



UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS
FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS

RODRIGO ALMEIDA BASTOS

UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DA EQUIPE DE
SAÚDE NO TRABALHO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO COM
ADOLESCENTES GRÁVIDAS

*A CLINICAL-QUALITATIVE STUDY ON EXPERIENCES OF THE HEALTH
PROVIDERS IN SPECIALIZED OUTPATIENT WORK WITH PREGNANT
ADOLESCENT*

CAMPINAS

2020

RODRIGO ALMEIDA BASTOS

UM ESTUDO CLÍNICO-QUALITATIVO SOBRE AS EXPERIÊNCIAS DA EQUIPE DE
SAÚDE NO TRABALHO AMBULATORIAL ESPECIALIZADO COM
ADOLESCENTES GRÁVIDAS

*A CLINICAL-QUALITATIVE STUDY ON EXPERIENCES OF THE HEALTH
PROVIDERS IN SPECIALIZED OUTPATIENT WORK WITH PREGNANT
ADOLESCENT*

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade
Estadual de Campinas como parte dos requisitos exigidos para a
obtenção do título de Doutor em Ciências da Saúde na área de
concentração em Saúde Materna e Perinatal.

*Thesis presented to the Graduate Program in Gynecology and
Obstetrics of the Faculty of Medical Sciences of the State University of
Campinas as part of the requirements to obtain the title of Doctor of
Health Sciences, concentration area Maternal and Perinatal Health.*

ORIENTADOR: EGBERTO RIBEIRO TURATO

COORIENTADORA: FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA

ESTE ARQUIVO DIGITAL CORRESPONDE À VERSÃO
FINAL DA TESE DEFENDIDA PELO
ALUNO RODRIGO ALMEIDA BASTOS, E ORIENTADO PELO
PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO.

CAMPINAS

2020

Ficha catalográfica
Universidade Estadual de Campinas
Biblioteca da Faculdade de Ciências Médicas
Maristella Soares dos Santos - CRB 8/8402

B297e Bastos, Rodrigo Almeida, 1986-
Um estudo clínico-qualitativo sobre as experiências da equipe de saúde no trabalho ambulatorial especializado com adolescentes grávidas / Rodrigo Almeida Bastos. – Campinas, SP : [s.n.], 2020.

Orientador: Egberto Ribeiro Turato.
Coorientador: Fernanda Garanhani de Castro Surita.
Tese (doutorado) – Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas.

1. Pesquisa qualitativa. 2. Ambiente de trabalho. 3. Saúde do trabalhador. 4. Gravidez na adolescência. 5. Cuidado pré-natal. I. Turato, Egberto Ribeiro, 1954-. II. Surita, Fernanda Garanhani de Castro, 1964-. III. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. IV. Título.

Informações para Biblioteca Digital

Título em outro idioma: A clinical-qualitative study on experiences of the health providers in specialized outpatient work with pregnant adolescent

Palavras-chave em inglês:

Qualitative research

Working environment

Occupational health

Pregnancy in adolescence

Prenatal care

Área de concentração: Saúde Materna e Perinatal

Titulação: Doutor em Ciências da Saúde

Banca examinadora:

Egberto Ribeiro Turato [Orientador]

Eliana Martorano Amaral

Diana Bhadra Andrade Peixoto do Vale

Bruno José Barcellos Fontanella

Rosely Moralez de Figueiredo

Data de defesa: 20-02-2020

Programa de Pós-Graduação: Tocoginecologia

Identificação e informações acadêmicas do(a) aluno(a)

- ORCID do autor: <http://orcid.org/0000-0002-6159-8048>

- Currículo Lattes do autor: <http://lattes.cnpq.br/6839471288346696>

- Agência(s) de fomento e nº(s) de processo(s): CAPES, 001

BANCA EXAMINADORA DA DEFESA DE TESE

RODRIGO ALMEIDA BASTOS

ORIENTADOR: EGBERTO RIBEIRO TURATO

COORIENTADORA: FERNANDA GARANHANI DE CASTRO SURITA

MEMBROS:

- 1. PROF. DR. EGBERTO RIBEIRO TURATO**
 - 2. PROF^a DR^a ELIANA MARTORANO AMARAL**
 - 3. PROF^a. DR^a DIAMA BHADRA ANDRADE PEIXOTO DO VALE**
 - 4. PROF DR. BRUNO JOSÉ BARCELLOS FONTANELLA**
 - 5. PROF^a DR^a ROSELY MORALES DE FIGUEIREDO**
-

Programa de Pós-Graduação em Tocoginecologia da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas

A ata de defesa com as respectivas assinaturas dos membros encontra-se no SIGA/Sistema de Fluxo de Dissertação/Tese e na Secretaria do Programa na FCM.

DATA DA DEFESA: 20/02/2020

Dedico este trabalho àqueles que buscam cuidar de si, aceitando suas virtudes e limites, transfigurando-se em Luz para si e para os outros no efêmero Túnel da vida.

AGRADECIMENTOS

*À Santíssima Trindade,
agradeço por superabundar de Graça a minha estrada, tornando-me lâmpada para
os pés dos meus irmãos, à luz da ciência, dom do teu Santo Espírito.
Por ter posto diante de mim uma porta aberta, que ninguém poderá fechar.*

*À Nossa Senhora da Conceição,
padroeira das cidades de Campinas (SP) e Santa Maria (RS), por abrir teu coração
imaculado para acolher minhas angústias e medos dos novos começos nestas duas
cidades que me acolheram nos últimos 6 anos.*

*À Família,
agradeço por ser um braço divino na Terra, a quem devo a formação, o aprendizado
e a base que tornou todas as minhas potências possíveis.*

*Aos Velhos Amigos,
vocês que não cessam de iluminar minha vida com suas existências.*

*Aos Novos Amigos,
foram meu suporte, motivação e alegria, abrilhantando, cada um ao seu modo, cada
segundo da minha caminhada.*

*Ao Professor Egberto Ribeiro Turato,
pela confiança dispensada à minha proposta de trabalho, pelas oportunidades de
crescimento ao longo deste caminho, pela sua forma singular de me mostrar o quão
melhor eu poderia ser. A parceria acadêmica gerou, certamente, mais do que frutos
acadêmicos. Obrigado, professor.*

*À Professora Fernanda Garanhani de Castro Surita,
pela oportunidade de crescimento ao abrir espaços no CAISM e permitir o
desenvolvimento do meu trabalho de forma interdisciplinar, focada nas demandas do
público alvo desta tese. Obrigado, professora.*

*Aos membros do Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa,
agradeço a oportunidade de aprender e viver com vocês. Compartilhando e
construindo saberes e afetos.*

*Aos membros do Grupo de Pesquisa SARHAS,
pela oportunidade de abrilhantar meus conhecimentos interdisciplinares, dando
suporte teórico e afetivo à minha caminhada.*

*Aos profissionais do Pré-natal de Adolescentes do CAISM,
agradeço por permitirem que suas vidas fossem abertas em busca das potências por
vezes escondidas. Em busca das luzes que seus corações humanos guardam diante
de tantas adversidades profissionais. Suas falas e expressões permitiram que este
trabalho acontecesse e me ensinaram muito.*

À Universidade Estadual de Campinas,

a brilhante academia, onde vivenciei uma das grandes fases da minha vida. Onde construí afetos que jamais serão esquecidos, pessoas e momentos que já fazem parte de mim. Onde aprendi a me reerguer enquanto humano e caminhar com mais força.

A todos e todas, que de alguma forma cruzaram meu caminho, doando e recebendo a Luz que existe dentro de cada um...

Meu mais puro e sincero muito obrigado!

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

“As pessoas sabem aquilo que elas fazem; elas frequentemente sabem o porquê de fazer o que fazem; mas o que elas não sabem é o efeito produzido por aquilo que elas fazem.”

— **Michel Foucault**, *Madness and Civilization: A History of Insanity in the Age of Reason*

RESUMO

Introdução: Lidar com a realidade da gravidez na adolescência envolve lidar com contradições e conflitos na prática clínica, que vão além de protocolos clínicos de atenção. É nesse contexto conflituoso que os profissionais de saúde trabalham sua assistência às gestantes adolescentes e são cobrados a estarem aptos a lidar da melhor forma com tais conflitos. Conhecer a perspectiva destes profissionais diante do diário enfrentamento deste contexto é fundamental para aprimorar a estratégia clínica de atenção à gestante. **Objetivo:** Explorar os significados psicológicos atribuídos pelos profissionais de saúde ao trabalho assistencial junto à gestante adolescente, a partir da estrutura padrão de trabalhos qualitativos publicados internacionalmente na literatura biomédica. **Método:** Foram realizados dois estudos suplementares: um bibliométrico e um de campo. Para o estudo bibliométrico, foi realizado um mapeamento da literatura biomédica e uma análise bibliométrica. Sete pesquisadores trabalharam em diferentes fases do processo. Foram incluídos estudos que se referiam a "*qualitative study*" em seu conteúdo, durante um período de seis meses. Para o estudo de campo, foi utilizado o Método Clínico-Qualitativo. A amostra foi intencional e internamente homogênea, composta por médicos residentes em ginecologia e obstetrícia, bem como as equipes de enfermagem, serviço social e psicologia. A amostra foi fechada pelo critério de exaustão. Foram realizadas 18 entrevistas individuais, semidirigidas de questões abertas em profundidade. Os dados foram analisados através da técnica de Análise de Conteúdo Clínico-Qualitativa. **Resultados:** Como resultados da pesquisa bibliométrica, 1725 estudos foram selecionados. Cinco revistas foram responsáveis por 12,1% de todas as publicações. Os temas de saúde com maior número de publicações incluíram Gestão da Saúde (12%) e Saúde da Mulher (9,8%), enquanto os autores dos estudos tiveram afiliação acadêmica em 76 países diferentes. O tamanho da amostra foi de 11 a 20 participantes (27,13%) e o referencial da Grounded Theory (9,04%), sem mencionar o uso de software (95,3%). Como resultados da pesquisa de campo, foram trabalhados dois grandes temas relacionados à psicodinâmica dos profissionais: a organização do trabalho e o manejo subjetivo. Em relação à organização do trabalho, surgiram três categorias: "Equipe multidisciplinar: Uma faca de dois gumes", "Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes: função de treinamento ou de cuidado?", "Quando o protocolo frustra". Em relação ao manejo subjetivo, os resultados encontram-se em construção. **Conclusões:** A estruturação aprimorada de uma pesquisa qualitativa amplia a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pesquisadores, apoiando, portanto, o gerenciamento de situações clínicas. As conclusões da pesquisa de campo compreendem as relações interpessoais entre profissionais da saúde e adolescentes, bem como o manejo não protocolar dos casos com estas gestantes. A assistência às adolescentes grávidas envolve conflitos, os quais podem ser melhor trabalhados com o suporte de uma organização do trabalho de pré-natal mais efetiva. Isso se reflete diretamente na forma como se maneja clinicamente as diversas demandas emocionais e sociais das adolescentes grávidas.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa. Ambiente de Trabalho. Saúde do Trabalhador. Gravidez na Adolescência. Cuidado Pré-Natal.

ABSTRACT

Introduction: Dealing with the reality of pregnancy in adolescence involves contradictions and conflicts in clinical practice, which go beyond clinical care protocols. In this conflicting context, health providers work with pregnant adolescent and they are required to be able to deal with such dilemmas. Knowing the perspective of these professionals facing the daily confrontation of this context is essential to improve the clinical strategy of attention to pregnant adolescents.

Objective: To explore the psychological meanings attributed by health professionals to work with pregnant adolescents, based on the standard structure of qualitative studies published internationally in the biomedical literature. **Method:** Two different studies were performed: bibliometric and field study. For the bibliometric study, a biomedical literature mapping and bibliometric analysis were performed. Seven researchers worked at different stages of the process. We included studies that referred to "qualitative study" in its content over a six-months period. For the field research, the Clinical Qualitative Method was used. The sample was intentional and homogeneous, composed of medical residents in gynecology and obstetrics, as well as nursing, social work and psychology teams. The sample was closed by the exhaustion criterion. Eighteen Individual in-depth interviews were conducted. Data were analyzed using the Clinical Qualitative Content Analysis technique. **Results:** As a result of bibliometric research, 1725 studies were selected. Five journals accounted for 12.1% of all publications. The health themes with the most publications included Health Management (12%) and Women's Health (9.8%), while the authors of the studies had academic affiliation in 76 different countries. The sample sizes were between 11 and 20 participants (27.13%) and the Grounded Theory framework (9.04%) stood out. As a result of the field research, two major themes emerged from the content analysis and they are related to the psychodynamics of health professionals: work organization and subjective handling. Regarding the organization of work, three categories emerged: "Multidisciplinary Team: A double-edged sword", "Adolescent Prenatal Outpatient Unit: Training or Care?", "When the protocol frustrate". Regarding subjective handling, the results are under construction.

Conclusions: The improved structuring of qualitative research extends effective communication between health professionals and researchers, thus supporting the management of clinical situations. The conclusions of the field research include the interpersonal relation between health professionals and adolescents, as well as the non-protocol handling of cases with pregnant women. Pregnant adolescents care involves conflicts, which can best be managed with the support of a more effective prenatal work organization. This is directly reflected in the clinical handling of the emotional and social demands of pregnant adolescents.

Keywords: Qualitative Research. Working Environment. Occupational Health. Pregnancy in Adolescence. Prenatal Care.

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO	13
2. QUESTÕES INTRODUTÓRIAS	15
2.1 Delimitação do objeto e inserção em Linha de Pesquisa consolidada	15
2.2 Originalidade dos estudos e desafios científicos	16
2.3 Justificativa na Relevância Clínica e Social	17
2.4 A problemática do acesso à saúde de gestantes adolescentes	18
2.5 Ciclos de pobreza e violência entre adolescentes grávidas: desafios para as equipes de saúde	19
2.6 Aspectos psicossociais e enfrentamentos das equipes de saúde na atenção à gestante adolescente	20
2.7 As atitudes dos profissionais da saúde sob o olhar da psicologia da saúde ..	21
2.7.1 Conluio do Anonimato	22
2.7.2 Função Apostólica	23
2.7.3 Atitude Psicoterapêutica	24
3. OBJETIVOS	25
3.1 Objetivo Geral	25
3.2 Objetivos Específicos	25
4. METODOLOGIA	26
4.1 Desenho de Estudo	26
4.1.1 Pesquisa Bibliométrica.....	26
4.1.2 Pesquisa de Campo.....	27
4.2 Participantes da Pesquisa	27
4.3 Seleção dos Sujeitos	28
4.4 Características do Campo de Pesquisa	29
4.5 Método, Técnica de Coleta e Procedimentos	29
4.6 Técnica de tratamento dos dados	30
4.7 Quadro de Referenciais Teóricos	31
5. RESULTADOS	32
5.1 Artigo 1: The structure of qualitative studies: a bibliometric pattern of biomedical literature	33
5.2 Artigo 2: Quando o paciente é mais desafiador que o tratamento: uma análise clínico-qualitativa sobre a organização do trabalho em um ambulatório de pré-natal de adolescente	49
5.3 Artigo 3: Trabalho finalizado ou mais a fazer?: barreiras e facilitadores para o manejo clínico de questões psicossociais com adolescentes grávidas	72
6. DISCUSSÃO GERAL	90

7. CONCLUSÃO	98
8. REFERÊNCIAS.....	99
9. APÊNDICES.....	104
10. ANEXOS	107

1. APRESENTAÇÃO

Este trabalho compõe a Tese de Doutorado intitulada: *“Um estudo clínico-qualitativo sobre as experiências da equipe de saúde no trabalho ambulatorial especializado com adolescentes grávidas”*. A escolha pela configuração no formato de artigos científicos se justifica pela melhor dinâmica que um artigo tem no curso da produção e divulgação de conhecimento. A própria Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) estimula esta dinâmica, quando trata a produção bibliográfica brasileira em Pós-graduação como indicativo de qualidade dos grupos de pesquisa.

Através das publicações presentes nesta Tese, entende-se que os objetivos de produção de conhecimento dos autores estejam alinhados com os da CAPES. Enquanto trabalho vinculado ao Programa de Pós-graduação em Tocoginecologia da Universidade Estadual de Campinas, pretende-se, também, como fruto desta Tese, a contribuição e o estímulo à produção qualitativa dos pesquisadores docentes e discentes do referido programa, para que se percorra o caminho da excelência em pesquisa. Considera-se que a energia dispensada aos trabalhos que compõem esta Tese é passo complementar para se alcançar esta excelência, pois visa a formação de pesquisadores e o exercício da escrita científica para publicações em revistas de alto impacto. Complementar no sentido de que um caminho além das publicações precisa ser pensado, para que haja mudanças concretas nos cenários onde os fenômenos envolvendo os profissionais da saúde - e suas constantes batalhas na manutenção da própria saúde mental - se fazem presentes.

Foi dado, portanto, um enfoque aos significados atribuídos por profissionais da saúde ao seu próprio trabalho. Dessa forma, pode-se entender o que está por trás da inconformidade conceitual entre exigir perfeição técnica/controlar emocional e exigir mais humanidade nas ações destes profissionais. Um humano perfeito? Um herói constante? Ou um “humano demasiado humano” com potências, mas com limites? Nesse sentido, esta Tese foi construída no esforço de também atingir o âmbito burocrático institucional, agregando valor à prática clínica daqueles profissionais que são a linha de frente do processo de trabalho assistencial em saúde.

Considerando tais contextos prático e ético, a Tese foi configurada em capítulos. O primeiro capítulo refere-se a esta breve apresentação, visando preparar o leitor para o tema de forma geral. No segundo e terceiro capítulos, temos uma introdução, abordando de forma filosófica e científica as teorias que embasam os argumentos e as discussões ao longo de todo o trabalho, finalizando com a descrição dos objetivos. O quarto capítulo discute questões metodológicas, descrevendo e especificando os métodos utilizados para a busca e análise dos resultados da pesquisa de campo e da pesquisa bibliométrica. O quinto capítulo se preocupou em distribuir os resultados desta pesquisa, a saber: um estudo bibliométrico sobre a estrutura das pesquisas

qualitativa publicadas internacionalmente e dois artigos originais. O sexto e sétimo capítulos são a Discussão geral e a Conclusão geral da Tese, onde se retomam algumas questões de pesquisa integrando os resultados encontrados. Finalizamos a Tese com as referências gerais, bem como anexos e apêndices. O esforço é para que haja cadência de ideias, desde as críticas subjetivas até ao campo de prática clínica.

Por fim, importa apresentar o autor desta Tese, cuja trajetória pessoal, acadêmica e profissional na saúde permitiram desenvolver a atitude científica necessária para a construção deste trabalho.

O autor é enfermeiro pela Universidade Estadual de Feira de Santana (UEFS), formado desde 2010, onde iniciou-se na prática de ciências em Saúde, com vínculo de 4 anos no Núcleo de Epidemiologia. Foi onde desenvolveu os primeiros estudos e pesquisa em saúde mental e ocupacional, sendo pesquisador IC FAPESB (2007/2008 e 2008/2009). Realizou, neste período, aprofundamento científico e epidemiológico em intercâmbio de 1 ano com a Universidade de Évora (UE - Portugal). Junto à UE, realizou voluntariado técnico-científico em saúde ocupacional no Hospital do Espírito Santo de Évora, na cidade de Évora, e no Hospital Curry Cabral, em Lisboa. Ao término da graduação, somaram-se 5 anos de dedicação científica à saúde mental e ocupacional.

A trajetória acadêmica do autor foi interrompida por um período de 2 anos, quando se dedicou à Supervisão do setor de Saúde Ocupacional do Serviço Social da Indústria (SESI-BA). Foi um período de aplicação prática dos conhecimentos científicos aos quais o autor já se sentia familiarizado em teoria e prática, bem como na gestão da saúde. O retorno às atividades acadêmicas foi como professor especialista do curso de Enfermagem de uma Faculdade particular, onde lecionou por 2 anos, até iniciar o Mestrado em Psicologia na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Foi Pesquisador FAPERGS (2014/2015) junto ao Núcleo de Estudos Interdisciplinares em Saúde. A pesquisa qualitativa em saúde foi o caminho utilizado na dissertação, que teve como objeto de estudo o Cuidado de Si das equipes de saúde que trabalham com pacientes em processo de morte, resultando em 5 artigos. Até o momento em que esta Tese é escrita, esta dissertação de mestrado resultou em 3 publicações em revistas nacionais e internacionais. O amadurecimento científico tem sido construído no curso deste Doutorado, onde é Pesquisador CAPES (2017/2020) em dedicação exclusiva e consultor *Ad-Hoc* de periódicos na área de Saúde, dentre eles: Revista Baiana de Enfermagem (UFBA), Revista de Enfermagem da UFSM, Revista de Saúde Coletiva da UEFS, Revista Interface e Revista Bioética.

A Tese que ofertamos a partir de agora é fruto de toda essa trajetória, pessoal e profissional, cuja essência maior é o especial apreço ao cuidado da saúde dos trabalhadores da saúde.

2. QUESTÕES INTRODUTÓRIAS

2.1 Delimitação do objeto e inserção em Linha de Pesquisa consolidada

Esta Tese delimita-se ao estudo das experiências da equipe de enfermagem, médicos residentes, psicólogos e assistentes sociais do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/Unicamp), ao trabalho ambulatorial prestado a adolescentes gestantes, em atenção terciária. Este recorte se deu a partir da oportunidade de aprofundar um tema, cuja demanda surgiu do próprio ambulatório de pré-natal de adolescentes do CAISM. Ao atender a demanda de adolescentes gestantes nos consultórios, a rede de profissionais que participam da atenção a estas mulheres percebeu que protocolos de assistência não dão conta da carga subjetiva que este tipo de atendimento carrega. Oportunizar que a perspectiva profissional seja compreendida e que os significados dessa assistência sejam trazidos à discussão, permitirá o desenvolvimento de suporte subjetivo ou estrutural, necessários para manejar as demandas dessa assistência.

Este trabalho filia-se ao Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ), fundado em 1997 e mantido sob liderança do professor-supervisor desta Tese. É certificado pela UNICAMP e credenciado junto ao CNPq. Atualmente conta com cerca de três dezenas de membros cadastrados, entre pesquisadores-doutores e estudantes em pesquisas dos diversos níveis hierárquicos (iniciação científica, mestrado, doutorado).¹

O vínculo desta Tese é na Linha 'Estudos Clínico-Qualitativos no Campo Assistencial da Saúde'. Esta Linha busca interpretar relatos de sujeitos adultos - pacientes, familiares ou profissionais da saúde - sobre sentidos e significados psicológicos que eles atribuem a fenômenos vivenciados/observados na relação com o adoecimento e/ou os cuidados com a saúde (manejo da experiência subjetiva de 'não estar bem', organização do cotidiano frente ao diagnóstico e/ou terapêutica, aderência a tratamentos/prevenção, acesso aos serviços). A coleta de dados ocorre com entrevistas semidirigidas, tendo como campos de pesquisa os serviços de psiquiatria e de ginecologia/obstetrícia, seja em atenção primária ou hospital público universitário: ambulatoriais, de internação e de emergência. Emprega o Método Clínico-Qualitativo, uma particularização dos métodos qualitativos genéricos das ciências humanas, adaptado a settings assistenciais, usando análise de conteúdo para o conjunto das entrevistas transcritas e interpretando resultados à luz de quadro teórico de referências da Psicologia da Saúde.

De forma suplementar, esta Tese se vincula também a um método bibliométrico, para fins de mapeamento de variáveis estruturais das pesquisas qualitativas na literatura biomédica. A complementaridade de ambos os métodos

¹Espelho de descrição do Grupo de Pesquisa LPCQ:
<http://dgp.cnpq.br/dgp/espelhogrupo/5233247069855863>.

existe a partir do entendimento de que ambos são independentes um do outro – portanto, não complementares -, porém aprimoram um ao outro.

Importa dizer, esta introdução, inicialmente, aproximará o leitor do contexto da gravidez na adolescência enquanto uma questão de saúde pública internacional, bem como das demandas psicossociais que rodeiam estas mulheres. Em sequência, refletimos sobre a relação dos serviços de saúde com essas adolescentes e sobre os enfrentamentos das equipes de saúde na relação direta com elas. Por fim, exploramos alguns conceitos-chave do referencial teórico que utilizamos para discutir os resultados desta Tese.

2.2 Originalidade dos estudos e desafios científicos

A presente Tese explorou as experiências de profissionais da saúde em seu trabalho com adolescentes grávidas. Trata-se de explorar o trabalho de um problema de saúde pública internacional, tratado como prioridade pela Organização Mundial da Saúde, visto que envolve diversos indicadores relacionados a riscos elevados de maus resultados maternos e infantis.^{1,2} Nesse sentido, os fenômenos que envolvem a gravidez na adolescência são de abrangência universal. Segundo dados da World Health Organization (WHO), cerca de 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano. Desses processos gravídicos, 95% ocorrem em países de baixo ou médio desenvolvimento. Na América Latina a taxa de nascimento a cada 1000 adolescentes é de 77 por 1000 no México, e de 71 por 1000 no Brasil.³

No Brasil, esse tipo de recorte de estudo é ainda mais importante, onde os nascimentos de mães com menos de 19 anos tiveram crescimento até os primeiros anos do século XXI. Observando as últimas 2 décadas, mais de 13 milhões de adolescentes entre 10 e 19 anos engravidaram.⁴ Neste contexto estão as equipes de saúde, as quais lidam com a realidade da gravidez na adolescência, suas contradições e dilemas, que vão além de protocolos clínicos de atenção.⁵ É nesse contexto conflituoso que os profissionais de saúde trabalham sua assistência às gestantes adolescentes e são cobrados a estarem aptos a lidar da melhor forma com tais dilemas.

Nessa esfera de atenção, onde o manejo de questões subjetivas pode ser exigido tanto quanto o manejo clínico, a avaliação apenas sob a égide de conceitos epidemiológicos pode não evidenciar suas reais importâncias na vida e trabalho dos profissionais da saúde. As questões que envolvem o trabalho das equipes de saúde com adolescentes grávidas transitam pela esfera da atenção a questões sociais, culturais, emocionais e às políticas públicas. Diante disso, ao comparar experiências de trabalho tão diferentes, embora expostos a semelhantes barreiras e facilitadores, as análises estatísticas parecem não levar em conta que a elaboração emocional de todos os aspectos envolvidos, influenciarão as respostas assinaladas em todos os questionários autoaplicáveis. Nesse contexto, a ausência de um aprofundamento nas questões psicodinâmicas, nas discussões sobre o trabalho com adolescentes

grávidas, pode levar a uma culpabilização dos profissionais.⁶ Isso porque, a dificuldade de se aprofundar no manejo de questões psicossociais leva a um trabalho focado em cumprimento de protocolos, trazendo uma lacuna nas estratégias de atenção às adolescentes e de ensino em saúde.

Nesse sentido, a percepção que estes profissionais têm acerca das experiências de trabalhar em um ambulatório especializado de pré-natal de adolescentes, acaba não sendo contemplada em estudos quantitativos. Este estudo superou esta lacuna ao buscar compreender a experiência vivida pelos profissionais. Por fim, consideram-se potenciais leitores e consumidores dos resultados desta Tese:

1) profissionais e pesquisadores, em particular aos da área de saúde da mulher e saúde ocupacional, uma vez que se busca oportunizar a discussão sobre uma abordagem reflexiva por parte do cuidador diante de gestantes adolescentes;

2) gestores dos serviços de saúde da mulher, saúde do trabalhador, psicologia e assistência social.

3) adolescentes gestantes e família em possível material futuro gerado para esta população.

2.3 Justificativa na Relevância Clínica e Social

É importante observar que não se trata de ter levantado quais são as repercussões emocionais que o trabalho com adolescentes grávidas provoca nos profissionais, em um contexto de atenção terciária. Trata-se, sim, de entender que significados são atribuídos à organização do trabalho e às necessidades de manejo subjetivo, dadas as demandas psicossociais das adolescentes na atenção terciária. Isso envolveu entender como a equipe de saúde percebeu essas demandas, o que pensam sobre elas e quais as questões emocionais envolvidas nas barreiras ou facilidades deste trabalho. Este foi um estudo sobre o que é vivido. O interesse não se restringe unicamente à vivência particular de um determinado profissional da saúde em um determinado contexto de trabalho. O interesse é, portanto, saber como diferentes profissionais vivem a experiência de lidar com as demandas psicossociais de um tipo de atendimento comum a todos eles; como é ser um profissional da saúde que enfrenta as angústias psicossociais da sua paciente, enquanto dado clínico. Esse conhecimento é fundamental para que serviços de atenção a estas mulheres sejam adequados a recebê-las ou a buscá-las em suas realidades.

A partir dos relatos e da identificação dos significados apontados, os resultados desta Tese poderão clarificar aspectos pertinentes a muitos outros profissionais, que possivelmente se identifiquem em contextos semelhantes de trabalho. É o que no método clínico-qualitativo chamamos de “generalização a posteriori”. Dessa forma, os relatos foram interpretados e discutidos como

forma de instrumentalizar as equipes e serviços com conhecimentos pertinentes às experiências de quem vive o problema.

2.4 A problemática do acesso à saúde de gestantes adolescentes

A definição internacional para adolescentes diz respeito a indivíduos entre 10 e 19 anos, os quais compreendem 18% da população mundial.⁷ É uma população considerada vulnerável em razão de riscos subestimados, especialmente na área da saúde sexual e reprodutiva.^{8,9} Em muitos países europeus, apesar da redução dos índices de gravidez na adolescência, existe grande investimento e incentivo internacional para planos de ação na área da saúde sexual e reprodutiva,¹⁰ por conta das ainda elevadas taxas. Por outro lado, os Estados Unidos têm apresentado taxas mais elevadas de gravidez na adolescência, comparado a outros países desenvolvidos, porém como menores incentivos a programas de prevenção a gravidez na adolescência. Por consequência, e por ainda impor restrições ao acesso a serviços de saúde reprodutivas, os índices americanos de nascimentos prematuros e morbimortalidade neonatal estão em ascensão.¹⁰⁻¹²

Esses números são ainda mais preocupantes quando olhamos para os países de baixa e média renda. Um estudo que comparou taxas de mortalidade materna entre adolescentes e mulheres de outras faixas etárias em mais de 144 países, observou que noventa e nove por cento das mortes maternas na adolescência ocorrem em países de baixa e média renda.^{13,14} Nesses países, existe uma maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde materna de qualidade, visto que a realidade de desfavorecimento socioeconômico é fator mais evidente de ameaça à saúde das adolescentes grávidas.¹⁵

Nesse sentido, os estudos observam que grande parte das complicações gestacionais nas adolescentes podem ser prevenidas através da melhoria do acesso a serviços de pré-natal. Por conseguinte, a qualidade desse acesso depende diretamente do entendimento das barreiras socioeconômicas pelas quais essas adolescentes e famílias têm de atravessar.¹⁴

A adaptação dos serviços de saúde materna às necessidades de assistência às adolescentes grávidas, é fundamental para reduzir as morbidades e mortalidades relacionadas à gravidez da adolescente.¹³ Isso significa ter equipes que entendam a realidade destas gestantes e compreendam as demandas advindas dessas realidades, enquanto um dado clínico. Isso vai ao encontro dos objetivos de desenvolvimento do milênio, em sua agenda pós-2015, que foca na melhoria da saúde das adolescentes descritas como “deixadas para trás”.^{3,14} Para tanto, pesquisas que visem entender melhor as barreiras e facilitadores dos serviços de saúde materna, bem como das equipes de saúde devem ser incentivadas. A percepção das equipes sobre as adolescentes que engravidam gera dados fundamentais para o atendimento das necessidades deste grupo vulnerável.

2.5 Ciclos de pobreza e violência entre adolescentes grávidas: desafios para as equipes de saúde

Sob a perspectiva da adolescente, estudos observam que o significado da gravidez varia de acordo com o contexto social da mulher. A baixa perspectiva de inserção no mercado de trabalho e os compromissos sociais para com a comunidade em que vive, transforma a ideia de ser mãe em uma oportunidade social e um objetivo de vida.^{16,17} Outro fator importante de ser observado é relacionado ao exercício da atividade sexual, estimulado por comportamentos midiáticos, aflorando-se com maior intensidade em relação a gerações anteriores. Isso influencia as atitudes sociais das adolescentes e as políticas públicas de saúde, com a difusão dos métodos contraceptivos ou protocolos de assistência pré-natal.¹⁸

Nesse sentido, a maternidade no período da adolescência chama a atenção para debates políticos e para questões que têm sido alvo de estudos de diferentes áreas do conhecimento. Dentre os debates discutidos nestas searas estão os relacionados à saúde pública, para a qual a gravidez na adolescência é considerada um problema, visto que causa riscos para o desenvolvimento da criança em gestação e da própria adolescente.⁵ Face às especificidades do atendimento a adolescentes gestantes, estudos destacam aspectos que influenciam na adequação da adolescente a esta condição, as quais interferem em seu meio biológico e psicossocial. Dentre os aspectos, o apoio da família, o atendimento pré-natal e educação em saúde se destacam como fundamentais na construção de um processo gravídico saudável.^{5,17,18} Todos estes aspectos são observados diretamente pelos profissionais da saúde, que trabalham na rede de atenção à adolescente gestante e sua família.

O planejamento da gestação por vezes ocorre em algumas realidades, porém a grande maioria dos adolescentes engravidam como consequência de uma situação social desfavorável.¹⁹ A situação de pobreza e a vivência em áreas de difícil acesso a cuidados de saúde estão associadas às taxas elevadas de gestação. Somado a esta realidade, questões culturais como casamento precoce e educação sexual/reprodutiva limitada ou inexistente agravam a tendência de risco quanto a saúde reprodutiva.^{20,21}

Nos países de baixa e média renda, essas adolescentes se concentram nas periferias das cidades, mantendo ou agravando seu estado de vulnerabilidade. Nessa realidade, as meninas não podem acessar os serviços de saúde também por serem ameaçadas por companheiros ou familiares, cujas crenças e tradições desaprovam a ideia de exposição do corpo.²² Outras adolescentes solteiras podem ter dificuldade de acesso a contracepção não apenas por falta de conhecimento da técnica ou ausência de serviço, mas pela família achar inadequado o sexo antes do casamento.^{23,24} Nesse sentido, a ideia de entender as percepções dessas adolescentes passa a ser tão importante quanto os dados epidemiológicos da realidade da gravidez na adolescência. Muitas questões de acesso e riscos biopsicossociais estão

relacionados a questões de ordem individual, que só podem ser compreendidas a partir da análise qualitativa dos relatos.

Estas realidades chegam ao sistema de saúde como desafios, visto que não é apenas questão de identificação da realidade epidemiológica, mas de entendimento do fenômeno em sua complexidade. Os serviços de saúde devem compreender a melhor forma de acessar estas adolescentes, adequando os serviços e as estratégias a partir da realidade e dificuldades que essas meninas enfrentam. Esta adequação deve ser tanto em nível de estratégias comunitárias quanto em nível de relação interpessoal com cada profissional envolvido.

2.6 Aspectos psicossociais e enfrentamentos das equipes de saúde na atenção à gestante adolescente

Mais do que um olhar orgânico sobre os riscos que envolvem a gestação entre as adolescentes, o significado da gravidez varia muito de acordo com o contexto social em que a adolescente está inserida. Por ser considerado um período de construção social, biológico e psíquico, é tratado como um período de vulnerabilidade e risco. Nesse sentido, a gravidez na adolescência é considerada, em nível de assistência à saúde, perigosa e inapropriada, dada a probabilidade de danos individuais e sociais.^{17,25}

Este é o panorama psicossocial que segue subjetivamente as adolescentes gestantes, assistidas nos serviços de atenção à saúde, e com o qual os profissionais de saúde responsáveis pela rede de atenção precisam estar atentos. Assistir à gestação da vida em uma mulher em formação necessita mais do que técnicas e sistematizações. Tem relação com enfrentamento de conflitos que vão além dos protocolos de assistência.

Nesse contexto, o olhar da gestão em saúde sobre a maternidade no período da adolescência atenta-se para debates políticos e para questões que têm sido alvo de estudos de diferentes áreas do conhecimento. Dentre os debates discorridos nestas searas estão os relacionados à saúde pública, para a qual a gravidez na adolescência é considerada um problema, visto que causa riscos para o desenvolvimento da criança em gestação e da própria adolescente.⁵

Existe uma tendência na literatura científica internacional, em problematizar fenômenos relacionados às complicações orgânicas gestacionais e atenção à saúde, sob a perspectiva da adolescente gestante e família.^{5,15,16,18,21} Importa observar que esta tendência cresce entre estudos que abordam as questões psicossociais envolvendo a gravidez na adolescência, tanto para a gestante e família quanto para a comunidade na qual ela está inserida. Percebeu-se, dessa forma, a importância das problemáticas envolvendo a gravidez na adolescência no âmbito assistencial. No entanto, poucos estudos foram encontrados sobre a perspectiva metodológica qualitativa dos profissionais de saúde na atenção a esta gestante adolescente.

Perspectivas que vão além de protocolos assistenciais, mas que levem em conta os significados psicológicos para os profissionais em atender mulheres em transição emocional, habitualmente vista em adolescentes, lidando ainda com uma nova vida que está sendo gerada por ela e nela.

Face às especificidades do atendimento a adolescentes gestantes, estudos destacam aspectos que influenciam na adequação da adolescente a esta condição, as quais interferem em seu meio biológico e psicossocial. Dentre os aspectos, o apoio da família, o atendimento pré-natal e educação em saúde se destacam como fundamentais na construção de um processo gravídico saudável.^{5,17,18} Todos estes aspectos são observados diretamente pelos profissionais da saúde, que trabalham na rede de atenção à adolescente gestante e sua família.

A assistência à saúde dessas gestantes, desenvolvida em unidades especializadas, utiliza, geralmente, modelo tradicional, o qual está centrado no trabalho de especialistas.²⁶ A ideia é que cada especialista seja responsável pelos problemas relacionados à sua área de atuação, centrando esta atenção no atendimento médico. Essa centralização se deve ao fato deste modelo priorizar a atenção organicista, deixando, em geral, como segundo plano os cuidados preventivos de caráter subjetivo e social.²⁶⁻²⁸ Essas três características - biológica, subjetiva e social - são trabalhadas na rede de atenção por médicos, equipe de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos.

Através da ótica do profissional, em geral, este modelo de atenção curativo causa sobrecarga no trabalho. Há sobrecarga física, relacionada à centralização da assistência em um especialista e há sobrecarga moral, relacionada à exposição desses profissionais às questões subjetivas e sociais, às quais os protocolos de assistência nem sempre dão conta de responder.^{26,27} Em meio a estes protocolos limitados de assistência, soma-se um modelo tradicional de assistência, onde há uma tendência de maior proximidade com a relação queixa-conduta. Nesse sentido, a atenção à adolescente gestante torna-se um processo de difícil relação clínica e social, bem como de pouca motivação à reflexão pelo profissional, privilegiando-se do saber instituído em detrimento de novas possibilidades de pensar o cuidado.²⁸

2.7 As atitudes dos profissionais da saúde sob o olhar da psicologia da saúde

As atitudes referidas neste capítulo, bem como as discutidas ao longo de toda a Tese, têm como guia teórico os processos psicodinâmicos da clínica em saúde discutidos por Michael Balint. Dessa forma, as atitudes dos profissionais poderão ser aprofundadas no que tange o manejo subjetivo das relações clínicas.

De fato, este é o primeiro conceito que procuramos refletir à luz de Balint²⁹: quando as relações clínicas entre profissional de saúde e paciente demandem experiências afetivas, enquanto dado clínico, a atitude do

profissional será a principal ferramenta terapêutica de manejo do caso. Na prática, significa dizer que demandas subjetivas dos pacientes exigem do profissional atitudes psicodinâmicas, que favoreçam o entendimento e acolhimento dessas demandas. Essas atitudes são igualmente subjetivas, e passam a ser tão importantes quanto a própria postura protocolar de conduta clínica. Desse modo, Balint observa as atitudes dos profissionais da saúde, metaforicamente, como um tipo de fármaco a ser empregado na condução do caso, e pontua que “a droga mais frequentemente utilizada na clínica deve ser o próprio médico, o modo como o médico oferece a si mesmo, ainda não existe farmacologia a respeito de tão importante substância”.²⁹ O que Balint traz sobre a prática dos seus colegas médicos, aqui ampliamos para os profissionais da saúde de forma geral.

Isso posto, delimitamos alguns conceitos importantes sobre as atitudes dos profissionais da saúde, a partir da obra de Balint, os quais sustentaram as discussões sobre organizações de trabalho e manejo subjetivo ao longo dos resultados desta Tese.

2.7.1 Conluio do Anonimato

Não raramente, questões de ordem psicossocial têm uma interferência importante no desenvolvimento do quadro clínico dos indivíduos em atenção à saúde. Nesses casos, o desafio do profissional da saúde, além do próprio manejo clínico do caso, é entender o seu papel no manejo dessas questões psicossociais. Diante desse desafio, é frequente a ideia de insegurança sobre as próprias ações terapêuticas e os resultados esperados. O paciente coloca diante do profissional uma demanda subjetiva, a qual torna turva a relação causal com a condição clínica então assistida. A consequência deste processo, é uma cadeia desconcertante de encaminhamentos e de fragmentação do caso, provocando uma difusão de saberes e de responsabilidades sobre o paciente. A esse processo, Balint²⁹ entendeu como um conluio, construído de forma não consciente, entre os profissionais que sofrem uma crise de desconfiança sobre a ideia de conduzir e dar desfecho ao caso. Nesse conluio, paira a dúvida sobre quem é o profissional responsável pelo paciente; um grupo de especialistas anônimos ao processo decisório, formando o conluio do anonimato.

Na prática, o conluio do anonimato se torna evidente nas tomadas de decisões, quando nenhum profissional da equipe assume, de fato, a responsabilidade por essas decisões, de forma integral. Essa postura de repasse de responsabilidade ocorre quando os profissionais não encontram, por si só, respostas conclusivas sobre o caso.

Através dessa visão psicodinâmica, diante de um caso angustiante com poucas respostas, é possível observar um grande investimento de energia mental por parte dos profissionais, sem retorno em forma de resultados. Isso gera graus de fragilidade nas relações interpessoais profissional-paciente e no

próprio tratamento. No entanto, apesar deste desgaste mental, os profissionais dificilmente traduzem esta angústia em fato a ser trabalhado. Essa contradição, entre a angústia de não saber o que fazer e os encaminhamentos para entendimento do caso, é mantida por uma postura frequente entre os profissionais da saúde, denominada de Função Apostólica.

2.7.2 Função Apostólica

Historicamente, os profissionais da saúde partem de uma ideia de exercício de poder na execução de ações em saúde e na relação com seu paciente.³⁰ Na prática, tal premissa é expressa na quase inabalável ideia prévia sobre o modo como cada sujeito deve agir, ao lhe ofertar uma queixa. Essa ideia que o profissional da saúde desenvolve, na intenção de ser um condutor irrefutável em saberes e técnica, Balint²⁹ denominou como Função Apostólica.

“Era como se cada médico possuísse o conhecimento revelado do que os pacientes deviam e não deviam esperar e suportar, e além disso, como se tivesse o sagrado dever de converter à sua fé todos os incrédulos e ignorantes entre seus pacientes. Precisamente por esta razão surge a ideia de aplicar-lhe o nome de função apostólica” (p.162).

Esse pensamento prévio sobre a ação esperada do paciente é alimentado, ainda, quando esse sujeito assistido tem uma ideia de culpa sobre sua condição clínica. O sujeito descreve a sua queixa, suas demandas subjetivas, de forma a fazer do profissional da saúde um “padre confessor”. Na prática, essa relação de confissão e absolvição a partir da condição clínica do sujeito, pode tornar a relação interpessoal profissional-paciente angustiante, visto que a ideia de “não-saber” do profissional da saúde se torna um peso. Este profissional, portanto, agirá de forma tal, a sempre ter que dar respostas, mesmo que elas não estejam claras ou os encaminhamentos não estejam sendo efetivos.

Essa ideia de exercício de poder sobre os corpos foi também discutida pelo psicólogo e filósofo francês Michel Foucault.³¹ O filósofo discutiu o nascimento da clínica a partir da ideia de biopolítica, ou seja, a prática em saúde como ferramenta de uma política sobre a vida e um controle sobre as formas de agir da população.

Por fim, no processo clínico, o profissional da saúde tenderá a entender sua resposta como a mais adequada, tornando o paciente, aos olhos deste profissional, aquele que deve aceitar os “mandamentos” pregados; o profissional deve convertê-lo à sua “fé”. O paciente, por sua vez, se vê obrigado a seguir nesse caminho para conseguir a expiação da sua culpa pela condição clínica, ou encontrar outro profissional que tenha mandamentos mais exequíveis. Todo esse processo, apesar da linguagem metafórica, tem consequências muito concretas nas relações clínicas, as quais ficam sujeitas a serem permeadas por angústias de ambas as partes. A cada queixa, seja

clínica ou subjetiva, o paciente esperará que o profissional o submeta a tantos exames, procedimentos ou tratamentos quanto possíveis. Não apenas o sistema de saúde será afetado, mas a própria ideia de intervenção em saúde na relação com cada paciente, favorecendo a angústia de não conseguir tornar o tratamento fluido e integral.

2.7.3 Atitude Psicoterapêutica

As expressões emocionais na relação profissional de saúde-paciente constantemente desvendam fatores subjetivos, que diretamente interferem nas condições clínicas encontradas. Essas expressões dificilmente são assinaladas em prontuário justamente por não serem dados objetivos, apesar de serem dados clínicos importantes na condução do caso. Ao ter uma postura de considerar os aspectos emocionais como forma de manejo de caso, o profissional adota uma atitude de acolhimento de angústias nem sempre observáveis na condução meramente clínica. Essa atitude, Balint desenvolveu conceitualmente com o nome de Atitude Psicoterapêutica.

Longe de ser uma modalidade de terapia durante uma consulta clínica, a atitude psicoterapêutica diz respeito a uma dada postura do profissional da saúde. Postura essa que denota uma forma autêntica e verdadeira de respeitar e dar crédito às demandas do sujeito que as manifesta na relação clínica. Na prática, o profissional prescreve a si mesmo como uma estratégia de intervenção e manejo de questões subjetivas.²⁹

A psicodinâmica da atenção à saúde, desenvolvida por Balint, entende a prática clínica em geral também sob a ótica transferencial e contratransferencial, observadas na psicanálise. Significa dizer que a relação que o paciente tem com o profissional e a forma pela qual o profissional administra a si mesmo ao paciente têm repercussões importantes em diagnósticos, terapêuticos e prognósticos.

Em um processo clínico, onde a atitude psicoterapêutica é utilizada como ferramenta de manejo, a orientação de Balint é de não apressar a solução do caso apenas pelas palavras do paciente. Significa dizer que o profissional deve problematizar o que foi dito, visto que as palavras do paciente falam da experiência deste paciente com sua condição clínica e não dos critérios biológicos da condição em questão. Nesse caminho, a escuta do profissional será uma ferramenta fundamental e constantemente aprimorada, sendo fonte de sugestão direta de Balint aos profissionais da saúde: “quando em dúvida, não se apresse e escute”.²⁹

No contexto de todos os aspectos explorados até então, a questão que provocou esta investigação foi: como a equipe de saúde de um ambulatório especializado de pré-natal de adolescentes maneja as questões subjetivas relacionadas à assistência às gestantes, sob a perspectiva de médicos residentes, equipe de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos?

3. OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Explorar os significados psicológicos atribuídos pelos profissionais de saúde ao trabalho assistencial junto à gestante adolescente, a partir da estrutura padrão de trabalhos qualitativos publicados internacionalmente na literatura biomédica.

3.2 Objetivos Específicos

Explorar as variáveis bibliométricas e as tendências na estrutura de pesquisas qualitativas na literatura biomédica;

Explorar aspectos da organização do trabalho em um ambulatório de pré-natal de adolescentes, a partir dos relatos dos profissionais de saúde envolvidos nesse trabalho;

Explorar aspectos do manejo de questões psicossociais no atendimento às adolescentes grávidas, a partir dos relatos dos profissionais de saúde envolvidos nesse atendimento.

4. METODOLOGIA

4.1 Desenho de Estudo

Esta pesquisa foi realizada em dois momentos distintos com metodologias próprias: o primeiro dedicou-se a um estudo bibliométrico sobre a estrutura dos estudos qualitativos publicados na literatura biomédica. Posteriormente, foi realizada a pesquisa de campo, através do método clínico-qualitativo.

4.1.1 Pesquisa Bibliométrica

Para que os objetivos desta Tese se cumprissem e os resultados fossem apresentados com características internacionais de qualidade e estrutura, o pesquisador buscou explorar os padrões bibliométricos das pesquisas qualitativas publicadas na literatura biomédica. O interesse em desenvolver, como parte desta tese, uma análise bibliométrica, partiu da necessidade de direcionar a escrita e estrutura dos resultados de pesquisas qualitativas para a linguagem e estrutura exigidas pelas revistas biomédicas. Interesse este, não apenas para esta tese, mas para ajudar a outros pesquisadores qualitativista da área da Saúde a adequarem suas linguagens subjetiva e estrutura metodológicas ao leitor da saúde. Buscamos, portanto, observar o padrão existente e descrevê-lo. Parte dessa motivação decorreu, também, de diálogos com profissionais assistenciais da saúde, leitores de trabalhos qualitativos, bem como com o orientador deste trabalho.

Nesse sentido, a análise bibliométrica não produz evidência original, mas produz resultados de carácter descritivo, com função de mapeamento de produção e paisagens científicas.^{32,33} Portanto, foi realizada uma busca por artigos publicados em periódicos indexados ao PubMed. O PubMed é o banco de dados internacional mais amplo da literatura biomédica. A busca incluiu o período de janeiro a junho de 2016. Não foram feitos contatos com os autores dos estudos e a literatura cinzenta não foi utilizada. Foram incluídos estudos que se referiam a "*qualitative study*" em seu conteúdo, sejam artigos primários, teóricos ou de revisão, durante um período de seis meses. Artigos quantitativos ou mistos foram excluídos, incluindo aqueles que se referiam a etapas qualitativas.

O gerenciamento da coleta de dados foi realizado no EndNote. A equipe de coleta de dados foi treinada pelo autor principal, que controlou todo o processo. Foi realizado um estudo piloto para melhorar a estratégia de coleta de dados. Para o estudo piloto, 20 artigos foram selecionados aleatoriamente a partir dos filtros. Os 20 resumos foram trabalhados individualmente por dois dos autores deste estudo, que definiram as variáveis. Após o estudo piloto, a coleta de dados foi sistematizada e o trabalho distribuído entre a equipe.

Dez variáveis foram avaliadas e relacionadas a dois eixos: 1) Características dos periódicos e autores; e 2) Características dos estudos qualitativos. As variáveis do 1º eixo foram: periódicos, temas de saúde, áreas

de conhecimento, afiliação acadêmica dos autores e o verbo utilizado no objetivo geral. As variáveis do 2º eixo foram: tamanho da amostra, uso de software, framework, participantes e estratégia de coleta de dados. Todos os dados foram armazenados no Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versão 13.0 para Windows. As análises de frequência e bivariadas foram realizadas com o apoio de um estatístico.

Análises comparativas e de frequência foram realizadas para descrever a estrutura dos artigos e as características dos periódicos e autores dos estudos qualitativos na literatura biomédica.

4.1.2 Pesquisa de Campo

Trata-se de um estudo qualitativo, tendo os sentidos e as significações dos fenômenos como fundamento para a pesquisa e para o pesquisador. Dentro desta abordagem qualitativa, foi proposto o direcionamento desta pesquisa para as peculiaridades do método clínico-qualitativo, descrito por Turato³⁴

O delineamento clínico-qualitativo propõe o reconhecimento do sujeito como portador de angústias e ansiedades, as quais impulsionam ao reconhecimento dos seus próprios desejos, sendo as manifestações existenciais desses sujeitos o foco do pesquisador. Assim sendo, o pesquisador é orientado a uma postura de acolhimento ao sofrimento emocional dos participantes, ao passo que se utiliza de concepções psicanalíticas, valorizando a dinâmica inconsciente. Dessa forma, é de interesse do método valorizar a interação afetiva entre entrevistado-entrevistador e considera como resultado os significados atribuídos pelos participantes aos fenômenos discutidos.³⁴ Assim sendo, o pesquisador se torna um instrumento de pesquisa, mais que um coletor de informações, pois são suas percepções sobre o fenômeno e suas experiências pessoais que permitem o processo de compreensão da realidade que está sendo estudada.

Por todos estes pontos abordados, o método foi elencado pela necessidade de resposta à pergunta de pesquisa, a qual visa a compreensão de significados dos sujeitos, cercados de angústias e ansiedades em suas vivências. Dá-se, pois, papel central à dinâmica subjetiva da realidade estudada.

4.2 Participantes da Pesquisa

Por utilizar a estratégia clínico-qualitativa de pesquisa, não há preocupação com a representatividade da amostra quanto à população geral, podendo ser caracterizada como proposital, intencional ou deliberada.³⁴ O foco é escolher sujeitos aptos a se expressarem sobre o fenômeno estudado, o qual eles vivenciam. Dessa forma, o pesquisador que se propõe a trabalhar com pesquisa qualitativa não define a priori sua amostra. Como discorre Turato,³⁴ os

participantes irão emergir segundo as características e dinâmicas do próprio campo e o tamanho da amostra será percebido ao término da coleta.

Todos os participantes são membros da equipe de saúde do Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes, sendo cada profissional abordado intencionalmente com base nos seguintes critérios: Ser da equipe de médicos residentes em ginecologia e obstetrícia ou pertencer às equipes de enfermagem, psicologia e serviço social. Todos prestam ou prestaram assistência a adolescentes gestantes. Importa referir que o atendimento médico no ambulatório de pré-natal de adolescentes é realizado preferencialmente por residentes, o que favoreceu a escolha desses profissionais como participantes deste estudo.

A proposta previu fechamento amostral por meio da estratégia de exaustão, a partir do grupo de profissionais residentes médicos, equipe de enfermagem, assistentes sociais e psicólogos, com os quais o pesquisador tem acesso direto. A Técnica da Exaustão é entendida como aquela que se propõe a atingir todos os sujeitos elegíveis.^{35,36} Difere da Saturação Teórica de Informações, entendida como o momento em que pesquisador percebe que nenhum dado novo vem sendo acrescentado durante as entrevistas, e as informações passam a apresentar padrões de repetição.³⁵⁻³⁷

4.3 Seleção dos Sujeitos

Critérios de Inclusão:

a) Ser da equipe de médicos residentes em ginecologia e obstetrícia ou pertencer às equipes de enfermagem, psicologia e serviço social, os quais prestam ou tenham prestado assistência a adolescentes gestantes;

b) Manifestar interesse em participar da pesquisa através da concordância e assinatura do TCLE (Apêndice I)

A disposição em elencar poucos critérios de inclusão e a ausência dos critérios de exclusão neste estudo estão de acordo com o enfoque metodológico utilizado. O objeto de estudo e a tradição das pesquisas qualitativas permitem confirmar a fiabilidade dos poucos critérios utilizados. Isso porque a lógica de construção da amostra qualitativa faz-se, a princípio, independente da inclusão ou exclusão de “perfis biodemográficos” dos indivíduos. Nesse contexto metodológico qualitativo, elencar critérios de exclusão perde o sentido que teria em uma pesquisa experimental ou epidemiológica, pois dados sociais e demográficos não interferem na concepção do recorte do tema proposto.

É perceptível, portanto, que uma investigação de episteme qualitativa seja voltada aos nexos de sentido, não buscando fazer mensurações ou nexos causais. No entanto, registrar dados de natureza sociodemográfica durante as entrevistas se fez interessante pelo fato de estes dados terem potência de ganhar nexos de sentido durante a discussão dos resultados, ou seja, a posteriori.

4.4 Características do Campo de Pesquisa

Este estudo aconteceu no Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). É um hospital universitário de nível terciário e quaternário do Sistema Único de Saúde (SUS), cujo objetivo é atender mulheres nas áreas de Ginecologia, Obstetrícia, Neonatologia e Oncologia (ginecológica e mamária). Este hospital tem atividades em conjunto com a Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas (FCM-UNICAMP). Até o momento desta pesquisa, o corpo de trabalhadores contava com aproximadamente 2000 pessoas, entre funcionários, docentes, médicos contratados, residentes, discentes e pós-graduandos. Cerca de 5 milhões de pessoas são abarcadas pelo CAISM em mais de 100 municípios da região de Campinas-SP, contabilizando mais de 9.000 pacientes/ano, em uma área de 15 mil m² e 8 prédios. Em relação ao atendimento de gestantes, o pronto atendimento do CAISM realiza o atendimento de cerca de 1000 gestantes por mês. Por ano, são cerca de 3400 partos realizados para gestantes de baixo e alto risco (vaginais e cesáreas). Conta com ambulatórios especializados e unidade de terapia intensiva especializada para casos extremamente graves de obstetrícia. Entre os ambulatórios especializados está o Ambulatório de Pré-Natal e Revisão Puerperal de Adolescentes (PNA).

O PNA atende gestantes com idade até 18 anos incompletos. Seu objetivo é abranger adolescentes com uma demanda especializada das dimensões biológica, social e psicológica. Até o momento desta pesquisa, a equipe de atendimento contava com uma proposta multidisciplinar, e incluía docentes, residentes e alunos de medicina nas áreas de obstetrícia e pediatria, enfermeiros e técnicos de enfermagem, assistentes sociais e psicólogas. Sobre o fluxo previsto de atendimento, a equipe de enfermagem realizaria atendimentos individualizados em todos os agendamentos, e as gestantes seguiam para avaliação, ao menos uma vez, de profissionais da psicologia e assistência social, os quais observavam as necessidades de acompanhamento ao longo da gestação. Logo em seguida, o atendimento médico individualizado era realizado. O ambulatório ocorria semanalmente às terças e quintas-feiras no período da tarde. Além do fluxo de atendimentos, as gestantes passavam por um programa de ações de apoio à maternidade, que incluía visita ao Centro Obstétrico, estímulo ao parto vaginal e ao aleitamento natural e o uso de métodos contraceptivos.

4.5 Método, Técnica de Coleta e Procedimentos

O caminho investigativo adotado nesta pesquisa foi o MCQ – Método Clínico-Qualitativo, lançando mão como recursos para auxiliar a coleta de dados:

- 1) Da entrevista semidirigida com questões abertas e em profundidade, na qual o pesquisador considera elementos contextuais de produção das falas

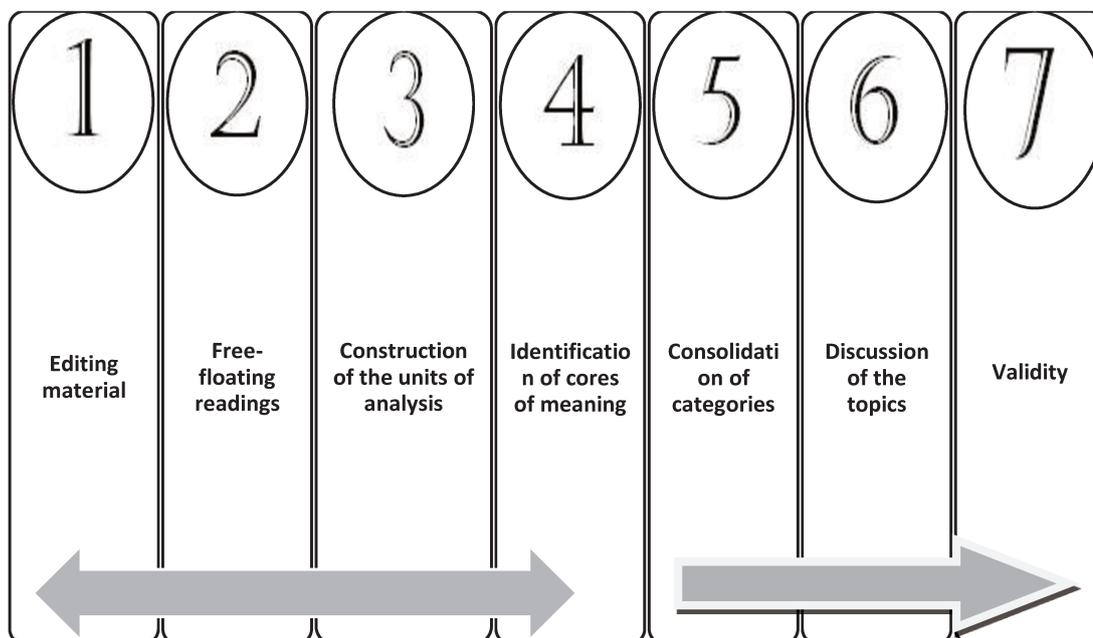
dos participantes. Estes elementos são a leitura não verbal, as condições ambientais e o estímulo à associação livre de ideias. São ferramentas para explorar ou clarificar determinados assuntos, que não engessam o transcurso da entrevista e exigem do entrevistador a habilidade de balizar as informações prestadas com as perguntas previstas no instrumento; e 2) Da observação livre e aberta, e concomitante a auto-observação, que consiste no registro sistematizado do comportamento global do entrevistado durante esse processo. Essas técnicas foram antecedidas por uma fase de aculturação e ambientação, na qual o pesquisador se ocupou de visitas frequentes ao campo, entre agosto e dezembro de 2016, como forma de conhecer e se integrar a dinâmica do setting assistencial onde se operacionalizou a coleta de dados.³⁴

Importa referir que este é um estudo translacional, ou seja, aquele que busca transferir os resultados da pesquisa para a prática clínica.³⁸ É um diferencial importante, visto que responder às questões da prática profissional é objetivo de todas as pesquisas baseadas em evidência. Porém, existe um vácuo de aplicabilidade destas respostas na prática clínica em saúde. Na prática, por ser um estudo translacional, este trabalho visou transformar e integrar a comunidade científica com a comunidade assistencial para preenchimento deste vácuo.³⁸

4.6 Técnica de tratamento dos dados

O tratamento dos dados na pesquisa foi através da Análise Clínico-Qualitativa de Conteúdo.^{34,39} Essa estratégia de análise (Figura 1) envolve um processo de organização, composto por sete etapas: (1) material de edição – todas as entrevistas transcritas; (2) leitura flutuante - o pesquisador faz uma leitura livre das experiências de vida relatadas; (3) construção das unidades de análise - os pesquisadores identificam os significados, selecionam os fragmentos de fala e desenvolvem reflexões iniciais de cada fragmento; (4) construção de códigos de sentido – agrupamento das unidades de análise semelhantes, estruturando, assim, os primeiros códigos de sentido; (5) construção de categorias - organização do material para análise de todos os participantes com vistas ao agrupamento dos códigos de sentido; (6) discussão - um diálogo com a literatura disponível; e (7) validade - reflexão crítica sobre os processos realizados em cada etapa, realizado por todos os autores, utilizando o COREQ-Checklist.

Figura 1: Flow Chart of the Content Analysis



*Figura extraída de Faria-Schutzer, DB, Surita, FGC, Alves, V.L.P, Bastos, RA, Campos, C. J. G., Turato, ER (2019)³⁹

4.7 Quadro de Referenciais Teóricos

A discussão dos dados contou com os subsídios do quadro interdisciplinar de referenciais teóricos que tradicionalmente vem sendo utilizados na fundamentação conceitual da Psicologia da Saúde. Tal aporte se prestou a fundamentação das categorias de análise emergentes, as quais foram interpretadas dentro de uma perspectiva biomédico-psicológica. Nessa perspectiva, foram evidenciados os processos psicossociais adaptativos, funcionamento psicodinâmico e mecanismos de defesas, apreendidos a partir dos núcleos de sentidos, expressos nos recortes das falas.

5. RESULTADOS

Os resultados desta tese são apresentados em formato de artigos. Compõem esse trabalho três artigos:

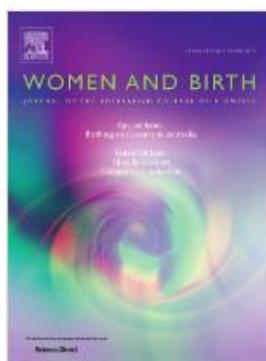
1) Artigo completo submetido à revista *Ciência & Saúde Coletiva*: “The structure of qualitative studies: a bibliometric pattern of biomedical literature”

2) Artigo a ser submetido na revista *Women and Birth*: “Quando o paciente é mais desafiador que o tratamento: uma análise clínico-qualitativa sobre a organização do trabalho em um ambulatório de pré-natal de adolescente”

3) Artigo a ser submetido na revista *Women and Birth*: “Trabalho finalizado ou mais a fazer?: barreiras para o manejo clínico de questões psicossociais com adolescentes grávidas.”

Revistas Pretendidas para artigos 2 e 3:

Women and Birth



2.35

CiteScore

2.079

Impact Factor

Maternal and Child Health Journal



Impact Factor

1.736

Volumes

23

Articles

3,076

Available

1997 - 2019

Issues

171

Open Access

[205 Articles](#)

5.1 Artigo 1: The structure of qualitative studies: a bibliometric pattern of biomedical literature

Carta de Submissão

Ciência & Saúde Coletiva <onbehalf@manuscriptcentral.com>

to me, vera, enfermagnus, julianavasfreitas, rodrigues-larissa, surita, erturato

02-Jan-2020

Dear Prof. Bastos:

Your manuscript entitled "The structure of qualitative studies: a bibliometric pattern of biomedical literature" has been successfully submitted online and is presently being given full consideration for publication in the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Your manuscript ID is CSC-2020-0003.

Please mention the above manuscript ID in all future correspondence or when calling the office for questions. If there are any changes in your street address or e-mail address, please log in to ScholarOne Manuscripts at <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo> and edit your user information as appropriate.

You can also view the status of your manuscript at any time by checking your Author Center after logging in to <https://mc04.manuscriptcentral.com/csc-scielo>.

Thank you for submitting your manuscript to the *Ciência & Saúde Coletiva*.

Sincerely,
Ciência & Saúde Coletiva Editorial Office

The structure of qualitative studies: a bibliometric pattern of biomedical literature

Rodrigo Almeida Bastos - Programme Post Graduation in Gynecology and Obstetrics, University of Campinas, Campinas, Brazil. E-mail: almeidabastos.rodrigo@gmail.com
ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-6159-8048>

Vera Lúcia Pereira Alves - School of Medical Science, University of Campinas. E-mail: vera@alves.com.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0003-4293-1439>

Rômulo Magnus de Castro Sena - Programme Post Graduation in Medical Science, University of Campinas, Campinas, Brazil. E-mail: enfermagnus@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6802-0786>

Juliana Vasconcellos Freitas de Jesus - Programme Post Graduation in Gynecology and Obstetrics, University of Campinas, Campinas, Brazil. E-mail: julianavasfreitas@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-9136-478X>

Larissa Rodrigues - Programme Post Graduation in Gynecology and Obstetrics, University of Campinas, Campinas, Brazil. E-mail: rodrigues-larissa@uol.com.br
ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-8714-7010>

Fernanda Garanhani de Castro Surita - Department of Gynecology and Obstetrics, School of Medical Sciences, University of Campinas, Campinas, Brazil. E-mail: surita@unicamp.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4335-0337>

Egberto Ribeiro Turato - Department of Medical Psychology and Psychiatry, School of Medical Science, University of Campinas, Campinas, Brazil. E-mail: erturato@uol.com.br ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-7857-1482>

Keywords: Evaluation Studies as Topic; Qualitative Research; Research Design; Clinical Nursing Research; Advanced Practice Nursing

The structure of qualitative studies: a bibliometric pattern of biomedical literature

Abstract

Background: The lack of knowledge in the biomedical literature regarding the validity of qualitative studies might be related to the lower number of qualitative studies that have been published. The aim of this study was to explore the bibliometric entities and the trends in the structure of qualitative researches in the biomedical literature. **Method:** A bibliometric analysis and mapping of the biomedical literature were used. **Results:** The number of studies selected was 1725. The health themes with the most publications included Health Management (12%) and Women's Health (9.8%), while the authors of the studies had academic affiliation in 76 different countries. The sample sizes were between 11 and 20 participants (27.13%) and the Grounded Theory framework (9.04%) stood out. **Conclusion:** The improved structuring of a qualitative research extends the effective communication between health providers and researchers, and support in the management of clinical situations.

Over the past 40 years, there has been an interesting academic dynamic shift in the biomedical literature. Since 1975, according to search results in the PubMed database, and using the descriptor "qualitative study", there has been an increase in the number of studies using qualitative methods. This shift might indicate that clinical researchers are gradually realizing the importance of in-depth knowledge of some social phenomena. These phenomena may include social or individual experiences, thoughts, meanings and the attitudes of individuals or groups that do not fit into the formal quantitative evaluation (Yamazaki et al., 2009).

Perhaps because of paradigmatic issues, the emphasis of nursing research is on numerical data. However, professional practice has increasingly needed contributions from qualitative research (Hedges & Williams, 2014). Engagement of qualitative researches in nursing care supports evidence-based practices (Brooke & Mallion, 2016; Honeycutt et al., 2017), optimizes patient management (Ednell, Siljegren, & Engström, 2017), increases patient safety (Bishop & Macdonald, 2017), optimizes health promotion, and improves communication as well as decision-makings (Feizolahzadeh et al., 2019).

In fact, qualitative studies might allow researchers to understand the meanings attributed by the subjects to their actions (Malterud, 2001; Taquette & Minayo, 2015; Yamazaki et al., 2009). However, the lack of knowledge among health science researchers with regard to the qualitative approach generates a reductionist view of this type of research. Thus, the validity of qualitative research is sometimes questioned using the erroneous assumption of its non-reproducibility and the impossibility of generalizing its findings (Taquette & Minayo, 2015). Characterizing the studies with a qualitative approach that focus on exploring the subjectivity of an experience in a health setting helps the reader to understand the validity of this approach as a scientific method.

There is a rationale for the reason why a lower number of qualitative studies have been published. A possible causal factor is the lack of knowledge in the biomedical literature in relation to the validity of these studies. The criticisms range from a lack of theoretical depth to the superficial discussions of empirical findings (Taquette & Minayo, 2015). In this sense, the aim of this study was to explore the bibliometric entities and the trends in the structure of qualitative researches in the biomedical literature.

This article is structured in the following manner: the Method section describes the bibliometric analysis; the Results section describes the data; and the Discussion section interprets the findings, which the authors hope might benefit other researchers and practicing nurses.

METHODS

This is a bibliometric study which maps the production of scientific literature into patterns. Bibliometric analysis does not produce original evidence but produces other complementary outcomes, such as the most productive topics, authors, countries,

production maps, and science landscapes (Hawkins, 2001; Kokol, Vošner, Železnik, Vošner, & Saranto, 2015).

Eligibility criteria

Studies which referred to the "qualitative study" in their content, whether primary articles, theoretical or revision, over a six-month period, were included. Quantitative or mixed articles were excluded, including those that referred to qualitative steps. These studies had no relationship with the qualitative methods that were the focus of the present study.

Information sources

A search for articles published in journals indexed to PubMed was performed. This database is the broadest international database of biomedical literature. The search included the period from January to June 2016, no contacts were made with the authors of the studies and the gray literature was not used.

Search strategy

The descriptor used was "Qualitative Study". The findings were filtered for Text availability (Abstract) and Publication dates (From 01/01/2016 to 06/30/2016). The researchers of the data collection team (05 people) received appropriate training. The articles were distributed among the researchers and the search strategy was standardized considering the characteristics studied, based on the abstracts of the studies. If there were any divergences regarding the information, the main author analyzed the study and made the final decision.

Study records

Data management: The data collection management was performed using EndNote. The data collection team was trained by the main author, who controlled the entire process.

Selection process: There was no screening process for the findings. All studies were included for the data collection process, with the methodological specificities constituting the variables.

Data collection process: A pilot study was performed in order to improve the data collection strategy. A total of 20 articles were randomly selected from the filters. The 20 abstracts were individually considered by two of the authors of this study, who defined the variables. After the pilot study, the data collection was systematized and the work was distributed among the team.

Data Items

Ten variables were evaluated and related to two axes: 1) Characteristics of the journals and authors; and 2) Characteristics of the qualitative studies. The variables of the 1st axis were: Journals, health themes, knowledge areas, authors' academic affiliation and the verb used in the general objective. The variables of the 2nd axis were: sample size, software use, framework, participants and data collection strategy. All data were stored in the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 13.0 for

Windows. Frequency and bivariate analyses were performed with the support of a statistician. The test for significance was two-tailed and $p < 0.05$ was considered significant.

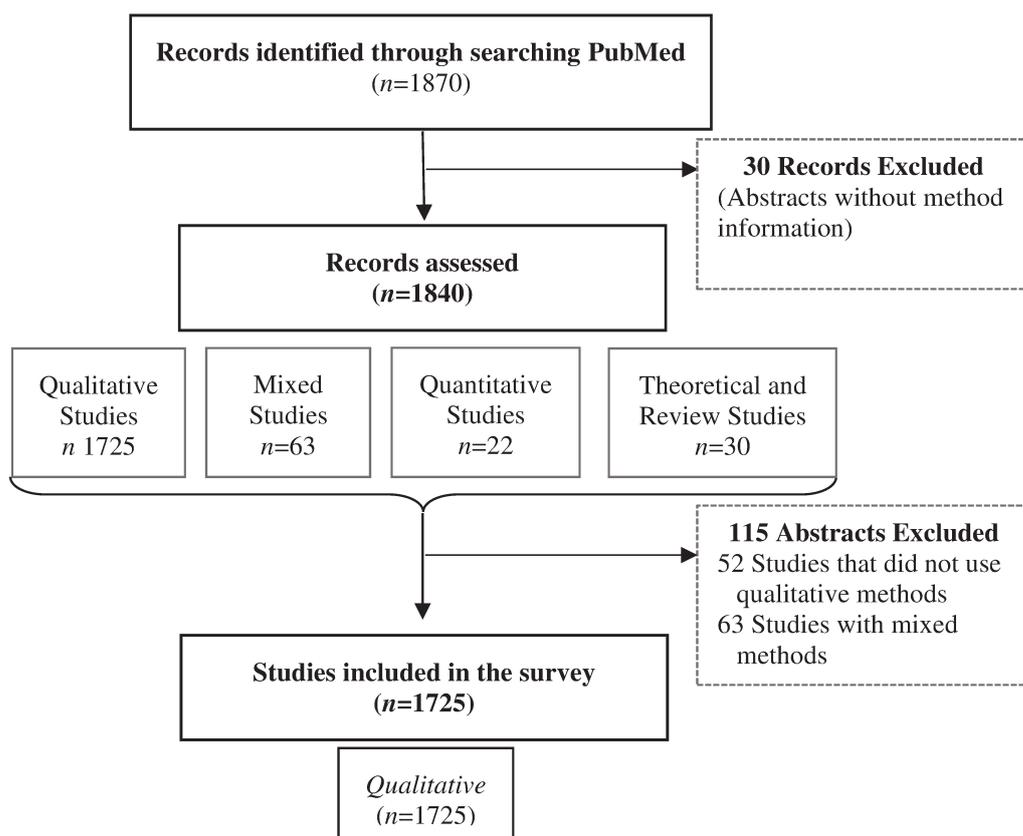
Outcomes and prioritization

Frequency and comparative analyses were performed to describe the structure of the articles and the characteristics of the journals and authors of the qualitative studies in the biomedical literature.

RESULTS

A total of 1870 articles were screened, with 1725 selected for the study. The articles were stored using the EndNote platform for the management of the data collection process and for the organization of the final individual review. Figure 1 describes the steps followed until the final selection of the study articles

Figure 1. Survey Flow Diagram



Characteristics of the journals and authors

A total of 620 biomedical journals published qualitative studies between January 2016 and June 2016. Five journals were responsible for 12.1% (n = 207) of all the publications (Table 1). The diversity of characteristics highlights the interest in analyzing the verb used in the general objectives of each study. Technical and structural discussions as well as epistemological reflections can be developed from the analysis of the verbs. The verb "To Explore" (37.7%) headed the list of 131 different verbs used in the qualitative studies analyzed. The five main verbs appear in 70% of the analyzed publications.

Table 1
The five main journals and the structural characteristics of the qualitative studies, 2016.

Variables	Number of Studies	(%)	Impact Factor (2017)
Journal (N=1725)			
BMJ open	57	3.3	2.41
PLOS ONE	48	2.8	2.77
Journal of Clinical Nursing	46	2.7	1.64
Disability and Rehabilitation	29	1.7	2.04
Health Expectations	27	1.6	2.18
Other (n=615)	1518	87.9	
Verbs (N=1725)			
To Explore	651	37.7	
To Examine	159	9.2	
To Understand	132	7.8	
To Describe	131	7.6	
To Identify	121	7.0	
Other (n=147)	531	30.7	
Sample size (N=1390)			
Mean: 29.56; SD: 20.68; Mode: 20.00 Min: 1.00; Q1: 15.00; Median: 23.00; Q3: 37.00; Max: 99.00			
1 – 10	152	10.94	
11 – 20	468	33.67	
21 – 30	294	21.15	
> 30	476	34.24	
Framework mentioned (N=325)			
Grounded theory	156	9.04	
Phenomenological analysis	66	3.83	
Framework analysis approach	23	1.33	
Ethnographic study	6	0.35	
Graneheim and Lundman's approach	4	0.23	
Software use mentioned (N=1725)			
Yes	81	4.70	
No	1644	95.30	

The health themes most published were related to health management (12%), women's health (10%), mental health (10%), health education (7%) and infectology (6%). Table 2 shows the health knowledge areas that published each theme ($p < 0.001$).

Table 2

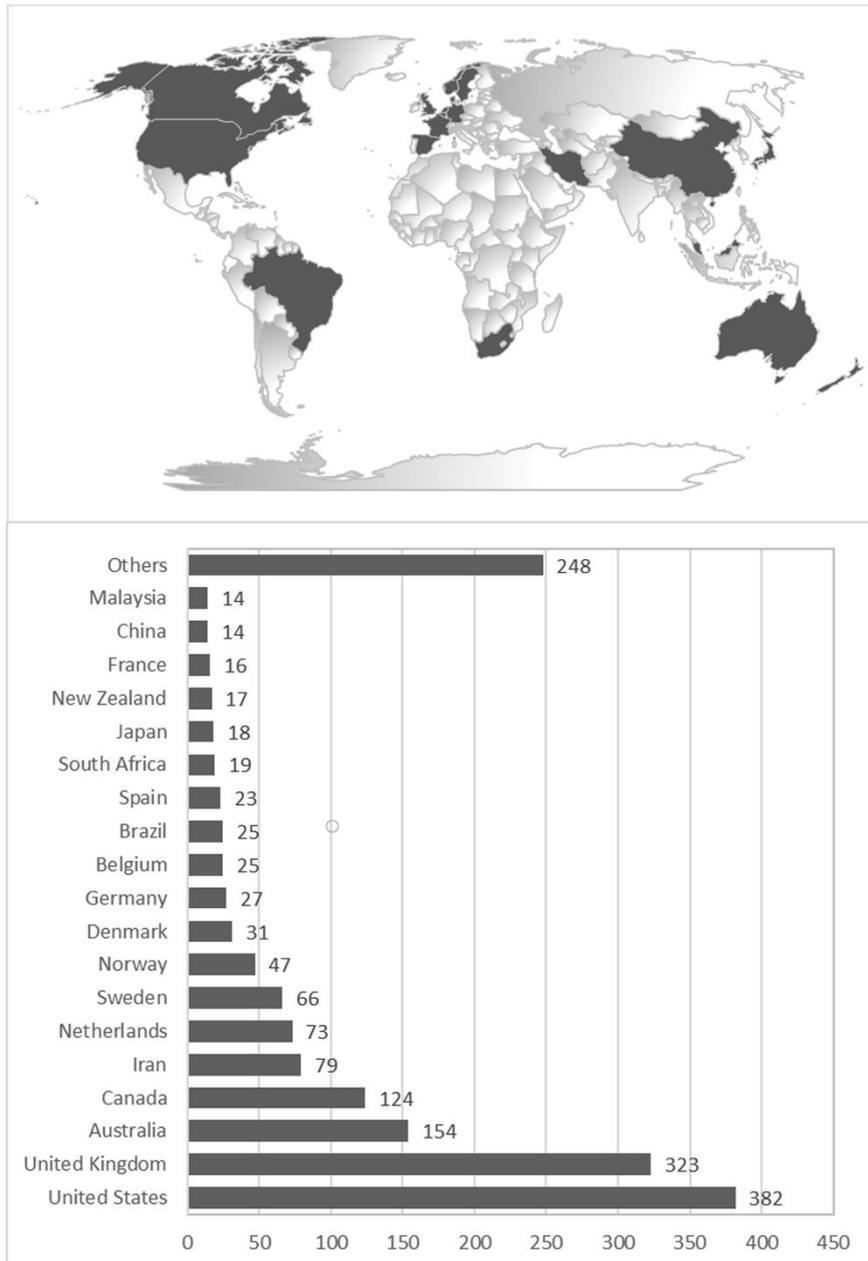
The five health themes most published, according to the areas of knowledge of the qualitative studies, 2016.

Health Themes	Health Knowledge Areas				Total (%)
	Nursing	Medicine	Psychology	Public Health	
Health Management	27 18.88	25 7.27	22 4.27	130 17.98	204 (12.0%)
Women Health	9 6.29	28 8.14	82 15.92	50 6.92	169 (9.8%)
Mental Health	14 9.79	36 10.47	60 11.65	56 7.75	166 (9.6%)
Teaching in Health	38 26.57	22 6.40	12 2.33	47 6.50	119 (6.9%)
Infectology	0 0.00	16 4.65	16 3.11	78 10.79	110 (6.4%)

*Fisher's exact test: $p < 0.001$

There were many multi-center studies which involved authors of different nationalities. The authors had academic affiliation in 76 different countries. Figure 2 describes the most frequent among the evaluated articles. The five main countries represented 62% of the qualitative studies evaluated. The list was headed by the United States (22%) and has the representation of the 5 continents. Iran (5%) showed its growth in scientific production as the first Asian representative among the five main publishing countries. It was the most representative among the emerging countries and was followed by Brazil (1.5%), which appeared in the 12th place according to representativeness.

Figure 2. Country of the authors' academic affiliation in qualitative studies published, 2016



Characteristics of the qualitative studies

The structural characteristics of the qualitative studies, sample size, software use and the framework used are often divergent themes among qualitative researchers, highlighting their importance. The sample sizes were between 11 and 20 participants (27.13%), with the Grounded Theory framework (9.04%) and not mentioning software use (95.3%) being highlighted (Table 1).

Concerning the “Participants” ($N=1671$) and “Data collection strategies” ($N=1870$), some studies were carried out with more than one type in each variable. “Patients” (52.0%) and “Professionals” (39.6%) most frequently constituted the sample in the qualitative studies. “Family” (12.1%) and others participants (5.4%) completed the findings. The “individual interview” (80.50%) was the most frequent strategy, followed by the “focus group” (29.00%) and other strategies (7.54%).

According to the comparative analysis of the Framework, statistical significance was observed regarding the studies with professionals ($p<0.001$) and family ($p<0.013$). Considering the data collection strategy, significance was observed regarding the use of the focus group ($p<0.006$) (Table 3).

Table 3.
Analysis of the Framework according to the structural characteristics of the published qualitative studies, 2016.

		Framework				
		Ethnographic	Framework Analysis	Graneheim and Lundman's	Grounded Theory	Phenomenological Analysis
Participants						
Patients ($p=0.055$)	Yes	3	9	3	94	49
	No	1.51	4.52	1.51	47.24	24.62
		3	14	1	62	17
		2.38	11.11	0.79	49.21	13.49
Families ($p=0.013$)	Yes	1	7	1	10	9
	No	2.78	19.44	2.78	27.78	25.00
		5	16	3	146	57
		1.73	5.54	1.04	50.52	19.72
Workers ($p<0.001$)	Yes	3	16	2	58	9
	No	2.86	15.24	1.90	55.24	8.57
		3	17	2	98	57
		1.36	3.18	0.91	44.55	21.91
Students ($p=0.569$)	Yes	0	0	0	1	1
	No	0.00	0.00	0.00	50.00	50.00
		06	23	4	155	65
		1.86	7.12	1.24	47.99	21.67
Collection Strategies						
Number of Strategies ($p=0.002$)	1	2	17	3	132	60
	2	0.74	6.30	1.11	48.89	22.22
		3	6	1	22	2
		7.14	14.29	2.38	52.38	4.76
Individual	Yes	4	20	4	133	56
	No	1.52	7.58	1.52	50.38	21.21

Interviews (<i>p</i> =0.122)	No	1	3	0	21	6
		2.08	6.25	0.00	43.75	12.50
Focus Group (<i>p</i> =0.006)	Yes	3	8	1	38	5
		4.17	11.11	1.39	52.78	6.94
	No	2	15	3	116	57
		0.83	6.25	1.25	48.33	23.75
Participant Observation (<i>p</i> =0.455)	Yes	0	0	0	1	0
		0.00	0.00	0.00	33.33	0.00
	No	5	23	4	153	62
		1.62	7.44	1.29	49.51	20.06
Software Use	Yes	0	1	0	4	0
		0.00	16.67	0.00	66.67	0.00
	No	6	22	4	152	66
		1.88	6.90	1.25	47.65	20.69

DISCUSSION

Healthcare organizations have shifted their focus to a patient-centered model. This means that decision-making of nurses and other health professionals involves the patient, their experiences and their expectations. Qualitative research in the biomedical field is the main scientific support to improve the policies needed for these models and achieving favorable patient outcomes. In this sense, support for improving qualitative health research may help researchers and journals better understand and structure the findings. Finally, models of care, health teams and patients will have benefits (Hedges & Williams, 2014; King et al., 2017).

From the number of qualitative studies published, the findings draw attention to the growth in this research over the last 40 years. To the best of our knowledge, there are no surveys that highlight the reality of these publications for the international scientific community.

The articles were analyzed from their abstracts, which limited the amount of data available for analysis. The term “Qualitative Study” was used for the search because it is the expression most used in the qualitative studies in health. The search through the MeSH Term “Qualitative Research” was more limited and suggests a revision of the expression chosen as the MeSH Term for the biomedical literature.

In addition, only PubMed was used as a database. An interesting survey on respiratory diseases in China analyzed 10 years of literature also using PubMed as the database (Ye et al., 2014) and, despite the long period studied and the important comparative analyses performed, the authors discussed the research status in only three regions of China. In relation to these points, the present survey analyzed a shorter period in the biomedical literature, however, covered issues with great potential for generalization of the results.

A survey of the methodological structure of qualitative research has the potential to not only provide a representation of the results, but also a basis for the construction of better structured research. The pilot study was an important tool for improving the validation process of these results and helped to predict and avoid biases.

The large number of journals included in this survey shows how widespread the qualitative study is in the biomedical literature. A concentration of 12.1% of the publications in five well-known journals was found. The journals publish themes from several Health Knowledge Areas, i.e. medicine, nursing, physical rehabilitation, and health policy. The list groups the five main journals and highlights the importance of these publications, mainly because they are high-impact journals.

Despite the number of qualitative research publications in high-impact journals, the growth is still slow. This slow process is a result of the paradigmatic obstacle prevalent in the biomedical literature, which undermines the scientific recognition of qualitative studies in the health knowledge areas (Bosi, 2012). On the other hand, the growth in publications denotes a real need for answers to research questions which quantitative studies are not able to provide in health settings (Baxter, Killoran, Kelly, & Goyder, 2010). In this sense, the tendency is for both paradigms, quantitative and qualitative, to be used together to improve health practices.

Statistically significant findings confirm the multiplicity of the areas and themes involved in the growth of the publication of qualitative studies. Specifically, it is interesting to observe that the qualitative publications in infectology are mainly related to HIV/AIDS. The increase in publication in Public Health confirms that non-biomolecular research questions are a reality for this area. Studies involving lifestyle changes and treatment adherence make Infectology rich in psychosocial issues, this being very important for health practices (Battelle Memorial Institute, 2013). A similar observation was noted in the qualitative studies in Women's Health regarding the focus on psychology issues. Traditional healthcare models for pregnant women have focused on care protocols. However, these models make it difficult to respond to the psychosocial issues of this public (Chikalipo, Nyondo-Mipando, Ngalande, Muheriwa, & Kafulafula, 2018; Oliveira, Fonseca, Carvalhaes, & Parada, 2013). The need for non-pragmatic responses is mainly observed in specific care such as care for pregnant adolescents (Franco-Ramírez et al., 2018; Tinago et al., 2018). In this sense, the triggering questions for in-depth clinical situation analysis are the scientific tools needed to address psychosocial issues in the health practice (Author, 2015). This helps health providers to understand the people they care for, not just the diseases they treat.

Our map helps to demonstrate that the trend in qualitative health publications is a global reality and that it is part of the scientific investments from the world's largest research centers (Battelle Memorial Institute, 2013). The U.S.A. and U.K. are the largest investors in research and development in healthcare and life science in the world. This representation of the publications also seems to portray the difference in health priorities between emerging and developed countries. The authors of the studies analyzed have academic affiliation in countries where reducing mortality rates are not the only or the main concerns. Among the 19 countries listed in the present study, 12 are among the world's largest investors in scientific research and development. These findings show that the dominant group in global research has directed part of its qualitative research investments toward other sectors of healthcare and life science.

It can also be seen that the characteristics of the qualitative studies follow a tendency regarding the language. Some qualitative researchers use language that is

unfamiliar to the health sciences, since they have a base in the social and human sciences (Marsiglia, 2013; Minayo, 2013). Therefore, the qualitative objective should be directed toward a focus recognized by the health sciences field. At the methodological structure level, the guide function of the verb used helps to give scientific rigor to qualitative studies. The suggestion to maintain a standard regarding the objectives of the qualitative studies in health settings is intended to preserve the rigor of the results and provide clarity for the biomedical literature reader. The expressive frequency of the verb “to explore” denotes how qualitative researchers might not propose such specific goals as might be the case in human science studies (Minayo, 2013). Adaptation to the biomedical literature language might include the adoption of broader expressions to encompass the characteristics of both paradigms.

The present survey aimed to explore the characteristics of the studies in order to improve the methodological structure of qualitative research. Understanding structural variables such as sample size, software use and the framework used helps to clarify the qualitative research results. Often, qualitative researchers are unclear regarding sample size, and the epidemiological representation of this variable might help to understand it in this type of research. This lack of clarity possibly takes place because it is not possible to previously know the “N” and whether it will be sufficient to respond to the research objectives (Malterud, Siersma, & Guassora, 2015). In this survey, the studies that had sample sizes above 30 were those that used the Focus Group as the collection strategy. This is the rationale for the higher N in comparison with the studies that used the Individual Interview as a collection strategy. These results suggest an interesting trend, since qualitative sample sizes are usually defined by the theoretical saturation technique coined by Glaser and Strauss (Glaser & Strauss, 1999) for Grounded Theory analysis. Finally, paradigmatic issues explain the low use of software for qualitative analysis. Those qualitative researchers who used software also often used Grounded Theory analysis.

Observation and interview are the main methods used to understand a particular phenomenon from the viewpoint of those who’ve experienced it. The results can guide nurses and others health professionals in planning treatment and approaches to patient care that meet patients’ needs. Thus, Findings from qualitative studies can be used to inform policy and protocol development (Hedges & Williams, 2014; Hepworth & Kay, 2015).

In conclusion, knowledge about the research structure, the journals and the profile of the authors is important to construct solid thinking regarding the exposure of the best scientific results of qualitative health research. This is because a difference in the paradigm means a difference in the intervention (Becker, 2014; Malterud et al., 2015). The investigation of the structure of the qualitative studies included in this review helps qualitative researchers to structure their studies better and consequently their interventions in health settings. Thus, the rationale regarding the techniques used for the sample and analysis strategies will be better thought out. The improved structuring of a qualitative research extends the effective communication between health professionals and researchers, and support in the management of clinical situations (Chu et al., 2017; Hepworth & Kay, 2015). Finally, criticisms regarding the lack of rigor and validity in

qualitative health studies can be responded to by making the study results clearer for the biomedical literature (Boddy, 2016).

DECLARATION OF CONFLICTING INTERESTS

The Authors declare that there is no conflict of interest.

FUNDING

The author(s) disclosed receipt of the following financial support for the research, authorship, and/or publication of this article: This work was supported by the Coordination for the Improvement of Higher Education Personnel (CAPES) [grant number 8882.329831/2019-01].

REFERENCES

- Author (2015), Details Withheld for Peer Review.
- Battelle Memorial Institute: 2014 Global R&D Funding Forecast (2013). Retrieved from https://www.battelle.org/docs/tpp/2014_global_rd_funding_forecast.pdf
- Baxter, S., Killoran, A., Kelly, M. P., & Goyder, E. (2010). Synthesizing diverse evidence: the use of primary qualitative data analysis methods and logic models in public health reviews. *Public Health*, 124 (2), 99–106. doi:10.1016/j.puhe.2010.01.002.
- Becker, H.S. (2014). The epistemology of qualitative research. *Brazilian Journal of Empirical Legal Studies*, 1(2),184-199.
- Bishop, A. C., & Macdonald, M. (2017). Patient Involvement in Patient Safety: A Qualitative Study of Nursing Staff and Patient Perceptions. *Journal of Patient Safety*, 13(2), 82–87. doi:10.1097/pts.0000000000000123
- Boddy, C. R. (2016). Sample size for qualitative research. *Qualitative Market Research: An International Journal*, 19(4), 426–432. doi:10.1108/qmr-06-2016-0053.
- Bosi, M. L. M. (2012). Pesquisa qualitativa em saúde coletiva: panorama e desafios. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 575–586. doi:10.1590/s1413-81232012000300002.
- Brooke, J. M., & Mallion, J. (2016). Implementation of evidence-based practice by nurses working in community settings and their strategies to mentor student nurses to develop evidence-based practice: A qualitative study. *International Journal of Nursing Practice*, 22(4), 339–347. doi:10.1111/ijn.12470.
- Chikalipo, M. C., Mipando, L. N., Ngalande, R. C., Muheriwa, S. R., & Kafulafula, U. K. (2018). Perceptions of pregnant adolescents on the antenatal care received at Ndirande Health Centre in Blantyre, Malawi. *Malawi Medical Journal*, 30(1), 25. doi:10.4314/mmj.v30i1.6

- Chu, H., Zeng, L., Fetters, M. D., Li, N., Tao, L., Shi, Y., ... Zhao, Y. (2017). How novice, skilled and advanced clinical researchers include variables in a case report form for clinical research: a qualitative study. *BMJ Open*, 7(9), e016760. doi:10.1136/bmjopen-2017-016760
- Ednell, A.-K., Siljegren, S., & Engström, Å. (2017). The ICU patient diary—A nursing intervention that is complicated in its simplicity: A qualitative study. *Intensive and Critical Care Nursing*, 40, 70–76. doi:10.1016/j.iccn.2016.12.002
- Feizolahzadeh, S., Vaezi, A., Mirzaei, M., Khankeh, H., Taheriniya, A., Vafaeenasab, M., & Khorasani-Zavareh, D. (2019). Barriers and facilitators to provide continuity of care to dischargeable patients in disasters: A Qualitative Study. *Injury*. doi:10.1016/j.injury.2019.03.024
- Franco-Ramírez, J.A., Cabrera-Pivaral, C.E., Zárate-Guerrero, G., Franco-Chávez, S.A., Covarrubias-Bermúdez, M.Á., & Zavala-González, M.A. (2018). Social representations of Mexican pregnant teenagers about the puerperal care, lactation, and newborn care. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 75(3), 153-159. doi: 10.24875/BMHIM.M18000014.
- Glaser, B., & Strauss, A. (1999). *The discovery of grounded theory: Strategies for qualitative research*. New York, NY: Aldine de Gruyter.
- Hawkins, D.T. (2001). Bibliometrics of electronic journals in information science. *Information Research*, 7(1), Article 9. Retrieved from <http://informationr.net/ir/7-1/paper120.html>
- Hedges, C., & Williams B. (2014). *Anatomy of Research for Nurses*. Indianapolis, IN: Sigma Theta Tau International.
- Hepworth, J., & Kay, M. (2015). General practitioners learning qualitative research: A case study of postgraduate education. *Australian Family Physician*, 44(10), 760-763.
- Honeycutt, S., Hermstad, A., Carvalho, M. L., Arriola, K. R. J., Ballard, D., Escoffery, C., & Kegler, M. C. (2017). Practice to Evidence: Using Evaluability Assessment to Generate Practice-Based Evidence in Rural South Georgia. *Health Education & Behavior*, 44(3), 454–462. <https://doi.org/10.1177/1090198116673360>
- King, B. J., Gilmore-Bykovskyi, A. L., Roberts, T. J., Kennelty, K. A., Mirr, J. F., Gehring, M. B., ... Kind, A. J. H. (2017). Impact of Hospital Context on Transitioning Patients From Hospital to Skilled Nursing Facility: A Grounded Theory Study. *The Gerontologist*, 58(3), 521–529. doi:10.1093/geront/gnx012
- Kokol, P., Vošner, H. B., Železnik, D., Vošner, J., & Saranto, K. (2015). Bibliometric Patterns of Research Literature Production on Nursing Informatics Competence. *Journal of Nursing Education*, 54(10), 565–571. doi:10.3928/01484834-20150916-04
- Malterud, K. (2001). *The art and science of clinical knowledge: evidence beyond measures and numbers*. *Lancet*, 358, 397-400.

- Malterud, K., Siersma, V. D., & Guassora, A. D. (2016). Sample Size in Qualitative Interview Studies. *Qualitative Health Research*, 26(13), 1753–1760. doi:10.1177/1049732315617444.
- Marsiglia, R. M. G. (2013). Temas emergentes em ciências sociais e saúde pública/coletiva: a produção do conhecimento na sua interface. *Saúde e Sociedade*, 22(1), 32–43. doi:10.1590/s0104-12902013000100005
- Meyer, G., Moran, V., Cuvar, K., & Carlson, J.H. (2014). State boards of nursing and the bridge to quality. *Journal of Nursing Education*, 53, 379-386.
- Minayo, M.C.S. (2013). *O desafio do conhecimento: Pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo, SP: Hucite.
- Oliveira, R. L. A. de, Fonseca, C. R. B. da, Carvalhaes, M. A. de B. L., & Parada, C. M. G. de L. (2013). Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 21(2), 546–553. doi:10.1590/s0104-11692013000200011.
- Taquette, S. R., & Minayo, M. C. de S. (2015). Características de estudos qualitativos conduzidos por médicos: revisão da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(8), 2423–2430. doi:10.1590/1413-81232015208.18912014.
- Tinago, C. B., Ingram, L. A., Frongillo, E. A., Blake, C. E., Engelsmann, B., & Simmons, D. (2018). Understanding Conceptualizations of Pregnancy and Planning for Pregnancy Among Adolescent Girls and Young Women in Harare, Zimbabwe. *Qualitative Health Research*, 28(9), 1509–1519. doi:10.1177/1049732318768231.
- Yamazaki, H., Slingsby, B.T., Takahashi, M., Hayashi, Y., Sugimori, H., & Nakayama, T. (2009). Characteristics of qualitative studies in influential journals of general medicine: a critical review. *Bioscience Trends*, 3(6), 202-209.
- Ye, B., Du, T.-T., Xie, T., Ji, J.-T., Zheng, Z.-H., Liao, Z., ... Li, Z.-S. (2014). Scientific publications in respiratory journals from Chinese authors in various parts of North Asia: a 10-year survey of literature. *BMJ Open*, 4(2), e004201. doi:10.1136/bmjopen-2013-004201

5.2 Artigo 2: Quando o paciente é mais desafiador que o tratamento: uma análise clínico-qualitativa sobre a organização do trabalho em um ambulatório de pré-natal de adolescente².

[When the patient is more challenging than the treatment: a clinical-qualitative analysis on the work organization in an adolescent prenatal outpatient unit.]

² Artigo formatado segundo normas da revista "Women and Birth", Impact Factor: 2.079.

Quando o paciente é mais desafiador que o tratamento: uma análise clínico-qualitativa sobre a organização do trabalho em um ambulatório de pré-natal de adolescente

Rodrigo A Bastos^{1,2}, RM

Maria Eufrásia Faria³, PhD

Fernanda GC Surita^{1,2}, PhD

Egberto R Turato^{2,3}, PhD

1 CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas, R. Alexander Fleming, 101 - Cidade Universitária, Campinas - SP

2 Departamento de Tocoginecologia

3 Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

Autor Correspondente

Rodrigo Almeida Bastos

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Caixa Postal 6111. Campinas, SP, Brasil. CEP: 13081-970.

Telefone: (+55) 75 99210-8559

E-mail: almeidabastos.rodrigo@gmail.com

RESUMO

Introdução: O trabalho com as adolescentes grávidas pode gerar elementos de angústia no profissional, que atua no ambiente hospitalar, tendo implicações práticas nas relações e nas ações em saúde. **Objetivo:** explorar aspectos da organização do trabalho em um ambulatório de pré-natal de adolescentes, a partir dos relatos dos profissionais de saúde envolvidos nesse atendimento. **Método:** O método clínico-qualitativo foi adotado. Foram realizadas entrevistas individuais utilizando questionário semidirigido de questões abertas em profundidade, com 18 profissionais da equipe de saúde de um ambulatório de pré-natal de adolescentes. A amostra foi fechada pela estratégia de exaustão e foi realizada análise clínico-qualitativa de conteúdo. **Resultado:** Três elementos distintos, relacionados à organização do trabalho, emergiram das falas dos participantes: (1) Equipe multidisciplinar: Uma faca de dois gumes; (2) Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes: função de treinamento ou de cuidado?; (3) Os protocolos como suporte: entre a frustração e a resolutividade. **Discussão:** A equipe de saúde foi entendida como fonte de suporte a cada profissional membro, em suas relações interpessoais com cada mulher. Por sua vez, o setting clínico do ambulatório de pré-natal de adolescentes, em um hospital terciário, foi observado como um centro de aprendizagem de manejo de questões subjetivas, diante da dificuldade profissionais de se entender as demandas psicossociais como dados clínicos. Observamos, ainda, que os protocolos de assistência em um setting com demandas tão singulares e subjetivas devem ser suporte e não ferramenta prioritária de ação terapêutica.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa. Ambiente de Trabalho. Saúde do Trabalhador. Gravidez na Adolescência. Cuidado Pré-Natal

INTRODUÇÃO

Declaração de Significância

Problema ou Questão

A equipe de saúde precisa ter seu ponto de vista reconhecido no que diz respeito aos desafios em se trabalhar com adolescentes grávidas em um ambulatório de atenção terciária

O que já se sabe

O trabalho com adolescentes grávidas exige dos profissionais da saúde uma sensibilidade sobre aspectos psicossociais, os quais são geralmente mais desafiadores do que os aspectos clínicos.

O que este trabalho adiciona

Percebe a melhoria da assistência prestada às adolescentes grávidas a partir do suporte às equipes de saúde. São analisadas perspectivas distintas de profissionais, que experimentam desafios diferentes no mesmo contexto de trabalho. A análise psicodinâmica interpretativa permite que saiamos do julgamento moral sobre os profissionais e analisemos estratégias mais reflexivas e de suporte às equipes.

É sabido que as ações das equipes de saúde devem ser sustentadas por constante observação ética, bem como por uma sensibilidade de escuta nas relações com pacientes, familiares e com a própria equipe. Estes pilares de sustentação de conduta clínica permitem melhor identificação de problemas e criação de estratégias mais efetivas no manejo de casos.^{1,2}

Nos settings hospitalares, onde a organização do trabalho em saúde é guiada predominantemente por protocolos de assistência, a sensibilidade à escuta de questões subjetivas e a atenção às relações interpessoais podem ficar comprometidas. É um processo até certo ponto natural, visto que o produto final do trabalho hospitalar é tradicionalmente associado a tratamentos de patologias ou reabilitações.³ No entanto, existe uma fragilidade neste processo de trabalho, observado em especial em *settings* hospitalares. Essa fragilidade se deve ao fato da demanda, por vezes, estar além do cuidado fisiopatológico; está na atenção psicossocial ao paciente.

Os serviços hospitalares de atenção às gestantes adolescentes evidenciam, de forma mais clara, esta fragilidade na organização do trabalho protocolar em saúde. A atenção pré-natal de adolescentes exige das equipes de saúde um manejo diferenciado, visto que as questões de ordem psicossocial são muitas vezes desafios maiores que os de ordem clínica.⁴ Um manejo que se torna complexo quando se está inserido em um setting clínico, cuja exigência é prioritariamente a prevenção de agravos e reabilitações. O trabalho com as adolescentes grávidas pode, portanto, gerar elementos de angústia no profissional que atua no ambiente hospitalar, tendo implicações práticas nas relações e nas ações em saúde.^{4,5}

Diante da complexidade do manejo de elementos psicossociais e da necessidade de entendimento das relações dos profissionais de saúde com estes elementos em um setting hospitalar, fez-se necessário entender as percepções dos profissionais da saúde na atenção às adolescentes grávidas. Nesse sentido, este estudo explora aspectos da organização do trabalho em um ambulatório de pré-natal de adolescentes, a partir dos relatos dos profissionais de saúde envolvidos nesse atendimento.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho de estudo

O método clínico-qualitativo foi adotado, com análise de conteúdo composta de três características: (1) atitude existencialista: o pesquisador valoriza a angústia vivenciada pelo indivíduo; (2) atitude clínica: o pesquisador se inclina ao sofrimento atribuído pelo indivíduo; (3) atitude psicodinâmica: o pesquisador considera que aspectos inconscientes estão presentes na relação entrevistador-entrevistado e no tema discutido.⁶

Coleta de dados e amostra

Um período de seis meses de observação de grupos de discussões clínicas multiprofissionais foi realizado no local de coleta de dados, o Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas, no sudeste do Brasil. Na pesquisa qualitativa, esta fase inicial de coleta é referida como período de aculturação. Todas as informações daquela etapa foram registradas no diário de campo e usadas para formular as perguntas da entrevista individual.

Os participantes foram convidados e abordados entre agosto e dezembro de 2016. São todos profissionais de saúde que trabalham no Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes, sendo cada profissional abordado intencionalmente com base nos seguintes critérios: Ser da equipe de médicos residentes em ginecologia e obstetrícia ou pertencer às equipes de enfermagem, psicologia e serviço social. Visto que o atendimento médico, no campo de estudo, é realizado preferencialmente por residentes, os supervisores médicos não foram selecionados para este estudo. Todos os participantes prestam ou prestaram assistência a adolescentes gestantes. A amostra foi fechada pelo critério de Exaustão,^{7,8} após discussão e validação com dois grupos de pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas: Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) e Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis (SARHAS).

Entrevistas individuais semidirigidas de questões abertas e em profundidade foram utilizadas como instrumento de coleta de dados. Foi utilizada a seguinte pergunta disparadora: “O que significa para você atender uma adolescente grávida?”. A entrevista seguiu a partir das falas espontâneas do entrevistado e foi guiada pelo pesquisador através de um roteiro elaborado após a etapa de aculturação.

Todas as entrevistas foram realizadas pelo primeiro autor deste estudo (RAB), em sala privativa, gravadas e transcritas, com duração média de 33 minutos cada. Uma única entrevista foi realizada com cada participante. Os entrevistados falaram livremente sobre suas experiências e sentimentos no processo de trabalho com adolescentes grávidas. Os dados observacionais e a auto-observação do entrevistador foram registrados em um diário de campo, durante e após cada entrevista, auxiliando na análise dos dados.

Análise de dados e aspectos éticos

A Análise Clínico-Qualitativa de Conteúdo foi utilizada.^{6,9} Essa estratégia de análise envolve um processo de organização, composto por sete etapas: (1) material de edição – todas as entrevistas transcritas; (2) leitura flutuante - o pesquisador faz uma leitura livre das experiências de vida relatadas; (3) construção das unidades de análise - os pesquisadores identificam os significados, selecionam os fragmentos de fala e desenvolvem reflexões iniciais de cada fragmento; (4) construção de códigos de sentido – agrupamento das

unidades de análise semelhantes, estruturando, assim, os primeiros códigos de sentido; (5) construção de categorias - organização do material para análise de todos os participantes com vistas ao agrupamento dos códigos de sentido; (6) discussão - um diálogo com a literatura disponível; e (7) validade - reflexão crítica sobre os processos realizados em cada etapa, realizado por todos os autores, utilizando o Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e o Conselho Nacional de Saúde do Brasil aprovaram esta pesquisa, sob o número CAAE: 56571816.0.0000.5404. O pesquisador deve manter os dados da pesquisa arquivados, sob sua responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Recebemos o consentimento informado por escrito de todos os participantes.

RESULTADOS

Dezoito entrevistas foram conduzidas. Algumas características dos entrevistados estão dispostas na Tabela 1. Estas características poderão ser úteis para guiar o leitor para melhor compreensão de cada relato, sem pretensões de inferências estatísticas.

Tabela 1. Característica dos participantes.

Participante	Idade (anos)	Sexo	Área de Atuação	Tempo de Formado (anos)	Tempo de trabalho com Adolescentes Grávidas (anos)
E1	53	F	Enfermagem	35	2
E2	59	F	Psicologia	34	1
E3	26	F	Psicologia	4	1
E4	37	F	Enfermagem	14	3
E5	60	F	Assistência Social	33	28
E6	28	F	Assistência Social	< 1	< 1
E7	30	F	Medicina	4	2
E8	28	F	Medicina	4	2
E9	31	F	Medicina	5	2
E10	27	M	Medicina	4	2
E11	33	F	Medicina	3	3
E12	28	F	Medicina	2	2
E13	27	F	Medicina	1	1
E14	25	F	Psicologia	< 1	< 1
E15	27	F	Medicina	1	1
E16	29	M	Medicina	2	3
E17	28	F	Medicina	2	4
E18	31	F	Medicina	2	3

Equipe multidisciplinar: Uma faca de dois gumes

O trabalho multidisciplinar precisa de um longo tempo de amadurecimento. Ele não é fácil, porque, assim, tem que aceitar que você não é a referência. Você pode achar 'sou eu que sei disso', 'sou eu que faço isso' e pode não ser bem verdade. A paciente pode não entender assim. (Entrevista 05)

E quando a gestante não se encaixa nas tomadas de decisão deliberadas pela equipe multidisciplinar? O amadurecimento que o relato traz, como fundamental para a boa estruturação da equipe multidisciplinar, diz respeito ao entendimento da ideia de que a adolescente pode conduzir as deliberações da equipe. Significa dizer que as relações de cada profissional da equipe com cada gestante do pré-natal de adolescentes são assimétricas. Nesse sentido, seria um equívoco pensar que, dentro da equipe multidisciplinar, deva existir a ideia de que a responsabilidade para com a gestante seja medida por igual. A diversidade da equipe não busca a igualdade de ações sobre uma gestante adolescente, mas, do contrário, a possibilidade de identificação da assimetria existente. Dessa forma, o acesso à mulher será feito por aquele profissional com o qual ela se identificou e convocou para acessar suas questões subjetivas. No entanto, importa inferir que não se trata de ir de encontro à ideia de cuidados multidisciplinares. Do contrário, reforça a multidisciplinaridade, pois questiona a ideia de que todos os profissionais são cuidadores de forma simétrica. Aos olhos dos participantes desse estudo, essa premissa de simetria pode quebrar a possibilidade de vínculo efetivo e acesso a uma adolescente. Acesso este muitas vezes dificultado por questões subjetivas, acessadas apenas por uma relação interpessoal de confiança.

Eu não sei agora como estão os outros serviços, mas [antes] tinha grupo de adolescente, DST, doença trofoblástica, grupo de menopausa, etc. Muitos grupos tinham uma equipe multidisciplinar. Mas aí a enfermagem falava uma coisa, o serviço social falava outra coisa, a psicologia falava a abordagem da psicologia. Eu não sei como está agora por lá, mas por aqui (no PNA) a equipe 'multi' trabalha bem em conjunto e individualmente (Entrevista 1)

Defendemos veementemente a importância de uma equipe multidisciplinar com várias disciplinas juntas, fazendo uma discussão para poder entender o contexto que a adolescente está inserida. Entender que relação ela tinha com a própria gravidez, com a própria família e até com cada membro da equipe. (Entrevista 5)

Portanto, como relatam os participantes deste estudo, entre as funções de uma reunião de equipe, está a de reconhecer o profissional de referência para a adolescente grávida e conhecê-la através dos olhos desse profissional.

Dessa forma, os encaminhamentos terapêuticos terão sido baseados tanto nas funções legais de cada categoria, quanto nas funções subjetivas da relação da gestante com cada membro da equipe.

Quando a paciente 'caso novo' chega, ela passa no assistente social, ela passa no psicólogo, ela passa no médico e a gente discute. Porque pode acontecer de eu não ter visto nada na primeira consulta e não precisaria continuar comigo. Mas daí um enfermeiro ou então a médica numa consulta viu algo da parte psicológica. E aí a gente reavalia. (Entrevista 2)

Entendemos que esse tipo de reflexão exalta a função da equipe multidisciplinar, visto que a ideia é desfocar do papel central a priori de qualquer categoria profissional. Esse desfoque de papéis estereotipados da equipe em prol de uma observação aberta, vinda da relação individual da gestante, permite, inclusive, um processo de trabalho mais leve.^{4,10} Sem a carga do protocolo social que o profissional carregaria, já não bastasse a carga do protocolo institucional sobre as condutas clínicas. O profissional da saúde, portanto, exerceria o poder do discurso sobre sua área de atuação de forma mais fluida, mas intensificaria a possibilidade de permitir melhor seguimento terapêutico e melhor vínculo do paciente com a equipe. Isso não se refere a perdas e ganhos sobre as especificidades técnicas legais de cada profissional, mas sobre ganhos no manejo de casos.

As relações interpessoais são muito importantes para a equipe. Às vezes a troca de funcionários da equipe dá uma desestabilizada, né. Porque a relação é entre as pessoas. Então, próximo à possibilidade de trocar uma pessoa da equipe, também, às vezes, desestabiliza o grupo. (Entrevista 2)

Isso é do paciente, isso é do sujeito. Ela pode ter se identificado com você e ter falado pra você que ela teve 8 parceiros e não falar pra mim, sabe? Porque ela se identificou com o outro e considerou que falar isso pro médico seria mais interessante do que falar pra psicóloga, pra assistente social (Entrevista 5)

A equipe multidisciplinar, enquanto faça de dois gumes, é uma equipe que pode 'cortar' de dois lados. Os dois gumes da equipe multidisciplinar coexistem e cortam, ou seja, trabalham, para problemas distintos e necessários. Porém, uma revisão sistemática de publicações em bases internacionais sobre o tema observou que os teóricos da multidisciplinaridade em saúde enfatizam as relações coletivas da equipe, em práticas de promoção a saúde e a serviço das políticas públicas.¹¹ Os discursos dos profissionais neste estudo trazem a necessidade da abertura às relações individuais das gestantes com cada

membro da equipe, pois assim as demandas de ordem emocional poderiam ser trabalhadas.

Nesse sentido, entendemos como faca de dois gumes a equipe que pode estar disposta tanto no macrossistema da saúde como no microssistema. Enquanto macrossistema, entendemos, através de Ribeiro,¹² ser a visão teórica que valoriza as relações sociológicas para a construção de saúde. É o sistema de saúde que engloba e gerencia os elementos da vida em coletividade. Sobre o microssistema, entendemos ser a visão teórica que valoriza as relações individuais para o manejo terapêutico clínico. É o processo de saúde que acontece quando as portas do consultório se fecham e a relação profissional-paciente toma um caráter subjetivo, individual e psicodinâmico.¹³ Ambos os sistemas interagem constantemente, porém a postura profissional e a configuração da equipe em ambos os sistemas são diferentes.

Ponderamos, portanto, que os discursos sobre o macrossistema da saúde não desconsiderem os elementos das relações micro, onde a subjetividade precisa ser entendida através das relações individuais. Assim sendo, o chamado “usuário” das relações coletivas em saúde é o mesmo “paciente” das relações clínicas com os profissionais. A mudança de nomenclatura não é à toa, visto que são processos e relações diferentes, mas ferramentas irmãs de construção de saúde em diferentes settings.

Esses casos sociais, que são muito importantes, eu acho que incomoda. E a ideia da equipe multidisciplinar justamente é essa. Com certeza, sozinhos não damos conta. A gente nem tem esse ‘know how’ todo para dar toda essa assistência. A gente não consegue fazer sozinho. (Entrevista 15)

Os relatos dos participantes nos mostram que informações de cunho social nem sempre serão coletadas pelo assistente social e as emoções nem sempre serão realmente expressas ao psicólogo. O médico nem sempre será a pessoa de confiança da gestante e a equipe de enfermagem nem sempre será a de maior vínculo. Quando o setting clínico se propõe a acolher demandas subjetivas, a equipe multidisciplinar deve estar aberta a se reorganizar, e permitir que a relação de cada profissional com os pacientes sejam as fontes de ferramentas individualizadas de cuidado em saúde.

Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes: função de treinamento ou de cuidado?

Geralmente os residentes vêm pra esse ambulatório e pensam: [Tom desmotivado] ‘Ah, PNA a gente tem que ficar perguntando sobre coisas sociais?’. Porque a gente está sempre na linha de frente ali das ‘buchas’, né? Casos graves. E aí, às vezes, a gente acha meio ‘porre’, assim, você ter que resolver esses casos sociais,

né? Porque a gente quer aprender a ver 'bucha', a ver doença, tratar de coisa grave, salvar vida. (Entrevista 16)

Os relatos deste estudo nos convidaram a uma reflexão sobre o ideal de intervenção em saúde. Parece comum o pensamento que o ideal de intervenção se aprende em locais onde o risco de morte é evidente; e não é à toa. Os profissionais da saúde normalmente expressam o sentimento de impotência em situações onde os protocolos de assistência ou o raciocínio clínico não são ferramentas terapêuticas prioritárias. É uma realidade que se observa há muito na literatura sobre o cuidado a pacientes em situações de conflitos éticos, como os pacientes terminais.¹⁴ Neste estudo, observamos este discurso em outro *setting*, sem o teor dramático da morte iminente, mas com tamanha carga de conflitos psicossociais que os profissionais passam a desejar atender uma doença grave a ter que lidar com o peso da angústia psicossocial do outro; neste caso, de uma adolescente grávida.

Vou ser bem sincera: eu não faço muito a respeito [sobre as demandas psicossociais]. Eu acho que, eu não sei lidar com isso e eu acho que não tenho treinamento para abordar, por exemplo, uma violência doméstica com adolescente grávida. Eu tenho treinamento para diagnosticar, a gente consegue diagnosticar. [...] Para mim o meu papel como médica é o que? Orientar a anticoncepção, convencê-la a colocar o DIU. Isso eu faço. [...] Toda vez que eu vejo uma adolescente grávida eu fico chateada. Na hora do parto, se evolui para uma cesárea, eu fico chateada. Todas as vezes eu fico triste, né. (Entrevista 9)

Você atender uma paciente de uma patologia é mais protocolar, é mais fácil. Você sabe mais onde intervir, né? Agora, uma adolescente é mais um papel de promoção, um papel de organização do cuidado. Porque eu acho que a gente está mais... eu me sinto mais limitado, assim, no controle mesmo. Então eu acho mais angustiante mesmo. Mesmo que a paciente tenha uma patologia, eu acho que é mais 'resolvível' do que eu tentar organizar a vida dela. (Entrevista 10)

A impotência explícita na fala do médico é fruto da percepção da ineficácia dos protocolos de assistência quando a demanda prioritária são elementos psicossociais. No entanto, esse sentimento diante da ineficácia dos protocolos, dentro de um *setting* hospitalar, depende diretamente do sentido dado pelos profissionais ao seu trabalho. É importante, portanto, que o próprio ambiente de trabalho traga a possibilidade de se aprender outras formas de pensar o trabalho em saúde. É nesse sentido que o ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes, dentro de um *setting* hospitalar, se torna mais do que uma referência de cuidados protocolares a gestantes. É um espaço de potencial

treinamento dos profissionais acerca do manejo de questões subjetivas em ambiente hospitalar.

Essa proposta de discussão parte da premissa de que é mais prejudicial não ver sentido no que se faz do que não desejar fazer. Significa dizer que a crítica não deve ser voltada às preferências dos profissionais por setores de alta demanda nosológica. Do contrário, a crítica deve ser voltada à falta de estratégia das instituições e programas de formação em saúde em sensibilizar o profissional a dar importância ao trabalho em setores hospitalares de alta exigência psicossocial. Em outras palavras, não há problema em um profissional preferir o atendimento de patologias; há problemas, sim, no não entendimento do seu papel em atendimentos de casos de manejo psicossocial.

Eu não acho que eu tenha tanta importância assim no pré-natal de adolescente. Na revisão pós-parto a gente ainda pode ajudar, porque a gente orienta sobre contracepção e tudo mais. Mas se for para encarar problema da gravidez eu não vejo sentido, não estou interferindo muito, porque já aconteceu (a gravidez). (Entrevista 9)

Na prática, não ver sentido significa não saber o que está fazendo ou, ainda, não entender qual o seu papel no ambulatório. Por consequência, ao ter uma postura de investigador nosológico ou semiológico em um espaço de acolhimento de angústias de não-doentes, o profissional não permanece; e se permanecer, adoece. É preciso entender, de antemão, que os protocolos de assistência em saúde não abarcam a atenção a angústias psicossociais e educativas de pacientes.^{15,16} O ambulatório de Pré-natal de Adolescentes demanda justamente a postura de atenção à essas questões psicoeducativas. Importante dizer, não convém aqui inferir que a postura de investigação nosológica neste espaço seja incorreta. Do contrário, o vetor de pensamento, a partir dos relatos dos profissionais, é sobre a dificuldade de sensibilizar o pensamento psicoeducativo na atenção terciária.

Eu acho mais fácil tratar da parte patológica do que da parte que não é patológica, por mais que a gente tenha durante toda a graduação tudo isso de discutir todos os outros aspectos. Discutir esses aspectos durante uma aula é muito diferente de você ser confrontado com esses outros pontos pelo paciente, sabe?! Que a gente consulta. E eu acho que querendo ou não nosso preparo é muito pouco. (Entrevista 13)

A proposta é tornar como um objetivo fundamental do PNA o treinamento de manejo da angústia profissional e sensibilização dos profissionais quanto às angústias das adolescentes. Nesse sentido, a proposta é treinar os profissionais para conceber a ideia de “atitude psicoterapêutica”. O que entendemos por atitude é a postura que o profissional tem diante do caso clínico e não o pensamento sobre a técnica propriamente dita.

É claro que se ela não tá tendo algum sofrimento a gente não vai colocar o sofrimento. Mas essas questões, por exemplo, dela não achar que, só por ela ser mãe tem que parar de ter planejamento, isso tudo a gente conversa. Eu converso. E acho que, assim, cada um tem o seu tempo, né. Então, mesmo que eu fale e que ela não ouça agora, talvez algum dia ela lembre disso. Quando pra ela for melhor. Então acho que um dia ela vai ter esse momento de pensar essas questões. (Entrevista 3)

A análise dos relatos desta categoria permite observar que uma atitude de escuta e reflexão sobre o que é possível fazem naquele momento favorece a desculpabilização do profissional. Uma culpa presente principalmente entre os residentes médicos, os quais se viam inertes diante desta conurbação paradigmática; ou seja, entre o saber médico pragmático e as demandas psicodinâmicas institucionais de um ambulatório de pré-natal de adolescentes.

Por mais que a gente tenha a teoria eu acho que é muito difícil colocar em prática, especialmente no hospital terciário. Porque querendo ou não a gente faz a nossa formação basicamente inteira no hospital terciário. Quando a gente está na UBS (Unidade Básica de Saúde) eu acho que fica mais fácil de focar (nos aspectos psicossociais). (Entrevista 13)

Portanto, o Pré-natal de Adolescentes é um local propício para ser o *locus* desse aprendizado, dadas as suas características ao lidar com a não-doente no hospital. A proposta, nesse contexto, é de que o PNA, dentro de um ambiente hospitalar, deva ter uma função de formação psicossocial em saúde e não exatamente de melhoria da assistência às adolescentes grávidas; um local de treinamento de tomadas de decisão relativas a questões psicossociais em contexto de alta complexidade em saúde. Que seja estruturado em nível de ensino em saúde, para o treinamento de intervenção biomédica em conflitos psicossociais. Ainda que consideremos natural o desejo de intervenção técnico-biológica, dado o paradigma das ciências naturais no qual os profissionais da saúde são formados e estão inseridos, este tipo de serviço tem um potencial psicoeducativo em saúde que precisa ser aproveitado.

Os protocolos como suporte: entre a frustração e a resolutividade

Eu não acho que protocolo de assistência funciona aqui. Tem que ser bem individualizado! Tem gente de 15 anos que é casada, o marido de 30 anos vem na consulta, entendeu!? Outra é dona de casa, casada desde os 14, 13 anos. A outra está indo na escola e engravidou de um "menininho" de 15 anos também. Tem usuária de

droga, também adolescente. Não são as mesmas adolescentes, é tudo completamente diferente. (Entrevista 9)

Dos discursos emergiram significados sobre o processo de trabalho, que diretamente trouxeram luz aos questionamentos deste estudo, como no caso dos protocolos de assistência. Neste primeiro relato, observamos a constatação dos conflitos, a aceitação da subjetividade das gestantes ante os protocolos e o gatilho para que a singularidade do profissional possa vir a ser o eixo da atitude clínica e terapêutica.¹³

O protocolo ele meio que aborda o geral, mas cada paciente tem suas particularidades. [...] Eu acho que o protocolo, para parte biológica, facilita. (Entrevista 12)

Nesse sentido, a ideia desta categoria é discutir a importância de uma certa fuga dos protocolos de assistência e de se criar estratégias individualizadas para agir na atenção a adolescentes grávidas. Esta discussão sobre a resolutividade dos protocolos e a subjetividade das estratégias individualizadas é importante para que a atenção às adolescentes não se torne uma discussão moral a cada caso.

Eu às vezes atendo algumas histórias que você toma um susto. É difícil isso. Porque eu tenho um plano de vida para mim, né. De estudar, me formar, tudo mais, e depois pensar em filhos. Porque a gente sabe que hoje não é fácil ter um filho. E aí eu vejo que elas não têm nada disso como prioridade. Às vezes não terminou de estudar, está no meio da escola, para de estudar [...]. Você imagina as condições que ela está vivendo, se ela tem como se alimentar bem, tudo mais. E às vezes ela está feliz. Então, isso é um pouco difícil.” (Entrevista 7)

O foco exclusivo nos protocolos tende a moralizar os casos, generalizando o que deve ou não ser feito. É uma ferramenta de organização de serviços importante em questões que exigem conhecimentos a priori do processo de trabalho, melhorando a resolutividade dos casos. No entanto, em serviços que demandam atendimentos de pessoas cujas particularidades psicossociais são os dados clínicos, a utilização dos protocolos pode moralizar as ações, prejudicando a resolutividade do caso. Nesse sentido, o alvo do profissional passa a ser a subjetividade envolvida. É importante observar que a questão moral sobre o que o profissional entende do que é certo e errado sempre estará presente, dado que é um atributo natural do ser humano. Porém, o conflito ético dos casos existe quando os conceitos morais do profissional entram em conflito com a postura profissional necessária para conduzir o caso. Nesse sentido, o uso dos protocolos de assistência, além de não darem resolutividade, atrapalham o manejo psicoeducativo.

Com 11 anos [de idade] a gente se impressiona um pouco mais. Mas não que eu não me impressione com à de 15 anos, que também é da mesma situação, né? São muito novas para estarem passando por uma situação dessa. Ainda mais eu, que agora acabei de ter um neném também. Então, eu vejo que não é fácil. É tudo muito complicado. Se não é fácil para mim, imagina para uma menina. (Entrevista 4)

Importa enfatizar, nesse contexto, que o ponto desta categoria não é dizer ou relativizar o que é certo e errado diante de um conflito ético, mas sim, discutir como manejar conflitos na assistência em saúde. Importa também observar que a subjetividade necessária para o manejo não é contrária à resolutividade do caso. Do contrário, a observação das questões subjetivas são as ferramentas para se manejar a resolução do caso.

Eu não sei muito o que fazer assim, para ser bem sincera [sobre demandas psicossociais]. Tem chefe que orienta a gente a perguntar, a gente pergunta. A gente entra em contato com a equipe multiprofissional, mas eu pessoalmente, vou ser bem sincera, eu não faço muito a respeito. Eu tenho treinamento para diagnosticar, a gente consegue diagnosticar. Incentivar ela a ir para a escola? Orientamos, mas eu acho que é muita... não é hipocrisia a palavra, mas, assim, parece que a gente está fazendo isso pela nossa consciência. (Entrevista 9)

As diferentes formas de manejo, observadas nos relatos dos participantes, nos permitem ratificar a constatação anterior de que os protocolos de assistência são limitados no quesito resolutividade, em especial na atenção a casos de conflitos, como na atenção a adolescentes grávidas. Porém, nos permite refletir, ainda, sobre como os protocolos podem ser utilizados como mecanismo de defesa do profissional para não sofrer diante da possível angústia que a adolescente grávida pode trazer. Podemos identificar este mecanismo na literatura como racionalização.¹⁷ A racionalização é um mecanismo de defesa da estrutura psíquica humana, acionado de forma inconsciente. Ele tem a finalidade de considerar tolerável para a consciência humana algum comportamento ou sentimento moralmente controverso, a partir de um discurso lógico acerca do conflito emocional.^{17,18}

Importa enfatizar, não se trata de inferir que o profissional que se utiliza deste mecanismo, o faz por não desejar estar diante do conflito, mas, sim, por não entender o seu papel diante desse conflito. Portanto, a inferência que fazemos neste estudo é sobre a necessidade das instituições em problematizarem as reciclagens teóricas sobre a função dos profissionais, não apenas enquanto membros da equipe, mas principalmente na sua relação

individual com o paciente e com o conflito que este paciente traz como demanda.

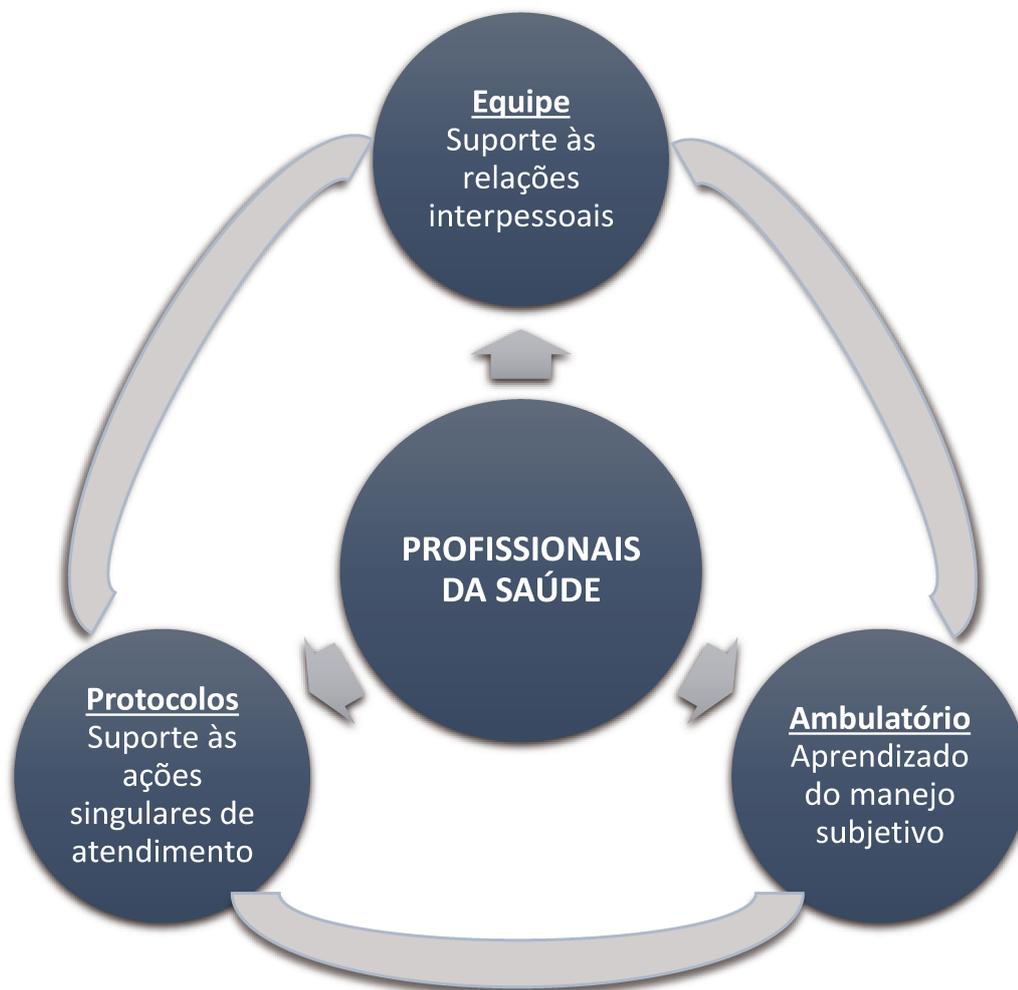
A gente estava aqui olhando para ela e ela engravidou na nossa cara. Isso acho que foi um pouco frustrante. Você dá espaço para ela falar, mas não sei se ela estava preparada para falar tudo e eu só a vi dessa vez. Eu não a vi no retorno, então não tinha como eu saber. Porque aqui na consulta é um espaço de você trazer as coisas, mesmo que não sejam só da gravidez, porque a gente passa para o atendimento com a psicologia. (Entrevista 12)

Neste último relato, a profissional expõe sua frustração pelo resultado não alcançado, ao passo que racionaliza o seu papel no caso e transfere responsabilidade a outro especialista. Dessa forma, observa-se que o anonimato na assistência à adolescente grávida não está apenas na ausência física do profissional. É possível estar presente e atuante, ao mesmo tempo que anônimo. Ao ser avaliada, a gestante anseia por uma resposta e este anseio é silencioso, dependente da sensibilidade do profissional para ser visto. O anonimato do profissional nesse momento e a ausência da pessoa de referência na equipe, para quem a adolescente possa se abrir, resulta em danos ao processo de cuidado da gestante.

O entendimento de que esse processo exige um posicionamento da equipe, tão importante quanto o conhecimento técnico do procedimento, torna a equipe mais amparada de recursos. Dessa forma, esse processo de cuidado se volta também para o profissional, que estará amparado por uma equipe que tem condições de discutir e reconhecer suas limitações e potencialidades diante de cada caso.

A seguir, propomos uma figura representativa das discussões deste estudo (Figura 1). Através do olhar da equipe cuidadora, pôde-se pensar em um modelo de entendimento dos fatores estruturais que interferem nas atitudes dos profissionais da saúde em seu trabalho com as adolescentes grávidas. Este modelo de entendimento sobre a organização do trabalho junto às adolescentes grávidas pode ser direcionado a instituições de saúde e ensino, bem como a grupos de trabalho ambulatorial que entendam a importância do suporte ao profissional como central.

Figura 1 – Assistência pré-natal a adolescentes pela equipe de saúde



DISCUSSÃO

Já é consagrada internacionalmente a ideia da importância da equipe multidisciplinar, enquanto suporte às necessidades psicossociais de adolescentes e de pacientes em geral nos serviços de saúde, o que é corroborado por este estudo.^{19,20} A ressalva que construímos, a partir dos relatos deste estudo, é que, considerando certas demandas de ordem emocional das adolescentes, a relação principal é entre os indivíduos e não com o grupo de profissionais. É sabido - e não é negado neste estudo - que existe a relação dos pacientes, de forma geral, com o grupo de profissionais e uma natural leitura deste grupo pelo paciente. Porém, as demandas emocionais, por serem de ordem pessoal, prioriza a leitura da relação interpessoal.

O profissional com quem o paciente se relaciona representa o todo para este paciente. Ele representa a instituição, a equipe e o processo de trabalho. Importa enfatizar que esta discussão não é sobre quem é o responsável legal da adolescente grávida, mas sim, sobre com quem essa adolescente se identificou dentro da equipe para falar o que ela está sentindo. Esse cuidado individualizado, a partir de uma equipe multidisciplinar, com o objetivo de reconhecer os vários aspectos subjetivos de pacientes (*illness*) na atenção clínica, é conhecido como *multidisciplinary team approach*.²¹⁻²³ Portanto, a riqueza da equipe multidisciplinar, nesta visão das relações interpessoais, não está propriamente nas “multidisciplinas”, mas sim na “equipe”. Significa dizer que os mecanismos de identificação de um paciente se dão na relação com a pessoa do profissional e não com a disciplina técnica a qual ele representa.

Os mecanismos de identificação são processos inconscientes, nos quais um indivíduo enxerga elementos da sua própria estrutura psíquica em um outro indivíduo, entendendo este outro, portanto, como alguém apto a receber de forma mais verdadeira os seus afetos.²⁴ Por essa razão, a riqueza da equipe multidisciplinar diante das demandas subjetivas de um paciente está nos seus membros e não nas disciplinas as quais eles representam. Isso porque a equipe fornece multiplicidade de personalidades, para com as quais os diversos tipos de pacientes podem se identificar. Por vezes, a própria ideia de focar na multidisciplinaridade quebra a ideia de equipe, pois torna as relações terapêuticas um agrupamento de especialistas anônimos para o paciente, chamado por Balint de conluio do anonimato.¹³

Esse tipo de pensamento sobre equipe multidisciplinar é ainda mais importante quando tratamos de serviços que realizam trabalhos que constantemente exigem dos profissionais a fuga dos protocolos. Esse momentâneo distanciamento dos protocolos acontece ao lidar com casos de conturbações psicossociais, como é o caso da atenção a adolescentes grávidas.⁵ As questões psicossociais dentro de um ambiente clínico naturalmente exigem dos profissionais, inseridos em um setting de saúde de alta demanda produtiva e protocolada, uma visão mais aguçada sobre questões subjetivas, que envolvem a relação deles com os pacientes.^{25,26} Essa é a dificuldade primária no processo de trabalho, visto que o trabalho em atenção terciária à saúde comumente não prevê como prioridade o manejo de subjetividades e as relações interpessoais ficam defasadas.

As relações interpessoais na estrutura hospitalar atual guardam resquícios de um padrão controlador e disciplinar. É paradigmaticamente um espaço para o diagnóstico e cura, sendo estes desprendidos do caráter psicossocial do sujeito. Passa a ser prioridade apenas instrumentos da ciência, que partem da classificação e evolução das doenças.²⁷ Esta lógica acaba por suprimir outras questões concretas à saúde, como econômica, cultural ou política. Os relatos desta categoria trazem a angústia pelo ‘não-saber’ e pela impotência de não haver perspectivas de vir a saber. A adolescente grávida é, não apenas desconhecida em suas dimensões psicossociais, mas também

desconectada daquilo que os profissionais da saúde entendem como seu objeto de intervenção e treinamento.

Historicamente, o ambiente hospitalar não é configurado para um acompanhamento psicossocial e educativo, o que o torna um ambiente de aprendizado profissional limitado, se considerarmos a saúde de forma mais ampla.^{27,28} Nesse sentido, o ambulatório de Pré-natal de Adolescentes, inserido em um hospital de grande porte, é naturalmente desconfortável aos profissionais em aprendizado. O ambulatório exige uma abordagem mais ampla do que é exigido nos protocolos hospitalares. No entanto, o viés de discussão não dará luz sobre o que o hospital é ou deveria ser, mas sim, propõe-se que seja posta luz na possibilidade de que, uma unidade com tamanha especificidade como um ambulatório de Pré-natal de adolescentes, seja mais do que um campo de treinamento de técnicas para os profissionais.

Nesse sentido, Balint¹³ convida os profissionais da saúde a observarem o que ele chamou de atitude psicoterapêutica, para ter uma resolutividade aprimorada quando se trabalha com casos que vão além do conhecimento fisiopatológico. Ter uma atitude psicoterapêutica não é fazer terapia, mas ter uma postura de acolhimento às angústias do seu paciente. Dessa forma, promove-se uma relação clínica, terapêutica e interpessoal, não protocolada, fundamental para o seguimento terapêutico técnico posterior. Essa sensibilização à atitude terapêutica é também favorável ao processo de desculpabilização dos profissionais e possível frustração por não saberem bem o que fazer ou qual o seu papel em um dado setting clínico.

Por definição, os protocolos devem organizar uma rotina que um dado serviço espera que exista, para fins de produtividade de bens ou serviços.²⁹ No entanto, as questões subjetivas da clínica em saúde são únicas e escapam da previsibilidade protocolar. A cada caso com adolescentes grávidas, o profissional da saúde é desafiado a ir além de protocolos ou, por vezes, temporariamente deixá-los de lado. Isso porque esse tipo de atendimento às adolescentes tem elementos de conflito, o qual, por definição, não admite previsibilidade.^{2,30} Na prática, isso significa que a adolescente grávida expressa a sua subjetividade como um dado clínico e apenas a singularidade do profissional pode dar base para a criação de ferramentas próprias para lidar com o caso.

No entanto, a dificuldade de se desprender dos protocolos causa um problema de ordem prática comum na assistência a conflitos em saúde: todos se tornam “os profissionais” do paciente, ao mesmo tempo que ninguém é o profissional de referência. Essa aparente contradição conceitual, na prática, significa dizer que os protocolos incentivam os profissionais a terem excelência técnica, mas não os sensibilizam a serem observadores das relações com o paciente. A tendência, portanto, é que haja mais fragmentação do caso, onde a paciente será exposta às opiniões e ações de diferentes especialistas, cada um anônimo ao outro. Esta relação de atendimento ao paciente de forma difusa e

sem corresponsabilidades clínicas, Balint descreveu como um “conluio do anonimato”.¹³

Nesse sentido, entende-se que as equipes de saúde devem ser instrumentos, primeiramente, de reconhecimento das relações que cada membro da equipe tem com cada paciente. Tão importante quanto, as instituições e programas de ensino em saúde devem ter, na prática desses profissionais, a oportunidade de desenvolver estratégias de aprimoramento do manejo de casos. Um aprimoramento que ganha maior importância pelo caráter de conflito dos casos, cujos protocolos de assistência, inerentes aos settings de saúde, não serão as ferramentas de maior resolubilidade.

Os resultados deste estudo abriram a possibilidade de instrumentalizar profissionais de saúde e programas de formação em saúde para uma assistência menos protocolar e mais sensível à subjetividade encontrada nas relações individuais, seja na atenção às adolescentes grávidas ou a quaisquer outros casos que envolvam manejo de conflitos éticos. Saber o que os profissionais de saúde sentem e pensam pode mudar a abordagem e o manejo clínico de casos considerados como difíceis, por não terem suporte dos protocolos de assistência. Dessa forma, as equipes de saúde poderão ser estruturadas para melhorar a escuta clínica, a relação de cada profissional com a equipe multiprofissional e a relação de cada profissional com cada paciente. O pensamento de intervenção institucional em favor dos profissionais de saúde é, portanto, uma estratégia de melhoria da assistência em saúde.

CONCLUSÕES

Nesse estudo, discutimos o papel da equipe enquanto suporte a cada profissional membro, em suas relações interpessoais com cada mulher. Entendemos o setting clínico do ambulatório de pré-natal de adolescentes em um hospital terciário como um centro de aprendizagem de manejo de questões subjetivas, diante da dificuldade profissionais de se entender as demandas psicossociais como dados clínicos. Observamos, ainda, que os protocolos de assistência em um setting com demandas tão singulares e subjetivas devem ser suporte e não ferramenta prioritária de ação terapêutica. Todos estes fatores estruturais estão interconectados entre si, conversando diretamente com cada profissional. Fatores relacionados, que têm ligação direta com a melhoria do suporte às demandas clínicas e emocionais dos profissionais com estas mulheres e, conseqüentemente, com a melhoria da assistência prestada a este grupo.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior no Brasil. Agradecemos, em especial, a todos os profissionais que participaram desse estudo,

compartilhando seus pensamentos, seus sentimentos e contribuindo de forma valorosa para a construção de suportes aos seus trabalhos com adolescentes grávidas.

CONFLITO DE INTERESSES

Não há conflitos de interesse a declarar.

FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. Soril LJ, Clement FM, Noseworthy TW. Bioethics, health technology reassessment, and management. *Healthc Manage Forum*. 2016 Nov;29(6):275-278. doi: 10.1177/0840470416659385
2. Buchbinder M, Brassfield ER, Mishra M. Health Care Providers' Experiences with Implementing Medical Aid-in-Dying in Vermont: a Qualitative Study. *J Gen Intern Med*. 2019 Apr;34(4):636-641. doi: 10.1007/s11606-018-4811-1
3. Yeo IS. The Birth of Hospital, Asclepius cult and Early Christianity. *Uisahak*. 2017; 26(1): 3-28. doi: 10.13081/kjmh.2017.26.3.
4. Jittitaworn W, Fox D, Catling C, Homer CSE. Recognising the challenges of providing care for Thai pregnant adolescents: Healthcare professionals' views. *Women Birth*. 2019; pii: S1871-5192(18)31678-0. doi: 10.1016/j.wombi.2019.03.015.
5. Kagawa RMC, Deardorff J, Domínguez Esponda R, Craig D, Fernald LCH. The experience of adolescent motherhood: An exploratory mixed methods study. *J Adv Nurs*. 2017; 73(11): 2566-2576. doi: 10.1111/jan.13329.
6. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação às Áreas da Saúde e Humanas. [Treaty of Clinical Qualitative Research Methodology: Theoretical-Epistemological Comparative Discussion and Application in the Areas of Health and Human Sciences]. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
7. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 388-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020.

8. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003.
9. Faria-Schutzer DB, Surita FGC, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Content Analysis.. *Cien Saude Colet*. No prelo.
10. Rachma-Sari V, Hariyati RTS, Syuhaimie-Hamid AY. The association between stereotyping and interprofessional collaborative practice. *Enferm Clin*. 2018; 28 Suppl 1:134-138. doi: 10.1016/S1130-8621(18)30053-6.
11. Silva PA, Silva GML, Rodrigues JD, Moura PV, Caminha IO, Ferreira DKS. Atuação em equipes multiprofissionais de saúde: uma revisão sistemática. *ConScientiae Saúde*, 2013;12(1):153-160.
12. Ribeiro LHL. O Sistema Único de Saúde (SUS) como um macrosistema: território, técnica e política. *Geosp – Espaço e Tempo (Online)*. 2017; 21(3): 737-754. doi: 10.11606/issn.2179-0892.geosp.2017.118291.
13. Balint JA. *The Doctor, His Patient and The Illness*. London: Elsevier, 2000.
14. Bastos RA, Quintana AM, Carnevale F. Psychological Distress Experienced by Nurses who Work with Patients in Death Process: A Clinical-Qualitative Study. *Trends Psychol*. 2018; 26(2): 795-805.
15. Chikalipo MC, Nyondo-Mipando L, Ngalande RC, Muheriwa SR, Kafulafula UK. Perceptions of pregnant adolescents on the antenatal care received at Ndirande Health Centre in Blantyre, Malawi. *Malawi Med J*. 2018 Mar;30(1):25-30. doi: 10.4314/mmj.v30i1.6.
16. Harrison ME, Clarkin C, Rohde K, Worth K, Fleming N. Treat Me But Don't Judge Me: A Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017 Apr;30(2):209-214. doi: 10.1016/j.jpag.2016.10.001.
17. American Psychiatric Association. *DSM-IV-TR: diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. United States: American Psychiatric Press Inc (DC), 2000.
18. Pontalis JB, Laplanche J. *Vocabulário da Psicanálise*. 4ª.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2014.
19. Ricadat É, Schwering KL, Fradkin S, Boissel N, Aujoulat I. Adolescents and young adults with cancer: How multidisciplinary health care teams adapt their practices to better meet their specific needs. *Psychooncology*. 2019; 28(7): 1576-1582. doi: 10.1002/pon.5135.
20. Horlait M, Baes S, Dhaene S, Van Belle S, Leys M. How multidisciplinary are multidisciplinary team meetings in cancer care? An observational study in oncology departments in Flanders, Belgium. *J Multidiscip Healthc*. 2019; 12: 159-167. doi: 10.2147/JMDH.S196660.

21. Morton G, Masters J, Cowburn PJ. Multidisciplinary team approach to heart failure management. *Heart*. 2018; 104(16):1376-1382. doi: 10.1136/heartjnl-2016-310598.
22. Govender D, Naidoo S, Taylor M. Nurses' perception of the multidisciplinary team approach of care for adolescent mothers and their children in Ugu, KwaZulu-Natal. *Afr J Prim Health Care Fam Med*. 2019; 11(1):e1-e11. doi: 10.4102/phcfm.v11i1.1936.
23. Pillay B, Wootten AC, Crowe H, Corcoran N, Tran B, Bowden P, Crowe J, Costello AJ. The impact of multidisciplinary team meetings on patient assessment, management and outcomes in oncology settings: A systematic review of the literature. *Cancer Treat Rev*. 2016; 42: 56-72. doi: 10.1016/j.ctrv.2015.11.007.
24. Dias EO. *Relendo a psicanálise com Loparic*. 1ed. São Paulo: DWW editorial, 2012.
25. Silva JLP, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet*. 2012; 34(8): 347-350.
26. Connell T, Barnett B, Waters D. Barriers to antenatal psychosocial assessment and depression screening in private hospital settings. *Women Birth*. 2018; 31(4): 292-298. doi: 10.1016/j.wombi.2017.09.021
27. Gomes DRG, Próchno CCSC. O corpo-doente, o hospital e a psicanálise: desdobramentos contemporâneos?. *Saude soc*. 2015; 24(3): 780-791. doi: 10.1590/S0104-12902015134338.
28. Gimenes GF. Uses and meanings of quality of life in the contemporary discourse on health. *Trab. educ. saúde*. 2013; 11(2): 291-318. doi: 10.1590/S1981-77462013000200003.
29. Souza LO, Pinho MC, Machado LR, Jacques A. O uso de protocolos de segurança do paciente nas instituições hospitalares. *Rev. Bras. Pesq. Saúde*. 2017; 19(1): 70-77.
30. Caetano PS, Feltrin JO, Soratto J, Soratto MT. Conduta do Enfermeiro Frente aos Conflitos Éticos e Bioéticos em Área Vulnerável na ESF. *Saúde e Pesquisa*. 2016; 9(2): 349-360.

5.3 Artigo 3: Trabalho finalizado ou mais a fazer?: barreiras e facilitadores para o manejo clínico de questões psicossociais com adolescentes grávidas³

[Job done or more to do?: barriers and facilitators to clinical handling of psychosocial issues with pregnant adolescents]

³ Artigo formatado segundo normas da revista "Women and Birth", Impact Factor: 2.079.

Trabalho finalizado ou mais a fazer?: barreiras e facilitadores para o manejo clínico de questões psicossociais com adolescentes grávidas

Rodrigo A Bastos^{1,2}, RM

Maria Eufrásia Faria³, PhD

Fernanda GC Surita^{1,2}, PhD

Egberto R Turato^{2,3}, PhD

1 CAISM – Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher, Universidade Estadual de Campinas, R. Alexander Fleming, 101 - Cidade Universitária, Campinas - SP

2 Departamento de Tocoginecologia

3 Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria

Autor Correspondente

Rodrigo Almeida Bastos

Departamento de Tocoginecologia, Faculdade de Ciências Médicas - UNICAMP. Caixa Postal 6111. Campinas, SP, Brasil. CEP: 13081-970.

Telefone: (+55) 75 99210-8559

E-mail: almeidabastos.rodrigo@gmail.com

RESUMO

Introdução: O apoio psicossocial é responsabilidade dos profissionais da saúde e deve ser adaptado às necessidades de cada caso, em uma relação interpessoal. No entanto, a habilidade de cada profissional em lidar com as complexidades sociais e emocionais da vida dessas mulheres emerge, também, como uma barreira a cada atendimento. **Método:** O método clínico-qualitativo foi adotado. Foram realizadas entrevistas individuais utilizando questionário semidirigido de questões abertas em profundidade, com 18 profissionais da equipe de saúde de um ambulatório de pré-natal de adolescentes. A amostra foi fechada pela estratégia de exaustão e foi realizada análise clínico-qualitativa de conteúdo. **Resultados:** Três dimensões emergiram das falas dos participantes, no que diz respeito ao manejo de questões psicossociais, no contato direto com adolescentes grávidas. (1) A postura além do saber técnico: lidando com a queixa subjetiva; (2) Angústias no manejo de conflitos: os afetos que mais afetam; (3) Suporte dos pares como barreira e facilitador para o agir na clínica. **Discussão:** A partir dos relatos, entendemos que a postura profissional de acolhimento da queixa subjetiva é uma estratégia de suporte ao profissional e terapêutica à adolescente. A ideia de agir em prol da saúde é ampliada, de uma ação objetiva a uma prática reflexiva a cada caso. Dessa forma, as diversas angústias existentes na tentativa de manejo de conflitos podem ser melhor elaboradas. A condição de vulnerabilidade psicossocial da adolescente grávida angustia o profissional, o que nos faz repensar estratégias de formação deste profissional.

Palavras-chave: Pesquisa Qualitativa. Atitude dos Profissionais da Saúde. Saúde do Trabalhador. Gravidez na Adolescência. Cuidado Pré-Natal

INTRODUÇÃO

Declaração de Significância

Problema ou Questão

A habilidade de cada profissional em lidar com as complexidades sociais e emocionais da vida de adolescentes grávidas emerge como uma barreira a cada atendimento.

O que já se sabe

O apoio psicossocial é responsabilidade dos profissionais da saúde e deve ser adaptado às necessidades de cada caso, em uma relação interpessoal de acolhimento.

O que este trabalho adiciona

Suporte no processo de sensibilização das reflexões sobre as tomadas de decisão, durante o manejo dos casos, bem como desenvolve ideias sobre ensino em saúde. Existe um aprofundamento na análise das angústias que cada profissional sente, entendendo barreiras e facilitadores desse processo.

A gravidez na adolescência é um problema global que afeta com maior frequência regiões marginalizadas, normalmente relacionada a situações de vulnerabilidade social.¹ Apesar das taxas globais de nascimentos por adolescentes terem caído de 64/1000 mulheres para 47/1000 mulheres entre 1990 e 2015, a estimativa é que até 2030 haja elevação nas taxas globais de gestações entre adolescentes. Atualmente, a América Latina tem uma taxa de nascimentos por adolescentes acima da média global (64/1000), perdendo apenas para a África Ocidental (115/1000).^{1,2}

Nesse sentido, a Estratégia Global para a Saúde dos Adolescentes 2016-2030 indicou como prioridade o desenvolvimento de melhores modelos de assistência às adolescentes grávidas.³ Para este fim, a atuação dos profissionais da saúde se torna fundamental, tanto para o atendimento clínico pré-natal quanto para o acolhimento psicossocial destas adolescentes.

De fato, as equipes de saúde que atendem gestantes são colocadas diante de um público com algumas particularidades, em termos de acesso ao sistema de saúde. Antes da gravidez, a interação das adolescentes com os profissionais de serviços de saúde, bem como o acesso às informações destes serviços, é geralmente ausente.⁴ A partir dessa subutilização dos serviços de saúde, portanto, uma carga importante de diversas barreiras psicossociais é levada por essas adolescentes durante a experiência da gestação. Barreiras que são levadas e expostas aos profissionais de saúde que as assiste, como dados clínicos. No caso das mães adolescentes, não apenas o acesso tardio é uma barreira à saúde materna, mas como as suas angústias são recebidas nos serviços e tratadas clinicamente para melhoria do cuidado.⁴⁻⁶

O manejo clínico de questões psicossociais é inerente, portanto, à prática clínica dos profissionais que lidam com as adolescentes grávidas. Este tipo de apoio psicossocial é responsabilidade dos profissionais da saúde e deve ser adaptado às necessidades de cada caso, em uma relação interpessoal.^{7,8} No entanto, a habilidade de cada profissional em lidar com as complexidades sociais e emocionais da vida dessas mulheres emerge, também, como uma barreira a cada atendimento.⁷

Diante do exposto, entender a dinâmica do manejo clínico de questões psicossociais das adolescentes grávidas se torna fundamental para melhorar a atuação das equipes de saúde para este grupo, em concordância com as preconizações da Organização Mundial da Saúde. Para tanto, este estudo teve como objetivo explorar aspectos psicodinâmicos do manejo da assistência à adolescentes grávidas em ambulatório especializado, a partir dos relatos dos profissionais de saúde envolvidos nesse atendimento. A partir da análise das experiências desses profissionais, tanto positivas quanto negativas, seria possível promover recomendações ou novas formas de pensar o processo de cuidado a essas jovens e de ensino em saúde aos profissionais cuidadores.

MATERIAIS E MÉTODOS

Desenho de estudo

Foi adotado o método qualitativo com abordagem específica para settings de saúde, denominado clínico-qualitativo.⁹ A análise de conteúdo desta abordagem é composta de três características fundamentais: (1) atitude existencialista: valorização da angústia relatada pelo entrevistado; (2) atitude clínica: inclinação ao sofrimento atribuído pelo entrevistado; (3) atitude psicodinâmica: relevância dos aspectos inconscientes que estão presentes na relação entrevistador-entrevistado e no tema discutido.

Coleta de dados e amostra

Foi realizada uma observação prévia da dinâmica clínica dos profissionais de saúde por um período de seis meses no local de estudo. O local de observação e coleta de dados foi o Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM) da Universidade Estadual de Campinas, no Brasil. Todas as informações da observação foram registradas no diário de campo para subsidiar a construção do instrumento de pesquisa e análise de resultados.

A coleta foi realizada entre agosto e dezembro de 2016. A amostra é de profissionais de saúde que trabalham no Ambulatório de Pré-natal de Adolescentes. Os seguintes critérios de inclusão foram utilizados: Ser da equipe de médicos residentes em ginecologia e obstetrícia ou pertencer às equipes de enfermagem, psicologia e serviço social. Todos prestam ou prestaram assistência a adolescentes gestantes. A amostra foi fechada pelo critério de Exaustão,^{10,11} após discussão e validação com dois grupos de pesquisa da Faculdade de Ciências Médicas: Laboratório de Pesquisa Clínico-Qualitativa (LPCQ) e Saúde Reprodutiva e Hábitos Saudáveis (SARHAS).

O instrumento utilizado para coletar dados foi um roteiro de questões abertas para entrevista individual (Apêndice 2). Foi utilizada a seguinte pergunta disparadora: “O que significa para você atender uma adolescente grávida?”. A entrevista foi semidirigida pelo pesquisador e se desenvolveu a partir das falas dos entrevistados.

O primeiro autor deste estudo, RAB, realizou todas as entrevistas em sala privativa. O pesquisador possui treinamento e experiência em pesquisa qualitativa em settings de saúde, e conduziu todo o processo de coleta de resultados. Cada entrevista foi gravada e transcrita, com duração média de 33 minutos cada. Apenas uma única entrevista foi realizada com cada participante. Os profissionais relataram suas experiências individuais, sentimentos e angústias com relação aos cuidados prestados às adolescentes grávidas. Os dados observacionais e a auto-observação do entrevistador foram registrados em um diário de campo, durante e após cada entrevista, auxiliando na análise dos dados.

Análise de dados e aspectos éticos

A Análise Clínico-Qualitativa de Conteúdo foi utilizada.^{9,12} Essa estratégia de análise envolve sete etapas: (1) material de edição – todas as entrevistas transcritas; (2) leitura flutuante - o pesquisador faz uma leitura livre das experiências de vida relatadas; (3) construção das unidades de análise - os pesquisadores identificam os significados, selecionam os fragmentos de fala e desenvolvem reflexões iniciais de cada fragmento; (4) construção de códigos de sentido – agrupamento das unidades de análise semelhantes, estruturando, assim, os primeiros códigos de sentido; (5) construção de categorias - organização do material para análise de todos os participantes com vistas ao agrupamento dos códigos de sentido; (6) discussão - um diálogo com a literatura disponível; e (7) validade - reflexão crítica sobre os processos realizados em cada etapa, realizado por todos os autores, utilizando o Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR).

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual de Campinas e o Conselho Nacional de Saúde do Brasil aprovaram esta pesquisa, sob o número CAAE: 56571816.0.0000.5404. O pesquisador deve manter os dados da pesquisa arquivados, sob sua responsabilidade, por um período de cinco anos após o término da pesquisa. Recebemos o consentimento informado por escrito de todos os participantes.

RESULTADOS

Dezoito entrevistas foram conduzidas. Algumas características dos entrevistados estão dispostas na Tabela 1. Estas características poderão ser úteis para guiar o leitor para melhor compreensão de cada relato, sem pretensões de inferências estatísticas.

Tabela 1. Característica dos participantes.

Participante	Idade (anos)	Sexo	Área de Atuação	Tempo de Formado (anos)	Tempo de trabalho com Adolescentes Grávidas (anos)
E1	53	F	Enfermagem	35	2
E2	59	F	Psicologia	34	1
E3	26	F	Psicologia	4	1
E4	37	F	Enfermagem	14	3
E5	60	F	Assistência Social	33	28
E6	28	F	Assistência Social	< 1	< 1
E7	30	F	Medicina	4	2
E8	28	F	Medicina	4	2
E9	31	F	Medicina	5	2
E10	27	M	Medicina	4	2
E11	33	F	Medicina	3	3
E12	28	F	Medicina	2	2
E13	27	F	Medicina	1	1
E14	25	F	Psicologia	< 1	< 1
E15	27	F	Medicina	1	1
E16	29	M	Medicina	2	3
E17	28	F	Medicina	2	4
E18	31	F	Medicina	2	3

A postura além do saber técnico: lidando com a queixa subjetiva

Me mobiliza a vivência de violência; vivência de ausência de afeto, de cuidado; quando eu vejo uma menina muito largada, sabe? Você pergunta uma coisa e ela não sabe nem construir uma resposta. Não fazia qualquer reflexão a respeito das coisas que estavam acontecendo com ela. Não tinha crítica alguma com relação a tudo isso; nem cuidado, nem preocupação. Profissionalmente a gente vê uma inconsequência com relação a isso, o que é natural, porque elas são adolescentes. Mas me mobiliza. (Entrevista 2)

Elas ficam querendo te tratar como amiga, por uma aparente carência. Então eu tenho sempre que ficar voltando que esse é um espaço profissional. Não me incomoda, mas é uma dificuldade. Não é fácil, né, com certeza. E eu não sei se isso faz com que ela se abra mais ao tratamento, mas ela se abre mais a você. Então, elas se abrem para você, mas eu não sei exatamente o que você pode fazer com isso (Entrevista 3)

É interessante observar que, ainda que haja um conhecimento profissional consolidado acerca do que está acontecendo na relação clínica com a adolescente grávida, a mobilização emocional acontece. Observamos nos relatos que há uma relação controversa entre o saber técnico e o manejo da queixa subjetiva, ou seja, das questões psicossociais relatadas pelas adolescentes; ambos exigem recursos pessoais diferentes. Observamos nos relatos que há um certo peso pelo conhecimento. Um tipo de ônus emocional, pago pela atitude de se inclinar às reais angústias de uma adolescente grávida, ainda que haja um conhecimento profissional que lhe dá suporte. Logo, o profissional percebe que esse saber técnico não é suficiente para o manejo.

O fato é que a trajetória e o agir da adolescente agride e, portanto, há esgotamento emocional, fadiga por compaixão. No ambiente hospitalar, o manejo normalmente é voltado ao que é - ou potencialmente é - patológico. Porém, quando os dados clínicos da queixa são situações psicossociais, o distanciamento emocional sobre a angústia da paciente diminui e o profissional tem que lidar com situações que nenhum saber *a priori* poderia embasar.

A gente, tipo assim, empresta um ombro [para a adolescente] e o ouvido, né! Para 'desatar' aquele primeiro abafo e aí depois desabafa com a pessoa certa. (Entrevista 4)

É inevitável alguma coisa não te incomodar. Esses casos têm muito sofrimento envolvido. A gente se envolve e não tem treinamento pra isso. Mas eu acho que quando você tem uma certa distância, mas não uma distância fria, uma distância, digamos, inteligente, assim dizendo. Uma distância ao ponto de ser dosada. Aí a gente consegue. (Entrevista 15)

A percepção dos profissionais sobre treinamento para lidar com situações de conflito psicossocial parece estar ligada diretamente ao saber técnico, os quais objetivamente definiriam os caminhos a serem tomados. No entanto, da mesma forma que parece haver uma angústia pela insuficiência do saber técnico, existe uma imediata ação sobre o caso de forma individualizada. Talvez de forma não consciente, eles criaram suas próprias estratégias reflexivas para manejar seus respectivos casos, seja na forma de escuta ativa dos desabafos das adolescentes, seja pela reflexão a partir de um distanciamento dosado.

O agir dos profissionais da saúde é historicamente pragmático. Os treinamentos são voltados para o diagnóstico, o que faz parecer que o que não poder ser descrito de forma objetiva, não é objeto de trabalho do clínico.

A inferência que fazemos é que o "ensinar" e o "aprender" em saúde deve, portanto, envolver a reflexão e a escuta sobre as diferentes formas de cuidado com a vida, para além do saber técnico. A vivência com as adolescentes grávidas permitiu esta reflexão aos profissionais deste estudo, expostos às angústias de não saberem *a priori* o que fazer. O desenvolvimento de uma postura psicoterapêutica, a partir da angústia de ouvir as queixas subjetivas, permitiu-nos inferências sobre o ensino em saúde. As instituições e programas de ensino em saúde devem considerar a possibilidade de exposição dos estudantes e profissionais em aprendizado a situações de conflito, como o pré-natal de adolescentes. Dessa forma, o objetivo não seria apenas a melhoria da assistência destes serviços, mas tornar possível a reflexão do profissional sobre o potencial terapêutico da sua postura diante das queixas subjetivas. Assim, o profissional levaria consigo a habilidade de pensar em saúde de forma mais profunda e individualizada para qualquer serviço que siga.

Angústias no manejo de conflitos: os afetos que mais afetam

Os casos aqui vão muito além da gestação. Existe uma condição de vida e valores estranhos. Eu acho que isso é bastante frustrante. Às vezes, têm casos que são assim: a gestação da adolescente é a melhor coisa, é a salvação dela. Muitas vezes para ela foi a solução da vida. Ela conseguiu muitas vezes resolver questões de vida. Mas elas têm uma vida inteira, né. Essas coisas me abalam. Elas já têm uma história tão difícil, sabe... Ela já passou

por muitos abusos, por uma gestação muito idealizada. Tudo isso me angustia um pouco. (Entrevista 03)

A condição de sujeito vulnerável, não apenas clinicamente, mas também de forma social e psíquica, faz com que a angústia do atendimento às adolescentes grávidas tenha uma característica de conflito de valores. Portanto, não é a situação de estar grávidas que os comove, mas, todo o entorno depauperado no qual a adolescente grávida está inserida e contra o qual as ferramentas de ação clínica podem ser pouco eficazes. Assim, o que se percebe nas falas dos profissionais é que a angústia pode ser gerada por esse contexto gestacional. Isso afeta diretamente o manejo dos casos clínicos e, por consequência, sua eficácia e a adesão da gestante. As especificidades das adolescentes gestantes estão em desarmonia com o agir que se espera delas. Por consequência, os profissionais se deparam com as angústias e dificuldades no manejo.

A maioria das pessoas não se mete [sobre os casos de violência]. E é exatamente essa sensação que a gente tem aqui. Poxa, você está vendo [na consulta], mas o que eu tenho que fazer sobre aquilo? Que poder eu tenho sobre aquilo sabe? Eu vejo que também tem umas angústias minhas, né. No consultório eu não vou falar assim: “Olha você podia tratar ela melhor por favor?” (Entrevista 16)

O que me deixa mobilizada é mais a questão familiar. [...] Quando tem o apoio familiar, muitas coisas são mais leves, mais fáceis de resolver [...]. No atendimento eu tento fazer o meu máximo para conseguir pelo menos o mínimo de diálogo. Mas me deixa triste. Eu não vou conseguir resolver. (Entrevista 06)

Não tarda para que o profissional da saúde perceba nos primeiros instantes de consulta diante da adolescente: as demandas apresentadas fogem aos critérios do manejo profissional e, de forma mais evidente, do manejo pessoal. Ao tomar ciência do cenário que cerca a atuação clínica, o profissional é levado a uma situação de impotência, pela responsabilidade que possui e diante da qual nada eles se sentem aptos a fazer. Sentem-se eticamente convocados a intervir, mas seus recursos pessoais e profissionais estão aquém daquelas circunstâncias psicossociais perturbadoras e instáveis das adolescentes grávidas.¹³ Por consequência, caso essas situações de inquietação profissional não sejam bem trabalhadas, recursos emocionais, com vistas a tamponar essas vivências aflitivas,⁸ são acionados.

Tem dias que eu estou mais sensível. Algumas situações que a gente vê me deixa muito entristecida. Porque, assim, eu acredito que

nós profissionais, por mais que não queiramos nos envolver, nós nos envolvemos. Então a gente se coloca muito no lugar dessas pacientes, no lugar das mães dessas gestantes, até do bebezinho. (Entrevista 01)

Saio daqui meio abalada, meio triste. Em ver situações de violência ou situações em que a paciente relata a violência e não percebe que isso é uma violência. Situações em que a pessoa já passou por muitos abusos, história da gestação muito idealizada, sei lá [...]. Ou vê também que a maioria delas para de estudar para virar mãe... é uma coisa que me angustia. (Entrevista 03)

Estes relatos mostram como a atenção à pessoa queixosa, e não apenas à queixa em si, traz grande diferença na forma de observar o caso. Traz consigo, ainda, a angústia de ter que lidar com o que não é diagnosticável; o profissional se depara com o manejo da subjetividade. Sem a clareza deste processo subjetivo, o profissional vivencia contradições emocionais, que por um lado se percebe tranquilo quanto à fluidez dos protocolos de pré-natal, mas por outro se percebe angustiado a tudo que foge à queixa clínica esperada. Por essa razão, para haver uma sensibilização a uma conduta clínica profissional para além dos sinais e sintomas, deve haver um processo de ensino em saúde que retome a premissa da qual partimos anteriormente. Trabalhar, portanto, a resistência do profissional em compreender a queixa subjetiva como dado clínico, trazendo a adolescente de volta ao processo terapêutico para, por fim, efetivar o cuidado individualizado.

Suporte dos pares como barreira e facilitador para o agir na clínica

A gente tenta aborda um pouco a situação, usa a equipe que sempre ajuda bastante. Tem que ir, né... Tentar ir ajudando. E você vai até onde dá para você abordar, né? E aí tem que ter uma outra pessoa para ajudar a criar outra forma de intervir. (Entrevista 15)

Até tem tragédias [nos atendimentos], mas geralmente são sociais. [...] Eu acho que incomoda. Com certeza, nós sozinhos não damos conta. Nós nem temos esse “know how” todo para dar toda essa assistência. [...] A gente não consegue fazer sozinho. Sem a equipe, que aqui funciona. (Entrevista 16)

As demandas clínicas, que ora se apresentam no atendimento com adolescentes grávidas no PNA, estão marcadas por “tragédias sociais”. Nesse sentido, o paradigma da assistência médica e o objeto de trabalho dos residentes no PNA, por vezes, parecem antagônicos; por consequência, os desafios e ambiguidades surgem. Os relatos dos sujeitos desse estudo sugerem que, para lidar com os sentimentos, os profissionais têm de criar uma

atitude ao enfrentamento dessa situação. Logo, eles recorrem à saberes da equipe e orientações dos supervisores para, por fim, embasarem um novo de um agir clínico.

Portanto, não se trata de repassar a responsabilidade do caso a outro especialista, mas aprimorar a própria ação clínica a partir do suporte de outros saberes.¹⁴ Ainda que as demandas fujam ao escopo da atuação dos profissionais, dado o espaço multifacetado em que trabalham, a adolescente deve ser assistida integralmente na relação interpessoal de cada profissional. Assim, os profissionais, mesmo contando com esse apoio da equipe, não devem se eximir da sua atuação clínica propriamente dita.

Eu mesmo não me meto. Se eu identifico um caso de violência, eu vou encaminhar para a assistente social. Eu vou me preocupar, óbvio, mas é ela [assistente social] quem vai fazer o trabalho. (Entrevista 9)

Em geral, eu encaminho quando eu não tenho competência para agir. Pelo menos aqui, a gente tem bastante essa possibilidade [de encaminhar], porque a gente tem a equipe para acompanhar um monte de aspectos. (Entrevista 13)

Como dito anteriormente, os saberes dos pares podem ser fontes de estruturação de um melhor agir clínico. Por outro lado, a possibilidade de troca de saberes também pode se constituir como um espaço de transferência de responsabilidades. Em análise dos relatos, observamos que essa transferência acontece comumente entre aqueles profissionais que, diante da demanda apresentada pela adolescente, não se sentem capazes de criar estratégias próprias para conduzir o caso. E, ainda, podemos observar uma dificuldade dos profissionais em criar novas formas de agir clínico em função, também, das possibilidades que uma equipe multidisciplinar oferta; a possibilidade de ser anônimo ao processo.¹⁴

Isto posto, pode-se inferir que, por vezes, a equipe multidisciplinar pode ser usada como o mecanismo que cerceia o agir reflexivo do profissional, e a reflexão sobre a própria ação fica em segundo plano. Logo, há de se considerar as facetas do ônus e do bônus da equipe multidisciplinar, sobretudo na formação atitudinal dos profissionais. Isso porque, alguns profissionais recorrem à equipe como solução, ancorados de forma inconsciente na ideia de transferência de responsabilidade.

Nos primeiros atendimentos, eu ficava murcha. Ia para casa pensando: "Meu Deus! Como isso aconteceu? Se acontecesse isso comigo?". Eu ficava remoendo, mas agora já é uma coisa que eu consigo separar. Isso vem da prática mesmo, e maturidade que você

vai adquirindo no dia a dia da vida e leva para a clínica. (Entrevista 07)

A conversa é bem difícil com as adolescentes. Não acho que se aprende em uma aula sobre como fazer isso. Eu acho que eu vejo outras pessoas fazendo, ouço experiências, vivo coisas lá fora, observo alguma vez que deu certo [...] aí eu aprendi. (Entrevista 09)

Uma vez que o profissional capta as nuances subjetivas do atendimento e entende a psicodinâmica daquele momento, os recursos para a intervenção se tornam mais efetivos. Por sua vez, esses recursos ao mesmo tempo que fogem do escopo clínico padrão, também circunscrevem ao cenário de intervenção em saúde. Os relatos nos mostram que, na prática, significa dizer que apesar de o manejo subjetivo não estar inserido diretamente no ensino em saúde formal, ele pode e deve ser absorvido ao longo da prática clínica de forma implícita; como um currículo oculto.¹⁵ Embora o currículo oculto seja um termo amplo, com diferentes interpretações, é usado internacionalmente como um conceito social de captação de conhecimentos sobre as dimensões das experiências que não estão sob a governança do currículo formal.¹⁵

No entanto, a aplicação dos saberes diante das adolescentes grávidas, obtidos através do currículo oculto, por vezes é feita de modo literal. Significa dizer que as ferramentas de manejo clínico, construídas a partir de uma aprendizagem não formal, se tornarão meras repetições protocolares se forem desvinculadas de um raciocínio do próprio profissional sobre as experiências que teve ou enxergou no outro. Por outro lado, no contexto de atenção à adolescente grávida, a angústia de ter que se adaptar a cada caso favorece que este currículo oculto convoque o profissional a pensar. O que vem depois disso, é a lapidação deste novo saber para se tornar ferramenta de manejo subjetivo na prática clínica em saúde.

DISCUSSÃO

Dentro do contexto de relação clínica, onde as questões psicossociais são os dados clínicos a serem trabalhados, Balint¹⁴ nos convida a pensar na seguinte questão: o que passa a ser mais importante a observar? O ato de se queixar ou o conteúdo da queixa? A problematização desta pergunta nos remete ao exercício da chamada atitude psicoterapêutica. Esta atitude não se trata de agir utilizando técnicas de psicoterapia, visto que não cabe aos profissionais da saúde o uso destas técnicas sem a devida formação. Ter uma atitude terapêutica significa, portanto, expor-se a momentos de escuta sobre as experiências subjetivas que envolvem a condição clínica do paciente. Significa dizer que conseguimos compreender como a condição vivenciada pela adolescente é manifestada, ao mesmo tempo que analisamos o que clinicamente existe nestas manifestações.^{14,16}

Historicamente, o avanço das tecnologias em saúde desde o início do século XX foi fundamental na construção da ideia de relações terapêuticas em saúde. Consolidou-se, a partir daí, a ideia de que a relação individual que o profissional da saúde tem com seu paciente é relacionada a tratamento de doenças agudas e manejo de doenças crônicas.¹⁷ Dessa forma, estudantes ou residentes das ciências da saúde são ensinados a respeitar a santidade da relação profissional-paciente e raramente são solicitados a considerar o efeito de suas decisões sobre os determinantes psico-socio-ambientais.^{17,18} Esta ideia de isenção de responsabilidades sobre fatores psicossociais tem efeitos não apenas no processo de trabalho ou no manejo de conflitos éticos, mas também na saúde dos profissionais. Nesse sentido, compreender melhores formas de ensino em saúde é também construir pilares para melhorar a saúde dos profissionais. Melhora, portanto, o agir clínico do profissional e a reflexão, a cada caso, sobre o agir de cada adolescente, a qual lhe oferece uma demanda subjetiva.

De fato, existe um agir esperado pelo profissional. É como se cada profissional possuísse um entendimento prévio do que as gestantes deveriam ou não deveriam expressar em uma consulta. Como numa função apostólica,¹⁴ os profissionais constroem no processo de formação, nem sempre de forma consciente, uma ideia de como um sujeito, de forma geral, deve se comportar diante da sua condição clínica; no caso deste estudo, como uma adolescente deveria agir enquanto gestante. No entanto, o profissional não compreende, de antemão, a ideia de ter que lidar com a pessoa e não apenas com o diagnóstico gestacional.

Em um dado processo terapêutico, de forma geral, o profissional normalmente faz a escolha da conduta adequada a partir dos seus saberes e o paciente, em um respeito à opção do profissional, se vê obrigado a aceitar.¹⁴ No entanto, não é a doença que prevalece na atenção a adolescente grávida. É o profissional que se vê diante de demandas sobre as quais não consegue se infiltrar e conduzir. Então, ele se vê obrigado a lidar internamente com a demanda subjetiva, se angustiando com a falta de poder sobre ela. E, ainda, os profissionais da atenção terciária padecem da ausência de segmento da adolescente, dificultando a atenção integral ao caso clínico. São fatos que geram incômodo e, por vezes, sofrimento. Por consequência, o atendimento sem possibilidade de seguimento pode ser entendido pelos profissionais como não resolutivos. Isso porque contraria o pilar ideológico biomédico do pragmatismo, instituído para esses profissionais ao longo da formação profissional.

Nesse sentido, para discutir o difícil manejo de situações clínicas angustiantes, partimos da premissa de que os diversos tipos de trabalho em saúde têm uma justificativa em comum: o encontro e o cuidado com o outro.¹⁸ Neste estudo, o outro é uma adolescente grávida, cujas demandas exigem do profissional uma lógica de interpretação da queixa que necessariamente deve incluir a pessoa queixosa, não apenas os sinais e sintomas. Do contrário, a atenção à saúde será restrita a intervenções sobre problemas previamente

estabelecidos, reduzindo a adolescente a uma categoria nosológica.^{19,20} O que estiver fora desta categoria será percebido, de forma nem sempre consciente, como um corpo estranho ao processo terapêutico e sofrerá resistência pelo cuidador, que se esquivava.

As estratégias dos profissionais da saúde, quando falham em uma situação não resolutiva, os levam à uma conduta de esquivar. Assim, apresentam argumentos para as situações, as quais entendem que ultrapassam o escopo da sua prática profissional. Iniciam, assim, um processo de racionalização com fins de fluidificar a angústia do não-saber.²¹ Porém, a adolescente grávida não se enquadra no papel clássico de paciente, desestabilizando o profissional que aguarda receber, enquanto demanda clínica, uma doença. A função apostólica da prática profissional, por sua vez, apresenta-se como mecanismo insuficiente para lidar com a presença de uma realidade escancarada na atenção às adolescentes grávidas: a frustração com teor de culpabilização alheia. Apesar disso, não é a situação em si das adolescentes que angustia o profissional, mas é a condição de “espelho” que cada atendimento provoca. Na prática, cada atendimento tem o potencial de revelar mais do próprio mundo interior do profissional a ele mesmo, o qual encontra como recurso de defesa, a esquivar e a resistência ao manejo subjetivo. Essa esquivar significa definir que as demandas de ordem subjetiva não são da sua alçada. Por fim, este impasse necessita de um contraponto tão subjetivo quanto, para que o profissional consiga ser sensível ao pensamento clínico sobre às demandas psicossociais das adolescentes; os relatos nos trazem o currículo oculto como sendo este contraponto.

O currículo oculto é objeto de pesquisas internacionais na área do ensino em saúde.¹⁵ Isso porque ele já é observado como fonte importante de estruturação da identidade profissional. Significa que uma perspectiva comportamental do ensino a melhores ações em saúde dá lugar a uma perspectiva de desenvolvimento de identidade profissional. Na prática, o profissional da saúde deve pensar mais sobre o seu processo e sobre o seu ideal de intervenção em saúde, colocando os hábitos e protocolos em plano de fundo, na função de suporte e não de regra.^{15,22} Esta tendência de aprendizado não formal ao longo do processo é cabível a este estudo. Os relatos dos profissionais mostram tendências importantes sobre como a angústia de não ter sido formado para o manejo de questões subjetivas produziu tentativas circunstanciadas para agir. O trunfo do currículo oculto é que, fora do ambiente formal e hierárquico do aprendizado clínico, a relação dos profissionais ou dos residentes passa a ser de iguais. Dessa forma, o ambiente de aprendizado informal passa a ser desprovido da exigência das respostas formais, nutrindo com espontaneidade de pensamentos as relações entre profissionais ou residentes; o valor do currículo oculto está na autenticidade dos encontros.

Nesse sentido, foi observado que as barreiras e facilitadores para o manejo de cada caso de gestante adolescente passa por um processo de ensino em saúde reflexivo. Ensino este nem sempre formal e constantemente regado a angústias pelo não-saber. No entanto, essas angústias foram

observadas como uma força importante para impulsionar os profissionais da saúde ao aprimoramento sobre a observação das nuances que cada adolescente lhes ofertará a cada consulta.

CONCLUSÕES

Nesse estudo, identificamos prioritariamente três elementos, entre desafios e facilitadores, para a prática clínica com adolescentes grávidas. Observamos quais os desafios que cada profissional enfrenta ao estar diante de uma adolescente grávida, em um contexto de ambulatório hospitalar. A partir dos relatos, entendemos que a postura profissional de acolhimento da queixa subjetiva é uma estratégia de suporte ao profissional e terapêutica à adolescente. A ideia de agir em prol da saúde é ampliada, de uma ação objetiva a uma prática reflexiva a cada caso. Dessa forma, as diversas angústias existentes na tentativa de manejo de conflitos podem ser melhor elaboradas. A condição de vulnerabilidade psicossocial da adolescente grávida angustia o profissional, o que nos faz repensar estratégias de formação deste profissional. Uma formação que visa permitir a reflexão destes conflitos como dados clínicos a serem trabalhados no manejo de caso. Para este manejo, de fato, o suporte dos pares foi utilizado com frequência entre os participantes, permitindo a reflexão sobre como isso pode ser um facilitador, quando há um compartilhamento de experiências, ou uma barreira, quando se percebe a fuga de responsabilidades em encaminhamentos sem reflexão. Parece essencial que haja um processo de sensibilização das reflexões sobre as tomadas de decisão, no manejo de casos de adolescente grávidas, principalmente em um processo de ensino em saúde no ato da prática clínica.

AGRADECIMENTOS

Gostaríamos de agradecer o apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior no Brasil. Agradecemos, em especial, a todos os profissionais que participaram desse estudo, compartilhando seus pensamentos, seus sentimentos e contribuindo de forma valorosa para a construção de suportes aos trabalhos com adolescentes grávidas.

CONFLITOS DE INTERESSE

Não há conflitos de interesse a declarar.

FINANCIAMENTO

Este estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior no Brasil.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to support country implementation. Geneva: WHO; 2017.
2. UN DESA, Statistics Division. SDG Indicators: Global Database. New York: UN DESA: 2017.
3. Kuruvilla S, Bustreo F, Kuo N, Mishra C, Taylor K, Fogstad H, et al. The global strategy for women's, children's and adolescents' health (2016–2030): a roadmap based on evidence and country experience. *Bull World Health Organ.* 2016; 94(5): 398-400.
4. Harrison ME, Clarkin C, Rohde K, Worth K, Fleming N. Treat Me But Don't Judge Me: A Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol.* 2017 Apr;30(2):209-214. doi: 10.1016/j.jpag.2016.10.001.
5. Harrison ME, Weinstangel H, Dalziel N, Moreau KA. A collaborative outreach clinic for pregnant youth and adolescent mothers: Description of a pilot clinic and its patients. *Paediatr Child Health.* 2014 May; 19(5): 247–250. doi: 10.1093/pch/19.5.247
6. Debiec KE, Paul KJ, Mitchell CM, Hitti JE. Inadequate prenatal care and risk of preterm delivery among adolescents: a retrospective study over 10 years. *Am J Obstet Gynecol.* 2010 Aug;203(2):122.e1-6. doi: 10.1016/j.ajog.2010.03.001
7. UNICEF. Situation analysis of adolescent pregnancy in Thailand: synthesis report 2015. Bangkok: UNICEF Thailand, 2016.
8. Jittitaworn W, Fox D, Catling C, Homer CSE. Recognising the challenges of providing care for Thai pregnant adolescents: Healthcare professionals' views. *WOMBI.* In press.
9. Turato ER. Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação às Áreas da Saúde e Humanas. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 2013.
10. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública.* 2011; 27(2): 388-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020
11. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública.* 2008; 24(1): 17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003

12. Faria-Schutzer DB, Surita FGC, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Content Analysis. *Cien Saude Colet*. No prelo.
13. Kagawa RMC, Deardorff J, Domínguez Esponda R, Craig D, Fernald LCH. The experience of adolescent motherhood: An exploratory mixed methods study. *J Adv Nurs*. 2017; 73(11): 2566-2576. doi: 10.1111/jan.13329.
14. Balint JA. *The Doctor, His Patient and The Illness*. London: Elsevier, 2000
15. Silveira GL, Campos LKS, Schweller M, Turato ER, Helmich E, Carvalho-Filho MA. "Speed up"! The Influences of the Hidden Curriculum on the Professional Identity Development of Medical Students. *HPE*. 2019; 5(3): 198–209
16. Filho JM. *Identidade Médica: implicações históricas e antropológicas*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006.
17. Peterson TA, Bernstein SJ, Spahlinger DA. Population Health: A New Paradigm for Medicine. *Am J Med Sci*. 2016; 351(1): 26-32. doi: 10.1016/j.amjms.2015.10.011.
18. Janecka I. Health, Health Care, and Systems Science: Emerging Paradigm. *Cureus*. 2017; 9(2): e1030.
19. Kagawa RMC, Deardorff J, Domínguez Esponda R, Craig D, Fernald LCH. The experience of adolescent motherhood: An exploratory mixed methods study. *J Adv Nurs*. 2017; 73(11): 2566-2576. doi: 10.1111/jan.13329.
20. Harrison ME, Clarkin C, Rohde K, Worth K, Fleming N. Treat Me But Don't Judge Me: A Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017 Apr;30(2):209-214. doi: 10.1016/j.jpag.2016.10.001
21. Diehl M, Chui H, Hay EL, Lumley MA, Grün D, Labouvie-Vief G. Change in Coping and Defense Mechanisms across Adulthood: Longitudinal Findings in a European-American Sample. *Dev Psychol*. 2014 Feb; 50(2): 634–648.
22. Lawrence C, Mhlaba T, Stewart KA, Moletsane R, Gaede B, Moshabela M. The Hidden Curricula of Medical Education: A Scoping Review. *Acad Med*. 2018;93(4): 648-656. doi: 10.1097/ACM.0000000000002004.

6. DISCUSSÃO GERAL

A realidade prática da saúde mental dos profissionais da saúde é deveras complexa. Por esta razão, convém lançar mão de uma análise crítica diante dela. Para este fim, os mitos cumprem um papel interessante. Afinal, é justamente sobre o engessamento de práticas e a dificuldade de reflexão nas ações de saúde que se pretende discutir. Acerca desta temática, inclusive, a primeira narrativa mitológica nos permite refletir sobre os conflitos, nem sempre perceptíveis, de se trabalhar diante dos protocolos sem a devida reflexão sobre quem se é e sobre o que se faz. Refiro-me à história de Sísifo.

Filho do rei Éolo da Tessália e primeiro rei de Éfira, Sísifo era inteligente, letrado e um mestre da astúcia. Tendo enganado a Morte - chamada Thanatos - por duas vezes, veio a falecer apenas por causas naturais e foi considerado um dos maiores ofensores dos deuses. Barganhou com outros mortais informações sobre as decisões divinas, ainda em vida, e foi condenado por Zeus, por toda a eternidade, a um trabalho inútil e árduo. Sísifo rolaria com suas próprias mãos uma grande pedra de mármore até o cume de uma íngreme montanha, sendo que a grande pedra voltaria a rolar montanha abaixo toda vez que ele estava quase alcançando o topo, invalidando completamente qualquer esforço despendido.⁴⁰

O mito de Sísifo ilustra, com alguma razão, que não há punição mais terrível do que o trabalho inútil e sem perspectiva. Talvez, ainda, Sísifo seja a imagem do sujeito que vive a vida no trabalho de forma impulsiva, sem reflexão e, portanto, condenado por si mesmo a uma tarefa sem sentido. Ainda que seja óbvia a falta de sentido no trabalho que faz, Sísifo continua executando sua tarefa dia-a-dia sem problematizá-la, achando-se, de forma perturbadora, um herói. O trabalho pelo heroísmo é sedutor, o que pode ser observado no trabalho em saúde. Porém, o que se percebe é que a ideia do profissional formado para intervir, salvando vidas diante de situações dramáticas, é contraposta pelas constantes realidades humanas que escapam ao controle profissional e dos protocolos. Realidades estas que produzem sentimentos de estranhamento e, não raramente, impotência pelo “não-saber”. Nessas situações de impotência, pode acontecer, portanto, do profissional se perceber como vilão. De uma forma ou de outra, sentindo-se herói ou vilão, a saúde deste profissional ficará comprometida, enquanto ele não se entender como “humano, demasiado humano”.^{40,41}

Falando em herói, não podíamos finalizar sem falar de Alcides, que significa “aquele que atrai as ideias”. A partir dos trabalhos de Alcides, conseguimos entender a visão grega de trabalho e saúde de forma ainda mais profunda.⁴²

Filho de Zeus com a mais justa dentre as mulheres mortais, Arkmene, Alcides era filho da divindade suprema com a maior justiça terrena. Ele tinha uma força sobre-humana e um gênio difícil, que precisava ser domado pela educação, segundo o Oráculo. Certo dia, seu pai terreno, chamado Anfitrião (que significa “aquele que recebe”) fica extremamente triste ao saber que

Alcides havia matado seu professor, quando este o repreendeu durante as aulas. O garoto Alcides foi levado a julgamento. Foi severamente julgado.

Levado ao oráculo de Delfos, seu nome foi trocado para Hércules (que significa “aquele que vai em direção do heroico”). Sua pena: realizar 12 trabalhos, todos criados pelo Rei Euristeu (que significa “aquele que te faz encontrar”). Nada mais sábio nos significados dos dois nomes para a condenação do nosso herói, já que ainda não passava de um grotesco homem, indigno de qualquer elogio, até o fim da realização dos seus trabalhos. Zeus, ao observar as demandas impostas pelo Rei Euristeu, ordena que três deuses inspirassem seu filho Hércules: Athena, deusa da sabedoria e equidade; Hermes, o deus que ensina os caminhos para soluções dos problemas; e por fim, não menos importante, Eros, deus do amor, que ensina a entregar-se com paixão naquilo que se faz.⁴²

Hércules, como humano que era, realiza os 12 trabalhos e se torna novamente um homem digno. Ele havia aprendido finalmente: Para a vivência humana, ao realizar um trabalho, não necessitamos exclusivamente da força bruta e da rigidez do hábito, mas, sim da sabedoria em refletir sobre o que se faz, da verificação dos meios éticos, e, por fim, dar sentido à tarefa, entregando-se a ela com amor a si mesmo e ao outro.⁴²

Este mito nos ensina: o trabalho digno não é aquele que te agride ou que te faz cometer o suicídio ético e silencioso ao se “matar de trabalhar” à força. Mas, sim, é a expressão saudável daquilo que você tem de melhor, como ferramenta para desenvolver sabedoria, ética e amor.

Por fim, ainda em espírito mitológico para a reflexão geral sobre esta Tese, uma narrativa estoica⁴³ conta a estória de um pai de família, que, ao retornar para casa após um dia de trabalho árduo, encontra uma de suas filhas muito doente. Em uma atitude impulsiva pela situação de fadiga emocional, construída gradativamente pelos dias de trabalho desgastante, o homem abandona seu lar. Seu amigo Epíteto, ao encontrá-lo diz:

"Se você fugiu das suas responsabilidades é porque você não cuidou direito de si mesmo; você se preocupou demais com sua filha e se impressionou demais com a doença. Se antes você tivesse cuidado de si mesmo, se antes de fazer qualquer coisa, você tivesse refletido sobre o sentido de fazer o que faz e sua real função, você poderia retomar a si mesmo, preocupar-se consigo mesmo, dizendo: 'a doença de minha filha exige de mim um papel a desempenhar: o do pai de família, e este papel impõe certo número de deveres como proteção, o cuidado, etc.'"

Essa narrativa, dentre outras questões, tem a intenção de trazer ao leitor a perspectiva do trabalhador, cercado de funções de cuidado com os outros,

mas que esquece de olhar para si. Um olhar para si que permite que ele entenda o sentido que seu trabalho tem, mesmo diante de situações fora dos protocolos e rotinas. Eis, portanto, mais uma lição mitológica, que este trabalho fundamenta com o processo científico: As discussões sobre a melhoria da assistência à saúde devem estar, também, diretamente relacionadas ao suporte dado aos profissionais da saúde, tanto nas questões estruturais quanto psicodinâmicas do seu trabalho. Isso porque os protocolos de atenção à saúde não dão conta de prever todas as situações clínicas as quais os profissionais são exigidos, principalmente quando as demandas são de ordem emocional e social. Corroborando com esta linha de entendimento da prática em saúde, as considerações discutidas ao longo deste estudo remeteram a questões de ordem estrutural e psicodinâmica das práticas em saúde, de uma equipe que trabalha com adolescentes grávidas.

Esta tese de doutorado, portanto, trouxe dois tópicos de discussão distintos, porém suplementares. Digo suplementar, pela ideia de que ambos os tópicos de discussão são independentes, não necessitando, portanto, de uma relação complementar um do outro. Porém, a associação de ambos em um mesmo trabalho monográfico, tem função de aperfeiçoar o todo do outro, sendo, portanto, um suplemento.

O primeiro tópico a que nos referimos é de ordem metodológica. Procuramos explorar os padrões bibliométricos de publicação internacional de pesquisas qualitativas em saúde. Isso potencializou os caminhos de escrita e estruturação do segundo tópico discutido. Este segundo tópico é de ordem prática, pois procurou aplicar alguns padrões bibliométricos aos resultados da pesquisa de campo. O desenvolvimento do segundo tópico desta tese teve como objetivo explorar as percepções dos profissionais da saúde sobre o seu trabalho com as adolescentes grávidas. Em todos os tópicos de discussão geral, o pesquisador utilizou-se das três atitudes preconizadas pelo método clínico-qualitativo.³⁴

A atitude existencialista permitiu que o pesquisador valorizasse as angústias relatadas pelos profissionais junto às adolescentes. Com frequência, os relatos traziam inicialmente uma ideia de trabalho facilitado por conta da ausência de doenças. A angústia surgia na percepção destes profissionais sobre não saber agir diante da necessidade de manejo subjetivo ou, ainda, sobre a dificuldade de ver sentido no que se faz sobre essas necessidades subjetivas. As contradições de discurso, perceptíveis nos relatos, traziam aos entrevistados a oportunidade de se ouvirem, ao passo que o pesquisador manejava os dados de angústia. A segunda atitude, a clínica, permitiu que o pesquisador, em todo o processo de pesquisa, tivesse uma postura de se inclinar a todas estas angústias, relatadas pelos profissionais da equipe de saúde. Angústias que, por vezes, eles não haviam sequer pensado que tinham ou não se permitiam expressar. Através desta atitude, o direcionamento da entrevista se dava de forma a coletar dados, ao passo que se abria um espaço terapêutico de fala livre sobre o que se vive. Neste processo, alguns casos específicos surgiam espontaneamente, e com certa frequência se ouvia que

“eu nunca tinha parado para pensar sobre isso”. Por fim, a atitude psicodinâmica foi utilizada como ferramenta de interpretação dos fatores psíquicos inconscientes, que surgiam durante a entrevista. Foi possível, dessa forma, observar a relação do uso dos protocolos de assistência com mecanismos de defesa inconscientes,^{44,45} para encobrir a angústia de não saber ou não ver sentido em manejar aspectos emocionais e sociais das adolescentes grávidas durante o trabalho clínico.

É interessante observar que uma das exigências dos profissionais da saúde, tanto durante a formação profissional quanto em nível social, é saber lidar com a relação interpessoal com os pacientes. Essa relação interpessoal é melhor compreendida a partir de ferramentas das ciências humanas, dispostas no setting clínico. O objeto de discussão dessa tese, portanto, foi a psicodinâmica dessa relação entre cada profissional com cada adolescente. Foi nesse sentido, que o método clínico-qualitativo foi elencado como percurso científico possível, a fim de compreender o fenômeno humano em seu ambiente de trabalho clínico, em seu modo de funcionar dinâmico e imprevisível.

Isso posto, para que o trabalho científico se aproxime da realidade a que ele se propõe discutir, é preciso que a estrutura e linguagem estejam direcionadas a essa realidade.⁴⁶ Dessa forma, o conhecimento não ficará preso inerte em ilhas de paradigmas que não se conversam. Ao contrário, o método qualitativo aplicado à área da saúde pressupõe interação de paradigmas e necessidade de adaptação para ser entendido por aqueles não familiarizados com a estrutura e linguagem.

A partir desta intenção de melhorar a compreensão dos resultados e a aplicação dos conceitos discutidos, o autor desta tese desenvolveu um estudo bibliométrico. É um tipo de estudo que favorece a adaptação de linguagem e estruturação de resultados e discussão ao público a quem os estudos de campo são dirigidos. As revistas biomédicas utilizam linguagem e estrutura próprias do paradigma das ciências naturais, visto que os leitores e profissionais que utilizam seus resultados têm formas de pensar e agir fundamentado neste referido paradigma. Nesse sentido, um levantamento da estrutura metodológica da pesquisa qualitativa na literatura biomédica tem o potencial de fornecer, não apenas uma representação dos resultados, mas também uma base para a construção de uma pesquisa melhor estruturada. Além de retratar um padrão bibliométrico, este levantamento permitiu observar que a ideia de discutir questões psicossociais da grande área da Saúde da Mulher, em uma perspectiva psicodinâmica, é uma tendência nos estudos qualitativos em saúde. Na discussão destes achados, percebeu-se que os modelos tradicionais de saúde para mulheres grávidas se concentraram em protocolos de atendimento. No entanto, esses modelos dificultam a resposta às questões psicossociais desse grupo de mulheres.^{27,47} Além de uma fundamentação estrutural, as discussões do estudo bibliométrico corroborou com o embasamento da pesquisa de campo.

Dessa forma, o primeiro objetivo específico desta Tese pôde ser alcançado. O retrato que tiramos sobre os padrões internacionais de estrutura e publicação de pesquisa qualitativa em saúde, harmoniza com estudos outros que discutem a dificuldade de compreensão dos fenômenos humanos, se não trabalhados em linguagem adequada ao paradigma direcionado.⁴⁸⁻⁵⁰ Significa dizer que, ao direcionar seus resultados a um público com uma estrutura específica de pensamento, como na Saúde, as ferramentas das ciências humanas precisam ser adaptadas. Dessa forma, poderão ser compreendidas e aplicadas à prática, visto que parte dos problemas de aceitação das pesquisas qualitativas, aos olhos de pesquisadores de outros paradigmas, vem da falta de conhecimento epistemológico e filosófico do método.^{49,50}

A pesquisa qualitativa tem características e funções próprias, para responder perguntas de pesquisa específicas sobre o fenômeno humano. Naturalmente, as ciências humanas enriquecem as propostas de análise destes fenômenos com uma gama importante de diferentes processos e estruturas de pesquisa.⁵¹ Foi a partir da ideia de explorar estes processos de pesquisa, bem como as relações entre as variáveis envolvidas nas suas estruturas, que o primeiro artigo desta Tese procurou aproximar as ciências humanas e as ciências da saúde. Dessa forma, os resultados poderão ser suporte para o pesquisador qualitativista direcionar melhor sua linguagem e estrutura a um público não familiarizado com discussões filosóficas ou psicológicas aprofundadas. Porém, é um público que tem o interesse em conhecer os fenômenos humanos que regem as relações interpessoais em settings clínicos, visto que esses fenômenos fazem parte da rotina diária do trabalho em saúde.

Em seguimento, na intenção já exposta de dar uma aplicação prática aos padrões e teorias discutidos sobre o método qualitativo em saúde, integrase a esta tese dois estudos baseados em uma pesquisa de campo. Houve o interesse, em ambos os estudos, em explorar a dinâmica emocional dos profissionais da saúde no manejo de casos de adolescentes grávidas. Nesse processo, os direcionamentos se bifurcaram em compreender esta dinâmica emocional relativa à organização do trabalho e posteriormente relativa à contato direto dos profissionais com os casos clínicos. Os resultados de ambos foram discutidos individualmente nos artigos propostos e, neste momento da tese, nos propomos a discuti-los de forma integrada.

Como explicado nos mitos iniciais, o processo de trabalho precisa fazer sentido ao trabalhador; e para o trabalhador da saúde isso se torna ainda mais notável. É o profissional que histórica e culturalmente é ensinado a ser um herói, um arauto da vida contra a temida morte. No entanto, esse legado heroico tradicionalmente herdado, imputa-lhe um pseudo-heroísmo, visto que os encontros com os fatos da realidade divergem dos fatos idealizados. Dessa forma, consome-se gradativamente um investimento mental dos profissionais, sem que eles percebam de antemão. Os profissionais da saúde carregam a pedra de Sísifo, convictos, por razões nem sempre conscientes, de que a vida a qual protegem é previsível; que seu papel é apostólico ao guiar e definir

como as adolescentes gestantes devem se portar e que tipo de queixa devem trazer. Porém, ao longo dessa jornada, percebem a fragilidade dessa convicção, ao passo que a pedra se torna pesada demais e o cume cada vez mais íngreme, nos encontros com o mundo real. Um mundo onde as gestantes expressam a esses profissionais as suas próprias ideias e sentimentos sobre a própria saúde, doença ou existência.

Ao tentar serem eficientes e úteis, diante dos desafios apresentados, os profissionais recorrem a um acervo de saberes e protocolos, na expectativa de uma práxis resolutive para lidar com a vida. No entanto, subitamente eles vêm a pedra rolar antes de chegar ao pico da montanha. A sensação de desilusão emerge. Desilusão somada, ainda, ao peso das dores existenciais que emanam das demandas sociais e emocionais das adolescentes grávidas, que procuram esses profissionais e oferecem essas demandas como dados clínicos. É preciso, pois, dizer: não se trata de passividade ou indiferença, mas de angústia pela atividade e impotência. Ao se depararem com essas angústias, os profissionais da saúde retornam à base da montanha - seu trabalho - sem entender exatamente qual o seu papel ali. Se por um lado estão protegidos pelas luvas do herói, ou seja, pelo exercício do poder na relação clínica com a adolescente, por outro lado estão vulneráveis pelo ideal de intervenção em saúde, do qual estavam convictos. Novamente sobem a montanha cheios de saberes, mas sem conseguir problematizá-los. É nítido que a repetição dos fatos e a rotina das pedras rolando devem provocar nos profissionais, como seres ativos e potentes que são, novas formas de agir. Dessa forma, estratégias para problematizar o saber e refletir sobre as angústias do não-saber devem ser incentivadas.

Nesse contexto, a premissa inicial dessa Tese foi de se desfazer de julgamento moral sobre as atitudes dos profissionais da saúde. De fato, a ideia foi compreender os sentimentos sobre o trabalho de cada um, em um contexto de trabalho que gera angústia pelas diferentes demandas psicossociais, em um setting hospitalar. De forma subjetiva, a especificidade principal do ambulatório de pré-natal de adolescentes é o processo de provocar a aceitação no profissional. Aceitar que os saberes apostólicos serão insuficientes, dada a sutileza do espaço de trabalho e o público assistido. Filosoficamente, este ambulatório tem como proposta, no nosso entendimento, desconstruir esses profissionais para que haja aprendizado sobre novas formas de agir e pensar clinicamente.

A ideia, portanto, foi trazer o cenário da atenção às adolescentes grávidas para a cena do trabalho em saúde, onde os atores principais - os profissionais - poderiam ser vistos de forma aprofundada. Exploramos as barreiras e facilitadores para a problematização dos conflitos e das angústias, tanto no ambiente de trabalho quanto na própria relação interpessoal com as adolescentes. Os dois últimos artigos desta Tese destacam exatamente estes aspectos. Dessa forma, os achados desses estudos estão alinhados com a literatura científica, a qual enfatiza a necessidade de se buscar novas ferramentas clínicas e de ensino em saúde para melhorar a relação de cada

profissional com cada gestante.^{52,53} Sem essa relação bem estruturada, é improvável que haja um acesso às questões psicossociais das adolescentes, ainda que haja rotinas, protocolos ou excelência técnica.

Quando destacamos essas experiências de impotência ou frustração dos profissionais, no cuidado às adolescentes grávidas, percebemos a constante ligação com questões sobre ensino em saúde, sobretudo na dimensão da expressão consagrada *reflective practitioner* (ou agente reflexivo). Autores como Schön⁵⁴ e Perrenoud⁵⁵ defendem o *reflective practitioner* como instrumento de desenvolvimento de competências, baseado no processo de reflexão-na-ação. Entendemos ser este um caminho interessante de discussão de novas formas de agir na clínica, considerando as especificidades do ambulatório de Pré-Natal de Adolescentes em um hospital de alta complexidade, bem como especificidades da equipe multidisciplinar e do público atendido. Essas especificidades requerem um fomento a compreensões mais ampliada de atuação clínica nesse espaço. Dessa forma, seja relacionado à organização do trabalho ou ao manejo de questões psicossociais, a prática reflexiva visa a ressignificação de certos conhecimentos prévios e a reconstrução de novas ações, as quais acomodem as demandas próprias do PNA. Todo esse processo perpassa pela dinâmica da prática reflexiva.^{56,57}

É interessante observar que a reflexão-na-ação, vista por alguns autores, trabalha com a ideia de conhecimento residindo na ação.^{55,57,58} Como exemplifica Ng⁵⁸:

“Por exemplo, o conhecimento em ação é demonstrado pelo ato físico de andar de bicicleta; mesmo se formos capazes de executar habilmente esta tarefa, talvez não possamos tornar o desempenho verbalmente explícito. O conhecimento em ação, portanto, ocorre na vida cotidiana da prática de um profissional, espontânea ou automaticamente, mas sempre de maneira inteligente. Se um praticante encontra uma zona indeterminada de prática (uma situação de prática incerta, única, conflituosa e desafiadora), a arte profissional pode entrar em jogo” (p. 124)

A ideia de arte profissional joga luz ao pensamento de que, para aprender a lidar com situações que fogem do rigor da rotina, é necessário desenvolver as competências durante a ação, refletindo com ela e sobre ela.^{54,58} Em outras palavras, é a partir das incertezas e dúvidas do profissional quanto a sua atitude diante de um caso incerto com adolescente gestante, com desfecho indeterminado, que será possível o desenvolvimento de novos insights. Dessa forma, um processo de construção de novos conhecimentos e ações será desenvolvido com base na - e durante a - experiência clínica do profissional. A partir disso, Nguyen e colaboradores⁵⁷ construíram uma

definição de reflexão aplicada à prática, que pode servir de base para a criação das estratégias de intervenção em prol de um agir clínico reflexivo: “*Reflection is the process of engaging the self in attentive, critical, exploratory and iterative interactions with one’s thoughts and actions, and their underlying conceptual frame, with a view to changing them and with a view on the change itself*” (p. 1182). Em acréscimo, Koshy e colaboradores⁵⁹ argumentam que, a ideia de prática reflexiva pode ser aprimorada com a observação sobre a experiência do outro. A conversa entre os pares e a divisão de experiências, a partir de um contexto de trabalho comum a todos, favorece sobre o porquê e o como os fenômenos acontecem.

Por fim, sobre os limites e barreiras para a pesquisa, houve perda de dados durante a coleta de informações, tendo sido necessário refazer algumas entrevistas. Estes ocorridos limitaram as informações colhidas, apesar de as informações dos dados perdidos ainda estarem no arcabouço mental do pesquisador. Nesse mesmo sentido, pondera-se também o arcabouço teórico e técnico do pesquisador, que trabalhou dentro de um ramo metodológico específico. Dessa forma, os resultados apresentados são frutos de um ponto de vista também específico, ao abordar as nuances do trabalho ambulatorial com adolescentes grávidas em atenção terciária. Portanto, outras formas de abordagem do tema são possíveis, tendo outros novos epistemológicos a serem utilizados e discutidos. Formas diferentes de abordagem também podem se dar em outra linha do tempo. Este estudo fez uma análise de um recorte específico da linha de vida dos participantes. Significa dizer que as dimensões psíquicas e relacionais, abordadas nos resultados desta Tese, tiveram influência direta nos conflitos e experiências específicas nesta linha do tempo. Isso afeta diretamente os resultados, embora não tire a sua validade perante a possibilidade de generalização a posteriori de cada relato e análise desta Tese.

7. CONCLUSÃO

a. A exploração dos padrões bibliométricos dos estudos qualitativos na área da saúde ajuda os pesquisadores das ciências humanas a estruturar melhor seus estudos e, conseqüentemente, a implementar de forma mais clara suas intervenções nos contextos de saúde. Assim, a estruturação aprimorada de uma pesquisa qualitativa amplia a comunicação efetiva entre profissionais de saúde e pesquisadores, apoiando, portanto, o gerenciamento de situações clínicas.

b. As relações interpessoais entre profissionais e adolescentes e o trabalho não protocolar dos casos com estas gestantes foram dois pilares que se destacaram, diante da alta demanda de elementos subjetivos em um setting de alta complexidade. Explorar as vivências dos profissionais da saúde abre a possibilidade de instrumentalização destes profissionais e equipes, bem como fortalece o processo de formação em saúde para uma assistência menos protocolar e mais sensível à subjetividade encontrada nas relações individuais. A assistência às adolescentes grávidas envolve conflitos, os quais podem ser melhor trabalhados com o suporte de uma organização do trabalho de pré-natal mais efetiva. Essa organização efetiva envolve: a) uma equipe multidisciplinar que reconhece e entende as relações singulares de cada membro com cada gestante; b) um incentivo institucional ao processo constante de aprendizado do manejo de questões psicossociais na prática clínica; e c) uma reflexão sobre os protocolos enquanto suporte institucional e não de ações de intervenção diante de demandas emocionais e sociais das adolescentes grávidas.

c. Ao conhecer as vivências dos profissionais ao estar diante de uma adolescente grávida, leva-nos a perceber que o profissional precisa ressignificar o ideal de intervenção em saúde. Essa ressignificação é dificultada pela própria formação clínica, cujo paradigma é pragmático e objetivo, necessitando de resultados e intervenções palpáveis. O manejo das questões psicossociais que cada adolescente traz e oferta como queixa ao profissional, envolve barreiras e facilitadores relacionados à postura do profissional diante da jovem. São aspectos da relação individual entre profissional e gestante, que foram discutidos como: a) uma postura de escuta das adolescentes, para poder traçar estratégias baseadas em demandas específicas, além do saber técnico; b) observação das angústias sentidas por conflito de valores com as adolescentes, necessitando de uma ressignificação do seu papel profissional; e c) o suporte que o profissional recebe dos pares, enquanto um facilitador, no momento da troca de experiências e como uma barreira, na forma de repasse de responsabilidades sobre o caso.

8. REFERÊNCIAS

1. Chandra-Mouli V, Camacho AV, Michaud P-A. WHO guidelines on preventing early pregnancy and poor reproductive outcomes among adolescents in developing countries. *J Adolesc Health*. 2013; 52(5):517–522. doi: 10.1016/j.jadohealth.2013.03.002
2. Kirbas A, Gulerman HC, Daglar K. Pregnancy in adolescence: is it an obstetrical risk? *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2016; 29(4):367–371. doi: 10.1016/j.jpag.2015.12.010.
3. Vogel JP, Pileggi-Castro C, Chandra-Mouli V, Pileggi VN, Souza JP, Chou D, Say L. Millennium Development Goal 5 and adolescents: looking back, moving forward. *Arch Dis Child*. 2015; 100 (Suppl 1): S43-7. doi: 10.1136/archdischild-2013-305514
4. Meloni VE, Aylene B, Santos BCR, Porto AMCG. Adolescent pregnancy and transition to adulthood in young users of the SUS. *Rev. Saúde Pública*. 2017; 51: 25. doi:10.1590/s1518-8787.2017051006528.
5. Harrison ME, Clarkin C, Rohde K, Worth K, Fleming N. Treat Me But Don't Judge Me: A Qualitative Examination of Health Care Experiences of Pregnant and Parenting Youth. *J Pediatr Adolesc Gynecol*. 2017; 30(2):209-214. doi: 10.1016/j.jpag.2016.10.001.
6. Brand G, Morrison P, Down B. How Do Health Professionals Support Pregnant and Young Mothers in the Community? A Selective Review of the Research Literature. *Women Birth*. 2014; 27(3): 174-178. doi: 10.1016/j.wombi.2014.05.004
7. World Health Organization. WHO. Global Accelerated Action for the Health of Adolescents (AA-HA!): Guidance to Support Country Implementation. Geneva: World Health Organization; 2017
8. Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, ..., Viner RM. Our future: a Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016; 387: 2423–2478. doi:10.1016/S0140-6736(16)00579-1
9. Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, Bcheraoui CE, ..., Murray CJL. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016; 387: 2383–2401. doi:10.1016/S0140-6736(16)00648-6
10. World Health Organization. WHO. Regional Office for Europe. Action Plan for Sexual and Reproductive Health: Towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe-leaving no one behind. Copenhagen: World Health Organization; 2016.

11. McKay A, Barrett M. Trends in teen pregnancy rates from 1996–2006: a comparison of Canada, Sweden, USA, and England/Wales. *Can J Human Sexual.* 2010; 19 (1/2): 43-52
12. Charo RA. The Trump administration and the abandonment of teen pregnancy prevention programs. *JAMA Int Med.* 2017; 177 (11): 1557-1558. doi: 10.1001/jamainternmed.2017.4873
13. Nove A, Matthews Z, Neal S, Camacho AV. Maternal mortality in adolescents compared with women of other ages: evidence from 144 countries. *Lancet Glob Health.* 2014; 2(3): e155-64. doi: 10.1016/S2214-109X(13)70179-7
14. Banke-Thomas OE, Banke-Thomas AO, Ameh CA. Factors influencing utilisation of maternal health services by adolescent mothers in Low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Pregnancy Childbirth.* 2017; 17: 65. doi: 10.1186/s12884-017-1246-3
15. Bwalya BC, Sitali D, Baboo SK, Zulu JM. Experiences of antenatal care among pregnant adolescents at Kanyama and Matero clinics in Lusaka district, Zambia. *Reprod Health.* 2018; 15: 124. doi: 10.1186/s12978-018-0565-9
16. Childs GD, Knight C, White R. Never-pregnant African American adolescent girls' perceptions of adolescent pregnancy. *J Pediatr Nurs.* 2015; 30(2):310-20. doi: 10.1016/j.pedn.2014.08.012.
17. Silva JLP, Surita FGC. Gravidez na adolescência: situação atual. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2012; 34(8): 347-350. doi: 10.1590/S0100-72032012000800001
18. Harrison ME, Clarkin C, Worth K, Norris ML, Rohde K. But We're Not Like the People on TV: A Qualitative Examination of How Media Messages are Perceived by Pregnant and Parenting Youth. *Matern Child Health J.* 2016; 20(3):684-92. doi: 10.1007/s10995-015-1868-x.
19. United Nations Population Fund. UNFPA. Adolescent pregnancy: a review of the evidence. New York: UNFPA; 2013
20. United Nations Population Fund. UNFPA. State of the world population report 2015. New York: UNFPA; 2015
21. Asnong C, Fellmeth G, Plugge E, Wai NS, Pimanpanarak M, Paw MK, Charunwatthana P, Nosten F, McGready R. Adolescents' perceptions and experiences of pregnancy in refugee and migrant communities on the Thailand-Myanmar border: a qualitative study. *Reprod Health.* 2018; 15: 83. doi: 10.1186/s12978-018-0522-7
22. United Nations Population Fund. UNFPA. Girlhood, not motherhood. New York: UNFPA; 2015

23. Ochako R, Mbondo M, Aloo S, Kaimenyi S, Thompson R, Temmerman M, Kays M. Barriers to modern contraceptive methods uptake among young women in Kenya: a qualitative study. *BMC Public Health*. 2015; 15:118. doi: 10.1186/s12889-015-1483-1
24. World Health Organization. WHO. Adolescent pregnancy: fact sheet number 364. Geneva: WHO; 2014
25. Hornberger LL, Committee On Adolescence. Options Counseling for the Pregnant Adolescent Patient. *Pediatrics*. 2017;140(3). pii: e20172274. doi: 10.1542/peds.2017-2274
26. Krugu JK, Mevissen FE, Prinsen A, Ruitter RA. Who's that girl? A qualitative analysis of adolescent girls' views on factors associated with teenage pregnancies in Bolgatanga, Ghana. *Reprod Health*. 2016; 13:39. doi: 10.1186/s12978-016-0161-9
27. Oliveira RLA, Fonseca CRB, Carvalhaes MABL, Parada CMGL. Evaluation of pre-natal care from the perspective of different models in primary care. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2013; 21(2): 546-553. doi: 10.1590/S0104-11692013000200011.
28. Caldeira AP, Oliveira RM, Rodrigues OA. Qualidade da assistência materno-infantil em diferentes modelos de Atenção Primária. *Ciênc. saúde coletiva*. 2010; 15(Suppl 2): 3139-3147. doi: 10.1590/S1413-81232010000800018.
29. Balint M. *The Doctor, His Patient and the Illness*. 2nd ed. London: Churchill Livingstone; 2000
30. Malone RE. Power Relations and the Public Health Challenge. *Tob Control*. 2014; 23 (e2), e85-6. doi: 10.1136/tobaccocontrol-2014-052087
31. Foucault M. *O Nascimento da Clínica*. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2011.
32. Hawkins DT. Bibliometrics of electronic journals in information science. *Information Research*. 2001; 7(1).
33. Kokol P, Blažun Vošner H, Železnik D, Vošner J, Saranto K. Bibliometric Patterns of Research Literature Production on Nursing Informatics Competence. *J Nurs Educ*. 2015; 54(10): 565-71. doi: 10.3928/01484834-20150916-04.
34. Turato ER. *Tratado da Metodologia da Pesquisa Clínico-Qualitativa: Construção Teórico-Epistemológica, Discussão Comparada e Aplicação às Áreas da Saúde e Humanas*. 6.ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
35. Fontanella BJB, Luchesi BM, Saidel MGB, Ricas J, Turato ER, Melo DG. Amostragem em pesquisas qualitativas: proposta de procedimentos para constatar saturação teórica. *Cad. Saúde Pública*. 2011; 27(2): 388-394. doi: 10.1590/S0102-311X2011000200020

36. Fontanella BJB, Ricas J, Turato ER. Amostragem por saturação em pesquisas qualitativas em saúde: contribuições teóricas. *Cad. Saúde Pública*. 2008; 24(1): 17-27. doi: 10.1590/S0102-311X2008000100003
37. Glaser BG, Strauss AL. The discovery of grounded theory: strategies for qualitative research. 1st ed. London: Routledge; 2017.
38. Padilha MI. Pesquisa translacional: qual a importância para a prática da enfermagem?. *Texto contexto - enferm*. 2011; 20(3): 419-424. doi: 10.1590/S0104-07072011000300001
39. Faria-Schutzer DB, Surita FGC, Alves VLP, Bastos RA, Campos CJG, Turato ER. Seven steps for qualitative treatment in health research: The Clinical-Qualitative Content Analysis. *Cien Saude Colet*. No prelo.
40. Albert C. O mito de Sísifo. 15.ed. Rio de Janeiro: Record; 2018.
41. Reis DO, Cecílio LCO, Andreazza R, Araújo EC, Correia T. Nem herói, nem vilão: elementos da prática médica na atenção básica em saúde. *Ciênc. saúde coletiva*. 2018; 23(8): 2651-2660
42. Ruck C, Danny S. The World of Classical Myth. North Carolina: Carolina Academic Press; 2001.
43. Gros F. O cuidado de si em Michel Foucault. In: Rago M, Veiga-Neto A. Figuras de Foucault. 2.ed. Belo Horizonte: Autêntica; 2008
44. Pontalis JB, Laplanche J. Vocabulário da Psicanálise. 4.ed. São Paulo: Martins Fontes; 2014.
45. American Psychiatric Association. APA. DSM-IV-TR: diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th ed. United States: American Psychiatric Press Inc; 2000.
46. Cassorla RS. Prefácio. In: Turato ER. Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação às áreas da saúde e humanas. 6.ed. Petrópolis: Vozes; 2013.
47. Cabral ACF, Araújo VS, Braga LS, Cordeiro CA, Moraes MN, Dias MD. Perceptions of pregnancy in pregnant adolescents. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*. 2015; 7(2): 2526-2536
48. Corbally M, O'Neill CS. An introduction to the biographical narrative interpretive method. *Nurse Res*. 2014; 21(5): 34-9. doi: 10.7748/nr.21.5.34.e1237.
49. Markey K1, Tilki M, Taylor G. Reflecting on the challenges of choosing and using a grounded theory approach. *Nurse Res*. 2014; 22(2): 16-22. doi: 10.7748/nr.22.2.16.e1272.
50. Cunningham KB. Social research design: framework for integrating philosophical and practical elements. *Nurse Res*. 2014; 22(1): 32-7. doi: 10.7748/nr.22.1.32.e1276

51. Moraes R. Análise de conteúdo. *Revista Educação*. 1999; 22 (37): 7-32
52. Schaffer MA, Mbibi N. Public health nurse mentorship of pregnant and parenting adolescents. *Public Health Nurs*. 2014; 31(5): 428-37. doi: 10.1111/phn.12109.
53. Hoyt J, Landuwulang CUR, Ansariadi, Ahmed R, Burdam FH, Bonsapia I,... Hill J. Intermittent screening and treatment or intermittent preventive treatment compared to current policy of single screening and treatment for the prevention of malaria in pregnancy in Eastern Indonesia: acceptability among health providers and pregnant women. *Malar J*. 2018; 17(1): 341. doi: 10.1186/s12936-018-2490-3.
54. Schön DA. *The Reflective Practitioner: How Professionals Think in Action*. 1st ed. London: Routledge; 2017.
55. Perrenoud P. Mettre la pratique réflexive au centre du projet de formation. *Cahiers Pédagogiques*. 2001; 390: 42-45.
56. Mamede S. Schmidt HG. The structure of reflective practice in medicine. *Med Educ*. 2004; 38: 1302–1308. doi:10.1111/j.1365-2929.2004.01917.x
57. Nguyen QD. Fernandez N. Karsenti T. Charlin B. What is reflection? A conceptual analysis of major definitions and a proposal of a five-component model. *Med Educ*. 2014; 48: 1176–1189. doi:10.1111/medu.12583
58. Ng S. Reflection and Reflective Practice: Creating Knowledge through Experience. *Seminars in Hearing*. 2012; 33(02): 117–134. doi:10.1055/s-0032-1311673
59. Koshy K, Limb C, Gundogan B, Whitehurst K, Jafree DJ. Reflective Practice in Health Care and How to Reflect Effectively. *Int J Surg Oncol*. 2017; 2 (6), e20. doi: 10.1097/IJ9.0000000000000020

9. APÊNDICES

Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estudo clínico-qualitativo sobre significados psicológicos do trabalho ambulatorial especializado com adolescentes grávidas: um comparativo internacional das perspectivas de médicos residentes, enfermeiros e assistentes sociais.

Rodrigo Almeida Bastos (aluno de doutorado)

Egberto Ribeiro Turato (orientador)

Número do CAAE: **56571816.0.0000.5404**

Você está sendo convidado a participar como voluntário de um estudo. Este documento, chamado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, visa assegurar seus direitos como participante e é elaborado em duas vias, uma que deverá ficar com você e outra com o pesquisador. Por favor, leia com atenção e calma, aproveitando para esclarecer suas dúvidas. Se houver perguntas antes ou mesmo depois de assiná-lo, você poderá esclarecê-las com o pesquisador. Se preferir, pode levar para casa e consultar seus familiares ou outras pessoas antes de decidir participar. Se você não quiser participar ou retirar sua autorização, a qualquer momento, não haverá nenhum tipo de penalização ou prejuízo.

Objetivo e Justificativa: O presente estudo visa compreender os significados psicológicos atribuídos ao trabalho de atendimento profissional a adolescentes grávidas, em serviço ambulatorial especializado, na perspectiva da equipe de enfermagem, médicos residentes e assistentes sociais. Justifica-se essa proposta na constatação de escassos estudos na perspectiva da metodologia qualitativa com profissionais de saúde no setting da atenção assistencial à adolescente grávida. Perspectivas que vão além de protocolos assistenciais e que levem em conta os significados de atender uma mulher na fase adolescencial do ciclo de vida, lidando também com a vida que está sendo gerada por ela e nela. Conhecer a perspectiva de enfermeiros, médicos e assistentes sociais diante do diário enfrentamento deste contexto é fundamental para aprimorar estratégias na relação interpessoal com a gestante.

Procedimentos: Você está sendo convidado(a) a responder a questões que o pesquisador levantará. Serão gravadas em áudio e o pesquisador também irá anotar, num caderno, considerações adicionais que julgar pertinentes. Pela nossa experiência as entrevistas costumam durar cerca de uma hora. Finalizada a entrevista, o pesquisador transcreverá as gravações. A somatória das entrevistas que ele realizará formará o seu material de estudo para posterior análise e compreensão científica.

Desconfortos e riscos: Você não deve participar deste estudo caso se sinta prejudicado(a) por qualquer razão. Você tem o direito de interromper a entrevista em qualquer momento que julgar necessário; tendo o direito de interromper a qualquer momento. Esta entrevista não apresenta riscos para a sua saúde física. Por ser entrevista psicológica é compreensível que poderá haver em seu transcurso o surgimento de

emoções próprias. O pesquisador é profissional treinado para ouvi-las e tem recursos para fazer encaminhamentos de atenção à sua saúde em caso de eventual necessidade.

Benefícios: Esta entrevista poderá lhe trazer algum benefício direto no melhor entendimento das demandas humanas às quais a assistência profissional em saúde é exposta decorrente da oportunidade de poder conversar sobre tais questões. Futuramente, deverá haver melhora na forma com a qual os profissionais de saúde lidam com dificuldades inerentes aos cuidados às adolescentes grávidas, após tomarem conhecimento das conclusões divulgadas sobre este trabalho.

Acompanhamento e assistência: Caso haja a necessidade de uma intervenção emocional, o pesquisador que fará esta entrevista tem condições e conhecimento para o seu encaminhamento.

Sigilo e privacidade: Você tem a garantia de que sua identidade será mantida em sigilo e nenhuma informação será dada a outras pessoas que não façam parte da equipe de pesquisadores do citado grupo. Na divulgação dos resultados desse estudo, seu nome não será citado. Este estudo não será registrado em prontuários de qualquer natureza.

Ressarcimento: As entrevistas acontecerão no próprio local de trabalho dos profissionais, no dia em que eles estiverem em atuação clínica, portanto não haverá necessidade de ressarcimento aos indivíduos entrevistados, tais como transporte, alimentação ou ajudas de custo.

Contato: Em caso de dúvidas sobre o estudo, você poderá entrar em contato com os pesquisadores Rodrigo Almeida Bastos e Egberto Ribeiro Turato, no Departamento de Psicologia Médica e Psiquiatria da Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, telefone (19) 35217206.

Em caso de denúncias ou reclamações sobre sua participação e sobre questões éticas do estudo, você pode entrar em contato com a secretaria do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UNICAMP: Rua: Tessália Vieira de Camargo, 126; CEP 13083-887 Campinas – SP; telefone (19) 3521-8936; fax (19) 3521-7187; e-mail: cep@fcm.unicamp.br

Consentimento livre e esclarecido: Após ter sido esclarecimento sobre a natureza da

Nome do(a) participante: _____ Data: ____/____/____.

(Assinatura do participante ou nome e assinatura do seu responsável LEGAL)

Responsabilidade do Pesquisador:

Asseguro ter cumprido as exigências da resolução 466/2012 CNS/MS e complementares na elaboração do protocolo e na obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Asseguro, também, ter explicado e fornecido uma cópia deste documento ao participante. Informo que o estudo foi aprovado pelo CEP perante o qual o projeto foi apresentado e pela CONEP, quando pertinente. Comprometo-me a utilizar o material e os dados obtidos nesta pesquisa exclusivamente para as finalidades previstas neste documento ou conforme o consentimento dado pelo participante.

pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios previstos, potenciais riscos e o incômodo que esta possa acarretar, aceito participar:

Apêndice 2 – Roteiro de Entrevistas

Instrumento de coleta de dados

Entrevista nº _____.

Local: _____.

Cidade e data: _____, ____ / ____ / _____.

Início: ____: ____ h. Término: ____: ____ h. Duração: _____ min.

Entrevistador: _____ Assinatura: _____.

A) Dados de Identificação Pessoal do Entrevistado:

1. Nome completo: _____.

2. Endereço para contato: _____.

3. Sexo: () Masculino () Feminino.

4. Data de Nascimento: ____ / ____ / _____. Idade: _____.

5. Graduação e Há quanto Tempo: _____.

6. Há quanto tempo trabalha com adolescentes grávidas: _____.

B) Questões relacionadas ao atendimento das adolescentes grávidas.

(podem ser aprimoradas na fase de aculturação e ambientação)

1. *Pergunta disparadora:* O que significa para você atender uma adolescente grávida?

2. Como você percebe o seu papel de profissional na atenção à adolescente grávida?

3. Algum atendimento dessas adolescentes foi mais marcante? Que sentidos emocionais tiveram?

4. Quais as demandas humanas deste tipo de atendimento que mais mobilizam emocionalmente?

5. Como você se prepara para lidar com essas demandas encontradas?

6. Como se constrói um vínculo neste tipo de atendimento?

7. Como você lida com os sentimentos dessas gestantes?

8. Como você lida com os anseios dos familiares nesses casos?

9. Como você se relaciona com outras categorias profissionais durante a assistência da adolescente grávida?

10. Gostaria de expressar algo sobre outro ponto não conversado?

_____ Data: ____ / ____ / ____.

(Assinatura do pesquisador)

10. ANEXOS

Parecer Consubstanciado do Comitê de Pesquisa

The screenshot displays the 'Plataforma Brasil' web interface. At the top, there is a navigation bar with the 'Saúde' logo and 'Ministério da Saúde' text. Below this, the 'Plataforma Brasil' logo is visible, along with user navigation options: 'principal' and 'sair'. A secondary navigation bar contains buttons for 'Público', 'Pesquisador', and 'Alterar Meus Dados'. The user's name 'Rodrigo Almeida Bastos - Pesquisador | V3.2' and session expiration 'sua sessão expira em: 38min 51' are shown on the right.

The main content area is titled 'DETALHAR PROJETO DE PESQUISA'. It features a section 'DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA' with the following details:

- Título da Pesquisa: Luz no Fim do Túnel: A Qualidade de Vida e o Autocuidado nas vivências dos Enfermeiros com pacientes em risco ou processo de morte
- Pesquisador Responsável: Alberto Manuel Quintana
- Área Temática:
- Versão: 2
- CAAE: 40600715.9.0000.5346
- Submetido em: 01/04/2015
- Instituição Proponente: Universidade Federal de Santa Maria/ Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa
- Situação da Versão do Projeto: Aprovado
- Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
- Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

A red circular stamp with the word 'COORDENADOR' is overlaid on the right side of the project details. At the bottom right, there is a link for 'Comprovante de Recepção' with a PDF icon and the file name 'PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_453731'.



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Significados psicológicos do trabalho ambulatorial especializado com gestantes adolescentes na perspectiva da equipe de enfermagem, médicos residentes e assistentes sociais: um estudo clínico-qualitativo

Pesquisador: Rodrigo Almeida Bastos

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 56571816.0.0000.5404

Instituição Proponente: Hospital da Mulher Prof. Dr. José Aristodemo Pinotti - CAISM

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.612.574

Apresentação do Projeto:

Aspectos psicossociais que envolvem a atenção à saúde da gestante adolescente. A gestação precoce é definida pela Organização Mundial da Saúde como o processo gravídico que ocorre em mulheres entre 10 e 19 anos. Por ser considerado um período de construção da social, biológico e psíquico, é tratado como um período de vulnerabilidade e risco. Nesse sentido, a gravidez na adolescência é considerada, em nível de assistência à saúde, perigosa e inapropriada, dada a probabilidade de danos individuais e sociais (SILVA; SURITA, 2012, PRESLER-MARSHALL; JONES, 2012). Sob a perspectiva da adolescente, estudos observam que o significado da gravidez varia de acordo com o contexto social da mulher. A baixa perspectiva de inserção no mercado de trabalho e os compromissos sociais para com a comunidade em que vive, transforma a ideia de ser mãe em uma oportunidade social e um objetivo de vida (ROCHA; MINERVINO, 2008, SANTOS, 2010). Outro fator importante de ser observado é relacionado ao exercício da atividade sexual, estimulado por comportamentos midiáticos, aflorando-se com maior intensidade em relação a gerações anteriores. Isso influencia as atitudes sociais das adolescentes e as políticas públicas de saúde, com a difusão dos métodos contraceptivos ou protocolos de assistência pré-natal (SILVA; SURITA, 2012). Este é o panorama psicossocial que segue subjetivamente as adolescentes gestantes assistidas nos serviços de atenção à saúde e com o qual os profissionais de saúde responsáveis

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.612.574

pela rede de atenção precisam estar atentos. Assistir à gestação da vida em uma mulher em formação necessita mais do que técnicas e sistematizações. Tem relação com enfrentamento de conflitos que vão além dos protocolos de assistência. Conflitos e enfrentamentos dos profissionais da saúde na atenção à adolescente grávida. A maternidade no período da adolescência chama a atenção para debates políticos e a questões que têm sido alvo de estudos de diferentes áreas do conhecimento. Dentre os debates discorridos nestas searas estão os relacionados à saúde pública, para a qual a gravidez na adolescência é considerada um problema, visto que causa riscos para o desenvolvimento da criança em gestação e da própria adolescente (SANTOS, 2010). A produção científica levantada em base de dados indexadas na área da saúde, através da Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), PubMed e CINAHL, utilizando o descritor "Pregnant adolescent", revela uma forte tendência, por parte dos grupos de pesquisa nacionais e internacionais, de problematizar fenômenos relacionados às complicações orgânicas gestacionais e atenção à saúde sob a perspectiva da adolescente gestante e família. Importa perceber nesse levantamento que existe uma tendência crescente de estudos que abordam as questões psicossociais envolvendo a gravidez na adolescência, tanto para a gestante / família quanto para a comunidade na qual ela está inserida. Percebeu-se, dessa forma, a importância das problemáticas envolvendo a gravidez na adolescência no âmbito assistencial. No entanto, há escassos estudos sobre a perspectiva metodológica qualitativa dos profissionais de saúde na atenção a esta gestante adolescente.

Perspectivas que vão além de protocolos assistenciais, mas que levem em conta os significados psicológicos para os profissionais em atender mulheres em transição emocional habitualmente vista em adolescentes, lidando ainda com uma nova vida que está sendo gerada por ela e nela. Face às especificidades do atendimento a adolescentes gestantes, estudos destacam aspectos que influenciam na adequação da adolescente a esta condição, as quais interferem em seu meio biológico e psicossocial (SILVA; SURITA, 2012, SANTOS, 2010, ALMEIDA; SOUZA, 2011). Dentre os aspectos, o apoio da família, o atendimento pré-natal e educação em saúde se destacam como fundamentais na construção de um processo gravídico saudável. Todos estes aspectos são observados diretamente pelos profissionais da saúde que trabalham na rede de atenção à adolescente gestante e sua família. A assistência à saúde dessas gestantes, desenvolvida em unidades especializadas, utiliza, geralmente, modelo tradicional, o qual está centrado no trabalho de especialistas (CABRAL et al., 2015). A ideia é que cada especialista seja responsável pelos problemas relacionados à sua área de atuação, centrando esta atenção no atendimento médico. Essa centralização se deve ao fato deste modelo priorizar a atenção organicista, deixando, em

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.612.574

geral, como segundo plano os cuidados preventivos de caráter subjetivo e social (CABRAL et al., 2015, OLIVEIRA et al., 2013, CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010). Essas três características - biológica, subjetiva e social - são trabalhadas na rede de atenção por médicos, equipe de enfermagem e assistentes sociais. Através da ótica do profissional, em geral, este modelo de atenção curativo causa sobrecarga no trabalho. Há sobrecarga física, relacionada à centralização da assistência em um especialista e há sobrecarga moral, relacionada à exposição desses profissionais às questões subjetivas e sociais, às quais os protocolos de assistência nem sempre dão conta de responder (CABRAL et al., 2015, OLIVEIRA et al., 2013). Em meio a estes protocolos limitados de assistência, soma-se um modelo tradicional de assistência, onde há uma tendência de maior proximidade com a relação queixa e conduta. A atenção à adolescente gestante torna-se um processo de difícil relação clínica e social e pouca motivação à reflexão pelo profissional, privilegiando-se do saber instituído em detrimento de novas possibilidades de pensar o cuidado (CALDEIRA; OLIVEIRA; RODRIGUES, 2010). Nesse sentido, a questão que provoca esta investigação é: quais os significados psicológicos do trabalho com gestantes adolescentes, sob a perspectiva de médicos residentes, equipe de enfermagem e assistentes sociais? Esta pergunta extrapola os limites geográficos nacionais e desemboca em um problema de discussão internacional. Portanto, o autor desta investigação pretende aprofundar suas discussões junto a pesquisadores de um grupo de pesquisa canadense, buscando perspectivas diversas de interpretações dos significados pretendidos. Esta proposta de pesquisa foi delineada a partir da oportunidade em se aprofundar em um tema, cuja demanda surgiu do próprio ambulatório de pré-natal de adolescentes do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM). Ao atender a demanda de adolescentes gestantes nos consultórios, a rede de profissionais que participam da atenção a estas mulheres percebeu que protocolos de assistência não dão conta da carga subjetiva que este tipo de atendimento carrega. Oportunizar que a perspectiva profissional seja compreendida e que os significados dessa assistência sejam trazidos à discussão, permitirá que o profissional crie o suporte subjetivo que lhe é necessário para lidar com as demandas dessa assistência. Os fenômenos que envolvem a gravidez na adolescência são de abrangência universal. Segundo dados da World Health Organization (WHO), cerca de 16 milhões de mulheres de 15 a 19 anos engravidam a cada ano. Desses processos gravídicos, 95%

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.612.574

ocorrem em países de baixo ou médio desenvolvimento. Na América Latina a taxa de nascimento a cada 1000 adolescentes é de 77 por 1000 no México e de 71 por 1000 no Brasil (CABRAL et al., 2015). Mais do que um olhar orgânico sobre os riscos que envolvem a gestação entre as adolescentes, o significado da gravidez varia muito de acordo com o contexto social em que a adolescente está inserida. A perspectiva restrita de crescimento pessoal por essas jovens, haja vista a escassez de incentivo educacional e de mercado de trabalho, fazem com que elas encontrem na gravidez e no papel social de ser mãe um objetivo de vida. Nesse sentido, percebe-se que lidar com a realidade da gravidez na adolescência envolve lidar com contradições e dilemas éticos, que vão além de protocolos clínicos de atenção (ROCHA; MINERVINO, 2008). É nesse contexto conflituoso que os profissionais de saúde trabalham sua assistência às gestantes adolescentes e são cobrados a estarem aptos a lidar da melhor forma com tais dilemas. Conhecer a perspectiva destes profissionais diante do diário enfrentamento deste contexto é fundamental para aprimorar a estratégia clínica de atenção à gestante. Médicos, equipe de enfermagem e assistentes sociais participam ativamente desse processo de assistência e precisam ser compreendidos sobre os significados desse trabalho.

Participantes da Pesquisa: Por utilizar a estratégia clínico-qualitativa de pesquisa, não há preocupação com a representatividade da amostra quanto à população geral, podendo ser caracterizada como proposital, intencional ou deliberada (TURATO, 2013). O foco é escolher sujeitos aptos a expressarem-se sobre o fenômeno estudado, o qual eles vivenciam. Dessa forma, o pesquisador que se propõe a trabalhar com pesquisa qualitativa não define a priori sua amostra. Como discorre Turato (2013), os participantes irão emergir segundo as características e dinâmicas do próprio campo

e o tamanho da amostra será percebido ao término da coleta. Participarão do estudo: o grupo de residentes em ginecologia e obstetrícia que estejam em curso do segundo ano de residência (R2) e que passaram pelo estágio do ambulatório de obstetrícia do CAISM em atenção pré-natal às adolescentes gestantes (doze R2); a equipe de enfermagem completa do ambulatório de obstetrícia, composta de técnicos de enfermagem e enfermeiros (duas técnicas de enfermagem e duas enfermeiras); e a equipe de assistentes sociais que atendem as adolescentes gestantes do referido ambulatório (duas profissionais). Importa referir a escolha pelos médicos em curso do segundo ano de residência na observância de que este público já teve a experiência do atendimento às adolescentes gestantes na especialidade, estando no estágio de transição entre a inexperiência do primeiro ano e a finalização de atividades do terceiro ano. A proposta prevê que o grupo de profissionais residentes médicos, equipe de enfermagem e assistentes sociais, com os

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.612.574

quais o pesquisador tem acesso direto, seja fechado por meio da técnica da exaustão, entendida como aquela que se propõe a atingir todos os sujeitos elegíveis (SOUZA JÚNIOR, 2014). Difere da Saturação Teórica de Informações, entendida como o momento em que pesquisador percebe que nenhum dado novo vem sendo acrescentado durante as entrevistas, e as informações passam a apresentar padrões de repetição (GLASER; STRAUSS, 1999, FONTANELLA; RICAS; TUTATO, 2008, FONTANELLA et al., 2011). Critérios de Inclusão: a) Ser membro oficial da equipe de médicos residentes do segundo ano em ginecologia e obstetrícia, equipe de enfermagem do ambulatório especializado em ginecologia e obstetrícia ou assistente social do CAISM, os quais prestam ou tenham prestado assistência a adolescentes gestantes; b) Manifestar interesse em participar da pesquisa através da concordância e assinatura do TCLE (Anexo I). A disposição em elencar poucos critérios de inclusão e a ausência dos critérios de exclusão nesta proposta estão de acordo com o enfoque metodológico utilizado. O objeto de estudo e a tradição das pesquisas qualitativas permitem confirmar a fiabilidade dos poucos critérios utilizados, visto que vez que a lógica de construção da amostra qualitativa faz-se, a princípio, independente da inclusão ou exclusão de “perfis biodemográficos” dos indivíduos. Nesse contexto metodológico qualitativo, elencar critérios de exclusão perde o sentido que teria em uma pesquisa experimental ou epidemiológica, pois dados sociais e demográficos não interferem na concepção do recorte do tema proposto. É perceptível, portanto, que uma investigação de episteme qualitativa seja voltada aos nexos de sentido, não buscando fazer mensurações ou nexos causais. No entanto, registrar dados de natureza sociodemográfica durante as entrevistas se faz interessante pelo fato de estes dados terem potência de ganhar nexos de sentido durante a discussão dos resultados, ou seja, a posteriori.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Compreender os significados psicológicos atribuídos ao trabalho assistencial à gestante adolescente, nas perspectivas de três amostras de participantes – equipe de enfermagem, médicos assistentes (residentes) e assistentes sociais em serviço público especializado universitário.

Objetivos Secundários: Discutir aspectos emocionais referidos pelos profissionais relacionados ao atendimento de gestantes adolescentes e em relação à equipe interdisciplinar; Discutir as percepções sobre questões clínicas e psicossociais de cada categoria acerca do atendimento à gestante adolescente; Discutir como os profissionais lidam com os seus

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.612.574

próprios sentimentos frente ao atendimento de gestantes adolescentes.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisa oferece riscos mínimos aos participantes, de ordem emocional.

O pesquisador afirma no TCLE que "Esta pesquisa não apresenta riscos para a saúde física. Por ser entrevista psicológica é compreensível que poderá haver em seu transcurso o surgimento de emoções próprias. O pesquisador é profissional treinado para ouvi-las e tem recursos para fazer encaminhamentos de atenção à sua saúde em caso de eventual necessidade."

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Projeto de pesquisa de Doutorado, bem elaborado e fundamentado.

O projeto foi aprovado pela Comissão de Pesquisa do CAISM/UNICAMP, local do estudo.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Folha de rosto assinada pelo superintendente do CAISM/UNICAMP.

Apresentado parecer da Comissão de Pesquisa do CAISM, cronograma e orçamento.

TCLE elaborado no modelo do CEP/UNICAMP contendo as garantias éticas aos participantes da pesquisa.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

- O sujeito de pesquisa deve receber uma via do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, na íntegra, por ele assinado (quando aplicável).
- O sujeito da pesquisa tem a liberdade de recusar-se a participar ou de retirar seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, sem penalização alguma e sem prejuízo ao seu cuidado (quando aplicável).
- O pesquisador deve desenvolver a pesquisa conforme delineada no protocolo aprovado. Se o pesquisador considerar a descontinuação do estudo, esta deve ser justificada e somente ser realizada após análise das razões da descontinuidade pelo CEP que o aprovou. O pesquisador deve aguardar o parecer do CEP quanto à descontinuação, exceto quando perceber risco ou dano não

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNICAMP - CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.612.574

previsto ao sujeito participante ou quando constatar a superioridade de uma estratégia diagnóstica ou terapêutica oferecida a um dos grupos da pesquisa, isto é, somente em caso de necessidade de ação imediata com intuito de proteger os participantes.

- O CEP deve ser informado de todos os efeitos adversos ou fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo. É papel do pesquisador assegurar medidas imediatas adequadas frente a evento adverso grave ocorrido (mesmo que tenha sido em outro centro) e enviar notificação ao CEP e à Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA – junto com seu posicionamento.

- Eventuais modificações ou emendas ao protocolo devem ser apresentadas ao CEP de forma clara e sucinta, identificando a parte do protocolo a ser modificada e suas justificativas e aguardando a aprovação do CEP para continuidade da pesquisa. Em caso de projetos do Grupo I ou II apresentados anteriormente à ANVISA, o pesquisador ou patrocinador deve enviá-las também à mesma, junto com o parecer aprovatório do CEP, para serem juntadas ao protocolo inicial.

- Relatórios parciais e final devem ser apresentados ao CEP, inicialmente seis meses após a data deste parecer de aprovação e ao término do estudo.

- Lembramos que segundo a Resolução 466/2012, item XI.2 letra e, “cabe ao pesquisador apresentar dados solicitados pelo CEP ou pela CONEP a qualquer momento”.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_711681.pdf	11/05/2016 17:53:51		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoRodrigo.pdf	11/05/2016 17:52:56	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito
Outros	MatriculaDOUTORADO.pdf	11/05/2016 16:12:52	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	11/05/2016 16:10:10	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito
Folha de Rosto	FOLHAdeROSTOassinada.pdf	10/05/2016 20:40:48	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br



COMITÊ DE ÉTICA EM
PESQUISA DA UNICAMP -
CAMPUS CAMPINAS



Continuação do Parecer: 1.612.574

Declaração de Instituição e Infraestrutura	DeclaracaoDaInstituicao.pdf	10/05/2016 20:39:59	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracao.pdf	10/05/2016 09:39:39	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	10/05/2016 09:38:43	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	05/05/2016 14:39:47	Rodrigo Almeida Bastos	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

CAMPINAS, 28 de Junho de 2016

Assinado por:
Renata Maria dos Santos Celeghini
(Coordenador)

Endereço: Rua Tessália Vieira de Camargo, 126

Bairro: Barão Geraldo

CEP: 13.083-887

UF: SP

Município: CAMPINAS

Telefone: (19)3521-8936

Fax: (19)3521-7187

E-mail: cep@fcm.unicamp.br