoa assim sabe? [...] tipo assim acho ela muito educada e sincera, o que tiver para falar não manda recado [risos], gosto desse jeito dela [...] o jeito que ela explica é calmo, a gente entende tudo! Ela também é uma pessoa muito bacana. (A6)

Ela [enfermeira] falava comigo bem calma, sabe? Era bastante atenciosa, carinhosa, ela é bastante carinhosa! Muito legal ter ela [enfermeira] comigo. (A7)

Gosto muito dela [enfermeira], a forma com que ela age comigo, ela demonstra um afeto, amor, carinho por mim durante todo esse tempo que estamos juntas, a gente tem uma interação legal. (A8)

A relação com a [nome da adolescente] foi muito fácil desde o começo. Ela é bem receptiva e teve sempre muito interesse em tudo que a gente fazia. Ela procurava coisas a mais e vinha me mostrar, né? As coisas que estavam acontecendo. Então, as nossas visitas sempre eram muito ricas, a gente conseguia interagir uma com a outra muito bem. (E1)

Ela [adolescente] é muito receptiva, ela sempre foi muito carinhosa. Principalmente comigo, desde as primeiras visitas. Ela [adolescente] tem essa abertura e liberdade

para conversar e contar as coisas e perguntar, eu acho que tem sido muito bom para nós duas, para gente conseguir interagir. (E2)

A [nome da adolescente] está sempre pronta, muito receptiva comigo, desde o começo! Às vezes, até quando eu tenho que mudar uns horários, dias, ela procura me ajudar também nisso aí. (E3)

Quando as enfermeiras visitadoras direcionavam seu acompanhamento para a criança, isso fazia com que as mães adolescentes ficassem felizes e reconhecessem uma interação positiva.

Ela [enfermeira] tem um carinho, um cuidado de querer está perto e cuidar dela [filha]. É muito importante, me deixa feliz! (A2)

O cuidado que ela [enfermeira] passa com o [nome do filho], fico muito feliz, ela mostra confiança. (A3)

Ela [enfermeira] me ajudou, ela interagiu comigo, ela explicou cada mês que eu passava, cada mês que eu poderia fazer, que tamanho meu filho estava. Ela me acompanhou tudo do meu filho. E é muito bom! (A4)

Eu me sinto uma pessoa importante de ver minha filha sendo importante, ela [enfermeira] consegue interagir comigo e com minha filha. Nossa relação é muito boa, muito. (A5)

Ao estabelecer uma interação positiva, os ensinamentos da enfermeira visitadora foram seguidos e replicados pelas mães adolescentes. As mães justificam tal ação pela segurança que sentiram na enfermeira e por reconhecerem a importância das informações para a sua vida e são gratas por isso. As enfermeiras verbalizaram que reconhecem a receptividade, valorização e aproveitamento da adolescente sobre os ensinamentos.

Eu levo mais em consideração o que ela [enfermeira] fala do que se viesse uma amiga aqui me falar alguma coisa, por sentir confiança nela. (A1)

[...] me sinto segura com ela, é uma segurança que eu tenho, tudo que ela fala eu sigo à risca. (A2)

Eu tenho uma palavra que eu colocaria é gratidão. Sou muito grata a tudo que ela faz, por tudo que ela me ensinou e ensina. Me sinto segura quando estou com ela [...] mas o cuidado que ela tem assim é muito importante, eu gosto, não tenho isso com nenhuma outra enfermeira. (A3)

Eu conversava com ela [enfermeira] tudo passava e falava para ela, né? E eu sou difícil de falar para alguém alguma coisa e, para ela, eu sempre falei tudo. Tudo que eu passava eu falava, porque me senti segura. Sou grata a tudo que ela me ensina. (A5)

Vontade dela [adolescente] em aprender, a receptividade dela em me receber fez com que ela colocasse em prática tudo aquilo que tentei passar durante as visitas, e conseguimos interagir uma com a outra. (E1)

Foi muito bom porque a [nome da adolescente] sempre foi muito receptiva. Eu pude observar durante todas as visitas o quanto que ela foi gostando mais das visitas e colocando em prática tudo que a gente conversava. Principalmente agora, dá para observar isso com o cuidado com a filha. (E2)

As enfermeiras visitadoras perceberam que existiu uma troca de conhecimentos entre elas e as mães, principalmente quando a mãe teve interesse em aprender. Essa vontade permaneceu desde o início da sua admissão ao programa, ou seja, a informação foi cobrada das enfermeiras pelas próprias mães. Quando as enfermeiras não souberam como atender à demanda da adolescente, elas buscaram por informações e depois deram um retorno porém, em alguns momentos, ficaram tristes por não conseguir ajudar a mãe adolescente em determinado assunto.

Nós trocamos conhecimentos, ela [adolescente] me ensina sobre tal coisa e eu ensino ela [...] então, às vezes, eu fico chateada de não poder ajudar mais em algum assunto ou momento, isso já me aconteceu. (E1)

As mães te buscam e te cobram informações! Ela [adolescente] tem sede de aprender e saber, então eu tenho que me preparar. Então, faz com que você busca por conhecimentos também para poder atendê-las. Isso para mim é maravilhoso, porque eu sei que sempre tenho que ter com algo para oferecer. (E3)

Quando não era semana de receber a visita, as mães adolescentes enviavam mensagens de texto no telefone e/ou pela rede social e até mesmo faziam chamadas telefônicas para a enfermeira visitadora nas ocasiões que queriam tirar alguma dúvida e/ou manter contato e/ou acontecia um fato importante ou tinha uma novidade. Só houve uma mãe adolescente que disse buscar pelo assunto sozinha e, em último caso, acionaria a enfermeira. O mesmo ocorreu por parte das enfermeiras visitadoras, que, quando não conseguiam realizar a visita que estava agendada, entravam em contato com as mães adolescentes para saberem se estava tudo bem com elas e com os filhos.

Eu ligava pedindo ajuda, pedindo conselho: “Que que eu faço?” Aí ela ia lá e me falava. Sempre pedindo ajuda. (A1)

E ela [enfermeira] falou: “Qualquer coisa que a [nome da filha] precisar, você pode me ligar. Se precisar que eu venha antes da visita, eu venho”. Ela [enfermeira] tem um carinho, um cuidado de querer está perto e cuidar dela [filha]. É muito importante! (A2)

Quando ela [enfermeira] viajou nas férias e eu ficava mandando mensagem para ela para manter o contato, tinha medo dela não voltar a me visitar. (A3)

E além das visitas, buscava entrar em contato com ela [enfermeira] de outras maneiras: por telefone, por mensagem, para conversar com ela quando precisava saber de alguma coisa ou quando queria contar uma novidade. (A4)

Porque ela sempre falou que, quando eu precisasse de ajuda, ela sempre ia “Ó, liga para mim” e tudo mais. Quando aconteceu um acidente com minha filha, a primeira pessoa que veio na minha cabeça foi a [nome da enfermeira], e ela é enfermeira, ela sabe. (A5)

Ela [enfermeira] era a única que eu mais conversava [...] que falava comigo, que me orientava, era ela. Porque, enquanto não tinha a visita, eu falava com ela pelo telefone ou por mensagem. (A6)

Mesmo sem as visitas, toda semana ela [enfermeira] pergunta do meu filho. Que nem eu falei, sempre mando foto. A gente está sempre em contato. Quando acontece algo novo com minha filha, ligo para ela, qualquer dúvida ligo para ela. (A7)

Eu gosto de conversar, falar como que está, o que está sentindo, o que está acontecendo. Porque tem vez que ela [filha] sente alguma coisa, eu já mando mensagem para ela [enfermeira], aviso ela o que está acontecendo, o que eu posso fazer ou se eu posso dar algum remédio que possa dar para ela que ela possa tomar. (A8)

Só quando em caso de uma dúvida bem séria mesmo, aí vou e me informo com ela [enfermeira]. Eu procuro primeiro sozinha, porque acho que é desnecessário eu falar e incomodar. (A9)

Quando fui viajar e fiquei um tempo longe dela e das outras adolescentes, fiquei preocupada, então mandava mensagem para saber como estavam. (E1)

E, além das visitas, busco entrar em contato de outras maneiras, por telefone, por mensagem, ou, quando não tem a visita naquela semana, também entro em contato [...] realmente elas me procuravam quando acontecia algo, às vezes me ligavam a cobrar e eu retornava. (E2)

E ela [adolescente] envia mensagens para mim também! Além das mensagens sobre alguma dúvida, recebia mensagens confortantes, acho que para manter o contato sabe? Ou sei lá, a interação entre nós é muito forte. (E3)

Ao colocar-se à disposição para sanar as dúvidas das mães adolescentes, as enfermeiras se sentiam felizes, importantes e menos preocupadas, fato também reconhecido pelas mães adolescentes como uma atitude de carinho e de atenção.

Se precisar, você pode me ligar. Se precisar que eu venha antes da visita, eu venho! Ela [enfermeira] tem um carinho, um cuidado de querer estar perto e cuidar dele [filho]. É muito importante! (A3)

Sempre que eu estou com dúvida, eu vou lá e pergunto sem medo, porque eu sei que ela [enfermeira] vai me ajudar na melhor forma. Ela é muito atenciosa. (A7)

Ela [enfermeira] é com quem eu podia contar, podia ligar qualquer hora. Se está acontecendo alguma coisa com meu filho, eu ligava "Por favor, me ajuda!" [...] a [nome da enfermeira] cuida de mim e do meu filho com muito carinho, ela atender minhas ligações é um carinho que tenho dela. (A9)

Então, às vezes eu fico chateada de não poder ajudar mais. Ela precisou ligar e não conseguiu me achar. (E1)

Isso é muito positivo para ela [adolescente] e para mim, acho que para o desenvolvimento da nossa relação. (E2)

Eu ficava feliz de ela ligar porque ela [adolescente], no começo da gestação, estava num momento muito difícil [...] sentia que ela podia recorrer a mim quando precisasse. Aí eu ficava menos preocupada. (E3)

O ambiente do domicílio foi reconhecido pelas mães adolescentes e enfermeiras como um local apropriado para se estabelecer uma interação mais próxima e positiva, em virtude de a enfermeira poder reconhecer como é o ambiente que a mãe adolescente vive e de se sentir mais à vontade para conversar e conhecer os membros da família.

Porque a pessoa vem na sua casa, a pessoa te ouve, a pessoa vai ter aquele tempo para medir sua barriga, vai ter um horário, vai ser uma coisa mais flexível, a pessoa está grávida com o pé inchado. Tipo assim, você ir no posto vai ter, a mulher lá e convenhamos, né, não é a mesma coisa? (A1)

Eu falei "É, a gente cria um vínculo com as pessoas, né", tipo de vir na casa, de ver a criança, a gente é ser humano, né? Não tem como. (A2)

Se eu for acompanhada em outro lugar, não vai interagir igual interage aqui em casa [...] então, é bom em casa! Porque ela [enfermeira] vê como que está, vê a limpeza. (A4)

Acho que só fortaleceu mais fazer os atendimentos nas casas, né? Me sinto mais próxima dela [adolescente], do seu ambiente, aqui eu consigo sentir tudo como as coisas acontecem. (E2)

Fazer o acompanhamento dela [adolescente] fez com que eu me aproximasse da família dela, mãe, tia e namorado. Depois que a gente termina a visita, a mãe dela [adolescente] chega perto de mim e pergunta se está tudo bem. Tenho bastante liberdade com a família dela [adolescente] por eu vir até a casa dela, né; se fosse em outro lugar, talvez não seria assim. Minha interação aqui é com a adolescente e com a família também [risos]. (E3)

O fato de realizar o acompanhamento da mãe adolescente desde a gestação até a criança completar 12 meses de idade fez com que a enfermeira fosse reconhecida como membro da família para algumas mães adolescentes, pela interação positiva estabelecida entre elas.

Eu falo para ele [filho], às vezes eu estou em casa, eu falo da [nome da enfermeira] como se fosse alguém da família mesmo. Quando a [nome da enfermeira] vem me visitar, falo dela para meu filho, como falo da minha irmã por exemplo, faz parte da minha família, agora não tem mais jeito [risos], ficamos muito próximas. (A3)

Ela [enfermeira] começou a me acompanhar na minha gravidez, então parece que ela já é da minha família. Porque cada mês, cada minuto, cada chute que ela [filha] dava, o primeiro falar dela [filha], os primeiros passos, primeiro sorriso, eu contava para ela [enfermeira] [...] a gente tem uma boa interação. (A5)

E eu sinto ela [adolescente] como filha mesmo [risos], cuido de todas elas com muito carinho, como minha família. É muito tempo juntas, desde a gestação. (E3)

As mães adolescentes demonstravam que gostavam de receber as VDs e que ficavam ansiosas para saber quando seria a próxima data da visita. Isso revela a interação positiva que elas estabeleceram, além do compromisso e interesse em receber o acompanhamento da enfermeira visitadora.

Acho que, quando chega o dia da visita, eu já fico ligando para ela [enfermeira] para perguntar que dia que vai ser. Porque eu gosto, eu gosto do meu filho ser bem acompanhado e eu também, né [risos]. (A4)

Eu ficava feliz quando era dia das visitas, né? Também, né, eu gostava muito quando ela [enfermeira] vinha me visitar, não perdi nenhuma visita. (A5)

É porque nós [adolescente e filho] se acostumamos com ela [enfermeira] vindo aqui em casa, acaba virando rotina, né? É muito bom. (A7)

E você ficou uns 3 meses que eu vinha toda semana, né [nome adolescente]? Depois, quando começou a cada 15 dias, ela me pedia para vir toda semana. (E1)

A [nome da adolescente] desmarcou muito pouco as visitas, né? Exatamente porque ela tem interesse em aprender, em conversar sobre tudo. Então, acho que isso facilitou bastante a realização delas. (E2)

Quando estávamos de férias, ela [adolescente] ficava me enviando mensagens para saber quando íamos voltar [risos]. (E3)

Outro fato observado nas falas é que as mães adolescentes não desmarcavam as VDs por reconhecerem a importância que têm na vida delas. As enfermeiras enfatizaram que não se lembram de terem que remarcar diversas vezes as visitas das

mães e que, muitas vezes, perdem a noção do tempo na visita por estarem em interação uma com a outra.

Me ajuda em tudo, eu amo visita. Você não está entendendo [risos]. Todo tempo me esforçava com aquele barrigão para receber ela. Mas assim, é ótimo. Eu gostei muito. Ajudou bastante, bastante, bastante, bastante. (A2)

É de quando às vezes não dava para mim, né, para ela me visitar aqui, que eu ia sair, aí eu falava, e a gente marcava para outro dia. Sempre. A gente nunca ficou sem ter a visita! (A5).

Às vezes, a gente até perde a hora conversando. É muita coisa às vezes, né? Passa duas semanas, aí é muita coisa para contar, muita novidade. Sempre conversamos bastante. Foi muito bom! Foi muito bom até para meu filho. É gostoso! (A7)

Eu acho que me recordo só de uma vez que a [nome da adolescente] teve que desmarcar. A gente nunca teve dificuldade de fazer a visita. Então, acho que essa vontade que ela tinha de receber as visitas favoreceu bastante fazê-las [risos]. (E2)

Às vezes, a gente passa até de uma hora. Já cheguei a ficar duas horas numa visita e nem vejo a hora passar. (E3)

Uma das dificuldades para o estabelecimento de interação foram as mudanças de enfermeiras que ocorreram no decorrer do programa, tornando a interação no início não aberta e distante. A enfermeira visitadora também relatou tal dificuldade, mas disse que, com muita paciência, conseguiu estabelecer uma interação positiva depois de muitas visitas, conquistando a confiança da mãe adolescente de que ela, enfermeira, não iria abandoná-la.

Porque no começo eu era mais quieta, quase não falava, pois ela era a terceira enfermeira que me acompanhava. Quando eu começava a me soltar trocava de enfermeira. Mas agora ela me conquistou, agora ficamos íntimas [risos]. (A6)

Não. Às vezes eu estava acostumando com uma e aí mudava. Aí era difícil me acostumar com a outra. Mas me acostumei também. É! Aí trocava [risos]. (A8)

Eu achei meio estranho, quando eu começava a me acostumar, aí mudava de enfermeira. Aí eu me acostumei de novo, aí mudou de novo. Aí eu falei “Será que vai mudar de novo, não vai?” [...] ficava difícil de interagir com a enfermeira. Sempre ficou aquela dúvida né? Mas aí, depois, foi passando, e eu fui reagindo normal, aí foi onde eu comecei a me soltar mais. (A9)

No começo, ela [nome adolescente] era fria [...] quando eu tentava me aproximar ela me barrava. Aí então eu falei assim “Eu vou ter que conhecer a fundo a [nome da adolescente] para poder ajudar” e fui deixando ela se sentir à vontade e mais confiança em mim de que não teria mais troca de enfermeiras, que eu iria cuidar dela até o fim. Aí a gente foi e assim foi até eu ganhar a confiança dela. (E3)

Porém, uma atitude de uma das enfermeiras visitadoras favoreceu a interação positiva: foi quando uma adolescente recebeu a visita da enfermeira na maternidade e quanto esse ato fez com que ela se sentisse feliz. A enfermeira justificou sua ação pela preocupação que tinha com a mãe adolescente e pela sua ansiedade em conhecer a criança.

Até no Hospital mesmo, a única pessoa que me visitou mesmo foi ela, meu marido só e meu primo. Até ela, né, me visitou. Aí fiquei bem feliz! [...] falei “Nossa!” Fiquei bem emocionada! [risos] Achei muito legal ela vir me visitar, né? Porque gente que eu conhecia há muito tempo... ninguém foi me visitar. (A5)

Eu queria conhecer a [nome da criança]. Estava esperando ansiosamente! E também ver como que ela [adolescente] estava, né? Para ver se ela estava precisando alguma coisa, para ver se eu podia ajudar de algum jeito. (E2)

Categoria 3 – Parentalidade e o papel maternal

As interações estabelecidas em domicílio com as enfermeiras visitadoras promoveram a construção da identidade das mães adolescentes no modo de agir com as outras pessoas. As mães perceberam que têm atitudes “adultas”, são mais responsáveis, maduras, seguras de si mesma, autênticas, tranquilas, menos tímidas, mais pacientes, felizes e capazes de enfrentar seus próprios medos.

Da orientação que a [nome da enfermeira] trouxe para mim [...] falar sobre a criação, como amamentar, sabe, de você criar um hábito, né, de ser mãe. (A2)

A gente, no começo, falava mais como o meu filho estava sendo gerado, dos cuidados, da alimentação e das coisas que ele sentia até a hora do nascimento. E, agora, ela [enfermeira] fala do cuidado mais dele, do desenvolvimento dele, do cuidado dele, tirar as medidas dele (A3).

Eu aprendi muita coisa com ela [enfermeira] que eu não fazia ideia. Principalmente quando eu fiquei grávida, não fazia ideia do que fazer. Eu não entendia nada. Ainda bem que apareceu a [nome da enfermeira]! [risos] Aí foi com ela que eu aprendi muita coisa que eu não entendia assim de crianças, cuidados. Eu não conseguia entender e como era a primeiro filho, né? Era difícil [...] tudo eu aprendi com ela, tudo que eu aprendi de criança foi com ela. (A4)

Eu não sabia cuidar de criança. Nunca cuidei do meu irmão e primo. Então, eu não fazia ideia da limpeza. Eu aprendi tudo com ela [enfermeira], a limpar, não deixar ela se assar. Tudo eu aprendi com ela! Tudo! Até em caso de doença também ela me ensinou como eu fazia, né? Aí... coisas que eu não fazia ideia. (A5)

Então ela [enfermeira] também me ensinou a ficar muito atenta e os cuidados também com minha filha [...] então eu acho que ela me ajudou muito a ser mãe. E também sempre foi uma pessoa bacana. (A6)

Realmente, o cuidado comigo e com meu filho, né? O que é certo, o que é errado. Nas indecisões, né? Às vezes você fica indecisa, vou fazer ou não vou fazer. Me ajudou a me manter uma mãe forte, ser capaz, ela me mostrou que eu sou capaz de ser uma mãe, mesmo nova. (A7)

Desenvolvimento e cuidado da minha filha, ajudou bastante, me deu muitas dicas. Eu tinha muita dificuldade de cuidar de algumas coisas. Ela me ajudou bastante a desenvolver isso. (A8)

Muita coisa sobre como cuidar dele, na gravidez também. Teve monte de coisa! Apreendi muito com ela. (A9)

As enfermeiras visitadoras verbalizaram que as mães adolescentes são capazes de desempenhar o papel de mãe, pois foi uma construção que fizeram desde a gestação, nas vivências de interação entre elas.

No cuidado mesmo com a [nome da criança], dá para ver quanto ela [mãe adolescente] recebeu as informações, e aí a gente conseguiu construir juntas, um cuidado bem bacana para ela ser uma boa mãe através das nossas interações nas visitas. (E2)

A [nome da adolescente] tem acho que um dom, vamos se dizer um dom dela mesma natural em ser mãe, e nas nossas interações fomos só melhorando isso nela. (E3)

O papel maternal e a parentalidade foram trabalhados pelas enfermeiras visitadoras desde a gestação, ao fornecer informações tais como sobre o crescimento e desenvolvimento intrauterino, sobre o bebê conseguir sentir e ouvir a mãe, cuidados com a limpeza do ambiente domiciliar, alimentação materna. O tema amamentação foi abordado na gestação; e, após o nascimento, a enfermeira visitadora dava incentivo para mãe adolescente continuar a oferecer leite materno à criança.

Eu sou daquelas que, quando eu estava grávida, eu não era muito de limpar, você lembra? Eu deixava tudo bagunçado na casa. Mas depois que eu ganhei meu filho, eu acho que fiquei que nem aquelas pessoas que qualquer coisa eu quero limpar já. Minha casa todo dia eu passo pano. Todo dia! Todo dia! (A2)

Só tenho aprendido mais! A gente, no começo, falava mais quando o meu filho estava sendo gerado, dos cuidados, da alimentação e das coisas que ele sentia até a hora do parto. (A3)

Me ajudou a saber o que que meu filho está fazendo dentro da minha barriga. Cada minuto que ele não bate eu não ia saber nada disso. Mas quem me explicou foi ela.

Tudo! Tudo! Tudo! Tudo! Eu não sabia que ele poderia ouvir o que eu estou falando. Se eu brigar e ficar nervosa eu não sabia que ele ia sentir também. Me ajudou bastante! Tudo isso aí eu soube por esse projeto mesmo, na verdade com a [nome da enfermeira]! [risos] (A4)

Em tudo, quando estava grávida, ela [enfermeira] falava muito de amamentação. Quando o [nome do filho] nasceu, às vezes eu queria desistir de amamentar, e ela me mostrava “É bom, olha o tanto de coisa que tem só da amamentação”, “Esses leites às vezes não faz bem”, ela falava para mim, né? (A7)

Muita coisa! [risos] Muita coisa sobre como cuidar dele [filho] na gravidez. Teve monte de coisa! Foi falado sobre amamentação, o crescimento dele na barriga. (A9)

As enfermeiras visitadoras reconheceram e valorizaram o desenvolvimento da identidade maternal das mães adolescentes, as informações e orientações prestadas às mães e compreenderam a importância dos encontros e da interação que ocorreram.

Eu consigo ver hoje que ela [adolescente] aplica tudo que a gente conversava desde a gestação até hoje. Nós duas juntas fomos adaptando várias coisas para a realidade dela, foi uma construção em conjunto [...] acho que hoje eu consigo entender melhor o mundo delas, o que é estar grávida na adolescência, de não ter a certeza que o parceiro vai estar sempre do lado. Acho que isso fica mais claro para mim do que era antes. (E1)

Eu acho que o conhecimento transforma mesmo as pessoas. E a [nome da adolescente] e todas elas receberam conhecimentos da gestação até agora. Ela [adolescente] conseguiu trazer e absorver isso para vida dela, transformar o conhecimento que ela recebeu nas ações dela. Então, quando ela cuida bem da [nome da filha da adolescente], quando ela estimula adequadamente [...] acho que isso é algo muito positivo de uma coisa que construímos juntos. A gente construiu esse conhecimento junto, né? Ela já tinha bastante coisa, bastante ideia e tudo mais, e eu fui junto com ela. Vendo o que ela conhecia e ajudando ela nesse processo de transformar todo esse conhecimento no cuidado. Então acho que foi muito positivo nossas visitas, né? Nossos encontros [...] (E2)

Acompanho a [nome da adolescente] desde 8 semanas de gestação, então tive a oportunidade de perceber o crescimento dela, de notar ela, de perceber ela se tornando mãe, sendo uma mãe cuidadosa, que identifica as necessidades para o filho. Nossa parceira como enfermeira e mãe talvez de gestante, dá para perceber bons frutos do cuidado dela com ele [filho da adolescente] [...] autonomia, o que mais mudou nela [adolescente] foi isso. (E3)

As enfermeiras visitadoras ofereceram às mães adolescentes orientações sobre parto e nascimento da criança no período gestacional. Essas informações foram

muito importantes para as mães adolescentes, pois tornaram-nas mais seguras, sendo que, no momento do parto, elas recordavam-se de tudo o que havia sido passado pela enfermeira visitadora e o colocavam em prática. Além disso, as informações aprendidas foram relevantes não só para a mãe, mas também para o pai da criança.

Foi o dia do meu parto! Eu lembrei de tudo, de tudo que a [nome da enfermeira] ensinava. “Respira, tenha calma!” Teve hora que... eu não senti dor, então eu fiquei ansiosa por causa de uma mulher que estava na minha frente. A enfermeira do hospital começou a gritar, eu comecei a ficar desesperada e comecei a chorar [risos]. Ai pensei “calma, a [nome da enfermeira] falou que você precisa respirar e passar oxigênio para a minha filha” [risos]. Mas o principal foi isso, o cuidado que ela teve bem no finalzinho da minha gravidez assim, acho que me acalmou. Foi bem tranquilo. (A2)

Tirou muitas dúvidas minha. Até mesmo na hora do parto, o meu esposo ele tinha medo. No começo, ele ficou meio assim, eu engravidei cedo. Mas ele me apoiou em tudo. Teve participação em tudo. A [nome da enfermeira] mostrava os vídeos para ele, ele gostou muito, até hoje ele fala dos vídeos. Então deixou a gente mais seguro na hora do parto, ela [enfermeira] já tinha me ensinado tudo. (A3)

Eu não entendia nada, quase nada de gravidez, essas coisas mesmo, contração... eu não sabia que existia, eu não sabia como que era. Ela me ensinou tudo. (A5)

Comecei a ficar atenta, tudo que a [nome da enfermeira] me dizia eu colocava em prática, por exemplo não dar chupeta, ela sempre me disse para não dar e eu não dei até hoje, mesmo que as pessoas ficavam me falando a todo momento, segui o que ela me ensinou durante a gravidez e até agora. (A6)

É, me ensinou bastante, me preparou para o parto [...] ela me preparou bastante, assistimos bastante vídeos, né. Então eu já estava muito segura com isso, para ser mãe. (A7)

Os acompanhamentos das mães adolescentes por meio das VDs pelas enfermeiras visitadoras promoveram atitudes parentais, tais como interagir com o filho, brincar, conversar, incluir a participação do pai; cuidar, como pela alimentação e banho na criança; e trazer a conscientização de que a mãe é o espelho para a criança, o que interfere no desenvolvimento e crescimento saudável.

Eu acho que, para dar banho na [nome da filha], eu ficava morrendo de medo, sabe? [risos] Ela [enfermeira] assistiu comigo o primeiro banho que eu dei na [nome da filha] em casa, né? (A1)

De ela [enfermeira] também te conscientizar assim com quanto é bom ter uma criança, e como eu posso interagir com minha filha. (A2)

E agora é um cuidado mais dele, do desenvolvimento dele, do cuidado dele, tirar as medidas dele. Ela me ensina a ter alguns cuidados maiores que eu acho que eu nunca ia passar na minha cabeça. (A3)

É, o que ia fazer quando ela [filha] nascesse, né? Aí depois que ela nasceu aprendi a cuidar dela, como cuidar dela bem, né? [risos] Eu segui tudo que a [nome da enfermeira] falava. (A5)

Me ensinaram que a criança feliz é aquela criança que tem atenção, que sabe a hora de brincar, a hora do banho, conversar bastante, brincar bastante porque tudo é novo para ele. [filho] Tudo é novo! Então eu converso bastante com o ele [filho], brinco com ele, ser criança também, né? Mãe que é mãe é criança junto. Volta tudo, mas com o seu filho agora, né? É porque ele [filho] é o meu espelho. O programa me ajudou a me mostrar que eu sou o espelho dele. Então o que eu fazer para ele, ele vai aprender. Tudo que eu ensinar para ele de pouquinho e pouquinho ele vai aprender, aos pouquinhos ele cresce rapidinho e se desenvolve bem. (A7)

Que acho que eu não conseguia sem ajuda de ninguém cuidar sozinha, né? Tinha dificuldade até de contar o horário de dar a refeição para ela [filha]. Entendeu? Na hora de botar para dormir, na hora de brincar e essas coisas. Foi tudo ela [enfermeira] que me ajudou. (A8)

Desde o início a [nome adolescente] foi aberta e tinha muita vontade de querer ser uma boa mãe. Hoje, vejo ela fazendo as coisas que ensinei nas visitas da gestação, é muito bom ver essas atitudes nela. (E1)

A gente sempre conversava bastante sobre como ia ser após o nascimento do filho, como era ser mãe. No cuidado mesmo com a [nome da criança], dá para ver quanto ela recebeu as informações e aí a gente conseguiu construir juntas, um cuidado bem bacana para ela [filha]. (E2)

É tão bom quando você vê aquilo que falou lá no começo das visitas sendo colocado em prática hoje, me sinto muito feliz e realizada, sinal que fizemos um bom trabalho juntas. (E3)

Os ensinamentos recebidos sobre a parentalidade também foram transferidos da mãe adolescente para o pai da criança, pois reconheciam ser fundamental a participação dele no crescimento e desenvolvimento da criança.

Muita! O pai dele [filho] queria estar mais perto conversando com ele. Como da vez que ela [enfermeira] falou que conversou com ele [pai], e que conhece a voz. Aí ele [pai] começou a conversar com ele [filho], aí quando nosso filho nasceu ele começou a chorar e ele falou: “Filho, o papai está aqui!” E ele [filho] parou. Achei bem importante isso. Criou um afeto com ele já na barriga. Sempre queria estar perto! (A3)

A [nome da enfermeira] foi falando que a gente tem que conversar com o filho, interagir com o filho, mostrar para o filho que você tem autoridade, mas com carinho e essas coisas. Aí eu fui falando para o [nome do pai], porque ele tinha que participar né, afinal ele é o pai. Nós fomos treinando tudo isso, e fui vendo que estava dando certo e ainda

comentei com ela [enfermeira]: “Nossa [nome da enfermeira], esse negócio dá certo, né?” [risos]. Então eu aprendi tudo e passava para ele [pai da criança]. (A6)

As orientações que as mães adolescentes recebiam das enfermeiras visitadoras sobre o papel de ser mãe foram compartilhadas com as amigas que também estavam vivenciando a gravidez na adolescência, pois queriam ajudar as outras pessoas com as informações que elas tinham recebido.

Todas as coisas que a [nome da enfermeira] me falava, eu passava para as outras mães, pois elas não estavam participando do programa e não tinham uma enfermeira só para elas como eu tenho. (A2)

Tenho algumas amigas na escola que estão grávidas, todas as coisas que a [nome da enfermeira] falou eu passo para elas. (A7)

O que foi falado para mim, como o negócio de amamentação, tanto usei para mim quanto passei para algumas amigas, para ajudar elas também. (A9)

5.2.2 Motivos-para

A quarta categoria mostra os projetos, expectativas, esperanças dos participantes diante da construção da identidade maternal e diz a respeito aos “motivos-para” do contexto de significados relacionados ao tempo futuro.

Categoria 4: A construção da identidade maternal

As interações estabelecidas em domicílio com as enfermeiras visitadoras promoveram a construção da identidade das mães adolescentes no âmbito da personalidade e no modo de agir com as outras pessoas. As mães perceberam que têm atitudes adultas, são mais responsáveis, maduras, seguras de si mesma, autênticas, tranquilas, menos tímidas, mais pacientes, felizes e capazes de enfrentar seus próprios medos.

A construção da identidade maternal teve início nas VDs realizadas na gestação e continua até o momento das entrevistas. As mães adolescentes reconheceram que as visitas e a enfermeira visitadora fizeram com que elas se tornassem mães jovens e tivessem atitudes, por exemplo, como a de deixarem de sair com as amigas para ficarem com a criança, ou seja, colocarem o filho em primeiro lugar. As enfermeiras visitadoras conseguiram perceber esse movimento das mães adolescentes e observam que foi uma construção em conjunto delas com as mães.

Eu acho que é uma mãe que coloca o bem-estar do filho acima de qualquer coisa. Eu, por exemplo, eu não saio mais com minhas amigas, porque eu sei que eu sou a mãe dela e ela quer ficar comigo. Eu não vou abrir mão dos momentos que eu posso ter com ela. (A1)

Então, exatamente. Antes eu era livre, eu era uma pessoa que trabalhava, fazia as coisas para mim. Na verdade, não é que eu mudei. Eu aprendi com isso. Eu aprendi a ser mãe. Querendo ou não, porque é um processo. Hoje, penso na minha filha em primeiro lugar, tudo é para ela. (A2)

Olha, eualaria que eu me tornei mãe, porque nem é tantas pessoas que não tem a minha idade sabe cuidar da criança como eu. (A4)

Eu não saí mais, eu cuidei e vou cuidar dela [filha], cada segundo. Isso até hoje [risos] e pretendo continuar assim. (A5)

Eu acho que me tornei assim, numa boa mãe. Tipo, que é mais atenta, atenta para meu filho. Uma pessoa que, por ser nova, que tem minha idade não pensa do jeito que penso. Pensa em outras coisas! [...]. Então eu acho assim que mudou, você ser mãe muda tudo [...] eu acho que me tornei uma boa mãe, me tornei uma pessoa diferente. Sabe? (A6)

Sei lá, eu acho que eu me tornei mais responsável. Eu aprendi mais a cuidar dele, na verdade a ser mãe, espero ser uma boa mãe. (A9)

Eu acho que, enquanto enfermeira da [nome da adolescente], foi possível ajudar ela a construir a ideia de ter um filho, de como a vida dela poderia mudar e de ajudar ela a ver o lado bom disso que ela não tinha esse plano, não tinha essa ideia, ela sempre se apegava nas coisas ruins. Aí, juntas, a gente foi conseguindo construir, como é conhecer a filha e como a vida dela iria mudar. (E1)

Foi muito bom ver desde o comecinho da gravidez até agora o quanto ela se tornou uma boa mãe, uma mãe cuidadosa. A gente tem visto os resultados com a [nome adolescente]. (E2)

As mães adolescentes reconheceram algumas atitudes maternas que desempenham, tais como buscar o bem-estar do filho, brincar, educar, relacionar e interagir com o filho, limpar, cuidar, estar sempre atenta aos sinais e sintomas de patologias e proporcionar o desenvolvimento adequado.

Eu acho que é uma mãe que coloca o bem-estar do filho acima de qualquer coisa. Então eu sei que ela [filha] é minha companheira, então eu tenho que fortalecer minha relação com ela. Tanto que ela é um grude comigo! Vai ser assim daqui para frente, vou ser assim. (A1)

A enfermeira falou desde a orientação do primeiro dente, como que a gente vai fazer com a creche, falou tudo. Mas é um processo ainda, é um caminho que você tem que andar, mas hoje consigo brincar com ela, conversar, consigo saber se ela tem alguma coisa ou não, se ela está crescendo bem, tudo isso! Sempre vou ser mãe dela. (A2)

O cuidado fica mais visível, meus olhos ficam mais abertos quando vejo que ele vai ficar doente. Atenção a alguns sinais de que ele vai ficar doente [...]. Pela importância do cuidado, pesar, vê se a cabecinha dele está crescendo. (A3).

Olha, eu acho que, sem o projeto, eu acho que eu não ia saber tanta coisa que eu sei hoje. Não ia saber cuidar do meu filho, saber que ele interage [...]. Tudo que a [nome da enfermeira] me explica, eu faço e vou fazer. Eu interajo com ele, brinco bastante, mesmo sem ele entender, eu converso com ele, falo com ele [...]. Eu não deixo meu filho sujo, eu não gosto dele sujo. Se ele se melar, eu já pego para limpar ele. Hoje, eu sou desse jeito que falei e vou fazer mais por ele. (A4)

A educação, agora ainda mais para frente vai ficar difícil a educação, né? A gente tem que hoje em dia ficar atenta, ir cuidando da melhor forma, dando amor e carinho. (A5)

Só por você ver o desenvolvimento da sua filha, como que é, ver que ela precisa de você para algumas coisas, para maioria das coisas, desde amamentar até quando ela tiver aprendendo a andar. De tudo isso! Então isso que me ajudou. Foi eu falar “Nossa, minha filha precisa de mim”, eu estou vendo assim que ela não pode, eu posso ir lá e ajudar ela e fazer ela conseguir, né? Me vejo assim no futuro. (A6)

Saber se minha filha tem alguma coisa, saber qual é os alimentos que eu preciso dar para ela, se ele, por exemplo, se algum dia ela tiver triste, magoada eu já sei o que ela está sentindo. Cada coisa que ela tiver eu já sei! (A8)

Várias discussões foram levantadas pelas enfermeiras visitadoras, mas uma orientação dada as mães adolescentes, tal como a de matricularem os filhos na creche, explicando como é o local e as vantagens, fez com que as mães se sentissem seguras para pensar e agir em prol do futuro da criança da melhor maneira.

A [nome da enfermeira] fala sobre a creche, né? Que é uma coisa que eu nunca fui na vida, só passei perto e falei “oi” para as crianças [risos]. Mas, assim, é sério, ela me fala como vai ser, como é a creche, como vai ser a comida, como é para deixar ela [filha] brincar, para deixar ela [filha] ser mais independente. A [nome da enfermeira] é uma pessoa que sabe o que fala, né? É completamente diferente, completamente diferente. Me deixa mais tranquila em levar minha filha lá. Assim que abrir a matrícula, serei a primeira da fila [risos]. (A2)

Confio tanto na [nome da enfermeira] que eu tinha coragem de deixar ela cuidar do meu filho [risos], mas ela me deu a opção da creche e eu gostei, vou deixar ele lá no futuro, será melhor para ele brincar com outras crianças. (A3)

Ela [enfermeira] me ajudou muito a me deixar tranquila levar a [nome da filha] para a creche, tinha muito medo, as pessoas falam coisas ruins, e ela [nome da enfermeira] me falava ao contrário [...]. Eu tenho confiança nela [nome da enfermeira] por isso vou levar minha filha para a creche assim que abrir vaga. (A5)

A [nome da adolescente] tinha o único receio com quem ela ia deixar o bebê para poder estudar, e eu expliquei para ela sobre a creche, falei tudo, para deixar mais tranquila para o futuro. (E3)

As mães adolescentes fazem planos para voltar aos estudos no momento que a criança começar a ir na creche, pelo incentivo que a enfermeira deu durante as VDs e por entenderem que é o melhor para o futuro. Também fazem planos para entrar numa faculdade, procurar um emprego e começar a trabalhar a fim de dar um melhor futuro à criança. Uma das enfermeiras relatou que ficou muito feliz e realizada em saber dos planos da mãe adolescente.

Mas quero algo melhor, penso em estudar, terminar os estudos. Fazer alguma coisa bem melhor. Para garantir um futuro bom para nós. (A5)

Isso, eu penso agora. Eu tenho uma filha só, penso em estudar, fazer um curso, começar a trabalhar. Dar um melhor futura para ela, né? (A6)

Assim que o [nome da criança] começar a ir na creche, vou voltar para a escola, terminar de onde parei, para poder concorrer a uma bolsa na faculdade [...] tudo isso foi a [nome da enfermeira] que me incentivou a fazer e vou seguir. (A7)

Igual ela [adolescente] pegou e falou para mim que vai voltar os estudos, né? Porque, antes, ela não queria e que agora ela vai voltar e que pretende também trabalhar, né? Fiquei tão orgulhosa e feliz, me senti profissionalmente realizada! (E3)

O fato de não receber as VDs da enfermeira visitadora no futuro é um processo doloroso e triste para as mães adolescentes, pois a interação entre elas fez com que tivessem um contato muito próximo e o desejo de continuar com as VDs. Expressaram, ainda, o desejo de que esse programa passasse a estar sob a tutela do governo, de modo que outras mães adolescentes se beneficiassem dessa intervenção.

Eu acho que quando acabar isso aí, eu vou ficar doida. É sério! Eu vou ligar para quem, me fala? Ah, eu vou continuar ligando para ela [enfermeira], sim, com certeza [risos] [...] eu acho que tem tudo para dar continuidade, né? Foi muito bom para gente, outras mães precisam dessas visitas. (A1)

Nossa, [nome da enfermeira], não vai embora [risos]. É sério, é sério. Você tem que ficar para sempre comigo e com meu filho. Muito triste isso [...] o governo deveria adotar o projeto, porque é uma coisa muito bacana [...]. Porque não põe o projeto no papel, leva para o prefeito? E pôr esse projeto para todo mundo, até conscientizando para as meninas não ficar engravidando cedo. (A2)

Se eu tivesse outro filho, eu queria que ele fosse acompanhado assim [risos], tivesse acompanhado na segunda gestação, eu queria. (A3)

Eu gosto muito da [nome da enfermeira]. Ela sabe disso! Foi muito bom participar. Então foi para mim uma coisa assim inexplicável. É uma coisa que toda mulher vai gostar [...] eu acho assim que toda mulher devia ter uma enfermeira acompanhando ela para elas poder aprender. (A4)

Não quero que ela saia não [risos]. Quero que ela continue ainda. Porque é muito legal, sabe? Ter alguém que vai na sua casa te visitar. (A5)

Eu já falei para ela [enfermeira] continuar sem o programa mesmo [risos]. Eu quero continuar mais com ela [...]. Pelo amor de DEUS, não vai embora, eu preciso de você [risos]. Não vai não, se você puder ficar pelo menos mais um ano [...] (A6)

Tipo, na vida da pessoa. Eu acho muito importante esse projeto ficar. Para as meninas. É bem mais melhor. Melhor assim, porque não tem isso. (A8)

Não tem como explicar! Só quem está no projeto para saber a ajuda, o quanto é bom, né, tipo ter isso. Muito diferente. (A9)

Foi questionado às participantes quais seriam as mudanças que fariam no acompanhamento das VDs. A maioria das mães adolescentes sugeriu aumentar o tempo de acompanhamento das visitadoras. Essa asserção demonstra como decorreu o desenvolvimento da interação. Apenas uma mãe adolescente verbalizou que não propõe nenhuma mudança.

Não. Não tem o que falar das visitas. Tudo foi muito bom, só queria a [nome da enfermeira] que arrumasse um quartinho para ela ficar aqui [risos]. (A2)

Não. Não mudaria nada, nem de enfermeira [risos]. Eu até falei para ela [enfermeira], porque eu gosto dela. (A6)

Se pudesse vir de semana e semana eu gostaria! (A4)

O que eu queria é que a [nome da enfermeira] ficasse com a gente até os 5 anos do [nome do filho]. (A3)

Só o número de visitas, podia ser duas vezes por semana. Podia ser mais vezes, 15 e 15 dias é muito prologando. (A7)

Já as enfermeiras verbalizaram que o PJMC necessita de mudanças no modo de ofertar suporte para as mães adolescentes, bem como o protocolo ser mais flexível para que elas possam fazer a quantidade de visitas a depender das necessidades particulares de cada mãe adolescente. O interesse das mães adolescentes no final do acompanhamento foi diferente daquele no começo das VDs, devido à interação que construíram.

Eu acho que não. Eu acho que se elas tivessem esse mesmo interesse que elas têm agora, no início das visitas, tinha sido mais fácil [risos], na verdade agora a gente consegue interagir melhor do que antes. Mas, em relação à visita, não mudaria nada. (E1)

Se fosse mudar alguma coisa, seria mais nesse sentido de ter condições melhores para dar um suporte melhor para elas [mães adolescentes]. (E2)

Olha, na questão de quantidade de visita, fazer conforme as necessidades delas [adolescentes] [...] vamos supor, dependendo da necessidade daquela mãe, estar no protocolo a flexibilidade para que gente possa estar atendendo às demandas delas. (E3)

5.3 TIPIIFICAÇÃO COMPREENSIVA

A tipificação para Schütz (2012) emerge das ações dos indivíduos no mundo social pelo entendimento articulado entre os “motivos-porque” e “motivos-para”, possibilitando a interpretação de situações únicas vividas pelo indivíduo originadas dos motivos específicos com um sentido social singular.

A participação das enfermeiras e das mães adolescentes no PJMC foi de grande valia e importância para ambas, principalmente pela realização das VDs e do acompanhamento desde a gestação até os 2 anos de idade da criança.

O contexto sociocultural é o sistema mais amplo e, dentro deste, encontra-se o contexto familiar. Esse contexto, denominado “mundo da vida” na fenomenologia, influenciam todas as atitudes e vivências.

Neste estudo, a construção da tipificação da experiência vivida pelas enfermeiras e mães adolescentes ocorreu pela busca do comum nas quatro categorias do concreto vivido, porém foram construídas de forma separada, ou seja, dois tipos vividos emergiram dos significados do fenômeno e da reciprocidade.

5.3.1 Tipo vivido: mães adolescentes

Após a vivência de interação, as mães adolescentes mostraram ter autoeficácia, ser responsáveis e ter confiança no cuidado à criança; elas traçam objetivos para o futuro, apresentam maturidade pessoal e se sentem capazes de enfrentar seus medos e anseios. As intervenções realizadas em domicílio proporcionaram a construção de uma interação positiva entre mães adolescentes e enfermeiras visitadoras.

Quando se desempenha uma interação positiva, as mães adolescentes conseguem assumir o papel maternal demonstrado pelas suas atitudes parentais, com base no que foi ensinado durante as VDs.

A maior expectativa e motivação das mães adolescentes foram para a (re)formulação de objetivos relativamente ao prosseguimento do seu futuro e de sua

criança, como voltar aos estudos, dar o melhor ao filho, ter atitudes parentais positivas e desempenhar seu papel maternal.

5.3.2 Tipo vivido: enfermeiras visitadoras

A enfermeira visitadora foi peça fundamental tanto para a realização das visitas como para a construção do papel maternal nas mães adolescentes pela interação positiva. Quando promove conhecimento junto às mães adolescentes, atendem a demandas maternas, demonstram “afeto/carinho/atenção”, possuem comunicação aberta, elogiam atitudes maternas positivas. A participação no PJMC promoveu uma transformação pessoal e profissional nas enfermeiras, além de ter sido uma experiência gratificante. Apresentam expectativas na oferta de melhor suporte as mães adolescentes e ter protocolos flexíveis onde possam estabelecer maior interação.

5.3.3 Construção de significados

Da análise efetuada, depreendeu-se como resultado da intervenção o estabelecimento de uma interação positiva, justificada pelos seguintes fatores: acompanhamento processual da mãe adolescente pela enfermeira desde o período pré-natal; interação assente numa troca de conhecimento e experiência; relação terapêutica promotora de confiança, respeito mútuo e livre de julgamentos; percepção de apoio e segurança no cuidado dirigido à criança e à saúde materna na perspectiva das mães adolescentes; manutenção do contato com as enfermeiras visitadoras fora do contexto da VD.

O fato da enfermeira visitadora e a mãe adolescente assumirem uma vivência de interação positiva fez com que as mães tivessem percebido o desenvolvimento gradual das suas competências parentais ao nível das atitudes no cuidado à criança, assim como na construção da sua identidade enquanto mães.

A Figura 11 representa a matriz conceptual da relação entre os conceitos que emergiram da análise das vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras visitadoras.

Figura 11 – Matriz conceitual das vivências de interação. São Paulo, 2019.

Fonte: a autora.

Em síntese, essa matriz mostra que a interação positiva entre a mãe adolescente e a enfermeira visitadora detém um significado central neste estudo. Para além da influência do contexto familiar e do contexto sociocultural, constatou-se que as vivências de interação entre as mães adolescentes e as enfermeiras visitadoras são vivências promotoras de expectativas e planos para o futuro, com impacto no desenvolvimento das atitudes parentais e da construção da identidade do papel maternal.

5.4 DISCUSSÃO

Como mostrado nos resultados, a vivência da interação tendo como lócus o domicílio conduz as mães adolescentes e enfermeiras a elaborarem significações sobre o vivido (motivos-porque) na vivência da participação no PJMC, na interação vivida por elas, na parentalidade e na construção do papel maternal.

As participantes deste estudo tendem a ressignificar suas vivências-passadas de interação mediante a reflexão sobre a experiência-vivência de ser mãe e do cuidar da criança. A fenomenologia social aponta que uma vivência se torna significativa quando a ela são atribuídos significados e sentidos (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009). Além disso, a ação social é subjetiva e se estabelece na relação interpessoal, o qual se traduz em alguma coisa já vivida (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

As vivências de participação no PJMC para as mães adolescentes fizeram com que se sentissem privilegiadas por receberem o cuidado da enfermeira visitadora, de modo único, exclusivo, centrado nas suas necessidades. Esse cuidado buscava promover conhecimentos e habilidades específicos nas diferentes necessidades de saúde que se apresentavam, durante o pré-natal, o puerpério e a fase de bebê e de criança.

O fato de as mães não precisarem buscar por outros serviços e clínicas de saúde para resolverem suas necessidades, ter o serviço das enfermeiras em seu domicílio, foi significativo e conveniente para elas. Isso teve o significado de que havia alguém para acompanhar de perto as fragilidades e dificuldades, próprias da gestação e da saúde da criança (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

Os programas de visitação promovem o conhecimento para as mães sobre a saúde materna (LI et al., 2015), parto, alimentação e tabagismo durante a gestação (WILLIAMS et al., 2017) e também sobre a saúde física e desenvolvimento infantil (NYGREN et al., 2018). O enfermeiro visitador do PJMC busca realizar a combinação de duas partes: o conhecimento detido pelos pais e a promoção e construção de novos conhecimentos (KAYE et al., 2018); vai além do oferecer conhecimento: busca construir sentido para o ser mãe, para o cuidado materno e para o papel maternal.

As mães adolescentes participantes neste estudo verbalizaram que o apoio recebido das enfermeiras visitadoras foi fundamental diante das suas dificuldades. Um estudo corrobora que, quando uma dificuldade da mãe é identificada durante a VD, o enfermeiro realiza uma intervenção particular, seja pelo conhecimento, seja pelo apoio e/ou encaminhamento a outros serviços de saúde e da comunidade para uma atenção adicional (STETLER et al., 2018).

De acordo com as mães adolescentes, os membros da sua rede social e/ou companheiro/namorado/marido aceitaram sua participação no PJMC por compreenderem a importância disso no processo de tornar-se mãe e cuidar de um bebê. As enfermeiras visitadoras incentivavam a participação do pai da criança e de outros membros da família nas VDs, por entenderem que isso fortalece a rede de apoio social da mãe e da criança.

Quando as famílias participam das VDs, ocorrem bons resultados na parentalidade e na oferta do melhor cuidado à criança, desde que essa participação tenha início no pré-natal (WILLIAMS et al., 2017).

O apoio recebido pelas pessoas da rede social das mães é tido como fonte de ajuda durante a participação no programa de visitação. Assim, o visitador deve ser o moderador do apoio disponibilizado (JACOBS et al., 2016). O envolvimento paterno também é fundamental para a construção da identidade da adolescente em direção à parentalidade. As mães se sentem satisfeitas com a participação e apoio do pai durante as intervenções realizadas no domicílio, o que corrobora os resultados de outros estudos (JACOBS et al., 2016).

As mães adolescentes reconhecem que aprenderam muito com PJMC e compartilharam o conhecimento recebido pela enfermeira durante as VDs a outras adolescentes que vivenciam a gravidez. Desse modo, apoiam outras adolescentes que não usufruem de um acompanhamento individual no domicílio

Esse resultado é semelhante aos resultados de um outro estudo, que aponta para os benefícios da participação das mães adolescentes em programas de visitação, entre os quais está o convívio com outras mães, participantes ou não do programa, descrito como um recurso de apoio e de troca de experiências (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

Neste estudo, as mães adolescentes relatam que não se sentiram sozinhas no período da gestação, puerpério e pós-parto por receberem as VDs da enfermeira, pois tinham companhia e uma pessoa que ouvia, conversava e apoiava. Ter vivenciado as VDs gerou nelas uma grande preocupação e anseio em relação ao término do acompanhamento pelo PJMC, por não terem mais a companhia e as intervenções da enfermeira visitadora.

As mães adolescentes são mais propensas a serem socialmente isoladas (RASKIN et al., 2017), por isso é fundamental elas receberem as visitas dos enfermeiros em virtude de terem alguém para conversar, fazer perguntas, para ouvi-las, apoiá-las emocionalmente quando estão ansiosas ou deprimidas e pelo fato de o visitador passar tranquilidade nos cuidados com a gravidez, puerpério e com a criança (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

Ressalta-se que o aconselhamento, as informações e o apoio oferecido pelos enfermeiros visitantes foram benéficos quando as mães estavam com algum tipo de dificuldade (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016). E que ficam ao mesmo tempo felizes e ansiosas para que chegue o dia de receber a enfermeira na sua casa, pois elas têm o prazer de ter alguém para ajudá-las e com quem conversar (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

Neste estudo, as mães adolescentes verbalizaram que gostam de receber a VD. Na concepção das enfermeiras visitadoras, foram raras as vezes que as mães desmarcaram suas visitas, o que pode ser revelador de interesse na sua participação.

Quando a mãe possui um passado traumático em relacionamento anterior com profissional de saúde, não é possível se estabelecer uma interação positiva, e elas acabam por desmarcarem as VDs (DMYTRYSHYN et al., 2015). Porém, ao se estabelecer uma interação positiva, consistente e de confiança, mesmo com o distanciamento entre a mãe e o enfermeiro visitador após o término do acompanhamento do programa, o vínculo entre eles permanece (DMYTRYSHYN et al., 2015).

Na percepção das participantes do presente estudo, a dificuldade no estabelecimento da interação no início do acompanhamento pelo programa, o que não se constituiu como limitador, dado que, com o passar do tempo, a enfermeira conquistou a confiança e conseguiu interagir de maneira positiva com a mãe.

Tal fato se justifica pelas mães não quererem se relacionar com o novo visitador — e algumas optam por deixar de participar do programa (HOLLAND et al., 2014; LI; JULIAN, 2012); e também por ser um desafio para o enfermeiro visitador ter que estabelecer uma interação com a mãe após a troca (HOLLAND et al., 2014).

Um fato tido como positivo para o estabelecimento da interação neste estudo foi a visita da enfermeira à mãe adolescente na maternidade. Em outro estudo, os visitantes expressaram que possuem o desejo de apoiar às mães/famílias nas suas necessidades durante o acompanhamento no domicílio e mencionam ser um grande desafio estabelecer a interação e o envolvimento da mãe/família nas suas intervenções (WEST et al., 2017).

O acompanhamento da mãe por meio da VD desde o início da gravidez estabelece uma forte interação com o enfermeiro (DMYTRYSHYN et al., 2015; LI et al., 2015), fazendo com que sua participação permaneça até o encerramento do programa (LI et al., 2015).

A frequência e o tempo de duração das VDs também influenciam a maneira como a interação se estabelece (DMYTRYSHYN et al., 2015). O longo tempo de participação no programa de visitaço permite uma profunda compreenso e uma maior interao entre enfermeiro visitador e me (DMYTRYSHYN et al., 2015).

A duração do acompanhamento pelo PJMC, para as mães adolescentes, fez com que elas tivessem uma interação positiva e uma grande ligação com a enfermeira e as enxergassem como membro da família e/ou uma grande amiga.

Igualmente, os resultados de um estudo mostraram que as mães referem a enfermeira como uma amiga, irmã ou segunda mãe, e descreveram o seu relacionamento com a enfermeira como excelente, afirmando que esta era muito amigável, simpática, direta e não crítica (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

O fato de as enfermeiras visitadoras apresentarem-se disponíveis para sanar as dúvidas das mães adolescentes e apoiá-las foi tido como positivo na concepção das mães adolescentes, fazendo com que elas sentissem mais confiança na enfermeira. As mães descreveram dois pontos importantes na participação no programa: a interação positiva com a enfermeira e a capacidade de resposta a suas demandas (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

A capacidade da enfermeira em dar respostas às demandas das mães, oferecer conselhos, estar disponível para ajudar, responder as perguntas e prover suporte faz com que as mães tenham mais confiança na profissional pelo fato de saberem que tem alguém ao seu lado (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016). Quando as mães tinham alguma intercorrência e/ou preocupação e/ou estavam inseguras, entravam em contato com a enfermeira por ligações telefônicas, e esta ajudava e tranquilizava por telefone ou adiantava o dia da VD (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

Assim como no presente trabalho, as mães adolescentes do estudo de Zapart (2016) trocavam mensagens e/ou faziam ligações telefônicas para as enfermeiras quando apresentavam alguma demanda; ou quando, na semana que não recebiam a visita, simplesmente queriam conversar, aspecto também apreciado pelas enfermeiras visitadoras.

Por isso os visitadores buscam ser flexíveis e dedicados a cada necessidade da mãe, para poder conquistar sua confiança (WEST et al., 2017). A interação positiva, quando estabelecida entre mãe e visitadora, facilita a comunicação e a troca de informações entre elas (WEST et al., 2017).

Nessa perspectiva, a relação interpessoal estabelecida foi valorizada quer pelas mães adolescentes quer pelas enfermeiras visitadoras, tendo sido atribuído o mesmo significado: a relação interpessoal estabelecida permitiu a reconstrução das vivências tidas como subjetivas para a consciência reflexiva dos participantes (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Para Schutz (2012) a relação direta- face a face- entre as pessoas se estabelecem nas relações no mesmo tempo e espaço no mundo da vida e as pessoas atribuem significados iguais para o fenômeno.

A relação social mais autêntica é a relação face a face, na qual os participantes estão voltados um para o outro e permite a compreensão do outro a partir da familiaridade do conhecimento (SCHÜTZ, 2012).

As enfermeiras reconhecem que estabeleceram uma interação positiva quando a mãe adolescente replica e segue suas orientações, tal como se verificou noutros estudos com populações idênticas (MERCER, 1980; DMYTRYSHYN et al, 2015; LEER et al, 2016). E as mães adolescentes justificam tal fato pela segurança e confiança que sentem na enfermeira visitadora. O acervo de conhecimentos associado a essas vivências funciona como um aglomerado de conhecimentos disponível que alicerça as ações humanas (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

A confirmação de que a interação positiva foi estabelecida entre mãe e enfermeiro é quando a mãe coloca em prática as orientações e as atividades aprendidas (DMYTRYSHYN et al., 2015; LEER et al., 2016), promovendo motivação e engajamento no enfermeiro na continuidade do acompanhamento (DMYTRYSHYN et al., 2015).

A confiança da mãe no enfermeiro também é um balizador quando reporta a orientação recebida nas visitas para o cuidado à criança e demonstra conhecimento sobre ações promotoras do desenvolvimento e crescimento infantil adequado (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016). O fato de o visitador elogiar e encorajar as mães e famílias em suas ações no cuidado à criança é tido como um ato positivo e que promove ainda mais a confiança no visitador (DMYTRYSHYN et al., 2015; LEER et al., 2016).

Vivenciar uma interação consistente e positiva é para os enfermeiros uma conexão significativa que gera neles sentimentos de preocupação e pensamento excessivo nas diversas situações das mães que acompanham (DMYTRYSHYN et al., 2015).

A reciprocidade de perspectiva para Schütz (2009) ocorre quando elegemos e interpretamos objetivos reais ou comuns para alcançar a situação biográfica de cada indivíduo, ou seja, é através da apreensão do conhecimento socialmente distribuído com clareza e familiaridade a depender da situação biográfica para emergir um significado (SCHÜTZ, 2009).

A interação positiva é caracterizada pelas participantes deste estudo como uma troca de experiências, relação positiva com vínculos fortes e afetuosos.

Os achados sobre a caracterização da interação positiva pelas adolescentes e enfermeiras visitadoras corroboram o representado pela Figura 3 sobre os indicadores de interação positiva e negativa, que traduzem a qualidade da interação estabelecida. Em síntese: confiança, segurança, amizade, liberdade de expressão, apoio, ajuda, não julgamento, relação tranquila, próxima, íntima, honesta.

As atitudes das enfermeiras — como o tom de voz; a calma; a atenção; a educação; a sinceridade; e a demonstração de amor e afeto — foram fundamentais para estabelecer uma interação positiva, assim como o direcionamento da atenção e cuidado à criança.

As relações humanas são intersubjetivas e permitem que ambos os envolvidos compreendam e sejam compreendidos, assim como influenciem e sejam influenciados (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009). Ressalta-se que a intersubjetividade, ao vivenciar o significado na singularidade e ao mesmo tempo em conjunto com o outro, apresenta um sentido social (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Assim sendo, o estabelecimento de um relacionamento de confiança e duradouro é construído mediante a interação positiva entre mãe e enfermeiro (LI et al., 2015) e possui como propósito: a realização de intervenções que ajudem a nova mãe a desempenhar seu papel (LI et al., 2015; NYGREN et al., 2018; RASKIN et al., 2017); o apoio social (RASKIN et al., 2017); e a abordagem dos fatores de risco (LI et al., 2015).

Esse tipo de relacionamento gera impacto positivo no bem-estar emocional das mães, na sua autoestima e no cuidado com a criança (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016). Foi observado, assim como em outros estudos, que a interação positiva entre o visitador e a mãe/família é o principal elemento para uma VD ganhar forças e ter bons resultados (LEER et al., 2016).

O domicílio é o ambiente ideal para promover o cuidado da mãe/família, pois, para obter uma visita bem-sucedida, o visitador precisa se preparar quanto aos conteúdos a serem abordados e ao uso de uma linguagem de fácil compreensão à mãe/família (LEER et al., 2016). Além disso, o visitador se reconhece como um convidado no domicílio da mãe e age de forma respeitosa, paciente, prestativa e calorosa (LEER et al., 2016).

Foi relatado pelas mães adolescentes e enfermeiras visitadoras que o cuidado realizado no domicílio é diferente daquele encontrado nos serviços de saúde. Essa afirmação foi justificada pelo fato de a VD favorecer o conhecimento do visitador sobre o contexto familiar e social da mãe, o que facilita o vínculo entre mãe e criança, assim como promove a parentalidade (CHEN; CHAN, 2016).

Embora a interação entre enfermeiro visitador e mães/famílias seja positiva e amigável, a forma e o tipo de conteúdo abordado nas VDs influenciam esse relacionamento (LEER et al., 2016). Para um programa de visita domiciliar ser bem-sucedido, é preciso realizar as orientações e atividades adequadas ao contexto daquela mãe/família (HUNTINGTON; VETERE, 2016; LEER et al., 2016).

A interação positiva vivenciada pelas mães adolescentes e enfermeiras visitadoras no domicílio neste estudo promoveu conhecimento sobre a parentalidade e atitudes parentais e fez com que as mães adolescentes se sentissem capazes de assumirem o seu papel materno. Em outro estudo, foi corroborado esse fato, qual seja o de que a interação entre o visitador e a mãe/família resultou em uma parentalidade positiva (HUNTINGTON; VETERE, 2016).

Os fatores maternos, como a idade do primeiro parto, têm influências diretas ou indiretas na construção do papel maternal (MEIGHAN, 2004). O apoio recebido pelas mães adolescentes durante a gravidez sobre a percepção da competência para desenvolver a parentalidade traz mais impactos positivos do que quando são recebidos no período após o nascimento da criança (ANGLEY et al., 2015).

A maternidade na adolescência é um marcador de risco para o desenvolvimento das crianças (BAUDRY et al., 2017) por ser uma população vulnerável (ANGLEY et al., 2015). Daí, vem a importância das intervenções sobre parentalidade realizadas desde a gestação no domicílio, destinadas a mães e pais adolescentes (ANGLEY et al., 2015; HUBEL et al., 2018). Tais intervenções melhoram a sensibilidade materna, a capacidade de responder às demandas da criança, a parentalidade e reduzem o risco de ocorrer uma nova gravidez (COX et al., 2019).

Na concepção das participantes deste estudo, a interação positiva se deu por causa da abordagem da temática da parentalidade e da identidade do papel maternal desde a gestação.

O programa de visita domiciliar desde a gestação ajuda as jovens mães adolescentes a enfrentarem o momento desafiador referente ao seu desenvolvimento como mãe (JACOBS et al., 2016), bem como a terem atitudes parentais positivas que

proporcionam: resultados favoráveis para o desenvolvimento infantil (CHEN; CHAN, 2016; HUBEL et al., 2018; JACOBS et al., 2016; KAYE et al., 2018; SIERAU et al., 2016) e redução dos maus-tratos à criança (CHEN; CHAN, 2016; KAYE et al., 2018; WILLIAMS et al., 2017); desenvolvimento de uma parentalidade concreta (HUNTINGTON; VETERE, 2016; LI et al., 2015); construção de um relacionamento sólido entre mães e filhos (NYGREN et al., 2018); prevenção da depressão materna relacionada com seu contexto de vida (EASTERBROOKS et al., 2016); construção da capacidade reflexiva materna e segurança no apego materno à criança (SLADE et al., 2019).

Programas de visitação a mães são projetados para promoverem apoio a jovens mães na construção da parentalidade, ajudando-as a construírem suas próprias capacidades como mães, promovendo o desenvolvimento adequado do filho (SLADE et al., 2019).

Para um programa de visitação obter resultados positivos e ser bem-sucedido, deve-se levar em consideração as necessidades de cada mãe e também se estabelecer uma relação de ajuda a partir da interação entre os envolvidos (SIERAU et al., 2016).

As mães de um estudo verbalizaram que o aconselhamento, as informações e o apoio recebido pelo enfermeiro visitador promoveram a parentalidade e a continuidade das atitudes parentais após o fim do programa de visitação (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

A inclusão do pai nas intervenções sobre a parentalidade realizadas no domicílio foi atitude das enfermeiras visitadoras deste estudo; e, quando os pais não podiam participar, as mães adolescentes passaram o conhecimento adquirido a eles.

Ocorreu como em outro estudo, em que, quando os pais não podiam comparecer às visitas, as mães ajudavam no engajamento deles no âmbito da parentalidade por meio de uma conversa ou de um folheto educativo fornecido pelo enfermeiro visitador (HUNTINGTON; VETERE, 2016).

É papel do enfermeiro fornecer informações sobre a consecução da identidade materna e ajudar a promover a autoconfiança da mãe no cuidado com a criança durante a gestação e após o nascimento (ÖZKAN; POLAT, 2011).

Porém, se torna um desafio para os visitantes incentivarem e encorajarem as mães a tomarem as próprias decisões e a fazerem suas escolhas. Já, quando

conseguem realizar tais atitudes, isso promove neles uma sensação de que a interação positiva está estabelecida com a mãe (DMYTRYSHYN et al., 2015).

Para compreender as vivências de interação entre mães adolescentes e enfermeiras visitadoras no domicílio, a fenomenologia social nos remete ao contexto de significados da ação futura (motivos-para) do ser humano; a interação estabelecida por intermédio da comunicação permite a compreensão e interpretação do significado subjetivo (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Ao repensarem sobre a vivência de interação, as participantes do estudo verbalizaram a transformação pessoal e suas expectativas/objetivos/metastas para o futuro, que traduzem os “motivos-para” sobre a consecução da identidade maternal.

Vivenciar o acompanhamento de mães adolescentes promoveu nas enfermeiras um grande crescimento pessoal e profissional, visto por elas como uma oportunidade de conhecer o contexto social das mães, promover conhecimento e troca de experiências. As profissionais verbalizaram que se sentiam tristes quando não eram capazes de atender, como gostariam, às demandas das mães adolescentes.

Um estudo sobre o programa britânico denominado Family Nursing Partnership mostrou que este trouxe impactos positivos e transformações no modo pelo qual os enfermeiros realizam sua prática profissional (DMYTRYSHYN et al., 2015). Eles descreveram que gostam de realizar seu trabalho no programa e se sentem satisfeitos por entrarem nos domicílios e ouvirem as demandas das mães nos diversos contextos; isso, para eles, é recompensador e mobilizador de mudanças na própria vida pessoal e profissional (DMYTRYSHYN et al., 2015).

Mudanças no PJMC foram sugeridas pelas participantes, como o aumento do número de VDs, maior flexibilidade nos protocolos e suporte para as enfermeiras diante dos desafios que a VD lhes impõe.

O número de VD que a mãe recebe é proporcional à oportunidade de educação em saúde, ou seja, quanto maior for o número de visitas, maior será o conhecimento recebido (WILLIAMS et al., 2017). A maneira como o programa foi estruturado é importante para mostrar se o resultado foi positivo ou não na quantidade de conhecimento ofertado à mãe (LI et al., 2015).

A maioria das participantes do programa ficaram satisfeitas com a estrutura e quantidade média de VDs recebidas (de 20 e 25) desde a gestação; e acharam que o

programa poderia durar por mais tempo, algo como para além dos 5 anos da criança (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

As VDs foram importantes para promover o aprendizado das mães sobre o desenvolvimento do filho, criar ambientes estimulantes para a criança e fazer com que se sentissem capazes de lidar com o seu papel de mãe (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

O programa forneceu informações que encorajaram as mães a estabelecerem uma interação com seu filho a fim de promover o desenvolvimento da criança. Além disso, estimulou nas mães novas ideias para desempenharem seu papel e terem atitudes parentais positivas (HUNTINGTON; VETERE, 2016).

Destaca-se a importância de adaptar e desenvolver intervenções dirigidas a pais adolescentes que recebem acompanhamento em programas de visitação, por essa população estar em um grau de desenvolvimento neurológico diferente daquele dos pais em idade adulta (HUBEL et al., 2018).

Sendo assim, se faz necessário a adaptação e flexibilização dos materiais adotados durante a realização da VD, a fim de atender às demandas das mães. Essa adaptação reflete na maneira como a interação é estabelecida entre o visitador e as mães (DMYTRYSHYN et al., 2015).

Neste estudo, interação positiva estabelecida entre mãe adolescente e enfermeira visitadora possibilitou a construção da identidade maternal. O processo de desenvolver a identidade materna se dá por meio da adoção de comportamentos maternos que ocorrem durante as fases (antecipatória, formal, informal e pessoal), os quais traduzem a conquista do papel de mãe (MEIGHAN, 2004).

Mercer (2004) considera que, na gravidez, a mulher se prepara para assumir o novo papel por intermédio das expectativas, da fantasia e do que aprendeu nesse período. Após o parto, dá-se início aos cuidados formais, e a mulher vai desenvolvendo suas habilidades particulares ao lidar com as situações. Por volta dos 4 meses pós-parto, a mulher ganha confiança e competência para assumir o seu novo papel, alcançando a consecução do papel maternal (MERCER, 2004).

O desempenho desse papel ocorre quando as mães têm atitudes afetivas e comportamentais. As afetivas são as atitudes maternas em relação a si própria como mãe perante o filho. E as atitudes comportamentais são demonstradas pela interação estabelecida entre mãe e bebê (MERCER, 1986).

A consecução desse papel ocorre ao mesmo tempo que a mãe o internaliza. Entretanto, as mães adolescentes, por causa de sua imaturidade psicossocial, enfrentam vários obstáculos ao construírem e assumirem o papel maternal (MERCER et al., 1986).

Na fenomenologia social, o contexto motivacional em que estão os significados remetem para o agir. Por isso a importância da comunicação estabelecida na interação para permitir a interpretação do significado subjetivo (SCHÜTZ; LUCKMANN, 2009).

Para as mães adolescentes, a interação positiva com a enfermeira visitadora fez com que elas tivessem atitudes adultas, responsáveis e maduras, bem como se sentissem mais autênticas, seguras, tranquilas e capazes de enfrentar os medos e desafios. Na gravidez, elas passam pelas modificações corporais e enfrentam diversas dificuldades, mas a chegada da criança contribui para que elas se tornem mais maduras e conscientes em assumir a responsabilidade do cuidado e desenvolvimento saudável (MUNSLINGER et al., 2016).

Num estudo, os visitantes observaram as diversas alterações comportamentais nas mães que receberam suas intervenções nos domicílios, tais como a interação entre mãe e criança (WEST et al., 2017; WILLIAMS et al., 2017), ações maternas de cuidados responsáveis, autoestima e autoconfiança materna (WEST et al., 2017).

As mães descreveram que, com a participação no programa de visitação, se sentiram mais calmas, relaxadas, menos preocupadas e estressadas ao desempenharem o seu papel de mãe (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

Os enfermeiros visitantes utilizaram diferentes estratégias para orientar a mãe na maneira de lidar com as diversas situações e necessidades da criança, e isso lhes gerou mais encorajamento e confiança em si próprias (ZAPART; KNIGHT; KEMP, 2016).

Ademais, a VD promove a educação de jovens mães adolescentes com o objetivo de que se tornem autossuficientes, assumam seu papel materno (JACOBS et al., 2016) e busquem por empregos (JACOBS et al., 2016; RASKIN et al., 2017).

As mães adolescentes, neste estudo, sentiram prazer em desempenhar seu papel de mãe e buscaram proporcionar o bem-estar da criança por meio de atitudes como brincar, educar, interagir, prover cuidado e limpeza; ou seja, desempenham as funções de mãe no cuidar da criança, na demonstração de amor e carinho.

As mães adolescentes manifestam satisfação e alegria no exercício da maternidade, mesmo com as transformações que ocorrem desde a chegada da criança. Elas alimentam um amor maternal com intensidade e prazer, projetando amor incondicional no(a) filho(a) (MUNSLINGER et al., 2016).

A vida social das mães adolescentes apresenta mudanças. Como a criança exige cuidados, a adolescente precisa se adaptar à nova realidade e abrir mão de atividades que faziam parte do seu cotidiano (MUNSLINGER et al., 2016). Esse fato corrobora o encontrado nas vivências das mães adolescentes deste estudo: elas colocam o filho em primeiro lugar e traçam objetivos para o futuro seu e da criança.

Em contraste com esses resultados, um estudo constata que a gravidez indesejada em mães adolescentes e primíparas resultam em atitudes parentais negativas: as mães são menos responsivas e têm atitudes que demonstram pouco afeto para com a criança (CLARIDGE; LETTENBERGER-KLEIN; VANDONGE, 2017).

Num estudo brasileiro, as perspectivas traçadas por mães adolescentes aponta que a maioria das participantes têm perspectivas como moradia própria, ter um emprego e de cuidar da criança, sendo que a volta aos estudos não foi mencionada pelas adolescentes como parte de seus planos (SANTOS; GUIMARÃES; GAMA, 2016).

Vivenciar a gravidez na adolescência faz com que as mães não pensem em si próprias, mas se concentrem na criança e no futuro deles (TAUFA, 2015). E também enxergam que ter um filho traz mudanças nos relacionamentos com as pessoas da sua rede social; e aspiram ser uma boa mãe (TAUFA, 2015).

As enfermeiras visitantes deste estudo reconheceram a importância da VD para as mudanças nas atitudes maternas e na construção da identidade maternal, assim como a interação positiva entre elas e as mães adolescentes.

Para Mercer (1981) quando ocorre uma alteração no estado pessoal da mãe e ela experimenta o sentimento de harmonia, confiança e se sente competente para desempenhar seu papel, trata-se da etapa final da consecução da sua identidade maternal (MERCER, 1981).

Um estudo corrobora que a VD é um importante modo de intervenção para as famílias vulneráveis, pois estar no domicílio oferece uma oportunidade para alcançar e envolver as mães no cuidado. Esse envolvimento no domicílio é facilitado pela relação e interação positiva que a mãe tem com o profissional visitante e faz com que elas estejam abertas a receber as intervenções (AMMERMAN, 2016).

A interação positiva entre visitador e mães implica a otimização dos resultados das VDs e possibilita ao visitador projetar abordagens que atendam às demandas específicas das mães, para que estas consigam desempenhar seu papel de mãe (AMMERMAN, 2016). Sendo assim, o programa de visitação é importante por propiciar relacionamentos proximais entre mães e crianças, bem como por torna-las resilientes perante os desafios que o papel de mãe lhes impõe (EASTERBROOKS et al., 2016).

As mães adolescentes, ao expressarem o sentimento de amor por seu(sua) filho(a), sentem prazer no processo de tornarem-se mães e, quando se sentem felizes em ser mães, são mais propensas a estar empenhadas no cuidado à criança (ERFINA et al., 2019). O desenvolvimento da identidade materna está associada ao apoio social recebido no período de transição das mães adolescentes (ERFINA et al., 2019).

A identidade materna desenvolve-se mediante os tipos de ligações maternas que ocorrem no seu ambiente (MERCER, 1995). No desempenho do seu papel maternal, a mãe influencia a interação e sofre influência da interação com o bebê e/ou com o membro da família e/ou com o enfermeiro (MERCER, 1995).

Na tipificação compreensiva deste estudo, após a análise dos significados das vivências de interação das mães adolescentes e surgiram as expectativas quando elas mencionaram que tiveram mudanças de atitudes, assumiram um novo papel, colocaram o filho em primeiro lugar e estabeleceram objetivos.

Quando o indivíduo tem motivação para permanecer focado no resultado futuro e na maneira de alcançar o objetivo, pode ser interpretado que ele possui esperança (BRUININKS; MALLE, 2005). Mães que apresentam esperança acreditam que podem ter atitudes parentais adequadas ao contrário daquelas que possuem baixa esperança (BRUININKS; MALLE, 2005), sendo a esperança uma qualidade pessoal e identificada nas ações da pessoa e um recurso de enfrentamento (CUTCLIFFE; HERTH, 2002).

Uma revisão de escopo aponta que várias intervenções promotoras da esperança são debatidas na atualidade em diferentes populações, em diversas situações, sendo que o conceito da esperança não é adotado como referencial nos estudos, porém emerge nos resultados, e o investigador o reconhece como mais-valia (CARVALHO et al., 2019).

Para a enfermagem, a esperança é um conceito importante que os enfermeiros devem incentivar e sustentar nos indivíduos (FORSBERG, 2013), promovendo experiência de sentido e propósito para a vida.

Como força humana, a esperança possibilita respostas para os processos da vida baseados em interação pessoal e relacional, promovendo o bem-estar e qualidade de vida (CHAREPE; FIGUEIREDO, 2010).

A análise interpretativa do esquema de tipificação da vivência de interação entre mãe adolescente e enfermeira no domicílio, fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schütz, permitiu responder às inquietações da pesquisadora e atingir o objetivo desta investigação.

Diante das evidências deste estudo, a seguir, são apresentadas as implicações para a prática da enfermagem e os desdobramentos atuais relacionados à temática; e, ainda, as considerações finais.

6 UM NOVO OLHAR SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MÃES ADOLESCENTES

6 UM NOVO OLHAR SOBRE OS CUIDADOS DE ENFERMAGEM A MÃES ADOLESCENTES

6.1 CONSIDERAÇÕES FINAIS E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

O presente estudo teve como objetivo compreender as vivências de interação das enfermeiras visitadoras e das mães adolescentes no PJMC. A abordagem da fenomenologia social de Alfred Schütz permitiu a compreensão da tipicidade da ação de interação das enfermeiras visitadoras e mães adolescentes no PJMC, o que possibilita destacar considerações relevantes.

O PJMC mostrou ser importante para a mãe adolescente, pois a ajuda a ter conhecimento sobre os cuidados com a gestação, puerpério e com a criança até os 2 anos de idade.

As intervenções no domicílio promovem um crescimento pessoal e profissional na enfermeira visitadora. Ademais, ela passa a ser reconhecida como as detentoras do saber pelas mães adolescentes e pelos membros de sua rede social; e tida como fonte de suporte e apoio.

Na VD, é que se estabelece uma interação entre mãe adolescente e enfermeira visitadora, pois o domicílio é reconhecido pelas participantes deste estudo como o ambiente favorável e promotor da interação, por permitir uma intervenção individualizada mediante seu contexto social e diferente daquela que recebem dos serviços de saúde.

A interação é dada como um encontro entre duas pessoas com o propósito de trazer resultados positivos e que afeta todos os envolvidos. Neste estudo, o objetivo de estabelecer a interação é conseguir um cuidado parental positivo e a construção do papel maternal.

Uma interação positiva é aquela em que o profissional consegue atingir o objetivo da visita, aquela que traz benefícios para os envolvidos e mudanças nas atitudes. Sendo assim, a interação positiva entre mãe adolescente e enfermeira visitadora, neste estudo, é caracterizada pela: confiança; amizade; relação íntima e próxima; liberdade de expressão; comunicação aberta, livre de julgamentos, respeitosa, promotora de amparo, informação, apoio e forças para enfrentar as

diversas situações; e pelo contato além da VD por meio de ligações e troca de mensagens.

Neste estudo, fica evidente que a interação positiva foi estabelecida entre mãe adolescente e enfermeira visitadora. As VDs tiveram início na gestação e, com o passar das visitas, a mãe e a visitadora começam a ficar mais íntimas, menos inseguras para conversarem sobre todos os assuntos.

Ainda, as atitudes das enfermeiras para promover uma interação positiva emergiram de suas vivências com as mães adolescentes. A profissional deve colocar-se disponível para ouvir; permitir a troca de conhecimento e experiências; estabelecer uma comunicação aberta, direta e de fácil compreensão; atender às demandas e dúvidas das mães; ser sincera na suas intervenções; demonstrar afeto/carinho/atenção pela mãe; elogiar as atitudes positivas maternas; e, apesar de ser imbuída de diversos conhecimentos, deve considerar a situação biográfica que a mãe possui e aprender com ela; ser amigável, simpática; e não fazer julgamentos nem críticas.

Quando a enfermeira visitadora demonstra essas atitudes e a interação positiva está estabelecida, as mães adolescentes se referem à enfermeira como “amiga”, “irmã” e “segunda mãe”.

Outras atitudes das enfermeiras visitadoras que fizeram com que a mãe adolescente percebesse a interação entre elas como sendo um fator positivo foram a atenção dada, a educação, o tom de voz calmo para conversar e explicar e o fato de incluírem o pai na VD. Neste estudo, as profissionais entendem ser importante a inclusão do pai pelo fato de ele também ter que assumir responsabilidades para com a criança e ter atitudes parentais positivas.

As vivências de interação das enfermeiras visitadoras puderam ser caracterizadas como positivas quando as mães adolescentes seguiam e replicavam o cuidado que foi ensinado e abordado durante as VDs. E, para as mães adolescentes, seguir o que a enfermeira visitadora transmitiu é justificado pela confiança e segurança que as jovens depositam nas profissionais.

Tal fato é sinônimo de interação positiva, assim como quando as mães ficam ansiosas para chegar o dia de receber visita e terem companhia com quem conversar. Essas atitudes das mães adolescentes demonstram quão importante foi para elas o

acompanhamento da enfermeira visitadora no domicílio e quanto a interação positiva estabelecida entre elas foi promotora de conhecimento sobre a parentalidade e papel maternal.

No relato das vivências das mães adolescentes, destacaram a existência de uma interação positiva, que promoveu a construção da identidade do papel maternal e atitudes parentais positivas, como o fato de colocarem o cuidado da criança em primeiro lugar, traçarem planos e objetivos para eles.

A pesquisadora significou este fato como esperança, pois emergiu da interação positiva que ocorreu durante o acompanhamento da mãe adolescente na VD pela profissional visitadora de maneira não proposital, mas que surtiu um efeito benéfico e transformador, fazendo com que a mãe desempenhasse seu papel maternal e tivesse atitudes parentais positivas. Ressalta-se que a esperança não foi explorada nas entrevistas sobre as vivências de interação.

Os resultados de investigação apontam para a necessidade de valorizar e reconhecer as interações positivas entre enfermeira visitadora e mãe adolescentes na VD como promotoras de atitudes parentais positivas e da consecução do papel maternal.

Como implicações para a prática, os resultados do presente estudo podem contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento da prática profissional em saúde no âmbito da AB, nas intervenções realizadas por meio da técnica da VD na ESF.

Na política nacional da AB, a visita deve ser programada e desempenhada em conjunto com todos os profissionais da equipe (BRASIL, 2012). As intervenções no domicílio têm caráter assistencial e educativo, sendo que a maneira como serão desempenhadas e a quantidade de VDs dependem dos critérios de risco e vulnerabilidade do indivíduo e família (BRASIL, 2012).

Os resultados deste estudo apontam que os profissionais devem estabelecer uma interação positiva com a mãe e família durante as VDs para melhorar o relacionamento e prover resultados positivos no âmbito da parentalidade, papel maternal e desenvolvimento infantil na primeira infância.

Outra contribuição foi ter apontado a necessidade de capacitação dos visitantes dos programas de visita domiciliar com foco na maneira como devem agir e estabelecer uma interação positiva, a fim de atingir as metas e os objetivos

determinados pelo programa. E também na estrutura organizacional do programa, visto que as vivências de interações entre mães adolescentes e enfermeiras visitadoras apontaram que protocolos engessados, troca de visitadoras e o insuficiente número de VDs em cada período de acompanhamento interferem negativamente na promoção da interação positiva.

Acreditamos que o vivenciado neste estudo possa consolidar a concepção de construção e desenvolvimento de novas práticas profissionais que visem preparar, ampliar e desenvolver intervenções promotoras de uma interação positiva bem como da parentalidade e consecução do papel maternal.

As **limitações do estudo** são: cenário único, o PJMC; estruturação do programa em apenas uma região do município de SP; baixa amostra de mães adolescentes que faziam parte do grupo intervenção; baixo número de enfermeiras visitadoras atuantes no PJMC; disponibilização de apenas mães adolescentes como participantes.

A realização do estudo em outras realidades pode trazer novas perspectivas de interpretação/compreensão acerca da vivência da interação das enfermeiras visitadoras e das mães adolescentes; podem divergir de outras realidades que não tratam o cenário estudado, fato que impede, inviabiliza a generalização dos seus resultados.

Como **propostas para o desenvolvimento de outros estudos** de abordagem qualitativa sobre a compreensão das vivências de interações entre visitador e mãe adolescente nas VDs, estão: a abordagem de outros aspectos, como a esperança, dada a dimensão e profundidade desse conceito; investigação da possibilidade de o conceito de esperança fazer parte de uma “técnica” nos programas de visita domiciliar para a modificação de atitudes parentais e consecução do papel maternal, dado que esse sentimento emerge mediante a interação positiva nas VDs entre visitador e indivíduo.

Além disso, sugerimos que estudos futuros possam definir e validar critérios para a construção de uma escala de avaliação da interação entre mães e visitantes em programas de visita domiciliar, por ser um conceito mensurável na intervenção e na relação, com o propósito de facilitar que os programas de intervenção atinjam a parentalidade e consecução do papel maternal.

Espera-se que as reflexões emergidas no presente estudo possam contribuir para a melhoria e aperfeiçoamento da prática profissional em saúde; e que estudos futuros possam ampliar o olhar da interação positiva entre enfermeiras visitadoras e mães adolescentes.

REFERÊNCIAS

REFERÊNCIAS

ACRE (ESTADO). Secretaria de Estado de Comunicação. **Programa Primeira Infância Acreana: cuidados para os pequenos**. Acre- Brasil, 2016. Disponível em: <https://www.agencia.ac.gov.br/programa-primeira-infancia-acreana-cuidados-para-os-pequenos/>. Acesso em: 26 fev. 2019.

_____. **Lei nº 3.367, de 27 de dezembro de 2017**. Institui o programa primeira infância acreana. Acre- Brasil, 27 dez. 2017.

AINSWORTH, M.; BOWLBY, J. An ethological approach to personality development. **American Psychologist**, v. 46, n. 4, p. 333–341, 1991.

AIRES, L. **Paradigma qualitativo e práticas de investigação educacional**. 1. ed. Coimbra: Universidade Aberta, 2015.

ALMEIDA, T. Maternidade: quase metade das gravidezes não são planejadas. **Fundo de População das Nações Unidas**. Brasil, 19 jul 2016. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/novo/index.php/noticias/ultimas/1302-maternidadequasemetade-das-gravidezes-nao-sao-planeja> das?tmpl=component&print=1&layout=default t&. Acesso em: 10 fev. 2019.

ALVARENGA, P.; PICCININI, C. Práticas educativas maternas e a interação entre mães e crianças com problemas de externalização. **Aletheia**, n. 17–18, p. 7–20, 2003.

AMMERMAN, R. T. Commentary: toward the next generation of home visiting programs- new developments and promising directions. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v. 46, p. 126–129, 2016.

ANGLEY, M. et al. Social support, family functioning and parenting competence in adolescent parents. **Maternal and Child Health Journal**, v. 19, n. 1, p. 67–73, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4233010/pdf/nihms-609347.pdf>. DOI: 10.1007/s10995-014-1496-x. Acesso em: 14 jun. 2019.

ASAHARA, K. et al. Ethical issues in practice: a survey of home-visiting nurses in Japan. **Japan Journal of Nursing Science**, v. 10, n. 1, p. 98–108, jun. 2013. DOI: 10.1111/j.1742-7924.2012.00216.x. Acesso em: 23 ago. 2017.

ASTON, M. et al. The power of relationships: exploring how public health nurses support mothers and families during postpartum home visits. **Journal of Family Nursing**, v. 21, n. 1, p. 11–34, 2014.

AYRES, J. R. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, n. 14, p. 73–92, 2004a.

_____. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 3, p. 16–29, 2004b.

BANDURA, A. Self-efficacy: toward a unifying theory of behavioral change.

Psychological Review, v. 84, n. 2, p. 191–215, 1977.

_____. Adolescent Development Form An Agent. In: PAJARES, F.; URDAN, T. C. **Self-efficacy beliefs of adolescents**. Copyright, 2004. p. 1-43.

BASSORA, J. B.; CAMPOS, C. J. G. Metodologia clínico-qualitativa na produção científica no campo da saúde e ciências humanas: uma revisão integrativa. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 753–760, 2010.

BAUDRY, C. et al. Intervention with adolescent mother–child dyads and cognitive development in early childhood: a meta-analysis. **Prevention Science**, v. 18, n. 1, p. 116–130, 2017.

BELSKY, J.; JAFFEE, S. The multiple determinants of parenting. In: CICCHETTI, D.; COHEN, D.J. **Developmental psychopathology**. New York: Wiley, 2006. p. 38–77.

BIANCHINI, C. J. **Análise da proporção e índice de gravidez na adolescência encontrada no território coberto pelas equipes de saúde da família no município de Alfenas/MG**. 2010. Monografia de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) - Universidade Federal de Minas Gerais, Campos Gerais.

BIGRAS, M.; PAQUETTE, D. Estudo pessoa-processo-contexto da qualidade das interações entre mãe-adolescente e seu bebê. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 12, n. 5, p. 1167–1174, 2007.

BIKKER, A. P. et al. Measuring empathic, person-centred communication in primary care nurses: validity and reliability of the consultation and relational empathy (CARE) measure. **BMC Family Practice**, v. 16, n. 1, p. 2-9, 2015.

BLISS, D. Z. et al. Effectiveness of wound, ostomy and continence-certified nurses on individual patient outcomes in home health care. **Journal of Wound, Ostomy and Continence Nursing**, v. 40, n. 2, p. 135–142, 2013.

BORNSTEIN, M. H. Preface. In: _____. **Handbook of parenting: children and parenting**. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates., 2002. p. 15–17.

BOA VISTA (Município). **Família que Acolhe**. Boa Vista- Roraima, 2013. Disponível em: <https://www.boavista.rr.gov.br/canal-do-cidadao-projetos/familia-que-acolhe-fqa>. Acesso em: 14 fev. 2019.

BOUZAS, I. C. DA S.; CADER, S. A.; LEÃO, L. Pregnancy in adolescence: a systematic review of the impact of maternal age on clinical, obstetric and neonatal complications in the first phase of adolescence. **Adolescência e Saúde**, v. 11, n. 3, p. 7–21, 2014.

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**. Brasília: 2017a.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Síntese de evidências para políticas de saúde:** promovendo o desenvolvimento na primeira infância. Brasília, 2016a.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 510, de 7 de abril de 2016.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil. Brasília, DF, 24 maio 2016. Seção 1. p. 44-46., 2016b. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2016/Reso510.pdf>. Acesso em: 2 mar. 2019

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde do Brasil- DATASUS. **Sistema de informações sobre nascidos vivos.** Brasília, 2016c. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sinasc/cnv/nvuf.def>. Acesso em: 11 fev. 2019.

_____. Ministério da Saúde. **Gravidez na adolescência tem queda de 17% no Brasil.** Brasília, 2017b. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/28317-gravidez-na-adolescencia-tem-queda-de-17-no-brasil>. Acesso em: 10 fev. 2019.

_____. Ministério do Desenvolvimento Social e Agrário. **Programa criança feliz: a intersectorialidade na visita domiciliar.** Brasília, 2017c.

_____. Secretaria Executiva, Rede Nacional da Primeira Infância. **Primeira Infância e Gravidez na Adolescência.** Brasília, 2015.

_____. **Lei n. 8.069, de 13 de julho de 1990.** Dispõe sobre o estatuto da criança e do adolescente, e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 13 julho 1990, 1990.

_____. **Lei 13.959 de 15 de dezembro de 2009.** Dispõe sobre o programa mãe coruja pernambucana. Diário Oficial do Estado, Poder Executivo, Recife, 15 de dezembro de 2009.

_____. **Plano nacional pela primeira infância.** Brasília, 2010.

_____. Secretaria Geral. **Decreto nº 8.948, de 29 de dezembro de 2016.** Regulamenta a Lei nº 13.152, de 29 de julho de 2015, que dispõe sobre o valor do salário mínimo e a sua política de valorização de longo prazo. Brasília, 2016d.

BRAZELTON, T. B. **O grande livro da criança:** o desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos. 10ª ed. Lisboa: Editorial Presença, 2007.

BRONFENBRENNER, U. Environments in developmental perspective: Theoretical and operational models. In: FRIEDMAN, S. L.; WACHS, T. D. (Eds.) **Measuring environment across the life span:** emerging methods and concepts. Washington: American Psychological Association, 2004. p. 3–28.

BRONFENBRENNER, U.; MORRIS, P. The ecology of developmental processes. In: DAMON, W.; et al (Ed.). **Handbook of child psychology: theoretical models of human development**. New Jersey: John Wiley & Sons, 1998. p. 993–1028.

BROOKS, J. **The process of parenting**. New York: McGraw Hill, 2013.

BRUM, M. L. T.; BERTINET, E. P.; SOUZA, L. P. As contribuições da fenomenologia na pesquisa em pedagogia social. **Interfaces Acadêmica**, v. 8, n. 1, p. 75–86, 2013.

BULECHEK, G. M. et al. **Classificação das intervenções de enfermagem - NIC**. 6. ed. St Louis: Elsevier, 2016.

BURATTO, J. et al. Temporal trend of adolescent pregnancy in Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 65, n. 6, p. 880–885, jun. 2019.

CANAVARRO, M. C.; ARAÚJO, P. A. Gravidez e parentalidade na adolescência: perspectivas teóricas. **Saúde Reprodutiva Sexualidade e Sociedade**, n. 2, p. 34–55, 2012.

CARLOS, A. I. et al. Comportamento parental de mães adolescentes. **Análise psicológica**, v. 25, n.2, p. 183–194, 2007.

CARVALHO, M. et al. Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. **Revista Eletrônica trimestral de Enfermeria**, n. 53, p. 661–675, 2019.

CEARÁ (Estado). Secretaria da Educação do Estado do Ceará. **Programa de apoio ao desenvolvimento infantil**. Disponível em: <<http://www.paic.seduc.ce.gov.br/index.php/fique-por-dentro/downloads/section/13-programa-de-apoio-ao-desenvolvimento-infantil-padin>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

CHAREPE, Z. B.; FIGUEIREDO, M. H. DE J. S. Promoción de la esperanza y resiliencia familiar. **Prácticas apreciativas. Invest Educ Enferm**, v. 28, n. 2, p. 250–257, 2010.

CHEN, M.; CHAN, K. L. Effects of parenting programs on child maltreatment prevention. **Trauma, Violence, & Abuse**, v. 17, n. 1, p. 88–104, 2016.

CHESNAY, M. **Nursing research using phenomenology : qualitative designs and methods in nursing**. New York: Springer Publishing Company, 2015.

CHIESA, A. M. et al. Ações da equipe de saúde da família no fortalecimento dos cuidados familiares que promovem o desenvolvimento integral da criança pequena. In: PLUCIENNIK, G. A.; LAZZARI, M. C.; CHICARO, M. F.(Ed.). **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal- FMCSV, 2015. p. 84–94.

CLARIDGE, A. M.; LETTENBERGER-KLEIN, C. G.; VANDONGE, C. M. Pregnancy intention and positive parenting behaviors among first-time mothers. **Journal of**

Family Issues, v. 38, n. 7, p. 883–903, 2017.

COHEN, M. Z.; OMERY, A. Escolas de Fenomenologia: implicações para a investigação. In: MORSE, J. M. **Aspectos essenciais de metodologia de investigação qualitativa**. Coimbra: Formasau, 2007. p. 141–159.

COUTINHO, M. F. G. Crescimento e desenvolvimento na adolescência. **Revista de Pediatria SOPERJ**, v. 12, n. 1, p. 28–34, 2011.

COX, J. E. et al. A parenting and life skills intervention for teen mothers: a randomized controlled trial. **Pediatrics**, v. 143, n. 3, p. 1–13, 2019.

CRESWELL, J. W.; POTH, C. N. **Qualitative Inquiry and Research Design: Choosing Among Five Approaches**. 4ª ed. SAGE Publications, 2016.

CRUZ, M. S.; CARVALHO, F. J. V.; IRFFI, G. Perfil socioeconômico, demográfico, cultural, regional e comportamental da gravidez na adolescência no Brasil. **Planejamento e Políticas Públicas**, n. 46, p. 243–266, 2016.

CRUZ, O. **Parentalidade**. LivPsic, 2013.

CURITIBA (Estado). Secretaria Municipal da Saúde. **Programa mãe curitibana**. Curitiba, 1999. Disponível em: <<http://www.maecuritibana.com.br/default.aspx>>. Acesso em: 25 fev. 2019.

DEVITO, J. How adolescent mothers feel about becoming a parent. **The Journal of perinatal education**, v. 19, n. 2, p. 25–34, 2010.

DMYTRYSHYN, A. L. et al. Long-term home visiting with vulnerable young mothers: an interpretive description of the impact on public health nurses. **BMC Nursing**, v. 14, n. 12, p. 1–14, 2015.

DONELAN-MCCALL, N.; OLDS, D. **Prenatal/postnatal home visiting programs and their impact on the social and emotional development of young children (0-5)**. Encyclopedia on Early Childhood development. Colorado Denver, 2012.

DUFFEE, J. H. et al. Early Childhood Home Visiting. **Pediatrics**, v. 140, n. 3, p.1-14, 2017.

EASTERBROOKS, M. A. et al. Patterns of depression among adolescent mothers: Resilience related to father support and home visiting program. **American Journal of Orthopsychiatry**, v. 86, n. 1, p. 61–68, 2016.

EISENSTEIN, E.; COELHO, K. Crescimento e desenvolvimento puberal. In: BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, DEPARTAMENTO DE AÇÕES PROGRAMÁTICAS ESTRATÉGICAS; ESTRATÉGICAS (Eds.). **Saúde do adolescente: competências e habilidades**. Brasília: 2008. p. 57–76.

ERFINA, E. et al. Adolescent mothers' experiences of the transition to motherhood: An integrative review. **International Journal of Nursing Sciences**, v. 6, n. 2, p. 221–228, 2019.

ERIKSON, E. **Identidade, juventude e crise**. 2º ed. São Paulo: Guanabara, 1976.

FALSARELLA, A. M. O lugar da pesquisa qualitativa na avaliação de políticas e programas sociais. **Avaliação (Campinas)**, v. 20, n. 3, p. 703–715, 2015.

FAWCETT, J. **Applying conceptual models of nursing**. New York: Springer Publish Company, 2017.

FERREIRA, A. B. H. **Míni Aurélio - o dicionário da língua portuguesa**. 8. ed. São Paulo: Editora Positivo, 2010.

FINELLO, K. M.; TERTERYAN, A.; RIEWERTS, R. J. Home visiting programs: what the primary care clinician should know. **Current Problems in Pediatric and Adolescent Health Care**, v. 46, n. 4, p. 101–125, 2016.

FRACOLLI, L. A. et al. A implementação de um programa de visitas domiciliárias com foco na parentalidade: um relato de experiência. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 52, p. 1–8, 2018.

FRID, I.; OHLÉN, J.; BERGBOM, I. On the use of narratives in nursing research. **Journal of Advanced Nursing**, v. 32, n. 3, p. 695–703, 2000.

FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL. **São Paulo pela primeiríssima Infância**. São Paulo, 2015. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/impacto/primeirissima-infancia/>. Acesso em: 13 fev. 2019.

_____. **Visita domiciliar como estratégia de promoção de desenvolvimento e da parentalidade na primeira infância**. São Paulo: 2018. Disponível em: <https://www.fmcsv.org.br/pt-BR/biblioteca/visita-domiciliar-estrategia-promocao-desenvolvimento-parentalidade-primeira-infancia/>. Acesso em: 13 fev. 2019.

GADSDEN, V. L.; FORD, M.; BREINER, H. **Parenting matters: supporting parents of children ages 0-8**. Washington: The National Academies Press, 2016.

GAGE, J. D.; EVERETT, K. D.; BULLOCK, L. Integrative review of parenting in nursing research. **Journal of Nursing Scholarship**, v. 38, n. 1, p. 56–62, 2006.

GANCHIMEG, T. et al. Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: a World Health Organization multicountry study. **International Journal of Obstetrics & Gynaecology**, v. 121, n. 1, p. 40–48, 2014.

GARCIA, T. R.; COENEN, A. M.; BARTZ, C. C. **Classificação Internacional Para a Prática de Enfermagem- CIPE**. Porto Alegre: Artmed, 2017.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

GIESBRECHT, M. D.; CROOKS, V. A.; STAJDUHAR, K. I. Examining the language-place-healthcare intersection in the context of Canadian homecare nursing. **Nursing**

Inquiry, v. 21, n. 1, p. 79–90, 2014.

GINSBURG, K. R. The importance of play in promoting healthy child development and maintaining strong parent-child bonds. **Pediatrics**, v. 119, n. 1, p. 182–191, 2007.

GOMIDE, P. I. C. Estilos parentais e comportamento antissocial. In: PRETTE, Z. A. P. D.; PRETTE, A. D. (Ed.). **Habilidades sociais, desenvolvimento e aprendizagem: questões conceituais, avaliação e intervenção**. Campinas: Alínea, 2003.

GONTIJO, D. T.; MEDEIROS, M. Gravidez/ maternidade e adolescentes em situação de risco social e pessoal: algumas considerações. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 6, n. 3, p. 394–399, 2014.

GUIMARÃES, A. C. Uma aproximação aos conceitos básicos da fenomenologia. **Fenomenologia e Psicologia**, v. 1, n. 1, p. 1–11, 2013.

HADDAD, A. E. **São Paulo carinhosa: o que grandes cidades e políticas intersetoriais podem fazer pela primeira infância**. São Paulo, SP: Secretaria Municipal de Cultura, 2016. Disponível em: <http://primeirainfancia.org.br/wp-content/uploads/2016/08/livro_SPCarinhosa_web.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

HADIAN, T. et al. The effect of prenatal home visiting for adolescent mothers on maternal and neonatal outcomes: a systematic review and meta-analysis. **Mashhad University of Medical Sciences**, v. 6, n. 1, p. 6945–6962, 2018.

HAUGAN, G.; MOKSNES, U. K.; LOHRE, A. Intrapersonal self-transcendence, meaning-in-life and nurse–patient interaction: powerful assets for quality of life in cognitively intact nursing-home patients. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 4, p. 790–801, 2016.

HEIDEGGER, M. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 1988.

HOGHUGH, M. Parenting: an introduction. In: HOUGHUGUI, M.; LONG, N. J. **Handbook of parenting: theory and research for practice**. London: SAGE, 2004. p. 1–18.

HOLLAND, M. L. et al. Women's reasons for attrition from a nurse home visiting program. **Journal of Obstetric Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 43, n. 1, p. 61–70, 2014.

HUBEL, G. S. et al. Service needs of adolescent parents in child welfare: is an evidence-based, structured, in-home behavioral parent training protocol effective? **Child Abuse & Neglect**, v. 79, p. 203–212, 2018.

HUNTINGTON, C.; VETERE, A. Coparents and parenting programmes: do both parents need to attend? **Journal of Family Therapy**, v. 38, n. 3, p. 409–434, 2016.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA- IBGE. **Censo demográfico- São Paulo**. Rio de Janeiro, 2010.

_____. **Projeções da População- Estatísticas**. Rio de Janeiro, 2018.

INHELDER, B.; PIAGET, J. **Da lógica da criança a lógica da adolescente: ensaio sobre a construção das estruturas operatórias formais**. São Paulo: Pioneira, 1976.

JACOBS, F. et al. Improving adolescent parenting: results from a randomized controlled trial of a home visiting program for young families. **American Journal of Public Health**, v. 106, n. 2, p. 342–349, 2016.

JESUS, M. C. P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem. **Revista Escola Enfermagem USP**, v. 47, n. 3, p. 736–741, 2013.

KAYE, M. P. et al. Common components of evidence-informed home visitation programs for the prevention of child maltreatment. **Children and Youth Services Review**, v. 90, p. 94–105, 2018.

KELLER, H.; VOELKER, S.; YOVISI, R. D. Conceptions of parenting in different cultural communities: the case of west african nso and northern german women. **Social Development**, v. 14, n. 1, p. 158–180, 2005.

KLEIN, J. D.; AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS COMMITTEE ON ADOLESCENCE. Adolescent Pregnancy: Current Trends and Issues. **PEDIATRICS**, v. 116, n. 1, p. 281–286, 2005.

KONIAK-GRIFFIN, D. et al. Nurse visitation for adolescent mothers: two-year infant health and maternal outcomes. **Nursing Research**, v. 52, n. 2, p. 127–136, 2003.

LANDY, C. K. et al. Mothers' experiences in the Nurse-Family Partnership program: a qualitative case study. **BMC Nursing**, v. 11, n. 1, p. 15-16, 2012.

LANIER, P.; MAGUIRE-JACK, K.; WELCH, H. A nationally representative study of early childhood home visiting service use in the United States. **Maternal and Child Health Journal**, v. 19, n. 10, p. 2147–2158, 2015.

LEER, J. et al. **A Snapshot on the Quality of Seven Home Visit Parenting Programs in Latin America and the Caribbean**. Washington: Inter-American Development Bank, 2016.

LI, J.; JULIAN, M. M. Developmental relationships as the active ingredient: a unifying working hypothesis of “what works” across intervention settings. **The American Journal of Orthopsychiatry**, v. 82, n. 2, p. 157–166, 2012.

LI, S. A. et al. Health care and social service professionals' perceptions of a home-visit program for young, first-time mothers. **Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada**, v. 35, n. 8/9, p. 160–167, 2015.

LOPES, M. S. O. C. **Apoiar na parentalidade positiva : áreas de intervenção de enfermagem**. 2013. Tese (Doutoramento Enfermagem)- Universidade Católica

Portuguesa, 2013. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/10563>. Acesso em: 26 fev. 2019.

MACANA, E. C.; COMIN, F. O papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância. In: PLUCIENNIK, G. A.; LAZZARI, M. C.; CHICARO, M. F. (Eds.). **Fundamentos da família como promotora do desenvolvimento infantil: parentalidade em foco o papel das práticas e estilos parentais no desenvolvimento da primeira infância**. São Paulo: Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, 2015. p. 34–47.

MACCOBY, E. E. Parenting and its effects on children: on reading and misreading behavior genetics. **Annual Review of Psychology**, v. 51, n. 1, p. 1–27, 2000.

MARSHALL, W. A.; TANNER, J. M. Variations in pattern of pubertal changes in girls. **Archives of disease in childhood**, v. 44, n. 235, p. 291–303, 1969.

MARTINS, C. A. **A transição no exercício da parentalidade durante o primeiro ano de vida da criança: uma teoria explicativa de enfermagem**. 2013. Tese (Doutoramento Enfermagem)- Universidade de Lisboa, Lisboa.

MCKELVEY, L. M. et al. Effects of home visiting on adolescent mothers' parenting attitudes. **American journal of public health**, v. 102, n. 10, p. 1860–1862, 2012.

MEIGHAN, M. M. Ramona T. Mercer: Consequência do papel maternal. In: TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. (Org). **Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem**. 5ª ed. Loures- Portugal: Lusociência. p. 521–541.

MELEIS, A. H. **Transitions theory: middle range and situation specific theories in nursing research and practice**. New York: Springer Publishing Company, 2010.

MELEIS, A. I. et al. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. **Advances in Nursing Science**, v. 23, n. 1, p. 12–28, 2000.

MERCER, R. T. Teenage motherhood: the first year: part i: the teenage mother's views and responses part ii: how the infants fared. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 9, n. 1, p. 16–27, 1980.

_____. A theoretical framework for studying factors that impact on the maternal role. **Nursing research**, v. 30, n. 2, p. 73–77, 1981.

_____. The process of maternal role attainment over the first year. **Nursing Research**, v. 34, n. 4, p. 198–204, 1985.

_____. **First-time motherhood: experiences from teens to forties**. New York: Springer Publishing, 1986.

_____. **Becoming a mother : research on maternal identity from Rubin to the present**. New York: Springer Publishing, 1995.

_____. Becoming a mother versus maternal role attainment. **Journal of nursing scholarship**, v. 36, n. 3, p. 226–232, 2004.

_____. Nursing Support of the Process of Becoming a Mother. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 35, n. 5, p. 649–651, 2006.

MERCER, R. T. et al. Theoretical models for studying the effect of antepartum stress on the family. **Nursing Research**, v. 35, p. 339–346, 1986.

MERCER, R. T.; FERKETICH, S. L. Predictors of parental attachment during early parenthood. **Journal of Advanced Nursing**, v. 15, n. 3, p. 268–280, 1990.

MERCER, R. T.; FERKETICH, S. L.; DEJOSEPH, J. F. Predictors of partner relationships during pregnancy and infancy. **Research in Nursing and Health**, v. 16, n. 1, p. 45–56, 1993.

MERCER, R. T.; WALKER, L. O. A Review of Nursing Interventions to Foster Becoming a Mother. **Journal of Obstetric, Gynecologic and Neonatal Nursing**, v. 35, n. 5, p. 568–582, 2006.

MERIGHI, M. A. B. Fenomenologia. In: MERIGHI, M. A. B.; PRAÇA, N. S. (Org.). **Abordagens teórico-metodológicas qualitativas: a vivência da mulher no período reprodutivo**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. p. 31–8.

MILLS, A. et al. Connecting, learning, leaving: supporting young parents in the community. **Health and Social Care in the Community**, v. 20, n. 6, p. 663–672, 2012.

MINAS GERAIS (ESTADO). **Programa mãe de minas**. Minas Gerais: 2013. Disponível em: <http://www.saude.mg.gov.br/jornada/2_dia-apres-sec_maes-de-minas-acs.pdf>. Acesso em: 14 fev. 2019.

MINAYO, M. C. S. Análise qualitativa: teoria, passos e fidedignidade. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 3, p. 621–626, 2012.

_____. Sampling and saturation in qualitative research: consensus and controversies. **Revista Pesquisa Qualitativa**, v. 5, n. 7, p. 01–12, 2017.

_____. **O Desafio do Conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 13. ed. São Paulo: Hucitec, 2013.

MISTRY, J. et al. Heterogeneity among adolescent mothers and home visiting program outcomes. **Children and Youth Services Review**, v. 65, p. 86–93, 2016.

_____. Reframing rigor in qualitative inquiry. In: DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 5^a ed. Califórnia: Sage Publications, 2018. p. 1373–1409.

MORSE, J. M. **Qualitative health research: Creating a new discipline**. Walnut Creek, California: Left Coast Press, 2012.

MUNSLINGER, I. M. et al. A maternidade na perspectiva de mães adolescentes.

Revista Brasileira Promoção Saúde, v. 29, n. 3, p. 357–363, 2016.

NACIONAL SCIENTIFIC COUNCIL OF THE DEVELOPING CHILD. **Children's emotional development is built into the architecture of their brains: working paper nº2**. Cambridge: University Havard, 2011. Disponível em: <http://www.developingchild.net>. Acesso em: 10 mar. 2019.

NASCIMENTO, J. S. et al. Visitas domiciliares como estratégias de promoção da saúde pela enfermagem. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 4, p. 513–522, 2014.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS INTERNATIONAL- NANDA-I. **Definições e classificações 2018-2020**. 11. ed. Porto Alegre: Artmed, 2018.

NOVAK, J. D.; CAÑAS, A. J. **The theory underlying concept maps and how to construct and use them**. Nova York: Cornell University Press, 2006

_____. Theoretical origins of concept maps, how to construct them and uses in education. **Reflecting Education**, v. 3, n. 1, p. 29–42, 2007.

NYGREN, P. et al. What's happening during home visits? exploring the relationship of home visiting content and dosage to parenting outcomes. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. S1, p. 52–61, 2018.

NYSTROM, K.; OHRLING, K. Parenthood experiences during the child's first year: literature review. **Journal of Advanced Nursing**, v. 46, n. 3, p. 319–330, 2004.

OLDS, D. L. et al. Effect of home visiting by nurses on maternal and child mortality. **JAMA Pediatrics**, v. 168, n. 9, p. 800–806, 2014.

OLIVEIRA, E. M. A. et al. Report contraceptive of pregnant adolescents and your feelings as the gestation and professional future. **Revista Eletronica de Enfermagem**, v. 10, n. 2, p. 484–490, 2008.

ÖZKAN, H.; POLAT, S. Maternal identity development education on maternity role attainment and my baby perception of primiparas. **Asian Nursing Research**, v. 5, n. 2, p. 108–117, 2011.

PAULA, C. C. DE et al. Driving modes of the interview in phenomenological research: experience report. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 3, p. 468–472, 2014.

PEACOCK, S. et al. Effectiveness of home visiting programs on child outcomes: a systematic review. **BMC Public Health**, v. 13, n. 17, 2013.

PEDROSA, A. F. A. **Gravidez e transição para a maternidade na adolescência**. 2009. Tese (Doutoramento em Psicologia da Saúde)- Universidade de Coimbra, Coimbra.

PENELLO, L. M. et al. Estratégia brasileiras e brasileiros saudáveis: primeiros passos para o desenvolvimento. **Trivium- Estudos Interdisciplinares**, v. 3, n. 2, p.

106–113, 2011.

PINHEIRO, D. G. M. **Validação de conteúdo de um programa de visita domiciliar para a díade mãe-criança**. 2016. Tese (Doutorado em Enfermagem)- Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

PINHEIRO, D. G. M. et al. Validação de conteúdo do programa de visita domiciliar para a díade mãe-criança. **Cogitare Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 1-10, 2018.

RASKIN, M. et al. Patterns of goal attainment among young mothers in a home visiting program. **Applied Developmental Science**, v. 23, n. 2, p. 170–182, 2017.

READER, P.; DUNCAN, S.; LUCEY, C. **Studies in the assessment of parenting**. Florence: Routledge, 2005.

REICHERT, A. P. S. et al. Vínculo entre enfermeiros e mães de crianças menores de dois anos: percepção de enfermeiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 8, p. 2375–2382, 2016.

RELVAS, A. P. **O ciclo vital da família: perspectiva sistêmica**. 3ª ed. Porto: Afrontamento, 1996.

RIBEIRO, V. C. S. et al. Papel do enfermeiro da estratégia de saúde da família na prevenção da gravidez na adolescência. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, v. 6, n. 1, p. 1957–1975, 2016.

RINALDI, C. M.; HOWE, N. Mothers' and fathers' parenting styles and associations with toddlers' externalizing, internalizing, and adaptive behaviors. **Early Childhood Research Quarterly**, v. 27, n. 2, p. 266–273, 2012.

ROCHA, K. B. et al. Home visit in the health field: a systematic literature review. **Psicologia, Saúde e Doença**, v. 18, n. 1, p. 170–185, 2017.

RODRIGUES, D. P. et al. Social representations by women on the nursing care received in puerperium. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 15, n. 2, p. 197–204, 2007.

ROGGMAN, L. A. et al. Home visit quality variations in two early head start programs in relation to parenting and child vocabulary outcomes. **Infant Mental Health Journal**, v. 37, n. 3, p. 193–207, 2016.

SALVO, C. G.; SILVARES, E. F. M.; TONI, P. M. Práticas educativas como forma de predição de problemas de comportamento e competência social. **Estudos de Psicologia (Campinas)**, v. 22, n. 2, p. 187–195, 2005.

SAMANKASIKORN, W. et al. Effect of home visiting with pregnant teens on maternal health. **The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 41, n. 3, p. 162–167, 2016.

SANTOS, B. R. DOS M. et al. **Gravidez na adolescência no brasil – vozes de meninas e de especialistas**. Brasília: Fundo Das Nações Unidas. 2017.

SANTOS, N. L. B.; GUIMARÃES, D. A.; GAMA, C. A. P. The perception of teen moms about their pregnancy process. **Revista Psicologia e Saúde**, v. 8, n. 2, p. 83–96, 2016.

SÃO PAULO (Município). Prefeitura Municipal de São Paulo. **Secretaria Especial de Comunicação. São Paulo Carinhosa lança livro sobre políticas para primeira infância**. Cidade de São Paulo, 30 jun. 2016. Disponível em: <http://www.capital.sp.gov.br/noticia/sao-paulo-carinhosa-lanca-livro-sobre-politicas-para-primeira-infancia>. Acesso em: 25 fev. 2019.

_____. Prefeitura Municipal de São Paulo. **Dados demográficos dos distritos pertencentes às subprefeituras**. Cidade de São Paulo, 29 mai. 2019. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/subprefeituras/subprefeituras/dados_demograficos/index.php?p=12758. Acesso em: 05 ago. 2019.

SCHAFFER, M. A. et al. Evaluation of a public health nurse visiting program for pregnant and parenting teens. **Public Health Nursing**, v. 29, n. 3, p. 218–231, 2012.

SCHÜTZ, A. **Sobre Fenomenologia e Relações Sociais**. Petrópolis: Vozes, 2012.

SCHÜTZ, A.; LUCKMANN, T. **Las estructuras del mundo de la vida**. Buenos Aires: Amorrortu, 2009.

SENNA, S. R. C. M.; DESSEN, MARIA A. D. Contribuições das teorias do desenvolvimento humano para a concepção contemporânea da adolescência. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 28, n. 1, p. 101–108, 2012.

SHONKOFF, J. P.; GARNER, A. S. The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress abstract. **American Academy of Pediatrics**, v. 129, n. 1, p. 232–246, 2012.

SIERAU, S. et al. Effects of home visitation on maternal competencies, family environment, and child development: a randomized controlled trial. **Prevention Science**, v. 17, n. 1, p. 40–51, 2016.

SILVA, E. L. C. et al. Pregnancy and family dynamics from the perspective of teenagers. **Boletim Academia Paulista de Psicologia**, v. 34, n. 86, p. 118–138, 2014.

SLADE, A. et al. Minding the Baby®: enhancing parental reflective functioning and infant attachment in an attachment-based, interdisciplinary home visiting program. **Development and Psychopathology**, v. 14, p. 1–15, 2019.

SMITHBATTLE, L.; LORENZ, R.; LEANDER, S. Listening with care: using narrative methods to cultivate nurses' responsive relationships in a home visiting intervention

with teen mothers. **Nursing Inquiry**, v. 20, n. 3, p. 188–198, 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA- SBP. Departamento Científico de Adolescência. Guia Prático de Atualização. **Prevenção da Gravidez na Adolescência**. São Paulo, 2019. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/Adolescencia_-_21621c-GPA_-_Prevencao_Gravidez_Adolescencia.pdf>. Acesso em: 7 fev. 2019.

SOSSAI, L. C. F.; PINTO, I. C. A visita domiciliar do enfermeiro: fragilidades x potencialidades. **Ciência Cuidado e Saude**, v. 9, n. 3, p. 569–576, 2010.

SOUZA, M. H. DO N.; SOUZA, I. E. DE O.; TOCANTINS, F. R. Phenomenological sociological approach on the investigation of women who breastfeed. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 1, p. 52–56, 2009.

SPERA, C. A Review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. **Educational Psychology Review**, v. 17, n. 2, p. 125–146, 2005.

STETLER, K. et al. Lessons learned: implementation of pilot universal postpartum nurse home visiting program, Massachusetts 2013–2016. **Maternal and Child Health Journal**, v. 22, n. 1, p. 11–16, 2018.

TAKESHITA, I. M.; ARAUJO, I. E. M. Estratégias de comunicação e interação do enfermeiro com o paciente inconsciente. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 313–323, 2011.

TANNER, J. **Growth at adolescence**. 2.ed. Oxford: Blackwell Scientific, 1962.

TAUFA, S. **A mother's hope: pacific teenage pregnancy in New Zealand**. 2015. Tese (Doutorado). University of Auckland, New Zealand.

TOTH, S. L. et al. Influence of violence and aggression on children's psychological development: trauma, attachment, and memory. In: SHAVER, P. R.; MIKULINCER, M. (Ed.). **Human aggression and violence: causes, manifestations, and consequences**. Washington: American Psychological Association, 2011.

TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clinico-qualitativa**. Petrópolis: Vozes, 2010.

UNITED NATIONS POPULATION FUND- UNFPA. **Girlhood, not motherhood: preventing adolescent pregnancy**. New York: United Nations Population Fund, 2015. Disponível em: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf. Acesso em: 11 fev. 2019.

VAGA, B. B. et al. Rethinking nursing care: an ethnographic approach to nurse-patient interaction in the context of a HIV prevention programme in rural Tanzania. **International journal of Nursing Studies**, v. 50, n. 8, p. 1045–1053, 2013.

VALSINER, J.; BRANCO, A. U.; DANTAS, C. M. Co-construction of human development: heterogeneity within parental belief orientations. In: KUCZYNSKI, J. E. G. & L. (Ed.). **Parenting and children's internalization of values: a handbook of contemporary theory**. Nova Jersey: John Wiley & Sons Inc., 1997. p. 283–304.

VAZ, C. P.; RELVAS, A. P. Monoparentalidade: uma família à parte ou uma parte de uma família. In. RELVAS, A. P.; ALARCÃO, M. (Org.). **Novas formas de família**. Coimbra: Quarteto. 2002. p. 248-298.

VIEIRA, E. M. et al. Gravidez na adolescência e transição para a vida adulta em jovens usuárias do SUS. **Revista de Saúde Pública**, v. 51, n. 25, p. 1–11, 2017.

WEBER, L. N. D.; BRANDENBURG, O. J.; VIEZZER, A. P. The relationship between parenting style and child's optimism. **PsicoUSF**, v. 8, n. 1, p. 71–79, 2003.

WEST, A. L. et al. Implementing an attachment-based parenting intervention within home-based early head start: home-visitors' perceptions and experiences. **Infant Mental Health Journal**, v. 38, n. 4, p. 514–522, 2017.

WILKINS, C. A qualitative study exploring the support needs of first-time mothers on their journey towards intuitive parenting. **Midwifery**, v. 22, n. 2, p. 169–180, 2006.

WILLIAMS, C. M. et al. Kentucky health access nurturing development services home visiting program improves maternal and child health. **Maternal and Child Health Journal**, v. 21, n. 5, p. 1166–1174, 2017.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Young people's health: a challenge for society**. Geneva: World Health Organization; 1986.

_____. **Pregnant adolescents: delivering on global promises of hope**. Geneva: Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em: <http://www.who.int/child-adolescent-health/publications/publist.htm>. Acesso em: 12 fev. 2019.

_____. **Health for the world's adolescents: a second chance in the second decade**. Geneva: World Health Organization; 2014. Disponível em: www.who.int/adolescent/second-decade>. Acesso em: 7 fev. 2019.

_____. **Adolescent pregnancy**. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-pregnancy>>. Acesso em: 7 ago. 2018.

ZAPART, S.; KNIGHT, J.; KEMP, L. 'It was easier because i had help': mothers' reflections on the long-term impact of sustained nurse home visiting. **Maternal and Child Health Journal**, v. 20, n. 1, p. 196–204, 2016.

ZOBOLI, E. L. P.; FRACOLLI, L. A.; CHIESA, A. M. Nossas Crianças: Toda Hora é Hora de Cuidar. **Revista de Cultura e Extensão USP**, v. 4, p. 17–24, 2010.

APÊNDICES

APÊNDICE A- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- MÃE ADOLESCENTE

Você, que já participa voluntariamente do estudo “O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo-piloto”, está sendo convidada a participar do processo de avaliação das visitas domiciliares.

Para coleta de informações, será necessária uma entrevista com você e sua enfermeira visitadora, para que possamos identificar os fatores relacionados à adesão ao programa. Você está sendo convidada a colaborar com esta pesquisa, concedendo uma entrevista em conjunto com a enfermeira. Pode existir a necessidade de ser entrevistada por mais de uma vez para esclarecimentos ou complementação das informações ofertadas.

Sua participação é voluntária e você é quem decide se quer participar ou não. Você tem liberdade para se recusar a participar da entrevista a qualquer momento, se isto acontecer, nada mudará na sua relação com a enfermeira visitadora nem com sua participação no estudo.

Riscos: à dimensão intelectual e social devido à dificuldade e constrangimento em responder aos questionamentos. Sem nenhum dano em relação integridades físicas e de imagem.

Benefícios: contribuir com melhorias na estratégia de visitação domiciliar e a oportunidade de reflexão e reestruturação das experiências vividas

Confidencialidade: A entrevista é gravada em áudio para evitar a perda das informações ditas. Após, esta gravação é transcrita e transformada em um texto para ser analisado. A entrevista é desenvolvida em local, data e horário escolhidos em comum acordo entre você, a enfermeira e nós pesquisadores, desde que o local garanta conforto, privacidade e tenha o mínimo de interferências. Os arquivos das entrevistas permanecerão guardados comigo e pesquisadores do programa e serão utilizados com a finalidade de pesquisa ou atividades didáticas.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento

obtenham a gravação de voz de minha pessoa e do meu filho para fins de pesquisa científica/educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

Em qualquer etapa do estudo, você poderá entrar em contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é o Dr. Euripedes Miguel, que pode ser encontrado no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 1º andar. Telefone (11) 2661-7594, ou entrar em Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP que é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados, tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você acha que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicada de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP- FMUSP) – Av. Dr. Arnaldo, 251 – 21º andar, sala 36 – tel: (11) 3893 4401 ou 3893 4407. E- mail: cep.fm@usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36 Vila Buarque, 1º andar. Telefone (11) 3397 2464. E-mail: smscep@gmail.com

_____
Assinatura da adolescente ou responsável

Data: / /

_____
Assinatura do pesquisador responsável

Data: / /

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)- ENFERMEIRAS VISITADORAS

Você, que já participa como enfermeira visitadora do estudo **“O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto”**, está sendo convidada a participar do processo de avaliação das visitas domiciliares.

Para coleta de informações será necessária uma entrevista com você e a mãe adolescente, para que possamos identificar os fatores relacionados a adesão ao programa. Você está sendo convidada a colaborar com esta pesquisa, concedendo uma entrevista em conjunto. Pode existir a necessidade de ser entrevistado por mais de uma vez para esclarecimentos ou complementação das informações ofertadas.

Sua participação é voluntária e você quem decide se quer participar ou não. Você tem liberdade para se recusar a participar da entrevista a qualquer momento, se isto acontecer, nada mudará na sua relação com participação no estudo.

Riscos: à dimensão intelectual e social devido à dificuldade e constrangimento em responder aos questionamentos. Sem nenhum dano em relação integridades físicas e de imagem.

Benefícios: contribuir com melhorias na estratégia de visitação domiciliar e a oportunidade de reflexão e reestruturação das experiências vividas

Confidencialidade: A entrevista é gravada em áudio para evitar a perda das informações ditas. Após, esta gravação é transcrita e transformada em um texto para ser analisado. A entrevista é desenvolvida em local, data e horário escolhido em comum acordo entre você, a adolescente e nós pesquisadores, desde que o local garanta conforto, privacidade e tenha o mínimo de interferências. Os arquivos das entrevistas permanecerão guardados comigo e pesquisadores do programa, e serão utilizados com a finalidade de pesquisa ou atividades didáticas.

Eu declaro ter conhecimento das informações contidas neste documento e ter recebido respostas claras às minhas questões a propósito da minha participação na pesquisa e, adicionalmente, declaro ter compreendido o objetivo, a natureza, os riscos e benefícios deste estudo.

Após reflexão e um tempo razoável, eu decidi, livre e voluntariamente, participar deste estudo, permitindo que os pesquisadores relacionados neste documento

obtenham a gravação de voz de minha pessoa e do meu filho para fins de pesquisa científica/ educacional.

Concordo que o material e as informações obtidas relacionadas a minha pessoa possam ser publicados em aulas, congressos, eventos científicos, palestras ou periódicos científicos. Porém, não devo ser identificado por nome ou qualquer outra forma.

Em qualquer etapa do estudo você poderá entrar em contato com os profissionais responsáveis pela pesquisa para esclarecimento de dúvidas. O principal pesquisador é o Dr. Euripedes Miguel, que pode ser encontrado no Departamento de Psiquiatria da Faculdade de Medicina da USP, Rua Dr. Ovídio Pires de Campos, 785, 1º andar. Telefone (11) 2661-7594, ou entrar em Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, é composto por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados, tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você acha que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicada de alguma forma, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (CEP-FMUSP) – Av. Dr. Arnaldo, 251 – 21º andar, sala 36 – tel: (11) 3893 4401 ou 3893 4407. E- mail: cep.fm@usp.br ou o Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, Rua General Jardim, 36 Vila Buarque, 1º andar. Telefone (11) 3397 2464. E-mail: smscep@gmail.com

---

Assinatura da enfermeira

Data: / /

Assinatura do Pesquisador Responsável

Data: / /

ANEXOS

Anexo 1- Parecer Consubstanciado do Conselho de Ética em Pesquisa.

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP**DADOS DA EMENDA**

Título da Pesquisa: O efeito do Programa de Visitação para Jovens Gestantes sobre o desenvolvimento infantil: um estudo piloto

Pesquisador: Eurípedes Constantino Miguel Filho

Área Temática: Genética Humana:

(Trata-se de pesquisa envolvendo Genética Humana que não necessita de análise ética por parte da CONEP;);

Versão: 3

CAAE: 41573015.0.0000.0065

Instituição Proponente: Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

Patrocinador Principal: FUNDAÇÃO MARIA CECILIA SOUTO VIDIGAL
Bill & Melinda Gates Foundation

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.397.051

Apresentação do Projeto:

Trata-se de uma solicitação de extensão da avaliação dos participantes do projeto por mais seis meses. Foram incluídas avaliações no 9º e no 12º meses de vida da criança. Trata-se de um projeto original aprovado em abril de 2015 pelo CEP-FMUSP e que contava inicialmente com financiamento do Grand Challenges do Canadá e da Fundação Maria Cecília Souto Vidigal, através do programa Saving Brains. Com a aprovação de um novo financiamento, da Fundação Bill & Melinda Gates em parceria com o Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq, este segundo financiamento permitiu ampliar o tempo de seguimento e incluir algumas novas medidas como ultrassom abdominal e medidas de crescimento.

Objetivo da Pesquisa:

Os objetivos se mantêm basicamente o mesmo, incorporando novas avaliações no 9º e 12º mês de vida da criança.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

como o anterior

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36

Bairro: PACAEMBU

CEP: 01.246-903

UF: SP

Município: SÃO PAULO

Telefone: (11)3893-4401

E-mail: cep.fm@usp.br

**FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP**

Continuação do Parecer: 1.397.051

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

como o anterior

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

novo TCLE foi apresentado e adequado, tendo incorporado os dois novos períodos de avaliação.

Recomendações:

favorável a aprovação

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Estudo metodologicamente cuidadoso com potenciais resultados muito importante para a área do desenvolvimento infantil.

Considerações Finais a critério do CEP:

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_638583_E1.pdf	07/12/2015 10:18:51		Aceito
Outros	Carta_Alteracoes_Emenda_Nov_2015.pdf	07/12/2015 10:12:52	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	Autorizacao_Coord_Saude_emenda.pdf	07/12/2015 10:11:25	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_versao_2_Emenda_2015.pdf	07/12/2015 10:09:24	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	TA_Versao_2_Nov_2015.pdf	07/12/2015 10:08:35	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_Versao_2_Nov_2015.pdf	07/12/2015 10:07:58	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	Carta_Anuencia_HU_Rossana.pdf	03/12/2015 16:51:53	Eurípedes Constantino Miguel Filho	Aceito
Outros	Anuência SMS_SP.pdf	06/02/2015 14:33:38		Aceito
Folha de Rosto	Programa Visitação Gestantes_Folha Rosto.pdf	06/02/2015 11:49:06		Aceito

Endereço: DOUTOR ARNALDO 251 21º andar sala 36
 Bairro: PACAEMBU CEP: 01.248-903
 UF: SP Município: SÃO PAULO
 Telefone: (11)3893-4401 E-mail: cep.fm@usp.br

FACULDADE DE MEDICINA DA
UNIVERSIDADE DE SÃO
PAULO - FMUSP

Continuação do Parecer: 1.397.051

Outros	Projeto Visitação Gestantes_Anexo 1.pdf	03/02/2015 16:38:54		Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

SAO PAULO, 28 de Janeiro de 2016

Assinado por:

Maria Aparecida Azevedo Koike Folgueira
(Coordenador)