

MARIA MARLENE MONTES VALVERDE



**Assistência às Adolescentes
Grávidas:
Um Desafio Amoroso
à Enfermagem**

Florianópolis
1997

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
PROGRAMA DE DOUTORADO EM FILOSOFIA DE ENFERMAGEM

MARIA MARLENE MONTES VALVERDE

**ASSISTÊNCIA ÀS ADOLESCENTES GRÁVIDAS:
UM DESAFIO AMOROSO À ENFERMAGEM**

Tese submetida à Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de
Doutor em Filosofia de Enfermagem

Florianópolis, SC.

1997

MARIA MARLENE MONTES VALVERDE

**ASSISTÊNCIA ÀS ADOLESCENTES GRÁVIDAS:
UM DESAFIO AMOROSO À ENFERMAGEM**

ORIENTADORA:

PROF^a DR^a MARIA DE LOURDES DE SOUZA

Florianópolis
1997

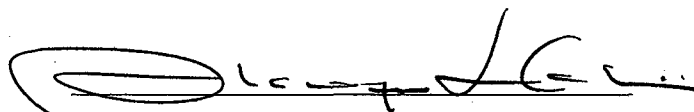
**ASSISTÊNCIA ÀS ADOLESCENTES GRÁVIDAS:
UM DESAFIO AMOROSO À ENFERMAGEM**

MARIA MARLENE MONTES VALVERDE

Esta tese foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de

Doutor em Filosofia de Enfermagem

e aprovada em sua forma final em 2 de setembro de 1997, atendendo às normas da legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem - Programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.




Prof.^a Alacoque Lorenzini Erdmann, Dr.^a
Coordenadora do Curso

BANCA EXAMINADORA



Prof.^a Maria de Lourdes de Souza, Dr.^a
Presidente/Orientadora



Prof.^a Eloita Neves Arrada, Dr.^a - Membro



Prof.^a Eunice Xavier de Lima, Dr.^a - Membro



Prof.^a Roseni Rosangela de Sena, Dr.^a - Membro



Prof.^a Lygia Paim Müller Dias, Dr.^a - Membro

DEDICATÓRIA

A Deus, força do Amor,

A Rodrigo e Paola, a Maria Andrea e Olavo,
Rodrigo Jr, Nicholas, e Camilo,

A Fanny, Guillermo, Eliseo (in memoriam),
Donha Margarita carinhosamente “Tita”,

Olga, Mariella, Hilda, Soledad,
Jorge, Humberto, Mario,

pelo amor vivenciado, compartilhado e pelo apoio
em momentos importantes de minha vida.

APOIO FINANCEIRO

UNIVERSIDADE DEL VALLE - CALI COLÔMBIA

FUNDAÇÃO W.K. KELLOGG - U.S.A

“O AMOR É PACIENTE E GENTIL; NÃO É CIUMENTO, INTERESSADO OU ORGULHOSO; NÃO É RUDE, EGOÍSTA OU IRRITÁVEL, O AMOR NÃO GUARDA UMA LISTA DE ERROS: O AMOR NÃO É FELIZ COM A MALDADE, MAS É FELIZ COM A VERDADE. O AMOR NUNCA DESISTE: SUA FÉ, ESPERANÇA E PACIÊNCIA NUNCA FALHAM. O AMOR É ETERNO ... EXISTEM A FÉ, A ESPERANÇA E O AMOR, ESSES TRÊS; MAS O MAIOR DE TODOS É O AMOR”.

- I CORINTOS 13

AGRADECIMENTOS

À Prof^ª Dr^ª Maria de Lourdes de Souza, obrigada pela oportunidade oferecida, pelo respeito a minhas idéias, pelos ensinamentos, pelo apoio e pelas facilidades compartilhadas nesta caminhada.

À Prof^ª Dr^ª Eloita Neves Arruda, por seus ensinamentos, incentivos e empatia para com minhas idéias.

À Prof^ª Dr^ª Lygia Paim Müller Dias, por sua acolhida, por me ouvir, por seu apoio e pelo seu compartilhar.

Aos Integrantes da Banca Examinadora, por aceitarem o convite para fazer parte da banca. Obrigada por seu compartilhar e suas contribuições.

A Coordenadora, aos professores e funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo apoio e contribuição nesta caminhada.

A meu filho Rodrigo por seu apoio para alcançar as metas, apesar da distância seu compartilhar amoroso esteve presente.

A minha filha Maria Andrea pela companhia, foi maravilhoso ter você por perto no Brasil. Obrigada pelo convívio amoroso.

A Olavo e familiares, pelo apoio e momentos compartilhados nesta etapa.

A Rodrigo Jr, Nicholas, Camilo e Sofia, seres amorosos, é maravilhoso ter vocês conosco. Obrigada pela sua presença e amor que orientaram meu caminho.

A Paola, Maria Andrea e Jimena por permitirem participar de seu processo amoroso de gravidez.

A meus irmãos(ãs) sobrinhos(as), cunhados(as), e parentes, obrigada pela força.

A minha amiga irmã Centa pela acolhida, pela companhia. Por seu apoio no trabalho, pelo intercâmbio e seu compartilhar em todos os momentos desta caminhada.

A Irene Angelita Iglesias (in memoriam) por me ouvir e compartilhar em momentos chaves e no decorrer deste trabalho.

A Ymiracy por ter discutido comigo o trabalho e por apoiar-me em momentos especiais nesta caminhada.

A Gracinha pelo apoio e amizade, os momentos compartilhados foram significativos.

A Ivette, Maria Elena, Nora, Clara Virgínia, pelo apoio em momentos compartilhados nesta caminhada.

Aos integrantes do grupo NUPEPI e colegas das turmas de Doutorado, obrigada pelo intercâmbio e aprendizagem.

A Fundação W. K. Kellogg pelo apoio para realização do curso e pela sua contribuição na minha formação profissional e pessoal.

A ACOFAEN e aos Membros da Comissão Nacional de Doutorado em Enfermagem na Colômbia pelas contribuições e apoio no trabalho.

Aos membros dos Conselhos da Faculdade de Saúde, Acadêmico e Superior da Universidad del Valle, pelo apoio para realizar o Curso de Doutorado.

À Diretora da Escola, Diretoras de Pós-Graduação e Graduação, Docentes e Funcionários do Departamento de Enfermagem da Universidad del Valle pelo apoio e amizade ao longo de minha permanência na Universidade e a meu retorno, acreditando em meu trabalho.

As colegas do grupo Materno Infantil da Escola de Enfermagem da Universidad del Valle por seu apoio para e durante a realização do programa de Doutorado.

Aos estudantes da sexta fase de graduação - 1996 da Escola de Enfermagem da Universidad del Valle, e às adolescentes grávidas do Centro de Saúde Panamericano, por terem compartilhado momentos importantes de suas vidas, obrigada pela parceira e amorosidade.

A Asceneth, Leonor, Luz Angela, Maria Clara, Gladis Eugenia, Martha Lucia pelo apoio para implementação do referencial.

Ao Diretor, Enfermeira-Chefe e ao Pessoal do Centro de Saúde Panamericano (Cali-Colômbia), pelo apoio e ensinamentos.

A todos os meus Professores que de uma ou outra maneira tiveram participação durante minha formação e desenvolvimento profissional e pessoal, semeando motivação, coragem e desafios. Obrigada pelos ensinamentos, chegar até aqui é sua obra.

A Vicente Volnei de Bona Sartor, pelo apoio redacional de Língua Portuguesa.

Aos meus amigos e amigas, por seu compartilhar amoroso, em momentos alegres e tristes, fortalecendo-me para alcançar a meta, ajudando-me muito especialmente.

E a todos os seres do universo que de diferentes maneiras compartilharam e cooperaram comigo neste estudo. Obrigada

“PELO AMOR COMPARTILHADO NESTA CAMINHADA”.

RESUMO

Esta tese nasceu da necessidade de construir um referencial teórico que contribuísse como eixo orientador para as ações de Enfermagem desenvolvidas junto às adolescentes grávidas. O suporte para a criação deste referencial se dá a partir da ciência tradicional e das ciências humanas sendo viabilizada por uma prática educativa amorosa. Esta prática educativa, associada ao afeto, ao mundo dos sentimentos, às emoções e ao subjetivo, constituiu-se num processo que permitiu transitar entre essas duas ciências, e a utilização de seus conhecimentos em prol da prevenção da mortalidade materna. Este estudo é Teórico - Metodológico de base empírica. Apresenta-se a construção de um referencial fundamentado na dimensão do amor universal o qual constitui-se num desafio para assistir/cuidar da adolescente grávida. O amor universal nesta tese orienta-se pelas concepções desenvolvidas pela literatura, principalmente de Drummond (1993), Warat (1993), Simmel (1991), Fromm (1991), Maturana (1993), Buscaglia (1994) e Silva (1994), com a finalidade de resgatar a sensibilidade e as relações afetivas dos exercentes de Enfermagem para o agir na Assistência. O referencial está embasado nas concepções da autora desta tese, apoiada em teóricos do paradigma da simultaneidade, e tem como conceito central o amor e seus componentes e, como sub-conceitos, a sensibilidade, a percepção, a interação e a comunicação bem como outros conceitos. Para a operacionalização do referencial foram utilizadas estratégias de: preparação de equipe e trabalho com as adolescentes grávidas. Durante a operacionalização desenvolveram-se com a equipe e as adolescentes grávidas as seguintes fases: sensibilização, interação e assimilação-compreensão. Acredito que a implementação deste referencial teórico proporcionou a possibilidade de vislumbrar novos alcances na prática e no agir da Enfermagem, principalmente aquelas relacionadas com a transformação conceitual dos adolescentes, familiares e equipe de trabalho a partir do amor a si mesmo e aos outros. Este estudo permitiu o resgate da arte do assistir/cuidar/ensinar/pesquisar expandindo-se na criatividade e na utilização de instrumentos e técnicas. Finalmente, pode-se dizer que o estudo possibilita a busca de novos caminhos, a transformação do ensino e da prática de Enfermagem visualizando o homem inserido em seu contexto universal como ser total.

ABSTRACT

This thesis was born from the need to develop a theoretical framework capable of contributing as a guiding axis to nursing actions directed to the pregnant teenager. The theoretical foundation of such framework Foundation for such references comes from the traditional science, as well as from the human sciences, whereby the vehicle of transmission is a loving educational practice. Such practice, hand in hand with affection, with the world of feelings, emotions and with what is subjective, has turned into a process whereby it became possible to have transit between these two sciences, using their knowledge to prevent maternal mortality. This is a theoretical - Methodology study of emphyricale base; a reference basis is presented, built up from universal love and becoming a challenge in the assistance/care of the pregnant teenager. Such love, in the present Thesis, guides itself by literature concepts, mainly those from Drummond (1993), Warat (1990), Simmel (1991), Fromm (1991), Maturana (1991), Buscaglia (1994) e Dias da Silva (1994), having as a goal to regain sensitivity and affective relationships in nursing actions. The basis of reference is built on this author's concepts propped on theorists who follow the simultaneity paradigm and, as sub-concepts, on sensitivity, perception, interaction and communication, among others. To render the framework references functional, the strategies used were those of team preparation and caring for the pregnant teenagers. The following stages were conducted with the team and the pregnant teenagers during implementation: Sensitization, interaction and assimilation-discernment. It is our belief that making operational this theoretical framework offered a chance to surmise new reaches in nursing practice and acting, mainly in what says respect to a conceptual transformation fostering love to oneself and to others. This study has allowed for a recovery of the assisting/caring/teaching/researching arts, acquiring greater scope in creativity and use of various and techniques. Finally, it may be said the study makes possible a search for new ways to transform nursing teaching and practice, highlighting man in a universal context as a total being.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Função dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica dos Comitês de Mortalidade Materna	53
Figura 2 - Referencial Teórico para Assistir/Cuidar das Adolescentes Grávidas	131
Figura 3 - Operacionalização do Referencial Teórico	138

ÍNDICE

	PÁG.
AGRADECIMENTOS	8
RESUMO	12
ABSTRACT	13
LISTA DE FIGURAS	14
INTRODUÇÃO	17
- TEMA E PROBLEMA	20
- JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA	23
- OBJETIVO GERAL	29
- OBJETIVOS ESPECÍFICOS	29
- APRESENTAÇÃO DA TESE	31
PARTE I	
CAPÍTULO I	
PANORÂMICA DA MORTALIDADE MATERNA NA AMÉRICA LATINA	
1.1 - Morte Materna	34
1.2 - Mortalidade Materna na América Latina	35
1.3 - Mortalidade Materna em Adolescentes	39
1.4 - Revisão de Literatura	41
1.5 - Diretrizes traçadas em nível de Países e a Opção pela Prática Educativa	43
	49
CAPÍTULO II	
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA	59
2.1 - Amor e Enfermagem	59
2.2 - Revisão dos Paradigmas	61
2.2.1- Paradigma Newto-Cartesiano	62
2.2.2 - O Paradigma Holístico	63
2.2.3 - Paradigmas em Enfermagem	66
2.3 - Modelos Conceituais e Referenciais Teóricos	69
2.4 - Comunicação Interpessoal	76
CAPÍTULO III	
O AMOR A SI E AS SUAS POSSIBILIDADES DE MANIFESTAÇÃO EM CIÊNCIA: O AUTOCONHECIMENTO DO SER HUMANO	79
3.1 - Significado do Amor	80
3.2 - Componentes do Amor	83
3.3 - Expressão do Amor	89
3.3.1 - Amor Universal	89
3.3.2 - O Amor Íntimo, Eros ou Romântico	91
3.3.3- O Amor Interior, ou Amor a Si Mesmo	94
3.4 - Amor e Autoconhecimento	97
3.5 - Adolescentes Grávidas e Amor	101
3.6 - Amor, Cura e Enfermagem	103

PARTE II**CAPÍTULO IV**

CRIANDO O CAMINHO METODOLÓGICO	108
4.1 - Caracterização e Delimitação deste Estudo	109
4.2 - Descrição das Etapas do Estudo	110
4.2.1 - Primeira Etapa - A descoberta	110
4.2.2 - Segunda Etapa - A busca	111
4.2.3 - Terceira Etapa - A construção	111
4.2.4 - Quarta Etapa - O compartilhar	112
4.2.5 - Quinta Etapa - O semear e a implementação	112
4.2.6 - Sexta Etapa - Apresentando a experiência	113
4.2.7 - Setima etapa - Seguindo em frente	113
4.3 - Apresentação do Referencial Teórico em Construção	113
4.3.1 - Apresentação dos Pressupostos	116
4.3.2 - Definindo os Conceitos	117
4.4 - Relação entre o Conceito Amor, seus Subconceitos e Conceitos Complementares e o Processo de Operacionalização do Referencial Teórico	130
4.5 - Bases operacionais do Referencial Teórico	136

CAPÍTULO V

COMPARTILHANDO A CAMINHADA	140
5.1 - Atividades Realizadas	141
5.2 - Estratégias de Implementação	142
5.2.1 - Preparação de Estudantes para cuidar-se e cuidar	142
5.3 - Relato da Experiência	145
5.3.1-Assistir/Cuidar das Adolescentes Grávidas.....	146
5.4 - Cuidando e ensinando empatia: Um exemplo vivenciado	157

CAPÍTULO VI

REFLEXÕES FINAIS	163
6.1 Preâmbulo	163
6.2 - Objetivos do Estudo e seus Alcance	163
6.3 - Considerações Finais, Limitações e Contribuições do Estudo	169

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA	173
---------------------------------------	------------

ANEXOS	185
---------------------	------------

INTRODUÇÃO

Refletindo sobre o atendimento às grávidas nos diversos países da América Latina, e tendo em conta as normas vigentes percebe-se que existe uma preocupação constante dos profissionais de saúde em diminuir os índices de Morbi-Mortalidade Materna, no contexto sócio-cultural das mulheres grávidas. Esta realidade possibilitou o seguinte questionamento: "O que está faltando nos sistemas de saúde vigentes, para que possam ser alcançados os seus objetivos referentes à queda dos índices de morbi-mortalidade materna, os quais têm se mantido em elevação por várias décadas"?

De maneira equivalente, verifica-se que a elevação dos índices de Morbi-Mortalidade conflituam com o discurso e os programas de apoio dos organismos internacionais ricos em tecnologia, em recursos humanos e preocupados com a eficácia e a alta resolutividade.

Por outro lado, frente ao paradoxo da existência de recursos e da alta taxa de Mortalidade Materna, questiona-se, se as mulheres grávidas estão sendo atendidas adequadamente. Este paradoxo pode ser explicitado por alguns determinantes, dentre os quais assinala-se o paradigma¹ vigente Newton-cartesiano que norteia a maioria das práticas de saúde. O paradigma Newton-cartesiano, que vê o homem de maneira fragmentada, reducionista e dicotomizada (Capra, 1982), destoa com as projeções presentes nos discursos

¹ É toda uma concepção de crenças, valores, procedimentos e técnicas compartilhadas pela maior parte de uma comunidade determinada, ou seja, um esquema para a descrição, explicação e compreensão da realidade (Kuhn, 1992). Nesta tese paradigma, modelo e padrão possuem semelhantes atributos conceituais.

atuais sobre o homem para o terceiro milênio, numa visão de totalidade², que tem como eixo fundamental o amor.

Este raciocínio induz à constatação de dois tipos de homem: o homem fragmentado e o homem total. Aplicando o raciocínio à saúde, verifica-se a possibilidade de aproximação ou articulação do modelo biomédico da ciência tradicional com o modelo integral das ciências humanas, na perspectiva de aproximar os dois modelos na assistência.

O ser humano, como integrante de uma sociedade, espera e requer uma assistência de saúde, a partir de atividades que não só considerem ou integrem os aspectos da ciência tradicional, mas que também incluam os aspectos das ciências humanas mediante ações que permitam a atenção integral a partir da humanização do cuidado, na assistência.

Neste sentido Smith (1994), faz um paralelo relativo a estas duas ciências como descrito no anexo 1.

Por outro lado, a autora desta tese, durante seu desempenho profissional se preocupou com uma assistência humana, que considerasse a pessoa na sua totalidade. Isto é, uma assistência afetiva que tivesse como centro o amor, o qual formaria um elo na prática da Enfermagem com as pessoas que são clientes. Esta concepção é reforçada por Ferreira (1986) quando diz que “desejar o bem do outro, a partir da procura e conhecimento da própria vida, o que fazemos e/ou vivemos em nosso cotidiano, é um ato de amor”.

Segundo este autor, entende-se que desejar o bem do outro é fazer ao outro todas as coisas que sejam possíveis à partir dos conhecimentos que se dispõe compartilhando o vivido no dia-a-dia, sem esperar nenhuma recompensa ou troca. Como diz Simmel (1993, p. 122), “o amor é uma das grandes categorias que dá forma ao existente”.

² Holismo de Holos = todo. O todo está nas partes, as partes estão no todo. Christian Smuts. Holismo and Evolution (1926).

Daí considerar-se o amor como uma dinâmica que se produz a partir de uma capacidade interna, a qual pode ser tomada como aspecto afetivo do próprio comportamento, ou seja, é o sentimento que une às pessoas, mais estreita e incondicionalmente.

Por isso, ao observar o exercício da Enfermagem, ou seja, as práticas de assistir, é relevante perceber que as mesmas são manifestações de amor³. Amor transformado em um compartilhar de ações e atitudes que levam ao bem estar do ser humano em todas as dimensões de sua existência, viver o processo de ser-estar saudável, e procriar. Talvez tenha chegado a hora de seguir os ensinamentos de Clark (1993, p. 163), explicitados como segue: "admitir alegremente que a maior coisa que podemos fazer é AMAR. Amar ao nosso Criador, a nós mesmos, ao nosso próximo, ao nosso trabalho e sobretudo, à nossa crescente capacidade de amar; pois inventamos tudo o que nossa consciência humana fértil é capaz de inventar: medo, crítica, manipulação, súplica, preocupação, queixa, culpa, religião, ciência, política, guerra, e nenhuma delas tem funcionado". Este autor revela o quanto é importante amar o Criador, a nós mesmos e ao nosso próximo, pois vive-se uma crise mundial. Constata-se que quando não se vivencia o amor, o medo, a crítica, a manipulação, a súplica, dentre outros sentimentos, eles têm funcionado de forma contraditória. Apesar desta realidade aceita-se que ainda é possível olhar o ser humano e a cada um individualmente com amor. Esta possibilidade poderá propiciar e enriquecer uma assistência digna e saudável do ser humano.

Tendo em conta esta reflexão e preocupada em proporcionar ao ser humano uma assistência amorosa, busquei construir um referencial teórico-prático que seja passível de auxiliar a Enfermagem na assistência às adolescentes grávidas.

³ Descrito por Donahue (1993) como altruísmo ou humanismo, pois é a forma mais nobre de amor e bondade.

TEMA E PROBLEMA

Tendo como horizonte a assistência, estabeleceu-se como grupo de interesse as adolescentes grávidas, as quais apresentam exigências específicas e acentuadas, tanto em nível físico como psicológico, emocional e espiritual, durante as etapas do ciclo procriativo. É importante recordar que, atualmente, considera-se que a adolescente grávida está enquadrada dentre as mulheres grávidas em geral, mas isto não deveria ser assim. É necessário desenvolver uma atenção especial às adolescentes, por encontrarem-se em etapa de transformação específica de um ciclo em desenvolvimento, vivenciando um momento de transição entre ser criança e adulta, proporcionando descobertas. Estes aspectos são de relevante importância, se considerarmos a influência positiva relacionada a sua gravidez, como contribuição no grupo de risco a adolescentes grávidas na prevenção de Morbi-Mortalidade Materna.

Considerando as características que se apresentam durante a adolescência, relacionadas à instabilidade, tanto física como emocional, é importante atentar a esta situação a qual pode acentuar-se durante a gravidez, apresentando uma sobrecarga de tensão que dificulta a identificação de problemas, seu isolamento e, conseqüentemente, sua solução. O que é reiterado por Maturana (1991, p. 45), ao enfatizar que "o humano não se constitui exclusivamente desde o racional, e aceitando que entrelaçado a um racional está sempre presente um emocional".

A teoria deste autor, explicada através de todo o rigor da biologia, permite compreender o ser vivo como sistema autônomo, em relação as suas circunstâncias e trocas, á maneira de olhar o mundo, apontando o que há de melhor na convivência entre os homens. Assim "as palavras amar, querer e namorar tem seu espaço no cotidiano, cada vez que tratamos na convivência ao

outro como um legítimo outro, por isso o amor é a emoção que funda o social, ao aceitar a legitimidade do outro” (Maturana, 1991, p. 46).

A importância de identificar o outro na prática de assistência, é que nos leva a sentir necessidade de estar com a adolescente grávida, de vê-la em sua totalidade, e que nos mobiliza a questionar o modelo psicobiológico vigente. Este modelo surgiu no século passado, e é fortemente vinculado ao determinismo biológico, em que a estrutura básica do pensamento psicodinâmico, é sexista, e considera as mulheres como seres inadequados, irracionais e incompletos. Na opinião de Fedele et al (1993)⁴, porém, não existe nenhuma teoria psicológica coerente e plenamente elaborada em relação ao desenvolvimento da mulher, porque, segundo eles “os avanços mais importantes no empenho por entender as necessidades e os desejos da mulher tem surgido à parte das instituições de saúde estabelecidas, em outros serviços de saúde e serviços de atendimento social, como são os centros femininos de atenção de crises causadas por violação, refúgio de mulheres agredidas, centros de tratamento de alcoolismo e grupos de defesa de saúde da mulher”.

O movimento feminista, nos últimos 20 anos, questiona e coloca em juízo as classificações e os termos aplicáveis à depressão e aos temores da mulher, conseguindo produzir uma nova informação sobre a maneira de pensar, sentir e comportar-se; desafiando as hipóteses tradicionais sobre saúde, doença, maturidade e situações de cuidado baseadas em um estereótipo de sexo (OPS/OMS, 1993b).

Ao refletir sobre saúde materna, admite-se que a Mortalidade Materna se deve, não somente à complicações clínicas, mas também, à falta de acesso ao atendimento, especialmente nos aspectos relacionados com o meio psicossocial, econômico e cultural o que resulta em uma multiplicidade de fatores causadores desta ocorrência, tais como: biológicos, psicológicos,

⁴ Presented at a Stone Center Colloquium, Wellesley, Massachusetts, 1988.

ambientais, econômicos e culturais. Porém, da grande maioria das mortes evitáveis, são conhecidas as principais causas dos fatores que as ocasionam, e tem-se há muito tempo o conhecimento científico e a tecnologia para impedi-las.

Apesar disto, a Mortalidade Materna continua presente na atualidade. Sendo assim, é necessário realizar estudos que possibilitem resultados transformadores dessa realidade, ao estimular que as adolescentes grávidas, valorizem sua vida e a de seu filho. Na atualidade, a gravidez em adolescente é considerada de risco, pois ela proporciona modificações bio-psicossociais, além de causarem desequilíbrio no sistema familiar, quando não desejada ou programada. De acordo com Tanaka e Siqueira (1988) o risco de gravidez na adolescência é alto, ocorrendo em todos os níveis sociais, apresentando, por outro lado, maiores riscos nos níveis sociais de escassos recursos, em que a falta de recursos sócio-econômicos dificultam o acesso às informações e à assistência adequada.

Segundo Reis (1994), nos programas de saúde, está implícito que a adolescente não pode engravidar, e esta decisão é tomada sem levar em conta sua realidade, ou seja, se ela quer ou não ter um filho, e mais ainda, que a adolescente dos anos 90 mudou, já não é obrigada a se casar. Hoje a questão é menos moral que sócio-econômica, sendo que as crises econômicas e a falta de oportunidade de trabalho seriam os problemas mais graves que enfrentam as jovens na atualidade, carecendo de assistência com enfoque na atenção integral. Entretanto, a política de saúde vigente, preocupa-se mais com os aspectos físicos da gravidez, fato este observado nas práticas profissionais.

Sabe-se, contudo, que em se tratando de adolescentes grávidas, as quais vivenciam todo um processo de transformação e também normas e formas de viver em sociedade, o que realmente elas necessitam para seu melhor desenvolvimento e diminuição de riscos é uma assistência amorosa. Esta

assistência requer utilizar procedimentos apoiados em referenciais obtidos das ciências tradicionais e humanas, como visto anteriormente, os quais podem favorecer um viver amoroso de sua gravidez.

As propostas para resolver os problemas sociais e de saúde da mulher, em especial da adolescente grávida, precisam estar fundamentadas em referenciais amorosos que permitam sua participação e assumir a responsabilidade por ela mesma, seu filho, na família, e com a instituição, e comunidade, como seres integrantes do universo. Em decorrência desta temática a pergunta que melhor representa o problema desta tese é: “Em que tem consistido o papel do desafio amoroso às adolescentes grávidas no assistir/cuidar de Enfermagem?”.

Com esta visão direcionada a assistir de forma amorosa às adolescentes grávidas foi possível utilizar as experiências pessoais e profissionais da doutoranda como autora desta tese e aprofundar conhecimentos teóricos, na perspectiva de que as adolescentes possam viver sua gravidez amorosamente com dignidade e respeito.

JUSTIFICATIVA E RELEVÂNCIA

Justifico a realização deste trabalho de pesquisa por três razões fundamentais: as observações e vivências sobre meu próprio desafio amoroso, a minha trajetória profissional e a constatação de diversos autores sugerindo a necessidade de um caminho amoroso no atendimento às adolescentes grávidas. 7

Minha inclinação pela área Materno-Infantil tem suas raízes desde criança, quando observava e vivenciava o trabalho humano, cálido, prazeroso, incondicional oferecido por minha mãe às mulheres grávidas, às quais assistia com amor e dedicação.

Tornei-me Enfermeira em nível de Licenciatura em junho de 1970 na Universidade del Valle em Cali - Colômbia, assumindo meu primeiro desafio na chefia de um Hospital Integrado de Saúde Pública, onde tive a oportunidade de desenvolver um trabalho com parteiras práticas, estabelecendo um vínculo institucional na atenção as gestantes, puérperas e recém-nascidos.

Assumi o cargo de Instrutora de Auxiliares de Enfermagem no SENA (Serviço Nacional de Aprendizagem) em janeiro de 1971, entidade encarregada da formação destes profissionais, em nível nacional. Neste período, capacitei-me também no desenvolvimento de metodologias didáticas, que posteriormente me ajudaram no desempenho da função docente e na vida profissional.

Vinculei-me a Universidade del Valle, como Instrutora, para trabalhar na Escola de Enfermagem, recebendo treinamento na área Materno-Infantil em 1972. Comecei a carreira de docente atuando no programa de graduação e nos cursos pós-básico, vivenciando a problemática Materno-Infantil não só da mulher colombiana, como também, da latino-americana durante o processo procriativo, podendo assim observar as causas de morbi-mortalidade e a luta para sua prevenção.

Continuei meu processo de desenvolvimento profissional formando-me especialista em obstetrícia (Enfermeira Obstétrica), em 1974, atuando ao mesmo tempo como docente nos programas de graduação e especialização. Foi durante meu programa de Mestrado realizado em 1975 na Universidade San Carlos, na Guatemala, no Instituto de Nutrição do Centro América e Panamá (INCAP), na cidade de Guatemala, que fortaleci meus conhecimentos na área de Saúde Pública e Nutrição, relacionados à saúde Materno-Infantil. Minha dissertação enfocou a nutrição e alimentação da mulher grávida e lactante, a qual serviu-me de base na elaboração do capítulo 5 "Evaluación Nutricional en

el embarazo y la lactancia" do livro "La Mujer en el Proceso Reproductivo" publicado em 1991, pela OPS/OMS.

Durante meu desempenho profissional participei de atividades docentes, assistenciais e de pesquisas, com estudantes de graduação e pós-graduação (Especialização, Mestrado), em Saúde Comunitária, através da atenção em consulta pré-natal, planejamento familiar, parto, pós-parto, identificando e gerenciando em conjunto com a equipe de saúde, problemas comunitários, familiares, individuais, de baixo e alto risco, atuando na solução dos mesmos, no entanto, observando pouca ou nenhuma modificação nos índices de Morbi-Mortalidade Materna.

Esta situação levou-me a questionar a atenção oferecida às mulheres particularmente as grávidas nos serviços assistenciais, sendo importante lembrar, que a mulher, de modo geral, encontra-se em condições de inferioridade econômica, educativa, legal e familiar, por isso, é necessário compreender melhor sua problemática de vida através de uma visão de totalidade.

Com relação aos trabalhos que realizei nesta área, merecem menção especial os desenvolvidos com as docentes da Escola de Enfermagem, da área Materno Infantil, da Universidade del Valle, Cali - Colômbia, na disciplina de Saúde Reprodutiva e Sexualidade, estudos estes realizados com adolescentes, durante o período de 1986-1992 (Medellin et al, 1993), cujos resultados obtidos me motivaram a trabalhar com Mortalidade Materna, pois segundo Shearin e Boeulve (1989), em cada 10 mulheres de 15-19 anos, 3 ou 4 não desejam a gravidez, e terminam em aborto. Outros trabalhos de pesquisa aumentaram ainda mais meu interesse pelo tema. Trabalhos de pesquisa realizados em conjunto com os estudantes de graduação na mesma universidade sobre pré-natal relacionado com Mortalidade Materna (Montes et al, 1995), mostraram a ocorrência de mortes entre as mulheres que estavam

participando de 4 a 7 controles durante sua gravidez e iniciando os mesmos desde a 13^a semana ou na 21^a semana.

Da mesma forma os trabalhos realizados com estudantes de graduação e pós-graduação sobre aleitamento materno em mulheres primigestas e trabalhadoras (Montes e Cifuentes, 1995), despertaram meu interesse pelo tema e pelo que esta prática representa em relação à prevenção da Mortalidade Materna, assim como sobre a importância das mães oferecerem a seus filhos não somente o leite mas, também, o mel (Fromm, 1991).

Uma outra motivação bastante peculiar, ocorreu a partir de uma experiência familiar sobre gravidez na adolescência em 1992, em que vivenciei, e comprovei a importância de oferecer não somente apoio e orientação, mas principalmente *amor* à adolescente grávida, durante o processo procriativo. Esta vivência permitiu que a adolescente grávida refletisse sobre sua vida, relação amorosa e gravidez, para que ela pudesse, por si só, estabelecer um encontro amoroso, em seu processo de vida, envolvendo seu filho em uma energia amorosa, durante seu desenvolvimento intra-uterino, e preparando-o para que ao nascer pudesse responder ao convite do amor universal. Outras situações familiares recentes reforçaram ainda mais a motivação e a segurança de aplicação do referencial que ora proponho como base teórica ao processo amoroso na prática assistencial.

Por outro lado, foi durante o primeiro trimestre do programa de Doutorado em Filosofia de Enfermagem, na UFSC (1993), que a minha motivação pela construção de um referencial de assistência de Enfermagem, com vistas à prevenção da mortalidade materna nas mulheres grávidas, começou a tomar forma, pois foi, a partir do primeiro trabalho realizado na disciplina "Processo de Trabalho em Enfermagem" que me decidi pelo abordagem ora em desenvolvimento.

Posteriormente, durante minha caminhada no programa, as diferentes disciplinas obrigatórias e optativas realizadas, foram proporcionando, com sua bagagem, os alicerces para a construção do referencial através de diferentes aspectos dos temas desenvolvidos, culminando este fortalecimento, na disciplina “Tópicos Especiais: as Pensadoras de Enfermagem”, a qual proporcionou-me conhecimentos e suportes que me ajudaram na construção do referencial teórico.

Simultaneamente ao Curso de Doutorado, diversos outros cursos me proporcionaram a consolidação das experiências vividas na trajetória de quase três décadas dedicadas ao trabalho assistencial e docente na área de Enfermagem. Associando a experiência profissional e pessoal aos estudos sistemáticos do Curso de Doutorado afirmo que é passível de aplicação a assistência de Enfermagem às adolescentes grávidas, com o referencial “amor” na abordagem aqui aplicada.

A outra razão fundamental que justifica este trabalho, diz respeito à atitude da mulher latino-americana. Verifica-se que ela tem assumindo, cada vez mais, a responsabilidade do cuidado de sua saúde e de sua família, exigindo um maior envolvimento dos profissionais interessados na promoção e manutenção da saúde da mulher em relação a prevenção da Mortalidade Materna, mediante uma atenção humana. Portanto, se faz necessário proporcionar novas formas de assistência, estimulando as adolescentes grávidas desenvolverem processos de auto-valorização, auto-determinação e recuperação da auto-estima. Estes processos são imprescindíveis para a aceitação de um desenvolvimento amoroso, da gravidez e que lhes permitam assumir de maneira prazerosa e consciente a maternidade e a vida. É necessário que estas jovens mães desenvolvam estas atitudes, para que participem ativamente no processo de gestação, descobrindo-se como mulheres e conquistando um novo sentido à sua existência.

O processo amoroso assistencial de Enfermagem à adolescente na gravidez é gradativo, consciente, e envolve evolução e reflexão, pois além de implicar em ajuda às pessoas a terem mais conhecimento de si, implica também em que a adolescente aprenda a ver a si mesma através de si, sob uma ótica universal. Em um sentido mais profundo, conscientização nada mais é que olhar para si mesmo (Keyes, 1990). É também, um compromisso social que envolve o desenvolvimento da Enfermagem e da adolescente grávida em suas múltiplas dimensões, transformando o processo energético, em um compromisso social com a vida (Carvalho, 1994).

O aspecto culminante da relevância da pesquisa é que o trabalho enfoca a necessidade de um amor transformador para a pós-modernidade. Considera-se o amor como o fator capaz de sensibilizar a equipe na assistência às adolescentes grávidas e a própria adolescente na aprendizagem de si mesma no mundo. Esta concepção é reforçada por Warat (1990, p. 28), quando expressa sua preocupação em relação a este tema: “a pós-modernidade, necessita ter em conta o sentido do amor, utilizando-o como transformador, a partir do qual se mantenha a autonomia, se apoie a liberdade, e se descubra o desejo⁵ na linguagem, ou seja, brindar uma primeira oportunidade a uma semiologia do desejo, como surgimento progressivo de uma forma social; a qual permita repensar o amor como uma dimensão simbólica, emancipatória através de uma mudança de valores, que oriente à preservação da condição humana pela conservação dos desejos, preparando o mundo para um discurso mais afetivo que racional”.

Neste sentido, estive motivada para realizar este estudo por acreditar na construção de um referencial com base na minha compreensão de amor apoiada no pensamento de Drummond (1991), Warat (1990), Simmel (1993),

⁵ De posse de uma esperança na procura incessante de um “algo mais” (Barthes, 1991, p. 14).

Fromm (1991), Maturana (1991), Buscaglia (1994) e Silva (1994). Refiro-me ao amor como um atributo de quem cuida da adolescente grávida, busco o amor como o que diferencia na prática a qualidade do assistir, a qual não se tem trabalhado nos serviços de saúde de modo geral e nas ações de Enfermagem, em particular. Além disso, espero poder contribuir com uma prática de Enfermagem amorosa mais humanizada, desenvolvida junto à adolescente grávida visualizada e valorizada como um ser total inserido no universo.

Nesta focalização, construí um referencial teórico, que tem como eixo o amor, operacionalizado através da dimensão educativa e que se constitui em subsídio aos Comitês de Mortalidade Materna, para os Sistemas de Vigilância Epidemiológica.

OBJETIVO GERAL

Elaborar e implementar um referencial teórico tendo o desafio amoroso como eixo central de união entre a ciência tradicional e as ciências humanas para assistir/cuidar das adolescentes grávidas visando a prevenção de mortalidade materna.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Construir um referencial teórico que tenha como eixo central o amor, apoiado na sensibilidade, percepção, interação e comunicação, com vistas a contribuir na prevenção da Mortalidade Materna das adolescentes.

Implementar uma prática educativa amorosa à luz do referencial teórico construído para assistir/cuidar em Enfermagem as gestantes adolescentes, o

qual se situe como uma ponte entre o modelo biomédico da ciência tradicional e o modelo holístico das ciências humanas.

Refletir e oferecer subsídios de mudanças e transformações para assistência, ensino e pesquisa da Enfermagem.

APRESENTAÇÃO DA TESE

Esta tese está organizada em duas partes distintas, precedidas por uma introdução, na qual são destacados o tema e o problema de pesquisa, a justificativa a relevância e os objetivos do estudo. Justifica-se a escolha do conceito de amor para fundamentar o referencial teórico, objeto da pesquisa.

Na parte I, encontra-se a fundamentação do estudo, apresentando-se a argumentação teórica com relação ao tema proposto, centrado em três eixos referenciais: o amor, o assistir em Enfermagem, e a prevenção da Mortalidade Materna, incluindo-se uma análise das abordagens teóricas sobre os temas mencionados.

No primeiro capítulo apresenta-se uma visão sobre a Mortalidade Materna da América Latina, elegendo um recorte especial sobre as adolescentes grávidas. O capítulo menciona, também, as diretrizes adotadas pelos países para minimizar esta situação.

O segundo capítulo corresponde à fundamentação teórico-filosófica, e nesta fundamentação estão incluídos aspectos relacionados com o amor na Enfermagem, paradigmas, modelos e referenciais conceituais e comunicação interpessoal.

O terceiro capítulo trata da relevância do amor tendo como eixo central o auto-conhecimento do ser humano a partir do significado do amor e o resgate do amor universal.

Na parte II, encontra-se a descrição metodológica operacional da pesquisa na qual se inclui o referencial teórico elaborado em construção, bem como as estratégias de operacionalização deste trabalho. Assim, os capítulos IV e V referem-se à construção de um caminho metodológico, apresentando-se o referencial e a sua operacionalização. Especificamente no capítulo V são

descritas as experiências vividas e as atividades desenvolvidas pela doutoranda ao implementar o referencial.

Finalmente, no capítulo VI à guisa de reflexões da experiência no tema de pesquisa, privilegiando o caminho do desafio amoroso como uma abordagem teórico-prática viável para assistir/cuidar às adolescentes grávidas. Neste capítulo final, interrelaciona-se o modelo biomédico da ciência tradicional com o modelo holístico ao tempo em que são retomadas as intenções expressas nos objetivos desta pesquisa e são expressadas as preocupações que mobilizam a autora em busca de respostas.

PARTE I

CAPÍTULO I

PANORÂMICA DA MORTALIDADE MATERNA NA AMÉRICA LATINA

A Morte Materna é enfocada especificamente nos países da América Latina, tendo como segmento social de estudo as adolescentes grávidas. A elevada taxa de Mortalidade Materna, comparada com outros países, é motivo de preocupação não só da área biomédica, mas é uma questão humanitária e, por conseguinte, de responsabilidade e dever do poder público. De uma forma indireta, é preocupação, responsabilidade e dever da Administração Pública e de seus agentes.

Desta forma, o capítulo PANORÂMICA DA MORTALIDADE MATERNA NA AMÉRICA LATINA está organizado nas seguintes seções: a) na seção *Morte Materna* são discutidos os fatores determinantes desta situação de morte durante a gravidez; b) na segunda seção *Mortalidade Materna na América Latina* são identificadas as taxas de mortalidade da mulher grávida; c) na seção três *Mortalidade Materna em adolescentes* aprofunda-se a discussão sobre mortalidade na faixa etária da adolescência por ser esta faixa etária o grupo de estudo desta tese. Nesta seção são definidos os elementos que caracterizam o “ser adolescente” numa situação de gravidez; d) na seção *Revisão de Literatura*, o resgate da revisão bibliográfica na rede internet foram divididos em: gravidez na adolescência, Mortalidade Materna

em adolescentes, marcos conceituais com adolescentes e modelos de assistência médica; e) na seção *Diretrizes Traçadas em Nível de Países e a Opção pela Prática Educativa* são apontadas as medidas gerais dos governos latino-americanos para diminuir a mortalidade materna através de programas de vigilância epidemiológica; enfim, justifica-se a opção da prática educativa como elo que abriga o conceito teórico-prático do processo amoroso de assistir na prática da Enfermagem. A prática educativa associada ao processo amoroso, cuja fundamentação teórico-filosófica será descrita no capítulo seguinte, é o pressuposto de efetivação para uma gravidez amorosa e de valorização de ser humano.

1.1 - Morte Materna

Apesar dos países em desenvolvimento contarem com tecnologia, programas e recursos humanos em saúde para assistir as mulheres durante o ciclo grávido-puerperal, a saúde materna não tem tido a atenção necessária e ainda hoje, muitas mulheres perdem a vida durante a gravidez, parto e puerpério. A situação mencionada é provavelmente ocasionada pelos problemas de saúde, falta de informação, condições sociais e econômicas baixas, falta de qualidade na assistência e acesso limitado aos serviços de saúde. Nestes países em desenvolvimento, a Morte Materna ainda chega a constituir 20 a 45% das mortes de mulheres em idade fértil, enquanto que nos países desenvolvidos este índice é de 1% (OPS/OMS, 1991).

As mulheres que se encontram em fase de vida reprodutiva, nos países em desenvolvimento, são aquelas mais suscetíveis de serem atingidas por algumas intercorrências adversas a saúde, porque não recebem atenção necessária dos serviços de saúde (OPS/OMS, 1987b). Estima-se que, perto de meio milhão de mulheres morrem anualmente no mundo, durante o ciclo

grávido-puerperal, sendo que quase a totalidade delas vivem nos países em desenvolvimento. Além disso, como consequência de uma assistência deficiente, milhões de mulheres sofrem, anualmente, sérias complicações, como as fistulas genito-urinárias e a esterilidade secundária durante a gravidez o parto e o puerpério (Faúndes e Cecatti, 1992).

De outra parte as taxas de fecundidade estão determinadas pela interação de muitos fatores, os quais tem influência na atitude das mulheres ao planejamento familiar. Estima-se que se as mulheres tivessem o número de filhos que desejam, os nascimentos reduziriam-se em 35% (4.4 milhões na América Latina), diminuindo a queda de morte materna em uma proporção equivalente (OPS/OMS, 1991).

Constata-se, por outro lado, que uma grande parte das mulheres, doentes e desinformadas, geralmente é de baixo nível sócio-econômico. Esta situação limita o acesso aos serviços de saúde, e mais acentuadamente, aquelas que apresentam gravidez com patologia. Isto provavelmente ocorre por falta de detecção de riscos no controle pré-natal pelo profissional de saúde, ou mesmo por gravidez não desejada, por desconhecimento de educação sexual, incluindo o planejamento familiar. Sabe-se que se a gestação, principalmente em adolescentes, não for desejada, termina em grande parte em aborto complicado, sendo este responsável por 50% das Mortes Maternas (OPS/OMS, 1993a).

Ao refletir sobre a gestação indesejada, observa-se que ela incide em pelo menos dois níveis: o nível social e o nível familiar. Em nível social, verifica-se pela quase rejeição amorosa à grávida, não a protegendo, desrespeitando-a, não lhe dando condições de continuidade da gestação. Por outro lado, em nível familiar, a rejeição se dá quando a grávida não é amorosamente aceita pela família, na qual os valores sobre gravidez na adolescência podem causar problemas. Uma outra particularidade neste

contexto, é que o companheiro nem sempre tem condições amorosas de assumir a gestação, nem a sexualidade, pois assumi-las, com responsabilidade, implicaria um compromisso de crescer juntos. O crescer juntos implica as responsabilidades compartilhadas, principalmente com a família e as distintas formas de organização da sociedade, onde identifica-se à importância de vincular ao companheiro que também é sujeito de nosso amor e de seu próprio e tem direito a crescer plenamente ao participar deste processo (Tovar e Montes, 1994).

Se por um lado, a gravidez não desejada, numa situação social desfavorável determina a gravidez de alto risco e abortos complicados, por outro as mulheres doentes e desinformadas nesta mesma situação desfavorável estão sujeitas à gravidez com patologias cujo destino provável é a Morte Materna. A causa da Morte Materna, portanto, é delimitada à situação social desfavorável. Historicamente parece haver sinais evidentes de que a doença e a desinformação são corolárias, isto é, a ausência de informação e da assistência médica e de Enfermagem ampliam as possibilidades de risco da Morte Materna.

Este quadro, no entanto, parece ser bem atípico e contraditório posto que, na atualidade, dispõe-se da vigilância epidemiológica como instrumento orientado para a prevenção da Mortalidade Materna (CMM, 1994).

A morte materna é, segundo a CIE (Classificação Internacional de Enfermidades) “a morte de uma mulher durante a gravidez ou dentro de um período de 42 dias após o término da mesma, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com, ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela, porém, não devida a causas acidentais ou incidentais” (CMM, 1994, p. 14.).

Pondera-se que a Morte Materna é observada tendo-se em conta basicamente o sistema reprodutor da mulher, esquecendo-se da totalidade de

seu ser. Esta tese defende a assistência as adolescentes grávidas a partir da prevenção na qual as mortes podem ser evitadas durante o ciclo gravídico-puerperal, utilizando-se procedimentos apoiados na ciência tradicional, e nas ciências humanas e norteado por referenciais amorosos. A sensibilidade, a percepção, a interação e a comunicação, viabilizadas, por meio da prática educativa podem ser aplicadas conforme recomendação do Comitê de Mortalidade Materna aos Sistemas de Vigilância Epidemiológica. Esta recomendação pode servir de eixo orientador, para as ações de Enfermagem desenvolvidas junto às adolescentes grávidas.

De outra parte, faz-se necessário também observar a classificação de Mortalidade Materna. Atualmente a CIE (10^a Revisão) classifica a Morte Materna da seguinte forma:

Morte Obstétrica - é toda a morte resultante de eventos ou complicações da gravidez, parto e puerpério, e pode ser: direta e indireta.

Morte obstétrica direta - é a que resulta das complicações obstétricas da gravidez, trabalho de parto e pós-parto, devido a intervenções, omissões e tratamentos inadequados.

Morte obstétrica indireta - é a que ocorre como resultado de enfermidades pré-existentes ou desenvolvidas e agravadas por efeitos fisiológicos da gravidez. Esta pode ser tardia, e ocorrer em virtude das causas obstétricas diretas ou indiretas, após os 42 dias, período este que pode se estender até o ano seguinte ao término da gravidez; e de acordo com alguns estudos podem ser superiores a 16% (CMM, 1994).

Morte não obstétrica - é também chamada por alguns autores, de morte não relacionada e inclui as mortes durante a gravidez, parto ou puerpério ocasionadas por causas acidentais ou incidentais (OPS/OMS, 1993c).

Após estas referências conceituais de Morte Materna, a seguir apresenta-se a situação das mulheres grávidas na América Latina.

1.2 - Mortalidade Materna na América Latina

A Mortalidade Materna é considerada como um grave problema social e de saúde na América Latina, tendo em vista que anualmente morrem aproximadamente 30.000 mulheres por complicações durante a gravidez, parto e puerpério (Faúndes e Cecatti, 1992). O índice de Mortalidade Materna no continente americano, tem-se mantido bastante alto nas últimas décadas, excetuando os Estados Unidos, Canadá, Porto Rico, Cuba, Uruguai, Costa Rica e alguns países do Caribe; como Barbados e Santa Lúcia. O Plano Decenal de Saúde para as Américas em 1980, estabeleceu como objetivo a redução das taxas de Mortalidade Materna. Observa-se que efetivamente as taxas de mortalidade reduziram-se em todos os países, durante o período compreendido entre 1970 e 1980, registrando-se as maiores reduções na Costa Rica, Porto Rico e Honduras (OPS/OMS, 1985).

Observou-se, também, que nas últimas décadas, as taxas de Mortalidade Materna têm diminuído em vários países das Américas. No entanto, continuam sendo altas para a maioria deles. Na década de 1970, o Canadá, os Estados Unidos, Porto Rico e Cuba tinham uma taxa de Mortalidade Materna inferior a 10 por 100.000 N.V.; no final da década de 80, Costa Rica, Uruguai, Bahamas, Barbados e Santa Lúcia alcançaram taxas de Mortalidade Materna inferiores a 30 por 100.000 N.V.; outros países como Argentina, Suriname, Trindade e Tobago, Brasil, Colômbia, Guiana, México, Venezuela, Salvador, Guatemala, Nicarágua, República Dominicana apresentavam taxas altas, entre 50-149 por 100.000 N.V.; e outros, como Equador, Peru, Bolívia, Haiti, Paraguai, apresentavam taxas muito altas, de 150-332 por 100.000 N.V. (OPS/OMS, 1992).

A Morte Materna está entre as dez primeiras causas de morte em mulheres com idade fértil em 23 países de América Latina e Caribe, segundo

informação técnica da Organização Pan-Americana da Saúde (OPS/OMS, 1993a). Sabe-se, entretanto, que as causas e fatores que as determinam são conhecidos e que se tem o saber científico e tecnológico para impedi-las (OPS/OMS, 1991). Paradoxalmente, no entanto, e apesar de todos os esforços técnico-científicos já realizados por parte de Organismos Internacionais e dos próprios países, a Mortalidade Materna continua alta, e, muito alta na maioria dos países de América Latina, segundo a classificação da OPS/OMS (1993c).

Assim é que a morte de mulheres em idade fértil por causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério, atualmente, em sua grande maioria é, previsível e evitável. A OPS/OMS (1991), estima que aproximadamente 500.000 mulheres no mundo morrem anualmente, por complicações de gravidez, parto e puerpério, ocorrendo 99%, dessas mortes nos países em desenvolvimento.

Na América Latina, a Mortalidade Materna apresenta-se como um grave problema social e de saúde, morrendo, anualmente, nesta região cerca de 28.000 (vinte e oito mil) mulheres por complicações na gravidez, parto e puerpério. As análises públicas mostram que se as mulheres tivessem as condições de vida e atenção à saúde semelhantes àsquelas dos países desenvolvidos, não ocorreria tão elevado número de mortes por ano, visto que naqueles países desenvolvidos ocorrem 500 mortes/ano. Para efeitos comparativos, o índice de Morte Materna por regiões continentais, segundo causas relacionadas à gravidez, parto e puerpério é a seguinte: América do Norte de 1/656; América Central 1/140; América do Sul 1/73; para Ásia 1/54 e para África 1/21. Estes indicadores mostram a importância de se realizar estudos que viabilizam a redução da Mortalidade Materna mediante atividades que contribuam para a assistência integral (OPS/OMS, 1993c).

Dentre o conjunto de medidas de assistência integral preconizada pela OPS/OMS, esta tese remete ao conceito de assistência fundamentada no amor. Esta proposição dirige-se ao atendimento às mulheres no ciclo gravídico-

puerperal, especialmente às adolescentes, com a finalidade de desenvolver um processo amoroso da assistência em seu processo de gravidez, e com isso contribuir na prevenção da Morte Materna. Para que isso seja possível, faz-se necessário conhecer o que está ocorrendo com a mortalidade de adolescentes especificamente.

1.3 - Mortalidade Materna em Adolescentes

Segundo dados das Nações Unidas (OPS/OMS, 1992), a gravidez em mulheres com menos de 20 anos, tem ocorrido de forma crescente, tanto nos países industrializados como nos países em desenvolvimento, estima-se que para vários países da América Latina e Caribe supera o 30%. O aumento de casos de gravidez na adolescência é resultado de importantes modificações no comportamento sexual dos jovens, de acordo com as transformações biológicas precoces e as influências ambientais que ocorreram, de forma notória, após a revolução dos costumes, iniciada na década de sessenta.

Do ponto de vista quantitativo, os adolescentes representam cerca de 25% da população do Continente Americano, calculando-se que para o ano 2000 serão 224.4 milhões de adolescentes na Região, dos quais 70%, ou seja, 156.8 viverão na América Latina e no Caribe.

Por outro lado, segundo Desser (1993), os adolescentes dispõem de uma valiosa contribuição a dar à sociedade e estão abertos às modificações necessárias para o desenvolvimento da saúde. Além disso, estão dispostos a adotar novas atitudes referentes à função social e pessoal, especialmente a mulher, no estabelecimento da igualdade em suas relações (OPS/OMS, 1993c).

A maioria dos autores define o adolescente como um ser em transformação, nos aspectos biopsicossociais, e também, como um ser que não é criança, nem tão pouco adulto (Cavalcanti, 1988; Valenzuela et al, 1990;

Desser, 1993). Nesse sentido, existe um consenso em que "ser adolescente" significa viver um período de evolução legítimo, de menor responsabilidade em relação ao trabalho e a família consangüínea e social, e com uma maior liberdade para descobrir o mundo, em busca de autonomia, identidade e de um despertar para o amor.

A adolescência como etapa do ciclo vital, caracteriza-se pela descoberta de seu desenvolvimento físico e psicológico, o qual necessita estar envolvido num processo amoroso, com a finalidade de viver este período amorosamente consigo, com a família e com os outros. Na adolescência estabelece-se a pauta de fecundidade para toda a vida, segundo Takiuti (1997, p. 5) as taxas de fecundidade crescente da mulher adolescente são um desafio que merece reflexão contínua e atenção redobrada, até porque, os perfis de fecundidade e natalidade pode sugerir uma estatística diferenciada de Morte Materna.

O tema da mulher adolescente tem sido objeto de varias análises e considerações das ciências da saúde, com ênfase nos aspectos clínicos e epidemiológicos dos riscos e danos que a afetam, especialmente os que estão associados ao processo reprodutivo (Takiuti, 1987; Mathias et al, 1985; Florez e De Min, 1990; Mendez et al, 1987; Gutierrez, 1989). A OPS/OMS (1991) relata que os abortos, praticados em más condições são responsáveis por 50% das mortes maternas na América Latina, ocorrendo o maior número delas em adolescentes entre 13-19 anos.

Muito além das más condições há uma outra constatação no que se refere a Mortalidade Materna. Apesar do aborto ser citado nos informes (OPS/OMS, 1993a) de muitos países em desenvolvimento, como a principal causa de Morte Materna, o aborto ilegal é o que mais carece de registros.

Segundo Souza (1994), "a questão central na década de 90, é definir como o aborto se classifica, e que tipo de notificação se quer", pois devido sua ocorrência fora do ambiente hospitalar, são desconhecidas suas cifras reais,

mas sabemos que ele é responsável por quase metade das Mortes Maternas. De outra parte, sabemos que a maioria das mortes maternas está associada a hemorragia, toxemia, infecção e complicações de aborto espontâneo e provocado. Esta problemática tem sido registrada, segundo a Pesquisa Interamericana de Mortalidade Materna realizada em 1971 (OPS/OMS, 1991), como sendo morte por “outras causas” para um fenômeno da mesma natureza.

A gravidez na adolescência constitui-se, portanto, em uma grave ameaça de risco para o desenvolvimento psicossocial da jovem grávida, pois, ao longo da história observa-se que a gravidez na adolescência sempre existiu. Sem esquecer, por outro lado, de avós e bisavós que se casavam aos 13 anos e eram mães aos 14 anos, em grande parte da América Latina. Reis (1994), estudou em sua tese de doutorado as adolescentes grávidas desde 1930 até o início da década de 90, e assim se expressa: “a gravidez de jovens foi tolerada até o final dos anos 50, o discurso alarmista começou em 1960, com o novo padrão de comportamento sexual” (p. 71).

Com esta abordagem e com estes dados, a presente tese aprofunda a dimensão da Mortalidade Materna resgatando parte da literatura disponível na rede internet de 1988-1993 visando oferecer um retrato da Morte Materna.

1.4 - Revisão de Literatura

Utilizando a rede Internet "Lilacs" e "Medline" foram localizados 209 artigos, realizados por diferentes grupos de pesquisadores em *gravidez na adolescência*. Sendo a adolescência um período de crescimento e desenvolvimento do ser humano, a gravidez ocorrida entre 9-15 e 15-19 anos constitui-se em uma experiência que requer não só a assistência como também amor, apoio, orientação. Os pesquisadores abordam em seus estudos, diversos temas em relação as adolescentes grávidas como um ser em desenvolvimento,

entre outros, os relacionados com os seguintes fatores: psicológicos e sociais da gravidez, a incidência de gravidez e de aborto, os riscos perinatais e nutricionais, as complicações na gravidez, parto e puerpério, as atitudes referentes a gravidez e a conduta sexual e a anticoncepção.

Os fatores *psicológicos e sociais da gravidez* são os mais importantes na geração dos problemas que afetam as adolescentes, porque este período de vida ocasiona uma nova busca de identidade, a identidade materna, a qual pode afetar a personalidade (Moreno, 1989; Cavalcanti, 1988). Os estudos em relação a *incidência de gravidez e de aborto* apresentam preocupações em relação a esta problemática no que se refere ao aumento da incidência de gravidez e de aborto neste grupo da população, assim como também a ausência de serviços específicos de atendimento a essa clientela (Mendez et al, 1987; OPAS/OMS, 1988; Gutierrez, 1989; Valenzuela et al, 1990).

Por outro lado, os estudos realizados comprovam as afirmações de peritos internacionais, a respeito da existência de *riscos nutricionais* (Figuerola et al, 1988; Rebolledo e Atalah, 1986) e *perinatais* maiores quanto mais próxima da menarca ocorra a gravidez (Delgadillo et al, 1987; Prieto de Souza, 1988; Pizarro, 1991). Estes mesmos autores relatam encontrar diferenças notórias em: manobras obstétricas, desproporção feto-pélvica, pré-eclâmpsia, fototerapia em neonatos, baixo peso ao nascer, icterícia neonatal, APGAR baixo aos 5 minutos, asfixia e anóxia neonatal, síndrome de deficiência respiratória, entre outros, porque a mulher alcança a maturidade reprodutiva cinco anos depois da menarca.

Em relação às *complicações na gravidez, parto, e puerpério*, a maioria dos autores (Andrade et al, 1984; Cabral et al, 1985; Lopez et al, 1985; Mathias et al, 1985; Madi et al, 1986; Pérez e Garcia, 1987; Caballero et al, 1990), concluem que a toxemia gravídica, infecção urinária, anemia e prematuridade são os problemas mais freqüentes na gestação; no parto, o

sofrimento fetal e a desproporção céfalo-pélvica são importantes fatores para a tomada de decisão sobre a realização ou não de parto operatório; no puerpério as hemorragias e as infecções são os maiores fatores de risco de Morte Materna.

· Porém, tem sido evidenciado um elevado número de gravidez em adolescentes, relacionando-os com um aumento concomitante de complicações, o que leva a caracterizar a gravidez na adolescência como um importante fator de risco (Tanaka e Siqueira, 1988). Os mesmos autores relatam o fato de que as complicações na gravidez, parto e puerpério aparecem entre as 10 principais causas de morte em adolescentes de 10-19 anos; sendo que para o grupo de 15-19 anos, o aborto devido às complicações da gravidez, parto e puerpério, foi a quarta principal causa de morte.

Com respeito a estudos sobre *atitudes referentes a gravidez e, conduta sexual e anticoncepção*, é importante destacar as atitudes assumidas pelo companheiro, familiares e pela própria adolescente grávida, assim, como também, o desconhecimento das práticas sexuais e anticonceptivas, segundo o que confirmam diversos pesquisadores (Santos e Hecker, 1987; Patrício, 1990; Pick de Wers, 1988; Castro et al, 1991; Camargo, 1990; Florez e De Min, 1990; Boruchovitch, 1992).

A tentativa da classificação anterior, não elimina outras possibilidades. Assim é que Lopes et al (1992) referem que a gravidez em adolescentes representa 12,59% do total de 3.583 casos com uma freqüência de uma adolescente grávida em cada 8 mulheres grávidas, observando-se um aumento crescente desta freqüência em adolescentes, nos últimos 20 anos. Em relação ao número de gravidez em adolescentes, relatam que encontraram até 5 gravidez em adolescentes de 16-19 anos, o que coincide com o referido por outros autores, evidenciando-se a necessidade de oferecer à adolescente grávida uma assistência integral, direcionada para uma gravidez amorosa.

De outro lado, Wilhelin et al (1991), relata em seu estudo, que o baixo peso ao nascer condiciona a uma alta taxa de mortalidade perinatal, observando-se uma alta taxa de recém-nascidos de baixo peso em mães menores de 19 anos. Isto evidencia que a gravidez nas adolescentes deve ser considerada como prioridade na assistência à saúde reprodutiva, devido suas repercussões tanto em nível individual como social.

Ao revisar os artigos na rede informatizada sobre Mortalidade Materna em adolescentes, foram encontrados 24 estudos realizados nas seguintes regiões: África, Ásia e Europa (9), Estados Unidos (8), América Latina (8). Estes estudos fazem referências às causas de Mortalidade Materna, citando-as na seguinte ordem: as complicações da gravidez, parto e puerpério, os estados hipertensos, infecções puerperais, hemorragias e abortos (Vargas e Quesada, 1988; Tanaka e Siqueira, 1988; Lópes et al, 1992).

Há um paradoxo na questão dos jovens expostos ao risco descrito da seguinte forma: tradicionalmente, as adolescentes têm sido vistas como seres menos expostos ao risco de adoecer e morrer. Entretanto, os índices de incidência da Mortalidade Materna, nesta faixa etária, tanto nos países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, só recentemente, tem preocupado os profissionais da saúde.

Revisando os estudos nos quais se utilizaram *marcos conceituais de Enfermagem* para adolescentes, encontramos que Patrício (1990), utiliza um marco com enfoque sócio-cultural. Esta abordagem tem como objetivo cuidar de famílias de adolescentes grávidas solteiras, na perspectiva da promoção, sustentação e recuperação da saúde. Esta autora embasada particularmente nos estudos de Leininger, demonstrou que a gravidez das adolescentes foi vivida de forma única por suas famílias, segundo a cultura e a classe social a que pertenciam, assim como, também às crenças, valores e recursos das famílias, este conjunto de elementos determinaram as atitudes a respeito da gravidez.

Além disso, as mudanças que ocorreram por intermédio da enfermeira e da família, favoreceram a reflexão no decorrer do estudo, propiciando a construção de um referencial para a prática de cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido. Assim é que a gravidez envolve a adolescente e a sua família como um todo, inserido num contexto social, impregnado de significados, crenças, valores, modelos.

Quanto ao modelo de assistência médica, encontrou-se um estudo realizado no Chile, por Molina et al (1985), os quais concluem que um adequado sistema de atenção médica para adolescentes grávidas, permite diminuir os riscos biológicos, porque se identifica precocemente a morbidade materna. Para realizar este estudo foi criada uma seção especializada de atenção a adolescentes grávidas através de um projeto apoiado pelo Departamento de Obstetria e Ginecologia do Hospital de Clinicas da Universidade do Chile e Associação Chilena de Proteção à Família (APROFA), constituindo-se em uma equipe composta por médicos gineco-obstétricos e pediatras, parteiras, enfermeiras, assistentes sociais, psicólogas, nutricionistas e auxiliares de enfermagem.

A característica deste trabalho obedece ao modelo biomédico vigente, em que, apesar de ser executado por uma equipe multiprofissional, o enfoque principal está centrado nos aspectos fisiológicos da gravidez, e enfatizam que este modelo, permite diminuir os riscos biológicos da gravidez na adolescência.

A revisão da literatura sobre a Morte Materna possui um caráter de perplexidade humana diante da gravidez nas adolescentes. Segundo Vargas e Quesada (1988), a maioria dos estudos realizados coincidem com o seguinte constatação: a) as adolescentes iniciam seu estado de gravidez solteira e, somente, um reduzido número delas contraem matrimônio antes do nascimento de seu filho, calculando-se entre 40 a 90%; b) a maioria da gravidez em

adolescentes de 12-15 anos correspondem a violações e incestos; c) a gravidez determina evasão escolar de adolescentes que estão estudando; d) pesquisas efetuadas mostram que as adolescentes grávidas não freqüentam regularmente o serviço de pré-natal durante a gravidez, estimando-se entre 50-70 %; e) os controles de pré-natal realizam-se freqüentemente de forma tardia (2º trimestre), ou não se realizam; f) mais de 30% dos homens progenitores têm menos de 20 anos; g) a percentagem de nascidos vivos, do grupo de mães adolescentes em nível sócio-econômico baixo, é mais elevado e estão expostos a maior risco vital, condicionadas por fatores adversos do meio ambiente, falta de proteção e abandono do filho às instituições de saúde ou sociais, aumentando o risco de maltrato à criança, quando o filho não é desejado.

Com este panorama e visualizando toda a problemática gerada por este processo, a gravidez, em que apesar dos hábitos sociais terem sido modificados à partir dos anos 60, a gravidez na adolescência ainda se constitui em situação geradora de problemas de ordem familiar, mobilizando-me a construir e implementar um referencial amoroso. Este referencial tem as seguintes características: possibilitar uma maior conscientização da problemática vivida pela própria adolescente procurando envolvê-la em um processo de assistência integral, com a finalidade de minimizar seus problemas e os riscos de complicações ou de Morte Materna. Este referencial está descrito no capítulo IV e implementado no capítulo V.

Portanto, este estudo como visto na introdução, trabalha com um referencial centrado no amor o qual propicia na prática o resgate de uma assistência de saúde humanizada, desenvolvida pela equipe de Enfermagem, junto às adolescentes grávidas, com a finalidade de subsidiar atividades que contribuam para seu atendimento com vistas à prevenção da Morte Materna.

De outra parte, verificamos, através da literatura que os governantes dos países, preocupados em planejar e implementar ações de saúde, traçaram

algumas diretrizes que possibilitam a diminuição dos índices de Morte Materna em seus territórios, as quais passaremos à descrever.

1.5 - Diretrizes traçadas em nível de Países e a Opção pela Prática Educativa

No transcurso dos últimos anos, as taxas de Mortalidade Materna têm diminuído. Porém, entre os países da América Latina e Caribe, notam-se diferenças em seus índices, a partir de 1990, quando os governos assumem o compromisso de reduzir a Mortalidade Materna na região. Os dirigentes destes países têm se preocupado com a implementação de programas para diminuir a morbi-Mortalidade Materna, contudo não estão tendo os resultados desejados. Os projetos e programas não têm alcançado os objetivos devido, entre outros, à falta de financiamento do setor saúde e à falta de priorização nas práticas do atendimento materno infantil, em que além das dificuldades encontradas na política vigente, ainda temos uma assistência centrada em um modelo biomédico.

Acredita-se que, para atingir essas metas com maior eficácia, seja prioritário destinar-lhes uma política de saúde operacionalizada na assistência norteada pelo amor; podendo-se constituir em instrumento à prevenção da Morte Materna, de acordo com o preconizado pelo grupo assessor científico-técnico do Plano de Ação Regional para a redução da Mortalidade Materna reunido em Washington, em junho de 1993. Este grupo recomenda em seu informativo da 1ª reunião que “deve-se fortalecer os processos de educação em saúde à população em geral e à mulher em particular, os quais permitam promover sua participação em relação à pesquisa, apoiando estudos sobre qualidade de atenção, mediante emprego de metodologias e instrumentos que permitam identificar áreas críticas (...)” (OPS/OMS, 1993c).

É importante recordar que a maior parte dessas mortes e seqüelas são evitáveis, com medidas simples de saúde pública, de educação e de nutrição. Todavia, a Mortalidade Materna pode ser prevenida basicamente, melhorando o nível de escolaridade da mulher, com a finalidade de poder contribuir em sua saúde (OPS/OMS, 1992). É assim que em alguns países têm-se implementado Comitês de Prevenção de Controle de Morte Materna, os quais se definem conceitualmente como: "Comitês Interinstitucionais, Multiprofissionais e Confidenciais, que buscam identificar todas as mortes maternas e elaborar medidas de intervenção para a redução dessa mortalidade, na região de sua influência. Representa, também, um instrumento importante na avaliação permanente da atenção materna" (CMM, 1994, p. 36).

Estes comitês estudam as causas da Mortalidade Materna e orientam o sistema de saúde para preveni-las, pois encaram cada uma dessas mortes como uma tragédia que não deveria ter acontecido (Braga, 1994). A história dos comitês de Morte Materna remonta à década de 30, quando foram instalados nos USA, conhecendo-se seu impacto na Mortalidade Materna, estendendo-se aos obtidos pelo Canadá e Israel, onde foram instalados comitês semelhantes. A partir de 1952, iniciou-se na Inglaterra, o trabalho com os Comitês, os quais destacaram-se pela qualidade dos dados coletados e pela eficácia das medidas propostas, sendo que suas pesquisas continuam até hoje, com publicações periódicas em seus informativos.

Na América Latina existem diversas iniciativas isoladas de implementação e organização de Comitês de Morte Materna, uma delas no México, que iniciou a experiência em 1972, em Hospitais de Ginecologia e Obstetrícia, contando, em 1990, com um comitê central, 36 comitês regionais e 179 comitês locais hospitalares; Cuba, em 1987, criou uma comissão nacional para análise de todas as Mortes Maternas ocorridas no país, as quais deveriam ser informadas no máximo 24 horas após sua ocorrência e pesquisadas em um

período de 15 dias, informando-se o resultado de avaliação à instituição onde ocorreu a morte (CMM, 1994).

O Plano Regional de Redução da Mortalidade Materna para a região das Américas, que foi aprovado durante a realização da Conferência Sanitária Pan-Americana em setembro de 1990, propôs entre seus objetivos, melhorar as condições de saúde da mulher na região, através do incremento da cobertura e da qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, a fim de reduzir as taxas atuais de mortalidade materna em 50% ou mais para o ano 2000. Neste evento também se considerou o aumento da capacidade e qualidade da atenção institucional ao parto, mediante o reforço do primeiro nível de referência, através do incremento de recursos e de camas instalados e da habilitação de casas de parto de baixo risco a partir do conhecimento e da participação social. Com a finalidade de se obter uma maternidade sem risco, recomenda-se mobilizar a comunidade para a identificação das grávidas, encaminhando-as para uma atenção oportuna e adequada, considerando-se, também a melhoria da atenção ao parto domiciliar, mediante programas de educação permanente para parteiras práticas tradicionais e outras pessoas que eventualmente atendam ao parto e à gestante (OPS/OMS, 1992).

As autoridades presentes nesta reunião propuseram estratégias para alcançar as metas anteriormente mencionadas, assim como instaurar e manter em funcionamento Comitês de Mortalidade Materna em nível nacional, regional e local; assegurar a existência de um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica sobre mortes de mulheres em idade fértil, que proporcione informações em quantidade e qualidade, que permita conhecer a magnitude do problema, a estrutura de suas causas e as determinantes sociais. Também foi recomendado melhorar o sistema de registro e de informação de todas as ações de saúde relativas à gravidez, ao parto e ao planejamento familiar, mediante a

extensão de registro, a compilação e a utilização de informação, em níveis periféricos e pela própria comunidade.

O sistema de vigilância epidemiológica da Mortalidade Materna é um processo contínuo e sistemático de coleção, análise, interpretação e difusão de dados relacionados com a identificação, notificação, medição, determinação de causas e prevenção de mortes maternas com o propósito de formular medidas de prevenção adequadas. Este é um componente do sistema de informação de saúde e os dados obtidos são essenciais para o planejamento, execução e avaliação dos programas direcionados à prevenção da Morte Materna (OPS/OMS, 1992).

O conceito básico adotado nestes programas é o de que “um sistema de vigilância é útil, quando contribui para prevenir e controlar a morbi-Mortalidade Materna, diminui seu impacto em programas de saúde pública e será efetivo quando cumprir as seguintes funções: (Figura 1)

- 1 - Descrever em termos epidemiológicos o problema, as causas e os determinantes relacionados com a morbidade e Mortalidade Materna.
 - 2 - Avaliar o sistema de atenção de saúde materna, quanto à utilização de recursos e capacidade para levar a cabo suas tarefas específicas.
 - 3 - Proporcionar a informação necessária para a organização e para o manejo de estratégia de intervenção.
 - 4 - Conscientizar os profissionais da saúde e à comunidade sobre a importância da Mortalidade Materna.
 - 5 - Pesquisar e analisar os efeitos produzidos por ações importantes de saúde.
- (OPS/OMS, 1992)”.

COMITE DE MORTALIDADE MATERNA



Figura nº 1. Representação gráfica das áreas de atuação dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica nos Comites de Mortalidade Materna (CMM, 1994).

No referido documento, também, foram explicitadas as metas do *sistema regional de vigilância epidemiológica* e Morte Materna, estabelecidas para 1995, como segue:

- 60% das instituições que atendem partos devem informar mensalmente às autoridades de saúde correspondentes, as Mortes Maternas ocorridas durante o período.
- 25 países da Região deverão informar semestralmente à OPAS, as Mortes Maternas, ocorridas em sua região de competência. Na epidemia silenciosa de Mortes Maternas, o SEVMM (Sistema de Vigilância Epidemiológica da Morte Materna) atua na promoção de mudanças e com ações efetivas (OPS/OMS, 1992).

Foram estabelecidas, também, as estratégias para atingir as metas desejadas, descritas anteriormente, da seguinte forma:

- “Instaurar e manter em operação Comitês de Mortalidade Materna, a nível nacional, regional e local;

- Assegurar a existência de um Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica sobre mortes de mulheres em idade fértil, que proporcione informação em quantidade e qualidade, a fim de conhecer a magnitude do problema, a estrutura de suas causas e seus determinantes sociais.

- Melhorar o sistema de registro e de informação de todas as ações de saúde relativas à gravidez, ao parto e planejamento familiar, mediante a extensão de registros, a compilação e a utilização de informações, nos níveis periféricos e pela própria comunidade” (OPS/OMS, 1992).

Antes mesmo que as outras atividades propostas estivessem sendo realizadas, iniciou-se no final de 1991, a implementação e funcionamento dos comitês de Morte Materna e o sistema de vigilância epidemiológica de mortes maternas em 8 países de América Latina e do Caribe, como: Brasil, Cuba, Colômbia, Costa Rica, Chile, México, Nicarágua, Paraguai. Porém, só em

Cuba, existe um sistema nacional de informação sobre Mortalidade Materna, enquanto que nos outros países a situação encontrada é desigual. Assim, no Brasil instalaram-se comitês em 4 estados; na Costa Rica e Chile instalaram-se comitês nacionais e locais nas principais instituições de saúde; na Colômbia, eles foram instalados em dois estados e em várias cidades; no México nos hospitais da seguridade social e na secretaria de saúde e na Nicarágua e Paraguai instalou-se somente um comitê nacional de Mortalidade Materna.

Em 1991, foram consideradas incipientes as atividades de desenvolvimento do Sistema de Vigilância de Mortes Maternas na Argentina, Salvador, Guatemala, Honduras, Jamaica e Peru, porque deveriam, além de contar mortes, esclarecendo o processo, procurar executar a perspectiva de modificar seus determinantes, baixando seus índices (OPS/OMS, 1993a).

Reconhece-se, portanto, que na vigilância epidemiológica visualizam-se dois componentes, o técnico e o político; o técnico é o mesmo do sistema de vigilância propriamente dito, e o político, é composto pela comunidade de usuários e prestadores de serviços, os quais comprometem-se a assumir o plano de ação, para o controle da situação, constituindo-se num processo de participação social na saúde. Este processo muitas vezes pode ser inadequado devido ao desconhecimento, à falta de recursos e incompatibilidade entre as partes envolvidas, ou seja, muitas vezes temos profissionais altamente qualificados e engajados e falta vontade política, e vice-versa.

Para considerar um sistema de vigilância epidemiológico efetivo é necessário o cumprimento das funções estabelecidas pelos mesmos, dentre as quais, para este estudo, prioriza-se a função educativa, ou seja, a 4ª função: *"Conscientizar aos profissionais da saúde e à comunidade sobre a importância da Mortalidade Materna"*.

A opção pela função educativa, fundamenta-se no fato de que ela faz parte das atividades de Enfermagem e através dela visualizamos a

possibilidade de implementação do referencial teórico proposto, mediante uma prática educativa democrática, compartilhada, horizontal, amorosa. Vale destacar a recomendação dos Comitês de Mortalidade Materna sobre a importância da prática educativa, como instrumento de mobilização, requisito este necessário ao processo de uma gravidez amorosa e de valorização do ser humano.

A prática educativa associada ao afeto, ao mundo dos sentimentos, das emoções, do subjetivo, acredito, se constitui na ponte que facilita o caminhar entre as ciências tradicionais e humanas; aquela centrada no mensurável, no quantificável, e no explicável, e esta última, direcionada para o vivido, o sentido, o subjetivo, ou seja, para tudo aquilo que é objeto da compreensão, do sutil.

Considera-se importante que o sistema de vigilância epidemiológica leve em conta os seguintes aspectos em relação a gravidez na adolescência:

1 - A aceitação da gravidez como:

- algo natural e desejável; a mais prazerosa possível para a mulher e para os que a rodeiam;
- a mais saudável em termos biopsicossociais, para que o filho seja duplamente protegido, ou seja, protegida sua vida e a de sua mãe; e

2- Implementação de um Sistema de Vigilância para adolescentes grávidas, o qual estabelecerá como prioridade sua assistência nos serviços de saúde.

Um sistema de vigilância epidemiológico será efetivo quando cumprir com a função de fortalecer a *consciência dos profissionais de saúde e da comunidade sobre a importância da mortalidade materna*. Nela, a prática educativa permite, através de um caminhar compartilhado e a partir de um processo criativo, buscar caminhos que permitam à equipe de saúde, particularmente à de Enfermagem e às adolescentes, lidar com o desafio de tornar o processo de gravidez amoroso.

Este processo de gravidez amoroso pode oferecer substanciais subsídios para que a Enfermeira desenvolva um trabalho amoroso junto a sua equipe e com as adolescentes grávidas, porque vale a pena lembrar que a Enfermagem como atividade profissional tem, inerentemente, a prática diuturna e ininterrupta de familiaridade ou intimidade profissional com o/a cliente. Portanto, permite-lhe preocupar-se não só com o processo de assistir ou cuidar, mas também com as informações obtidas, podendo assim participar da seqüência do processo de gravidez das adolescentes, de uma forma plena e amorosa, realizando a integração entre os serviços, a família e a comunidade.

CAPÍTULO II

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICO-FILOSÓFICA

Entende-se que a filosofia é uma norma e diretriz para a vida humana dignamente vivida. Tal qual a quiescência da Vida, a filosofia é intuitivamente compreendida e integralmente experimentada, ou seja, a filosofia procura libertar o homem pelo conhecimento e pela prática de princípios capazes de subsidiar mecanismos de justiça e liberdade. Desta forma, o substrato da fundamentação teórico-filosófica é a emancipação da ignorância e dos erros ainda praticados na área de saúde, principalmente aqueles que dizem respeito à assistência das adolescentes grávidas.

Para melhor encaminhar esta discussão, o capítulo estrutura-se nos seguintes componentes: **amor e Enfermagem, revisão dos paradigmas, modelos conceituais e referenciais teóricos e comunicação interpessoal**. Especificamente, a opção pela comunicação interpessoal é aqui resgatada porque estabelece um nexu com os conceitos anteriormente citados.

2.1 - Amor e Enfermagem

Tal qual preconiza Descartes, o conhecimento deveria começar por um postulado analítico. A fundamentação teórico-filosófica deste capítulo

estabelece como premissa a proposta de uma assistência de Enfermagem amorosa às adolescentes grávidas. Warat (1990, p. 53) ressalta que “o direito ao amor é o valor existencial que mais preocupação deve despertar em uma futura prática política e profissional dos direitos humanos, assumindo o outro em uma dimensão ética e solidária”.

Com este argumento, entende-se que o amor, como direito humano, precisa estar inserido nas práticas profissionais e que as academias de ensino de Enfermagem precisam fazer esforços para inclui-lo, não só na realização da prática da Enfermagem, como também na formação de profissionais comprometidos com ela. Por conseguinte, ao visualizar as adolescentes grávidas como seres em transição, com todas as implicações biopsicossociais e que necessitam de atenção específica, elas precisam de uma assistência de Enfermagem amorosa, onde possam aprender a amar-se e sentir-se amadas e apoiadas. Por outro lado, se para quem recebe a assistência é importante recebê-la com amor, isto também ocorre com quem presta os serviços. Dai dizer-se que os profissionais acolham o amor como valor em seu processo de vida e, mais do que isso, aprendam a amar-se e sentir-se amados na atividade da Enfermagem.

Historicamente, pode-se afirmar que a Enfermagem, como profissão iniciou-se como um ato de amor, constatável ao longo de sua trajetória mundial, tendo sido chamada de “a mais antiga das artes e a mais jovem das profissões” (Donahue, 1993). A Enfermagem na América Latina, no entanto, ainda está distante da modernidade no que diz respeito à suficiência tecnológica. Os avanços deste novo modelo assistencial de Enfermagem requerem uma ruptura com o sentido dado ao amor no sistema anterior, que era regido pelo exercício de doação religiosa. Apesar da adoção do modelo científico, o sentido do amor antes predominante não foi esquecido, mesmo porque sua fundadora (Florence Nightingale), uma das mulheres

revolucionárias do fim do século XIX e início do século XX, reunia qualidades não comuns de expressão mística do amor a Deus e a voz da competência científica.

A Enfermagem⁶, no início deste século, foi marcada pela sistematização profissional, que já se vislumbrava no final do século XIX. Sua origem é inglesa e chegou à América Latina, via Estados Unidos da América, em plena modernidade. Tanto na Inglaterra quanto nos EUA, a Enfermagem já havia rompido tabus históricos e ingressava num período denominado científico.

Assim, em países da América Latina não desenvolvidos do ponto de vista das características da modernidade, em particular do acesso à tecnologias a Enfermagem moderna, via modelo Nightingaleano, ou mesmo o Sistema Salpetrière vindo da França, significava uma ruptura com a Enfermagem leiga, espontaneísta, vocacionada e de inspiração religiosa cristã. Ao introduzir a ciência no âmbito da Enfermagem, o cerne das práticas até então predominantemente exercidas, em nome da caridade ou do alcance do perdão divino, era questionado.

A era da dominação científica aos poucos se impôs e sacrificou na Enfermagem, o seu principal fundamento, o amor, como historicamente era praticado. No entanto, é Nightingale a principal defensora do amor não o deixando desaparecer da prática de Enfermagem. É ela mesma quem em seus escritos primeiros, o inclui assim como sua fé em Deus ao lado da sua especial inteligência e raciocínio científico na Enfermagem.

Passado mais de um século, a revisão histórica alerta que o retorno ao AMOR é condição imperativa em tempos pós-modernos. Rever a ciência, no que diz respeito à sensibilidade humana é orientar-se pela razão sensível. Razão sensível é uma nova expressão, mas em essência, significa o AMOR.

⁶ Literatura histórica disponibilizada pela Prof^a Dr^a Lygia Paim Müller Dias.

Baseada na trajetória histórica da Enfermagem e nos princípios que regem sua prática em nossos dias é que se recomenda a revisão de alguns paradigmas, os quais, devidamente reajustados sob a ótica amorosa, podem apoiar a assistência de Enfermagem à adolescente grávida.

2.2 - Revisão dos Paradigmas

O modelo médico ou clínico, utilizado nos serviços de saúde da América Latina para diminuir a mortalidade materna, baseia-se no enfoque de risco, nele incluem-se fatores como: gravidez em idades extremas da vida⁷, alta paridade, estatura, estado e hábito nutricional, classe social, estado civil e acesso aos serviços de saúde, entre outros. O enfoque médico com estas dimensões baseia-se em paradigmas socialmente legitimados. O modelo que legitima estas ações é o newto-cartesiano.

2.2.1 - Paradigma Newto-Cartesiano

O modelo acima citado é denominado também biomédico, e origina-se do raciocínio do paradigma newto-cartesiano, com uma visão mecanicista da vida. Segundo a mecânica newto-cartesiana, o mundo da matéria é uma máquina cujas operações se podem determinar exatamente por meio de leis físicas e matemáticas, um mundo que o racionalismo torna cognoscível por via da sua decomposição nos elementos que o constituem, transformando a idéia de mundo em uma máquina composta de partes isoladas. Desta forma, o racionalismo transforma-se em mecanicismo (Santos, 1995).

⁷ Idades extremas da vida significa, idade sob o ponto de vista biológico considerado como fator de risco de gravidez. Esta idade está compreendida entre <15 e >35anos.

Particularmente todas as áreas do conhecimento adotaram o modelo de raciocínio desenvolvido por Descartes. O modelo médico clínico, por sua vez, desenvolvido principalmente a partir do século XIX, entendeu o significado das doenças como alteração morfofisiológica do corpo, reduzindo o corpo numa relação meramente mecânica (Capra, 1992). Esta idéia já havia sido difundida no século XVII com Descartes, Galileu e Newton em que o corpo humano fora considerado uma máquina, da qual dever-se-ia ter um perfeito conhecimento, e a doença era vista como mau funcionamento de uma peça a ser consertada; esta abordagem contrapunha-se ao Sistema de Homeopatia⁸ (Capra, 1982). De acordo com a mecânica newtoniana, o mundo da matéria é uma máquina, podendo determinar suas atividades por meio de leis físicas e matemáticas. Esta idéia constitui um dos pilares do pensamento europeu do século XVIII, convertendo-se no horizonte de uma forma de conhecimento utilitário e funcional.

Assim é que já no século XIX, inicia-se um extraordinário avanço da medicina associado aos progressos da biologia. Conhecia-se a estrutura do corpo com detalhes e avançava-se na área fisiológica e de microbiologia devido aos aportes das pesquisas de Claude Bernard e Luís Pasteur. Apesar disto, a tendência reducionista persistiu na ciência biomédica no século XX em meio à descoberta da penicilina em 1928 e dos antibióticos nos anos 50.

Por outro lado, não se pode negar que a ciência em geral, é devedora ao raciocínio cartesiano, permitindo verdadeiras revoluções paradigmáticas. Assim, foi o que ocorreu com o Físico alemão Planck, Prêmio Nobel em 1918, e a “teoria dos quanta”. Esta teoria reconhecida e enriquecida por Einstein, sustenta que a natureza ondulatória das partículas atômicas, ou seja as unidades subatômicas, têm um aspecto duplo: partículas e ondas. Neste campo específico da ciência, Einstein é um protagonista de ciência moderna cujos

⁸ Homeopatia não será considerada neste trabalho.

pensamentos mais profundos dizem respeito à relatividade e à simultaneidade. Ele distingue entre a simultaneidade de acontecimentos presentes no mesmo lugar e a simultaneidade de acontecimentos distantes, em particular de acontecimentos separados por distâncias astronômicas (Santos, 1995). A contribuição científica de Einstein relativiza o modelo até então dominante.

Assim, pode-se afirmar que o modelo newto-cartesiano está em crise, pois na ciência resgata-se a idéia da totalidade universal e não da particularidade analítica.

Uma vez posta em dúvida a legitimidade de um modelo a desintegração provoca crises. Sob a ótica deste trabalho, pode-se afirmar também que o modelo cartesiano, pela sua lógica intrínseca, têm propiciado a perda de um dos valores mais preciosos da vida: a espiritualidade.

As idéias que agregam os conceitos da totalidade universal estão incorporados no holismo, a seguir descrito.

2.2.2 - O Paradigma Holístico

O holismo (do grego *holos* = todo) abrange a idéia do todo e da totalidade; não só compreende a parte física, senão as mais altas manifestações do espírito humano. Na última década, verificaram-se mudanças na aceitação de uma perspectiva de saúde holística por clientes e profissionais do cuidado da saúde. A saúde holística é mais que a ausência de doença. Ela é definida como a realização individual, bem como de outras expressões contínuas de saúde do corpo, mente e espírito (Cohen e Jaffe, 1994).

Segundo a holística, a humanidade vive uma crise de fragmentação, denominada “fantasia da separatividade” e, conduz a sentimentos e emoções destrutivas da harmonia e da ecologia interna e externa (Weil, 1992, 1993). Entende-se por ecologia interna e externa a arte de viver em equilíbrio. Esta

ecologia, segundo o mesmo autor (Weil, 1993, p. 39), compreende três aspectos: o ser humano, a sociedade e a natureza. O ser humano refere-se à arte de viver em paz consigo mesmo, compreendendo, portanto, a ecologia interior, ou seja, corpo, coração e espírito em equilíbrio. A sociedade refere-se à arte de viver em paz com os outros, e compreende a ecologia social, ou seja, a economia, vida social, política e cultura. A natureza refere-se à arte de viver em paz com ela, abrangendo a ecologia planetária.

No paradigma holístico, a Universidade Holística Internacional (Brandão e Crema, 1991, p. 24), considera que “cada elemento de um campo se coloca como um evento no qual o todo e cada uma de suas sinergias estão estreitamente ligados em interações constantes”.

Os conceitos holísticos aplicados à área de saúde permitem reconhecer o significado da dimensão espiritual no esquema do universo e mostram que a harmonia que se busca não é externa ao ser, mas surge de nossa essência divina, do corpo-mente, que é a verdadeira matriz invisível da saúde (Weil, 1993). A perspectiva holística preocupa-se em promover saúde mediante a prevenção, e aplica-se às pessoas que se recuperaram de uma doença e desejam aprender a prevenir sua repetição e melhorar seu “status” de saúde futura. A essência da saúde holística é o assumir que o estado físico, mental, emocional e espiritual estão em relação. A consciência desta relação é que evidencia a mudança que cada um deve fazer em si mesmo para conseguir um “status saudável”. No paradigma holístico, conhecer e amar tornam-se um processo único, indissociável, pois “amar é conhecer, e não se pode conhecer verdadeiramente sem amar” (Weil, 1993, p. 155). De acordo com este autor, o assistir ou cuidar é uma forma de amar (e conhecer ao outro), o que Mayeroff (1971) define como uma forma de ajudar ao outro a crescer e a realizar-se.

Estas preocupações - ajudar ao outro a crescer e a realizar-se - são assumidas pelo modelo holístico ao admitir que no padrão de atividades

corriqueiras, subjaz o conceito sistêmico, em que as partes se interrelacionam umas com as outras. Isto é, a parte é apenas uma manifestação do todo. (Capra, 1993, 1997; Brandão e Crema, 1991; Weil, 1992).

Em vista dos argumentos apresentados, o holismo pode ser um elo de reinterpretação das ciências. Segundo Santos (1995), a concepção humanista das ciências sociais enquanto agente catalisador da progressiva fusão das ciências naturais e ciências sociais, coloca a pessoa, enquanto autor e sujeito do mundo, no centro do conhecimento, ao contrário da concepção humanista tradicional que coloca a natureza no centro da pessoa. O autor acrescenta, por outro lado, que a ciência social será sempre uma ciência subjetiva e não objetiva como as ciências naturais. Assim, os fenômenos sociais devem ser compreendidos a partir das atitudes mentais, utilizando-se métodos de pesquisa, critérios epistemológicos e métodos qualitativos em vez de unicamente quantitativos. Com estes elementos e instrumentos obtém-se um conhecimento intersubjetivo, descritivo e compreensivo, opondo-se a um conhecimento exclusivamente objetivo e explicativo.

Warat (1990, p. 27) reforça este argumento holístico ao expressar que “vivemos num tempo cultural no qual a falta de amor impede-nos de realizar o projeto emancipatório da sociedade, onde a capacidade amorosa como instrumento político, permita revisar os valores da modernidade”.

Hoje, sabe-se que a ciência moderna ensina pouco sobre a maneira de estar no mundo; ao contrário, a ciência pós-moderna procura reabilitar o senso comum, por reconhecer nesta forma de conhecimento algumas virtudes para enriquecer a nossa relação com o mundo. A ciência pós-moderna não despreza o conhecimento que produz tecnologia, mas entende que, tal como o conhecimento, o desenvolvimento tecnológico deve traduzir-se em sabedoria de vida. Só assim será uma ciência que fará justiça ao desejo de Nietzsche (Santos, 1995, p. 55): “todo o comércio entre os homens visa que cada um

possa ler na alma do outro, e a língua comum é a expressão sonora dessa alma comum”.

Em vista dos argumentos apresentados sobre os paradigmas vigentes, sente-se a necessidade de revisá-los na perspectiva de que possam nortear uma prática amorosa na Enfermagem.

2.2.3 - Paradigmas em Enfermagem

Em decorrência da procura cada vez mais intensa da realização da vida, pode-se afirmar que existe um movimento em prol de novos paradigmas em Enfermagem. Assim é que os profissionais de Enfermagem, por meio de publicações e trabalhos práticos estão resgatando o subjetivo, o conhecimento pessoal, ético, estético e a arte, além do empírico (Carper, 1978).

O holismo tem sido difundido na Enfermagem, por meio de teóricos que estabelecem conexões de validade paradigmática para a disciplina (Cohen e Jaffe, 1994). Esta busca é reforçada por Taylor (1986), ao manifestar que a visão do mundo atual permite à Enfermagem utilizar “metodologias que a colocará dentro de um contexto metafísico e estabelecerá suas dimensões espirituais, em vez de um conjunto de comportamentos que se conformam com o modelo tradicional”.

O raciocínio holístico que contempla o metafísico e o espiritual decorre de uma nova qualidade na relação entre conhecimento e objeto, isto é, a incompatibilidade é resolvida pela totalidade no lugar da parcialidade. Segundo o filósofo Bergson (1859-1941), as partes não são senão manifestações parciais, incompletas e sucessivas do universal, que é completo e simultâneo, não sujeito a tempo e espaço.

2.2.3.1 - Paradigma da totalidade

Em saúde, o paradigma da totalidade é considerado como um estado "dinâmico" e um processo de bem-estar físico, emocional, mental e espiritual, ao contrário do paradigma newto-cartesiano, que considera como ótimo o estado de saúde ligado à normas e padrões externos, e, a doença, ao desvio dessas normas. Por sua vez, as ações de Enfermagem estão orientadas a conseguir o equilíbrio da pessoa e do meio ambiente, como se observa na seguinte declaração: "a Enfermagem estuda a totalidade ou a saúde dos humanos, reconhecendo que os humanos estão em contínua interação com seu meio ambiente" (Donaldson e Crowley, 1979, p. 119).

Quando se compreende a totalidade, o conhecimento das partes torna-se mais importante. O paradoxo, então, é que o todo pode ser visto nas partes. A suposição de que a totalidade pode ser vista nas partes é básica para o processo de diagnóstico da totalidade. No paradigma da totalidade, o homem é colocado como um ser somativo total (Parse, 1987).

Outra face da totalidade refere-se ao ambiente. Ele é entendido como os estímulos externos e internos que cercam o homem. O homem interage com seu ambiente e a ele se adapta para manter o equilíbrio e alcançar as metas. Parse (1987), afirma que os trabalhos de Peplau, Henderson, Hall, Orlando, Levine, Johnson, Roy, Orem e King são típicos deste paradigma. Complementando o paradigma da totalidade, a simultaneidade é outro componente diferencial do paradigma tradicional na prática da Enfermagem.

2.2.3.2 - Paradigma da simultaneidade

No paradigma da simultaneidade, a saúde é vista como um processo de vir-a-ser. “A essência da saúde da pessoa é a manifestação do padrão⁹ com enfoque na qualidade de vida, mais do que nos desvios das normas externas” (Parse, 1987). Este paradigma entende o homem como “um ser unitário, em interrelação contínua e mútua com o ambiente e cuja saúde é uma expansão negentrópica¹⁰ (...)” (Parse, 1987). Os trabalhos de Rogers (1970), M. Newman (1986), Watson (1988) dentre outros, aproximam-se deste paradigma.

Rogers defende a idéia de que o ser humano é um sistema unitário aberto e em interação com o meio ambiente sem limites reais, descrito em termos de padrão e definido como a totalidade da pessoa. Newman, discípula de Rogers, aceita este fundamento como básico para desenvolver seu paradigma de saúde como “consciência em expansão”. Assim, ela não explicita o conceito de saúde como positivo e a doença como negativo. Ao invés disso, ela vê a doença como uma manifestação de saúde ou um aspecto significativo do todo. A saúde, conseqüentemente, é um processo, um padrão do todo que engloba a doença e a não-doença, e que existe num mundo de totalidade indivisível (M. Newman, 1986).

Estes conceitos até aqui desenvolvidos deram suporte à construção de modelos conceituais e referenciais teóricos, como seguem.

⁹ O Padrão é informação que representa a totalidade, o entendimento do significado de todas as relações de uma só vez, assim o padrão de relações é muito importante (M. Newman, 1986).

¹⁰ Negentropia vem da teoria geral de sistemas, significando ordem, complexidade e heterogeneidade crescentes (Rogers, 1970).

2.3 - Modelos Conceituais e Referenciais Teóricos

Os modelos conceituais têm existido desde que as pessoas começaram a pensar sobre elas mesmas e ambientes que a circundam. Têm sido identificados exemplos e modelos conceituais nas primeiras ciências como a física e a medicina, em ciências mais novas como a matemática, química e biologia; e em todas as ciências modernas, sendo que muitos dos modelos influenciaram na formação do mundo. O pensamento de Karl Marx, Albert Einstein e Sigmund Freud são destacáveis na formação do mundo no século XX. Cada um tem um modelo conceitual. O de Marx é um modelo político, filosófico, social e econômico que formou o marco teórico da ideologia comunista. O modelo da relatividade de Einstein traçou o caminho para a era atômica; seu modelo serviu para romper uma aderência às leis inflexíveis da física e da matemática o que significou o desenvolvimento da ciência e da tecnologia. O modelo psicanalítico de Freud é uma estrutura tridimensional para o entendimento do homem (Lippitt, 1973, p. 14).

O termo modelo conceitual e afins como, marco referencial, conceitual e sistema conceitual, referem-se a idéias globais sobre indivíduos, grupos, situações e eventos de interesse para uma disciplina. Os modelos são feitos de conceitos, os quais são palavras descrevendo imagens mentais de fenômenos e proposições. Os modelos são também declarações que expressam as relações entre os conceitos. Um modelo conceitual está composto de conceitos e proposições abstratas e gerais. Estas idéias globais e declarações enlaçadas são expressadas numa forma distintiva em cada modelo. A utilidade dos modelos conceituais vem da organização que eles provêm para o pensamento, para as observações e para as interpretações do que é visto. Além disso, dão orientação para a pesquisa de perguntas relevantes sobre fenômenos e mostram soluções para problemas práticos (Fawcett, 1984).

Um modelo conceitual estabelece um marco de referência para os membros de uma disciplina, dizendo-lhes o que olhar e sobre o que especular. Assim, ele determina como o mundo é visto e que aspectos desse mundo devem ser levados em conta. Os modelos conceituais apresentam diversas visões de certos fenômenos no mundo que têm profundas influências em nossas percepções desse mundo. Contudo, um modelo é só uma aproximação ou simplificação da realidade, uma representação do mundo que inclui somente os conceitos que o construtor do modelo considera relevantes e que servem de ajuda para o entendimento (Lippitt, 1973; Reilly apud Fawcet, 1984). Mais ainda, cada modelo conceitual representa uma síntese de muitos conceitos, um marco distinto de referência para o fenômeno de interesse nas disciplinas (Phillips, 1977; Reilly apud Fawcet (1984).

Tal qual os modelos conceituais em outras disciplinas, os modelos conceituais em Enfermagem representam várias matrizes disciplinares ou paradigmas derivados do metaparadigma da disciplina de Enfermagem. De maneira geral os teóricos de Enfermagem aceitam como conceitos metaparadigmáticos a pessoa, o meio, a saúde e a Enfermagem) sendo que cada um os define e os enlaça de diversas formas, ou seja, os modelos conceituais não são realmente novos para a Enfermagem.

Como se sabe, desde Nightingale (1859) os modelos conceituais foram identificados sem que tivessem sido apresentados como modelos. O desenvolvimento de modelos conceituais e a sua rotulação, como tais, é um avanço importante para a disciplina de Enfermagem. A disciplina é definida pela relevância social e a orientação de valores mais do que por verdades empíricas. Assim, a disciplina e a profissão requerem permanente reavaliação para atender as sugestões sociais e avanços tecnológicos. A Enfermagem como disciplina, portanto, está sujeita à mudanças sob sua estrutura conceitual e de pesquisa (Donaldson, 1992).

Segundo Reilly apud Fawcet (1984), “nós todos, temos uma imagem (conceito) privada da prática de Enfermagem. Esta imagem privada influencia nossas interpretações de dados, nossas decisões e nossas ações. Mas pode uma disciplina continuar desenvolvendo-se quando seus membros têm imagens privadas tão diferentes? Os proponentes dos modelos conceituais de prática estão buscando fazer com que conheçamos estas imagens privadas, de forma que possamos começar a identificar mais coisas em nossas percepções da natureza da prática para poder movermo-nos de acordo com a evolução de um conceito bem-ordenado”.

Acredita-se, entretanto, que os modelos conceituais de Enfermagem diferem apenas sob a ótica dos elementos que compõem seu universo, ou seja, diferem na procedência da visão de mundo e se tocam em vários pontos essenciais do conhecimento da profissão. Isto pode ser observado ao se estudar os diferentes modelos teóricos propostos para a profissão. Dentre eles, destaca-se o modelo de Rogers (1970), M. Newman (1986) e Watson (1989).

O modelo teórico de Enfermagem de Rogers denominado de ciência dos “Seres humanos unitários” publicado inicialmente em 1970 e depois em 1989, apoia-se num conjunto de suposições básicas que descrevem o processo vital do homem, o qual caracteriza-se por seu caráter unitário, aberto e unidirecional, seus padrões e organização, os sentimentos e o pensamento (Mariner, 1989).

O modelo de Newman enfatiza o reconhecimento de padrões. A saúde como padrão está de acordo com a teoria da ordem implícita, segundo a qual existe em nosso universo um padrão multidimensional não visto, que é o fundamento ou a base para todas as coisas (Bohm, 1980). Newman propõe uma forma diferente de olhar a saúde, ou seja, entender a doença como um aspecto significativo da saúde. Nela, o ser humano é descrito em termos de padrão, definido como a identificação da totalidade da pessoa, o que facilita a

mudança para níveis mais altos de consciência. A mesma autora pressupõe que a pessoa não possui consciência, mas que é consciência que se co-estende no universo que habita toda a matéria.

A consciência, para ela, é “a capacidade informativa do sistema: a capacidade que o sistema possui para interagir com seu ambiente” (Newman, 1986).

Essa consciência expande-se, ou continua a evoluir na direção de maior complexidade. O padrão de consciência é representado pela intercessão de tempo, espaço e movimento. A pessoa vê-se diante de seus próprios recursos internos, da qualidade de suas relações e de sua capacidade de viver no presente. A tarefa do desenvolvimento é a de permitir a transformação de nós mesmos e que isto ocorre à medida que nos locomovemos para além do espaço e tempo, para uma consciência maior (M. Newman, 1986).

Segundo M. Newman (1986), o padrão é uma manifestação da pessoa, e o processo de vida move-se em uma complexidade e diversidade crescentes para uma consciência mais alta. Ou seja, quando algo aparece ou se faz evidente, deduz-se que é uma manifestação do padrão em evolução, para a qual a Enfermagem propõe ações que guiem e facilitem o reconhecimento do padrão, com a meta de “expansão da consciência”. Isto se faz a partir do trabalho conjunto da equipe de Enfermagem e clientes¹¹, para valorizar seus padrões e dirigir seus processos de mudança, com a finalidade de ampliar sua qualidade de vida. Portanto, o paradigma de Newman supõe que o padrão está evoluindo unidirecionalmente para uma mais alta consciência, ou seja, que a saúde compreende a doença como um aspecto significativo, como uma manifestação do padrão. Neste modelo está subjacente a interação pessoa e meio ambiente.

¹¹ Para efeitos desta tese, o vocábulo “clientes” é entendido como adolescentes grávidas.

Por outro lado, o modelo de Watson (1989) enfatiza o sistema de valores estabelecidos dentro da teoria e filosofia e consiste em valores associados com profundo respeito às maravilhas e mistérios da vida e um reconhecimento de uma dimensão espiritual, força interior e processo curativo. A teoria de cuidado humano desta autora começa pela visão metafísica e filosófica da individualidade da existência humana. O que é essencial à existência humana é que o Ser transcende à natureza, mas ainda permanece uma parte dela.

Nesse modelo, a dimensão espiritual se refere ao EU interior ou essência, a qual permite o desenvolvimento de um grau mais elevado de consciência, força interior e transcendência do Eu usual. A idéia de transcendência não é muito usual no Ocidente, pela crença de dualismo de mente e corpo. A transcendência fornece oportunidades para crescer e tornar-se totalmente humano. O cuidado fundamenta-se num conjunto de valores altruístas-humanísticos os quais podem desenvolver-se através da emergência da consciência.

Teóricos anteriores a Newman, como Bohm (1980), defendem a ordem implícita, e refere-se a totalidade. A teoria de ordem implícita apoia a idéia de que a doença é uma manifestação do padrão. A noção de ordem implícita refere-se ao invisível, ao padrão subjacente que é considerado de grande importância. Segundo Bohm, a explicação dos padrões invisíveis manifesta-se de tempo em tempo, em coisas que se podem ver, sentir, ouvir e tocar, porque estas manifestações são muito mais reais para o indivíduo que o padrão invisível. Conciliando estes entendimentos, pode-se dizer que Newman e Bohm compartilham de visões semelhantes, pois o padrão da doença ou qualquer outro padrão explicativo do sistema surge do padrão subjacente e invisível. Por isso é importante entender o padrão que se manifesta pelos aspectos visíveis e subjacentes.

A prática de Enfermagem está orientada para o reconhecimento do padrão fundamental de saúde e/ou ser saudável. M. Newman (1986) assim se expressa: “a substância de nossos corpos não identifica a pessoa e sim o padrão, que pode identificar-se através do tempo e do espaço, como por exemplo, o padrão da forma como falamos” (M. Newman, 1989).

Dado o exposto, a enfermeira tem um envolvimento autêntico com a pessoa, em uma relação mútua de reconhecimento do padrão e crescimento; não são pessoas separadas, são pessoas experimentando o padrão de consciência formado pela sua interação (M. Newman, 1986). Portanto, a enfermeira e o paciente, como participantes de um todo maior, não só exercem o papel de “enfermeira” e de “paciente”, mas são pessoas experimentando o padrão de consciência formado por sua interação.

Essa relação interativa está baseada não só em problemas e soluções, ou seja, identificar o que está ruim num sistema e tratar de arrumá-lo (paradigma newto-cartesiano); mas é uma manifestação do desenvolvimento da consciência da totalidade. O padrão de relações é muito importante; não é tentar mudar o padrão da outra pessoa, mas reconhecê-lo e relacionar-se com ele numa forma autêntica (paradigma holístico). Visto dentro do contexto de padrão, a informação do antigo paradigma terá novo significado porque o novo paradigma o incorpora e o amplia. Segundo Capra (1982), as enfermeiras são, talvez, as pessoas mais preparadas para oferecer assistência de saúde, baseada no reconhecimento do padrão. Isto porque elas estão fazendo isto, sem saber exatamente o que estão fazendo, ou como descrevê-lo, e os pacientes têm experimentado este tipo de assistência, sem saber exatamente o que estão experimentando.

Os modelos conceituais de Enfermagem, então, são as apresentações formais das imagens privadas de Enfermagem de algumas enfermeiras. Os proponentes de modelos de Enfermagem mantêm a idéia de que o uso de um

modelo facilita a comunicação entre enfermeiras e prevê um alcance mais unificado à prática de Enfermagem, educação, administração e pesquisa (Fawcett, 1984).

Uma questão ainda polêmica é quanto à terminologia. Segundo Silva e Neves (1993), o termo marco de referência é considerado na literatura de Enfermagem como sinônimo de marco conceitual, marco teórico, sistema conceitual ou até mesmo modelo. Mesmo sendo um termo polinômio, as autoras consideram que a diferença reside na denominação, apenas: referencial teórico e conceitual, são variações lingüísticas semânticas de mesmo significado, indicando níveis diferentes de complexidade e de abstração. O marco de referência, para as autoras, é “um conjunto de conceitos e proposições, derivados de uma ou mais teorias ou modelos conceituais de enfermagem ou de outras áreas de conhecimento, ou até mesmo originado das próprias crenças e valores daqueles que o concebem, para utilização na prática com indivíduos, famílias, ou comunidade, atendendo a situações gerais ou específicas na área de assistência, administração ou ensino de enfermagem” (Silva e Neves, 1993, p. 85).

Para Fawcett (1984), a distinção básica entre marcos teóricos e conceituais está no nível de abstração, assim, o marco teórico contém conceitos limitados, específicos e interrelacionados, e o marco conceitual é um conjunto altamente abstrato de conceitos relacionados multidimensionalmente.

Na atualidade, a tendência na Enfermagem parece ser a de resgatar a arte a partir da criação de paradigmas, os quais possibilitam a construção de referenciais que valorizem a estética, a intuição e a criatividade. A autora deste trabalho por sua vez, entende o referencial teórico, no que se refere à construção, como um processo de abstração de conceitos e subconceitos interrelacionados, explicitamente, com a finalidade de demarcar o conhecimento em que ele se apoia. Além disso, a mesma autora considera que

o referencial deve conter as ações de Enfermagem na prática, vivendo-as e compreendendo os fenômenos com abrangência a partir de um processo amoroso.

Em consonância com esse referencial teórico é que se pode dizer que a Enfermagem está procurando novos caminhos. Esta procura, refletida na ação cotidiana, torna a enfermeira um agente da comunicação e de relacionamento interpessoal, num processo de contínuas mudanças.

2.4 - Comunicação Interpessoal

A comunicação interpessoal é um processo dinâmico, que envolve adaptação e ajustes contínuos de uma pessoa a outra. O processo de relacionar-se interpessoalmente com outros é uma chave básica para relações saudáveis que contribuam ao crescimento pessoal, ao desenvolvimento da auto-confiança através da auto-aceitação e uma cooperação benéfica por meio da responsabilidade compartilhada com outras pessoas (Duldt et al, 1984).

Segundo estas autoras, ao realizar uma adequada comunicação interpessoal deve-se levar em conta os seguintes pressupostos:

1. A comunicação interpessoal é um processo, por natureza, existencial;
2. A comunicação interpessoal envolve a geração e intercâmbio de significado, ou seja, um sentido do que é importante e quais as implicações que têm para o futuro;
3. A comunicação interpessoal provê informação sobre os fatos e sentimentos;
4. A comunicação interpessoal é um processo com duas direções, ou seja, que alternativamente envia e recebe mensagens.

A comunicação interpessoal não é só uma das muitas dimensões da vida humana; é a dimensão definidora, a dimensão através da qual tornamo-nos humanos. A qualidade da relação interpessoal determina que pessoa somos, queremos e podemos nos tornar. Esta é a base para que a Enfermagem possa

realizar através de um estudo cuidadoso de comunicação interpessoal, um processo humanitário (Duldt et al, 1984). É um processo dinâmico que envolve adaptação e ajustes contínuos entre dois ou mais seres humanos comprometidos em interações face a face, durante as quais cada pessoa é consciente do outro ou outros; o processo caracteriza-se por ser de natureza existencial e envolve um intercâmbio de fatos, sentimentos e significados. Este conceito teórico especificamente refere-se a comunicação entre a enfermeira e clientes, enfermeira e outros colegas profissionais.

Ser humanizado então, de acordo com Duldt et al (1984), significa ser consciente das características únicas de ser humano; ser desumanizado é ignorar estas características. A enfermeira humanista enfoca a maneira e a atitude com as quais as intervenções são operacionalizadas. Assim, a humanização da Enfermagem depende da maneira de relacionar-se e comunicar-se interpessoalmente partindo de si para com os clientes de uma forma tal que o cliente sinta o calor humano e a aceitação se manifeste através do sentir-se bem com o cuidado. A comunicação interpessoal depende do relacionamento que se estabelece com o outro, mediante a interação, no processo de empatia, a qual ocorre através de colocar-se no lugar do outro, cuja referência central, ponto de partida e chegada, é o amor.

Uma outra fase na comunicação interpessoal, é o padrão de relações, descrito por Moustakas (1977), como sendo um "processo de consciência intuitiva, sentido e conhecido no qual o reconhecimento do mistério, do medo e do capricho é a imprevisibilidade da vida". Seu aconselhamento é de que as pessoas utilizem o poder do silêncio e do diálogo com os outros, em todos os momentos da vida. Particularmente com os profissionais de saúde, depreende-se que tornar-se conscientes da qualidade comunicativa nas relações com as pessoas, famílias e comunidades é de grande significado para as interações na assistência. Assim, na qualidade de profissionais de relações com pessoas, é

pertinente estar conscientes do significado das diversas interações, nem sempre imprevisíveis, pois são parte do mistério da vida e viver da cada Ser no intercâmbio energético-espiritual que se modifica no contexto dessas relações.

CAPÍTULO III

O AMOR A SI E AS SUAS POSSIBILIDADES DE MANIFESTAÇÃO EM CIÊNCIA: O AUTO-CONHECIMENTO DO SER HUMANO

A fundamentação teórico-filosófica sobre o amor presta-se a múltiplas interpretações porque diversos são os caminhos e possibilidades do cuidar e do assistir em Enfermagem. Não fosse suficiente a ambigüidade que o termo amor sugere, a polêmica é, por certo, ainda maior, quando se propõe rever o modelo teórico, cuja prática na Enfermagem remonta à tradição humanística secular. Como a proposta deste capítulo é destacar uma abordagem filosófica na Enfermagem quanto aos cuidados da adolescente grávida em contraposição a uma proposta atualmente em prática e que resulta em elevada Mortalidade Materna, a autora desta tese, adotará, inicialmente, o conceito de amor universal tendo no holismo uma possibilidade de sua fundamentação.

Assim, este capítulo apresenta uma visão sobre o amor a partir de seu significado e do resgate do amor universal, trabalhando-se os aspectos anteriormente mencionados e o auto-conhecimento do ser humano como fundamental para amar a si mesmo e poder amar aos outros. Finaliza

estabelecendo a relação da força do amor na cura¹², objeto de investigação de vários cientistas. Para explicitar este tema, este capítulo está dividido em seis seções: a) **significado do amor**; b) **componentes do amor**; c) **expressões do amor**; d) **amor e auto-conhecimento**; e) **amor e adolescentes grávidas**; e f) **amor, cura e cuidado de Enfermagem**.

No desenvolvimento deste estudo, percebeu-se uma lacuna de conhecimentos sobre este sentimento universal: AMOR. Esta inquietação consistiu em saber se o amor é um sentimento universal, ou uma energia cósmica que move os seres vivos e os inanimados.

Para responder a esta inquietação, este capítulo estuda particularmente o significado do amor sob a ótica de diferentes autores e concepções.

3.1 - Significado do Amor

O palavra amor vem do latim "amore", e expressa o sentimento que alguém predispõe a desejar o bem do outro, como o amor ao próximo, ao patrimônio, à arte e a sua terra. O amor é, de todas as emoções, a que traz mais harmonia, por ser a mais completa. Designa-se várias formas de amor nas relações interpessoais: o amor do pai pelo filho, pelo amigo, pelos cidadãos entre si, o amor dos cônjuges. Fala-se do amor às coisas ou objetos inanimados, às idéias, às atividades ou formas de vida, ao trabalho, à própria profissão, ao jogo, ao luxo, à diversão, à comunidade ou entes coletivos, à pátria, ao partido, ao próximo e à Deus (Ferreira, 1986).

Desejar é pensar com afeto, alimentado pelo sentimento, é pensar apaixonadamente. Ao falar de amor, está-se referindo ao amor no sentido de querer, de procurar e conhecer tudo sobre a própria vida, uma realização

¹²Significa tudo aquilo que possa vir a ajudar o indivíduo a se sentir mais integrado e harmonizado com a natureza e com todas as formas de vida (Bach, 1992). Não é o restabelecer os sintomas das feridas, é restabelecer condições para que as feridas se fechem. Essa condição é a integridade afetiva, integridade do amor, através do qual o processo de cura pode começar a se manifestar.

peçoal, através de tudo o que se faz e se vive no cotidiano, ou seja, que o amor por si só, é a base do que existe nas pessoas. Assim, amar a si mesmo é lutar para descobrir e manter sua individualidade; significa interesse, preocupação e respeito genuíno a si mesmo. Para Silva (1994), o amor é um estado de espírito que se caracteriza por tal sensação de quietude interior e satisfação consigo mesmo que leva a uma atitude otimista diante da vida e das outras pessoas. Assim, amar aos outros e à vida é mera consequência do amor a si mesmo.

O amor, para os gregos, era considerado uma força única e harmonizada. Segundo Aristóteles, em *A Política* (1991), foram Hesíodo e Parmênides os primeiros a sugerir que o amor é a força que move as coisas, as conduzem e as mantêm juntas. Esta percepção de amor é claramente identificada como fonte de criação e força fundamental do mundo no poema "Teogonia da Cosmogonia", de Hesíodo o mais antigo da tradição grega, no século VIII a.C. (Veigas, 1994). Platão (1979), porém, foi quem deixou o primeiro tratado filosófico sobre amor. Nele assumem-se e conservam-se os caracteres do amor sexual, os quais são generalizados e sublimados. Assim, o amor é o desejo de adquirir o que não se possui; é orientado à beleza, refere-se ao desejo do bem; é a via pela qual procura-se liberar da morte, deixando quem o sucede, distinguem-se tantas formas de amor segundo as formas do belo, começando pela beleza sensível e finalizando pela beleza da sabedoria, em uma relação dialética.

Ao descrever Platão na perspectiva de Chauí (1994), refere o homem virtuoso (que o mundo moderno substitui pelo homem saudável e legislador, que adota uma pura forma de lei), como aquele que purifica sua alma das misturas corporais e une seu desejo não a outros corpos, senão às idéias eternas. O amor é, pois um grande desejo de imortalidade, desejo de eternidade, desejo do além, porque o que o pensamento deseja é a idéia eterna e verdadeiramente real. Compatibilizando este raciocínio de Platão com a

Enfermagem, pode-se dizer que o homem saudável é entendido como aquele que é fonte inesgotável de amor aos outros a partir do amor a si mesmo.

Um pouco distante deste conceito, Aristóteles na perspectiva de Chaui (1994), considera o amor como algo positivo: ou é amor sexual, ou é afeto entre consangüíneos, ou entre pessoas unidas pela relação de amizade. Ou seja, considera outro mecanismo, no qual as idéias não são mais conhecidas pela contemplação da origem como em Platão, senão que são concebidas por abstração da razão sobre a matéria sensível. A diferença conceitual entre ambos, então, é que em Aristóteles o amor é algo sensível, enquanto que para Platão, Deus é o primeiro motor que move as coisas como “objeto de amor”, ou seja, como o desejo que as coisas têm de alcançar sua perfeição. Segundo a doutrina de Platão, o amor é o bem, é o Um. É o bem maior, ou seja, o ideal de todo amor.

No cristianismo, a visão de amor é entendida como uma relação que se deve estender ao próximo, a partir do mandamento no qual todos os homens tornam-se irmãos no Reino de Deus. Nas cartas do Apóstolo Paulo, citado em Mateus, identifica-se o Reino de Deus com a Igreja, considerando-a “o corpo de Cristo, na qual os cristãos são seus membros” (Mateus, 5,44 in Bíblia Sagrada, 1965).

Os cristãos fazem do amor o vínculo da comunidade religiosa e a condição da vida cristã quando afirmam que “o amor tudo suporta, tudo acredita, tudo espera, tudo sustenta ... Agora, pois, permanecem, a Fé, a Esperança, o Amor, estes três: porém o maior destes é o amor” (Cor., I, 13, 7-13 in Bíblia Sagrada, 1965).

Tomando como referência a Bíblia Sagrada (1965), São Tomás relata que existe um amor natural e um amor intelectual; ele considera o amor natural como um amor sem desvios, porque é uma inclinação colocada por Deus nos seres criados, o amor intelectual como “a amizade do homem com Deus”.

Por amizade, entende-se, neste conceito, o amor que é unido ao bem, segundo o sentido Aristotélico, ou seja, querer o bem de quem se ama e não querer simplesmente apropriar-se do bem que está na coisa amada, como sucede quando se ama por exemplo, o vinho ou um cavalo. A amizade, portanto, supõe além do bem, o mútuo amor necessário para a comunicação do homem com Deus. Observa-se, portanto, que os textos bíblicos relacionam o amor com a caridade, muitas vezes confundindo estes dois termos. O amor, no entanto, inclui a caridade entre seus requisitos, sendo, portanto, um sentimento maior.

Afora estes autores clássicos, a modernidade se enriquece ainda mais com a contribuição de outros autores, propondo novos enfoques ou componentes.

3.2 - Componentes do Amor

Drummond (1991), por exemplo, diz que o amor tem nove componentes, assim descritos são: *paciência*, "o amor é paciente", é o comportamento normal do amor, é esperar com calma, é entender, é acreditar, é não ter pressa; *bondade*, "o amor é benigno", é algo simples, é o amor ativo, é ser amável, é proporcionar alegria aos outros, tornando o mundo melhor; *generosidade*, "o amor não arde em ciúmes", é dar o melhor de cada um sem competir com os outros; *humildade*, "o amor não se engrandece nem se ensoberba", permitindo realizar o trabalho sem soberba e reconhecer as debilidades; *delicadeza*, "o amor não se conduz inconvenientemente", é manifestar o amor nas pequenas coisas, ou seja, ter uma reserva de amor em seu coração; *entrega*, "o amor não procura seus interesses", significa colocar amor ao encontro com a vida, é amar sem esperar nada em troca; *tolerância*, "o amor não se irrita", é não se incomodar com os acontecimentos; *inocência/respeito*, "o amor não se

ressente do mal", é permitir crescer, é encontrar valor e amizade, porque quem acredita e quem entende, pode transformar; e *sinceridade*, "o amor não se alegra com a injustiça, mas regozija-se com a verdade", é amar a verdade tanto como nosso próximo, ou seja, alegrar-se com a verdade.

Com base nos conceitos até aqui desenvolvidos e à luz das atividades pessoais e profissionais na Enfermagem, já se pode apresentar alguns questionamentos sob estas qualidades do amor no dia-a-dia da prática do assistir/cuidar de Enfermagem.

A primeira delas, a paciência consiste em indagar-se consigo mesmo, se o profissional é paciente, manifesta paciência com os semelhantes e se atua sem pressa? Estas e outras perguntas podem surgir em relação à paciência, pois, dificilmente pode-se tê-la com o outro se não a tiver para consigo mesmo. De qualquer modo, o questionamento também se dirige aos adolescentes, indagando se a paciência faz parte do dia-a-dia deles, no lar, na escola, nas instituições. De modo mais enfático, qual é a paciência que se observa em nível profissional, nas instituições na atenção às adolescentes grávidas, a fim de entender o momento que estão vivendo?

Como se sabe, as adolescentes grávidas vivenciam não só transformações próprias de sua gravidez mas, também, as de seu ciclo vital, apresentando características definidas como seres inquietos, questionadores, revolucionários, modificadores do mundo. Por isso, os profissionais de enfermagem, ao atuarem com elas, devem muitas vezes, exercitar sua paciência, com a finalidade de atingir os objetivos propostos em suas ações. Neste sentido, estes profissionais devem esforçar-se, não só para exercitar sua própria paciência, mas também, encontrar meios para fazerem com que as adolescentes grávidas façam uso de sua paciência, participando de um processo interativo e amoroso.

A bondade, componente tão simples do amor e, ao mesmo tempo, valioso e tão escasso no dia à dia profissional, é uma qualidade que enriquece as relações humanas em meio as atividades diárias rotineiras. Se não se é amável consigo mesmo, dificilmente pode-se expressá-lo aos outros. É importante sorrir como expressão espontânea de amor no viver diário das pessoas.

Neste sentido, Hipócrates apud Silva (1994), julgara que alguns dos pacientes “recuperavam a saúde apenas pela satisfação que tinham com a bondade do médico”.

A bondade, interpretada como atitude reconfortante, é algo que no relacionamento, traz conforto e facilita a cura. Segundo Laskow (1991), o ingrediente mágico dessa atitude reconfortante, é a forma mais universal de todas: O AMOR. Assim, o amor pode trazer conforto ou curar a doença, seja emocional, mental, espiritual ou física, sendo o Eu interior o veículo através do qual o amor é recebido e dado. O tema da cura, tendo como suporte a bondade, é recuperada por Nightingale ao estabelecer as diretrizes no assistir/cuidar do ser humano, referidas por Hipócrates, cujos resultados podem ser observáveis na prática de Enfermagem.

Com relação à generosidade, encontra-se, nas instituições, uma competitividade marcada entre os distintos membros da equipe de saúde e entre os membros de uma mesma profissão. Eles preocupam-se muito pouco com o que doam de si mesmos, importando-se mais com a quantidade de atividades que realizam do que com a qualidade de suas ações. Neste sentido convém distinguir generosidade e caridade.

As pessoas, na área de Enfermagem, geralmente, confundem generosidade com caridade, e apesar de serem parecidas, estas virtudes não têm o mesmo significado. Etimologicamente, caridade segundo Ferreira apud Silva (1994), significa benevolência, complacência, benefício, dar esmola,

enquanto que generosidade significa gostar de doar em um sentido mais amplo que o puramente material, significa nobreza, lealdade e perdão.

Muitas pessoas podem ser caridosas, mas não serem generosas, sendo muitas as situações que este fato pode ser ilustrado. Assim, por exemplo, as pessoas que promovem festas de natal para pessoas pobres, ou que dão comida na porta de suas casas e ajudam entidades beneficentes. Pode ocorrer que, apesar disso, em seu cotidiano, elas sejam intolerantes com as pessoas, humilhando-as e explorando seus empregados e subalternos ou sendo desonestas nos negócios, nas relações interpessoais, além de serem rancorosas e vingativas.

A generosidade, portanto, tem pouco a ver com “dar coisas” e muito a ver com “compartilhar emoções”. É uma postura diante das pessoas de tolerância das debilidades e defeitos, colocando-se em seu lugar para entender o que sente e porque sente, pois, a vivência pessoal e profissional têm mostrado que se uma pessoa é compreendida e aceita, maior será a tendência em abandonar as falsas defesas utilizadas para enfrentar sua debilidade diante da vida.

Já a qualidade do amor humilde é permitir-se aprender com os outros em um intercâmbio pessoal e humano. É a partir deste componente que se aceita os demais como seres da criação. É o reconhecimento das limitações pessoais, apreciando os valores dos semelhantes e aprendendo com os outros. Segundo Fromm (1991), o amor por ser dependente da relativa ausência de narcisismo, requer o desenvolvimento da humildade, da objetividade e da razão. Humildade e objetividade são indivisíveis como é o amor, só podemos ser verdadeiramente objetivos no respeito de nossa família, se o somos com relação aos outros.

A delicadeza, é igualdade pela qual se permite atuar de maneira certa, expressando o amor em pequenos detalhes, mediante um compartilhar

maravilhoso, os quais podem ser expressados pelo toque, pela palavra, pela carícia. Já a entrega é praticada quando se realiza as ações sem esperar nada, pois o contrário seria uma troca. Já a tolerância converte-se no elemento mais destrutivo de nossa maneira de atuar, quando não se pratica. O Apóstolo Paulo expressa-se, assim: “Aos olhos daquele que é Amor, um pecado contra ele é cem vezes pior. Não existe nenhum vício, ou desejo, ou avareza, ou luxúria, ou embriaguez que seja pior que um temperamento intolerante” (Bíblia Sagrada, 1965, p. 162).

A inocência/respeito refere-se a deixar entrar o amor. Ter respeito pelos outros é respeitar a si mesmo. Ajudar alguém é confiar nele, ou seja, o amor transforma. Neste sentido, é conveniente refletir se, na prática, há o respeito às adolescentes grávidas em seus sentimentos e em suas decisões. É importante indagar se lhes permite realizar sua transformação. É importante, também, perguntar qual é a transformação que se está introduzindo nas instituições de saúde na perspectiva desta possibilidade amorosa.

Por último a sinceridade, relaciona-se diretamente com a verdade, sintetizada em Drummond (1991, p. 52): “o amor não se alegra com a injustiça, regozija-se com a verdade”.

Colocando estes componentes do amor sob a ótica das ciências tradicional e humana, é observável que ambas possuem fundamentos para sua implementação na Enfermagem. No entanto, a primeira por ter um caráter objetivo possui menos possibilidades de aplicá-los, enquanto a segunda, por privilegiar aspectos subjetivos, parece favorecer sua implementação de forma autêntica na Enfermagem.

Historicamente a Enfermagem, pela sua origem no cuidar materno das crianças indefesas, a partir das “amas-de-leite”, guarda ainda a popular imagem da enfermeira como mãe amorosa, que conforta e cuida intuitivamente não só das crianças, mas também dos doentes, velhos, e pessoas debilitadas e

desvalidas. “A Enfermagem, a mais bela das artes, tem sido um trabalho amoroso e a consecução de um sonho” (Donahue, 1993, p. 2).

Se o amor tem sido característica primordial no cuidado de Enfermagem, o ponto de partida e de chegada da enfermeira com o paciente precisa ser uma manifestação amorosa, que demonstre não só seu interesse, mas também sua compaixão amorosa, a sua compreensão da dor, da saúde e doença e dos valores do outro frente a realidade técnico-assistencial e dos compromissos com a evolução do saber. Por isso mesmo há conflitos e dilemas entre o amor e as condições nas quais se pode manifestá-lo pelas controvérsias sociais, pessoais e profissionais.

Isto é passível de observação no contexto da Enfermagem se pensarmos a realidade de trabalho refletida como segue. A necessidade de mais um emprego, dado aos baixos salários, infra-estrutura inadequada para desenvolver e/ou coordenar a assistência/cuidado de Enfermagem, os componentes normativos institucionais, dentre outros, se constituem em componentes impeditivos da relação amorosa como aqui discutida.

Assim, o amor esperado na assistência de Enfermagem passa também por uma revisão estrutural do contexto da assistência de modo que os Seres, o que cuida e o que é cuidado, possam ambos estarem na sintonia amorosa que o cuidado de Enfermagem aqui refletido requer.

Convém lembrar que esse processo, não só se dá com a Enfermagem, mas também com outras disciplinas. Esta situação pode converter-se num instrumento que viabilize o resgate da relação amorosa no contexto universal, pois entende-se que a Universalidade amorosa é possível de se constituir em forte base para superação deste conflito.

Para efeitos deste estudo o amor está entendido como sendo expressado em: amor universal, amor íntimo, eros ou romântico, amor interior ou amor a si mesmo.

3.3 - Expressões do Amor

3.3.1 - Amor Universal

O amor universal é a expressão do amor. É o amor que Deus tem por suas criaturas. É o Amor Divino, que cura velhas feridas e mágoas. Este amor só é possível sem egoísmo; é o amor que se dá sem expectativa de recompensa ou benefício; é o amor maduro, responsável, que reconhece os defeitos dos outros e os ama apesar deles ou devido a eles; é o que se dá sem esperar retorno. Nesta linha de raciocínio, este amor é dado sem restrição, pois é assim que Deus nos ama. Este conceito, no entanto, nem sempre é tão simples de compreender e ser vivido. Desde criança, aprende-se a amar de várias formas, a cuidar de si mesmos, das coisas e dos entes queridos. Se não se é bem orientado para o amor universal, certamente que a manipulação far-se-á sentir nas relações familiares e sociais.

O amor, segundo Silva (1994), não está relacionado à manipulação ou planejamento, porque ele revela a verdade, tolera, ajuda e está sempre esperando uma oportunidade para manifestar-se. Assim, é importante ter sempre presente que o ambiente adequado para viver, crescer, estudar e trabalhar é aquele no qual predomina o amor e a aceitação.

Se as atitudes manifestadas pelas pessoas não revelam amor, a criança logo perceberá a falta dele. Neste caso, o exemplo recebido é determinante no desenvolvimento amoroso das crianças, visto que o amor é paciente, bondoso, devotado, respeitoso, amistoso, terno, pronto a aceitar, confiante e tolerante. Por conseguinte, o amor se vivencia e aumenta à medida que se doa.

Quando se fala de *AMOR UNIVERSAL*, chamado também *ágape* ou *incondicional*, refere-se a uma forma de energia que une e dá vida, não só uma idéia abstrata da mente (Fromm, 1991). Todas as pessoas são parte desta

energia, que está dentro de cada um e cada um dentro dela. Energia é uma rede circulando continuamente em qualquer tempo e lugar através de cada pessoa, animal, planta, mineral, dentre todos os componentes do Universo. A palavra grega ágape significa amor sem recompensa, restrição ou julgamento, ou seja, “é o amor total, o amor que devora, quando se experimenta e se conhece nada neste mundo tem tanta importância” (Shields, 1990, p. 24).

Este foi o amor que Jesus sentiu pela humanidade e foi tão grande que sacudiu as estrelas, mudou o curso da história do homem e conseguiu fazer o que reis, exércitos e impérios não conseguiram. O amor nesta expressão ao qual Jesus se refere quando anuncia “*amemo-nos uns aos outros, porque o amor é de Deus*” (1ª Epistola de S. João, 4:7 in Bíblia Sagrada, 1965), ou seja, amar ao outro em nós mesmos.

Outra forma de ágape é o entusiasmo, que é amor dirigido a alguma coisa. Assim, quando se ama e se acredita do fundo de nossa alma em algo, sente-se mais fortes que o mundo e se é tomado por uma serenidade que vem da certeza que nada poderá vencer a fé. Esta força estranha faz com que sempre se tome “as decisões certas, na hora certa”, de tal forma que ao alcançar o objetivo, se surpreende com nossa capacidade.

Maturana (1991) postula que o amor se dá a partir da biologia, observando os seres vivos como sistemas autopoieticos¹³, sistemas em que tudo ocorre em referência a eles no processo de viver. Isso o levou a pensar na convivência, dividindo-a em duas: uma que leva à destruição e outra que leva à realização do conviver. Ambas, destruição e realização são passíveis de concretização através do viver, à medida que ocorrer a aceitação de você e do outro como seres legítimos num ambiente de convivência social.

¹³Significa sistemas que interagem entre si em condições que dão por resultado o acoplamento pela conduta, isto é, interações comunicativas (Maturana, 1991).

Shields (1990) e Maturana (1991) dão fortes indicações de que é importante distribuir amor em nosso corpo, bens, família, ambiente, cidade, país, planeta. Assim é que o amor nos mantém envoltos em um estado realmente divino. O amor não limita nem exerce domínio, é um tesouro verdadeiro. É o sentimento de respeito por todas as formas de vida, ou seja, pela natureza, pelos animais, pelos objetos inanimados e pelas pessoas; compreende a amizade, a estima e o apreço, é através dele que as plantas desenvolvem-se e florescem, os animais libertam-se, o lar transforma-se no ambiente de plenitude e acolhimento, mantém o relacionamento dos casais nos períodos difíceis e mantém a família unida, apesar das distâncias físicas.

O amor pode ser vivenciado à nível físico, à nível de personalidade e à nível interior ou transpessoal, ou expresso através de pensamentos, sentimentos, palavras e ações, sendo a qualidade de experiência diferente em cada um desses níveis.

3.3.2 - O Amor Íntimo, Eros ou Romântico

Chamado, também, de amor pessoal, é a maneira assumida pelo amor universal, quando toma a forma de nossa personalidade e a condição de nossa vida. É o apreço pela vida; é necessário nos relacionamentos, para estabelecer o vínculo entre as pessoas. Permite ter uma auto-imagem positiva de si e dos outros; é o respeito que se tem pelas diferenças existentes nas personalidades, nas amizades, no trabalho e nos relacionamentos.

De acordo com Fromm (1991, p. 11), o amor erótico é exclusivo, mas ama na outra pessoa toda a humanidade, tudo quanto vive. O amor erótico apenas exclui o amor aos outros no sentido da fusão erótica, da plena entrega em todos os aspectos da vida, mas não no sentido do profundo amor fraterno. Assim, se o amor erótico é amor, na premissa que é a de que se ame a essência

de ser e experimente a outra pessoa na essência de seu ser. Em essência, todos os seres humanos são idênticos. Somos todos parte de Um; somos Um.

O amor erótico definido em *O Banquete* (Chauí, 1994, p. 159), é o verdadeiro objeto comum ao objeto do pensamento: a verdade, é que através desse amor indica-se o caminho que eleva, que conduz às alturas e leva a alma a encontrar suas origens, sua pátria junto às realidades inteligíveis. Assim expressa-se Eriximaco, a respeito dele em seu discurso: “Eros é a harmonia, e união dos contrários, a atração ordenada dos opostos, por isso a medicina, arte da amizade entre os humores e os elementos no corpo e na alma, é a primeira ciência do amor. Eros é uma força cósmica, universal, que aplicada para o bem, nos traz a felicidade perfeita, a paz entre os homens e a benevolência dos deuses” (Chauí, 1994, p. 160.)

É a resposta a nossos sentimentos, necessidades, desejos e sonhos e baseia-se em nossas seleções, as quais devemos fazer com responsabilidade para conosco e para com as outras pessoas. Encontramos esta forma de amor descrita na mesma obra, quando Alcebiades faz a mais desesperada declaração de amor a Sócrates, porque lhe parecia que preferia os outros e não lhe correspondia ao afeto que lhe dedicava (Chauí, 1994), sendo esse o amor condicional, ou seja, é a necessidade de controlar todos os aspectos do ser amado, neste caso possessivo e egoísta, podendo-se resumir assim, “se você me trata como quero ser tratado, eu o amarei”, buscando sempre um sentimento irreal.

Na mesma obra (Chauí, 1994, p. 162), Diotimia continua com o diálogo e expressa-se assim: “Eros é um intermediário entre Deus e os homens. Eros é o desejo: carência em busca de plenitude. Eros ama. Quem ama o amor? O que dura, o perene, o imortal. Ama o bem pois amar é desejar que o bem nos pertença para sempre. Por isso, Eros cria nos corpos o desejo sexual, e o desejo da procriação que imortaliza os mortais”.

E quem ama o amor nos corpos bons? Sua beleza exterior e interior. Amando o belo exterior, Eros nos faz desejar as coisas belas. Amando o belo interior, Eros nos faz desejar as almas belas. Desejo de formosura da forma bela ou a bela forma, esse é o desejo de formosura, essência de Eros, é isto que a tradição consagrou com a expressão de AMOR PLATÔNICO.

Ao que se observa, o amor erótico tornou-se uma palavra difícil, pois, as pessoas não falam sobre ele em razão de que fiquem confusas; não têm clareza de qual amor se está falando, se é de um amor incondicional, ou de um amor de troca ou condicional. Este é o verdadeiro "TER" o amor. Ora o amor não se tem, vive-se, porque ele invade, é Ele quem se apropria do SER e não o SER que se apropria Dele.

O amor de troca é um amor mais primário. Grande parte da humanidade vive nele, porque não tem sequer a possibilidade da clareza, de chegar a ter consciência de seu direito amoroso, ou seja, de entregar-se a plenitude amorosa. É possível observar-se esta manifestação de "troca amorosa" ou "amor de troca" na sociedade de modo amplo, ou nas relações em família, por exemplo entre pais e filhos e marido e mulher. As pessoas vivem e expressam suas potencialidades no ser amor e não ter amor. Portanto, a dimensão do amor é o "SER" não é o ter, porque: "quanto mais nos amemos e amemos aos outros, mais nos amaremos e amaremos aos outros" (Silva, 1994, p. 240).

Promover e preservar o romance numa relação de casais é um desafio com respeito à responsabilidade, à realidade da abundância do amor e ao estabelecimento de condições. O amor com condições é bastante comum. Por isso, se damos, esperando receber ou amamos outra pessoa porque responde às nossas necessidades, estamos colocando condição ao nosso amor, sendo esta muitas vezes, a única forma como a maior parte das pessoas vivem em sociedade e desperdiçando a compreensão e a própria vida amorosa.

3.3.3 - O Amor Interior , ou Amor a Si Mesmo

É o amor próprio, saudável. Segundo Siegel (1989), é o amor interior que ensina a respeitar a singularidade dos outros, percebendo que se é semelhante, que se tem capacidade de amar e produzir cura e integridade.

Ao admitir-se a crença de que se é filho de Deus, a humanidade é possuidora de seus atributos. Assim se, se vê desta forma, aprecia-se a vida de Deus fluindo neles mesmos. Com efeito, se consegue olhar para si mesmo com paciência, bondade, generosidade, humildade, delicadeza, entrega, tolerância, inocência, sinceridade, esta se amando de forma incondicional, reconhecendo-nos como seres únicos, podendo ser mais fácil amar os outros incondicionalmente.

É necessário, no entanto, dirimir o equívoco entre o amor a si mesmo com egoísmo, os quais são pólos opostos do mesmo fenômeno embora possam parecer-se complementares, guardando o egoísmo uma relação inversa com o amor, pois, quanto maior é o egoísmo, menor a possibilidade da vida em amor. O egoísmo geralmente é o narciso. Segundo Silva (1994), é o invejoso em geral, porque só consegue enxergar seus próprios interesses, sendo sua visão de mundo e de vida fundamentalmente pragmática e sua relação com as outras pessoas uma permanente disputa de bens e posições, preocupados só em vencer sem importar-se muito com os meios empregados para conseguir a vitória. Além disso, sua visão pragmática leva-o a ser pessimista, raciocinando sobre o amor e não possibilitando sua realização como objeto abstrato e concreto de expressão de vida.

Na pessoa narcisista, além do próprio *egoísmo*, componente quase obrigatório, estão presentes outras características como, *excessiva preocupação com as aparências*, tanto de ordem física como outros atributos que lhes permitam exibir poder, prestígio e riqueza, quando reconhecido como normal e

desejável alguma vaidade como expressão de auto-estima, porém, os narcisistas a vivem como a própria vida.

Outra característica no narcisista é a *inveja* quase sempre não admitida, que se manifesta como uma sensação amarga de desconforto e sofrimento quando outra pessoa alcança sucesso em nível material, intelectual, profissional ou em termos de poder. As pessoas invejosas também apresentam *baixa tolerância à frustração*, manifestando mau humor quando sua vontade é contrariada. Ademais, *manipulam* as pessoas mostrando-se como vítimas, apresentando sua vontade como a mais justa e sendo capaz de negar ou mudar o que afirmaram antes com o objetivo de ter a seu favor uma situação ainda desfavorável. “Assim, qualificamos de egoísta o fato de seguir sempre os próprios instintos” (Simmel, 1993, p. 114).

É importante, por outro lado, ter claro que querer-se a si mesmo não é defeito, é uma qualidade e não tem nada a ver com egoísmo. O narcisismo é o não querer os outros, e é justamente a impossibilidade de se amar que o incapacita amar os outros. Este mesmo raciocínio vale para a Enfermagem, que, tradicionalmente, vem sendo ensinada a não envolver-se emocionalmente com a dor e com o sofrimento dos pacientes. A esta postura acadêmica é de se indagar como pode alguém ajudar aquele que sofre, sendo indiferente ao sofrimento humano e correndo o risco de ser indiferente a vida e a sua própria história?

Acredita-se, que é fundamental que se sinta, nem que seja por um momento apenas, a dor do paciente para que se possa ter uma relação amorosa, expressa em solidariedade e afetividade. Será que o próprio compromisso amoroso, permite-nos descobrir as nossas limitações, quando nos envolvemos com a outra dimensão como ser?

É importante lembrar que apesar do componente educativo se constituir teoricamente no eixo central de nosso desempenho profissional em

Enfermagem, dificilmente a prática dá uma resposta satisfatória aos pacientes ou familiares sobre o que está lhes acontecendo, sobre sua doença, situação, ou cuidados que estão sendo realizados. Com isso, demonstra-se a não preocupação dos profissionais com os interesses dos próprios pacientes. As enfermeiras foram treinadas a trazer, com sutileza, para a entrevista, as informações que lhes interessam, e limitando o diálogo do paciente, de acordo com o que se deseja.

Na atualidade, a relação enfermeira e paciente é um reflexo dos valores explicitados na sociedade em que se vive, ou seja, a era do egoísmo, do narcisismo, e do individualismo, em que conta o ter e o poder (dinheiro e prestígio) e não o Ser. Estes valores sociais, geralmente, afastam as enfermeiras do caráter humanitário, que é a essência da profissão. Como resultado, os pacientes são tratados em razão de doenças específicas convertendo o paciente segundo sua cama ou dor. Assim, ignora-se o nome do paciente como, também o paciente ignora as pessoas da equipe de saúde.

Neste sentido, é plausível concordar com Souza e Prado (1993) em que a prática de Enfermagem deve ter um referencial que tenha como base o saber humano em interrelação com as demais áreas do conhecimento e acreditar que o amor é básico em todo momento e, muito mais, em momentos de doença, como podemos observar na citação que se faz de Silva, “qualquer médico que tenha exercido a profissão com um mínimo de sensibilidade tem percebido que muitas vezes não importa tanto o remédio, ou técnica que utilize no tratamento e sim o amor, a estima, e o interesse que transmite a seu paciente” (Silva, 1994, p. 345).

É a partir desta citação que o auto-conhecimento é indispensável para a abertura de caminhos amorosos aplicáveis a Enfermagem.

3.4 - Amor e Auto-conhecimento

Quando queremos elucidar os problemas vitais das pessoas, notamos que a maioria delas está vinculada aos relacionamentos do cotidiano. Segundo Patrício (1990), é de conhecimento das enfermeiras que, uma das bases da prática do exercício de Enfermagem, está no relacionamento mantido com o cliente, sua família e equipe de saúde, interações estas, que não envolvem só o ambiente institucional, senão também o individual, inseridos num contexto maior, ou seja, a sociedade em que se vive.

Por isso, quando se quer elucidar os problemas vitais das pessoas, nota-se que a maioria deles estão vinculados aos relacionamentos do cotidiano. Neste sentido, pode-se utilizar os preceitos gregos gravados no templo de Apolo em Delfos, que guardam significado nos dias de hoje, os quais são:

- *“Conhece-te a ti mesmo”*, ou seja, conheça tudo sobre você mesmo, especialmente seu lado obscuro, e;

- *“Nada em excesso”*, só aqueles que compreendem e aceitam seu próprio potencial atingindo o conhecimento dos extremos opostos, podem optar por controlar e humanizar suas ações.

Assim, quando se aceitar as diferenças individuais, o amor está nascendo, pois pode-se usar a criatividade para se conhecer, amar e para conhecer e amar os outros, na busca de um crescer juntos em emoções, ou seja, o caminho do amor é o equilíbrio, o que leva a ver que tudo que se procura pode ser encontrado em cada um. Desta forma, não se poderá ter nenhuma entrega para outra pessoa, sem uma profunda abertura simultânea para consigo mesmo. Neste sentido, Warat diz que “a transcendência está no interior de si mesmo, na descoberta do inconsciente como único lugar possível para esse misterioso encanto chamado além ” (Warat, 1990, p. 10).

Por isso, o fato de se tomar consciência do que está acontecendo a cada momento faz com que um entre numa atmosfera amorosa em relação ao outro, fazendo-se aberto ao desenvolvimento da amorosidade e a disponibilidade para com ele. Então, ter conhecimento de si mesmo também é conhecido, na literatura, por auto-conhecimento. O auto-conhecimento é o domínio imediato da consciência e que permite a sintonia com a situação global que envolve-nos, com as pessoas ao nosso redor e com o ambiente do aqui e agora, como um todo (Jung, 1991).

É uma das mais antigas tentativas feitas pelo homem, de encontrar uma ordem oculta no aparente caos existente no mundo. Ele também é uma linguagem simbólica cuja vitalidade permanece até nossos dias. Segundo Jung (1992), a psique humana, que é composta dos opostos “Consciente” e “Inconsciente”, luta com tudo o mais na natureza para alcançar um equilíbrio. Pode-se interpretar ainda segundo este autor, que a uma ação corresponde uma reação igual e oposta. Assim, por exemplo grandes e positivas proezas intelectuais na consciência, são seguidas com frequência, por fortes reações emocionais, de caráter negativo.

Na vida diária estes opostos da psique humana manifestam-se na diferença entre bom e mau, culpado e inocente (Jung, 1992). Essa dualidade não permite entender, em sua grande maioria, o outro, ou seja, que exercemos pouca ou nenhuma influência sobre circunstanciais eventos e que uma das utilidades do auto-conhecimento é ajudarmo-nos a descobrir quais fatores externos nos confrontam.

Com frequência ocorre uma reação tão forte a certas qualidades de outras pessoas, que não importa se as qualidades são agradáveis ou não, essas reações irracionais e emocionais são dirigidas contra pessoas e coisas nas quais identificamos tais qualidades. De maneira que estudando nossas próprias reações ao mundo externo, podemos apreender muito sobre a própria mente

inconsciente. Todas as pessoas, coisas e circunstâncias com as quais nos sentimos emocionalmente envolvidos, estão relacionadas com nossa psique pessoal.

A noção de enantiodromia, ou seja, o fato de que tudo transforma-se em seu lado oposto ou inverso, encontra sua expressão em nossas vidas. Assim, no decorrer natural dos acontecimentos, efeitos positivos seguem efeitos negativos no inconsciente e vice-versa, se nossa fantasia produz uma imagem brilhante em um momento, tem uma imagem obscura que segue imediatamente depois; este princípio foi abordado de diferentes maneiras em muitas civilizações, e também trabalhado por Heráclito e Jung (Jung, 1992). Uma das peculiaridades de nossa cultura e maneira de pensar ocidentais, é localizar tudo o que forma nosso ambiente, não dentro, mas fora de nós, e tratar os eventos como independentes ou “ocasionalmente dependentes” do que está ocorrendo em nossa psique.

Durante os últimos séculos, o amor tem sido expressado das mais diversas formas, que vão desde o romance até a tragédia, manifestando suas respostas através de sentimentos e expressões. Mas, quando uma pessoa ama apenas a uma outra pessoa e é indiferente aos demais semelhantes, seu amor não é amor senão um afeto simbiótico, ou um egoísmo ampliado, porque como diz Fromm: “o amor é uma atividade, uma força da alma, acredita-se que tudo quanto é necessário encontrar é o objeto certo e tudo o mais virá depois por si. Tal atitude pode ser comparada à de alguém que queira pintar mas, em vez de aprender a arte, proclama que lhe basta esperar pelo objeto certo, passando a pintá-lo belamente quando o encontrar. Se verdadeiramente amo alguém, então amo a todos, amo o mundo, amo a vida. Se posso dizer a outro, “Eu te amo”, devo ser capaz de dizer “Amo em ti a todos, através de ti amo o mundo, amo-me a mim mesmo em ti” (Fromm, 1991, p. 61).

Ou seja, deve-se ter em conta o sentido do amor e utilizá-lo como transformador, preservando os valores humanos, dando assim, lugar ao mundo da sensibilidade na assistência de Enfermagem. Pelo exposto, pode-se afirmar o quanto é importante o amor na vida dos seres humanos, e, como diz Silva, “o crescimento e o auto-conhecimento interior levam a um grau de aceitação e auto-estima capazes de restabelecer a capacidade perdida de amar aos outros, a vida e, fundamentalmente, a nós mesmos” (1994, p. 257).

Para entender o amor existente nas pessoas, é preciso aprender a aceitar que somos como somos, ou seja, aceitarmos tal e como somos. Pois nossa existência depende da relação que temos conosco, e de como afeto meu comportamento segundo minhas crenças, ideais e valores, assim como, também, da prevenção diária do ambiente, como relacionar-me com os objetos e as pessoas e como estabelecer o limite do outro.

Preocuparmo-nos conosco é amor próprio. O amor autêntico leva-nos a amar-nos mais e melhor e a todos com quem convivemos neste universo. Só podemos amar aos outros quando nos amamos, pois não podemos dar aquilo que não temos (Buscaglia, 1994). Ou seja, que ninguém amará adequadamente aos demais se antes não se amar. Somos indivíduos, únicos, originais, somos uma obra de arte, somos autênticos. É assim que são todos os seres do Universo. Quando reconhecemos nossa individualidade estamos preparados para aceitar a individualidade do outro.

A importância do auto-conhecimento para o profissional de Enfermagem é que este conhecimento permite abranger a deficiência alheia num contexto pedagógico. Isto é, o profissional da Enfermagem levará em consideração as manifestações próprias de seus clientes, principalmente as adolescentes grávidas, numa perspectiva amorosa.

3.5 - Adolescentes Grávidas e Amor

Pensar em amor é pensar em vida. O período da adolescência é uma etapa do ciclo vital de transição entre criança e adulto que se caracteriza pelos seguintes níveis de desenvolvimento: físico, mental, emocional e social. Assim, os desafios enfrentados pela adolescente são considerados próprios do desenvolvimento em que incluem adaptação às mudanças fisiológicas e anatômicas em relação à integração de uma maturidade sexual em um modelo pessoal de comportamento, ou seja, o estabelecimento de uma identidade individual, sexual e social. Assim, a adolescência como etapa do ser humano, caracteriza-se pela descoberta de seu desenvolvimento físico e psicológico envolto em um processo amoroso, com a perspectiva de viver despertando o amor em si, na família e nos outros.

Afora esses aspectos, o amor é o fenômeno caracterizador da existência dos seres. Na adolescência, de forma muito particular, é que se descobre, explicitamente, a expressão do amor erótico. Esta amorosidade característica da adolescência é vivida, durante seu processo de crescimento e desenvolvimento, numa relação amorosa com a proteção dos pais e da própria sociedade. Por isso, as crianças devem ser protegidas, pois se constituem em um bem precioso para a própria sociedade. Elas devem ser protegidas da falta de amor ou do falso uso do amor, oferecendo-lhes desde sua fase de vida intra-uterina a oportunidade de vivenciar um processo amoroso.

Ao entrar na adolescência, especialmente a mulher a partir da menstruação, como referência sexual, sugere biologicamente que está preparada para outra expressão do amor, o amor erótico, e que pode correr o risco de engravidar. Como opina Takiuti (1988), é um concretizar sonhos, fantasias e esquecer-se da falta de afeto, é a prova da heterossexualidade: “eu

sou normal, senti prazer, não sou impotente sexual”. É ir ao encontro do amor em sua plenitude; é amar e ser amada.

As adolescentes são vistas de forma diferente pela sociedade e por sua própria família, porque seu corpo começa a preparar-se para a procriação, para uma possível gravidez, não querendo significar com isto, em nossa sociedade, que tenha condições para assumi-la. Por outro lado, é importante lembrar que: “a humanização no feto surge como parte de sua relação cultural e começa na gravidez quando começa a ser desejado por sua mãe à partir de seus sentimentos e reflexões” (Maturana, 1991, p. 143).

É desta perspectiva e nos limites deste estudo, ou seja, na questão deste trabalho, um proporcionar na assistência nos serviços de saúde, um espaço específico à adolescente grávida, para refletir sobre a vida, a sua relação amorosa e a gestação; e, que a partir dessa reflexão, ela possa estabelecer uma dimensão em seu processo de vida, diante de sua gravidez, no que diz respeito a sua relação amorosa.

Ao estabelecer essa relação de amor consigo mesma, a adolescente envolve-se na totalidade do amor à nível do Universo, vivenciando-o, em seu encontro amoroso, sendo seu filho parte desse processo vivido, o qual envolto em uma energia amorosa de múltiplas dimensões, se desenvolve à nível intra-uterino (Di Bernardi, 1993), mostrando-lhe um mundo com possibilidades de ser amoroso, preparando-o ao nascer para responder ao convite do Amor Universal, não à negatividade ou destruição.

Assim, o amor materno neste contexto é uma afirmação incondicional da vida do filho e de suas necessidades, transmitindo-lhe que é bom que ele tenha nascido, infundindo-lhe amor pela vida e não só o desejo de permanecer vivo. Assim é o que expressa, Fromm (1991), quando constata que apesar de muitas mães terem a capacidade de dar leite, só a minoria é, capaz de dar mel. A metáfora do mel simboliza o amor pela doçura da vida, pela felicidade de estar

vivo. Ou seja, de nutrir a possibilidade de uma vida, o leite; a plenitude de uma vida, o amor, o mel. Por isso “o amor da mãe pela vida é tão contagioso quanto o é sua ansiedade” (Fromm, 1991, p. 65).

3.6 - Amor, Cura e Enfermagem

O amor não é apenas um sentimento, é alimento para a mente e o corpo, é o vínculo que mantém todos os seres e pessoas unidos em um todo uno e maior. O amor é a essência da vida e constitui nossa verdadeira natureza, é uma força que atrai tudo para si, sendo ao mesmo tempo, poder de atração e emanção, ou seja, um poder que é transformador. Vale a pena lembrar que no começo deste século, Einstein, com a teoria da relatividade mostrou que a matéria e a energia são intercambiáveis; ou seja, que a matéria é uma forma de energia, que permite-nos entender a visão da pessoa com níveis mais densos (físico), e menos densos de energia (mental, emocional e espiritual), consistentes com a visão dele (Gerber, 1988).

Reconheço o amor como energia. Somos energia, assim o expressam claramente de uma ou de outra forma vários teóricos de Enfermagem em seus marcos conceituais (Nightingale, 1859; Rogers, 1989; M. Newman, 1986; Watson 1989). Nas últimas décadas, na ciência tradicional, começou-se a estudar o uso da energia, no tratamento de doenças, a partir do uso da radiação para o tratamento do câncer, o uso de eletricidade para aliviar a dor e reduzir o tamanho de tumores, assim como, também, a utilização de novas tecnologias de formação de imagens como tomografia computadorizada, ressonância magnética, entre outras, as quais proporcionam novas abordagens de visualização da vida e do conhecimento.

A força do amor tem sido objeto de investigação acerca da cura, por vários cientistas, entre outros, Siegel (1989), Chopra, (1989), Silva (1994),

Laskow (1992), Shields (1990), sendo que também foi explicitado no trabalho realizado por Krieger¹⁴ (1995), o qual deu suporte à teoria de Rupert Sheldrake¹⁵, segundo a qual o campo universal maior contém padrões, por isso, quando em nosso campo ocorrem mudanças que correspondem aos do campo maior, uma nova forma passa a existir. O amor reúne tudo o que é desarmônico e o transforma em um todo integrado, estabelecendo a ordem com a totalidade universal baseada na harmonia, organização e respeito mútuo de nossas sociedades, tão complexas e cheias de incompatibilidades vibratórias (Sabeti, 1991).

Neste último milênio, tem surgido preocupação com as formas de olhar o mundo, emergindo a proposição e redesenho de novos paradigmas ou marcos conceituais permeados pelo amor, os quais representam nossa matéria subjetiva. A sociedade está alerta para a revisão conceitual de vida, de compreensão do Universo, de avaliação da própria ciência, da própria tecnologia; a sociedade está em busca de si mesma, em busca de apoio e os cientistas e estudiosos de todas as linhas do mundo, e conseqüentemente os filósofos e cientistas sociais também estão envolvidos nesta caminhada, de olhar o mundo e de refletir sobre a construção do conhecimento, à luz de uma reinterpretção amorosa a caminhada científica e de suas relações com o Universo.

Observemos aqui e agora, no momento presente, e comecemos a viver o caminho para uma vida mais consciente, mais ampla, em termos de uma percepção mais objetiva de caráter e de significado, relativo aos fatores básicos, que permitem forma e expressão à existência das pessoas e seu lugar no Universo, levando-se em conta a força do Amor. O que vale para a pessoa, vale para a instituição, pois a medida que a assistência dos serviços de saúde

¹⁴Therapeutic Touch (Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall, 1979, e Rupert Sheldrake. A New Science of life (Los Angeles: J.P. Taucher, 1981)

¹⁵Existência dos campos mórficos, a qual permite explicar, também, as mudanças qualitativas de comportamento (Capra, 1993).

desenvolve-se amorosamente, converte-se num ato de amor para os profissionais de saúde, porque passam a considerar-se menos vítimas, com possibilidades de crescer no processo de valorização da vida. Desta forma, o mundo é uma maravilhosa experiência de amor. A lição mais importante que se tem é aprender a amar, cada vez mais e melhor a nós mesmos e aos que estão em nosso redor. Para isso, necessita-se de uma prática constante, pois só assim se pode dar amor com liberdade quando se aceita com gratidão tudo o que a vida dá. Portanto, acolher a vida resgatando as palavras de Goethe na perspectiva de Silva (1994) “o talento desenvolve-se na solidão, o caráter no rio da vida porque é no mundo que aprendemos a amar, e o amor permanece, jamais acaba, porque o amor é vida”.

A importância do amor também é ressaltada por outros cientistas sociais. Os psicólogos humanísticos propõem uma psicologia que enfatiza os fatores positivos, tais como a auto-realização, criatividade, conquista de uma consciência mais elevada, bem como a percepção de uma maneira imediata para nossa essência individual. De acordo com o que diz Rudhyar, “... o objetivo é ser capaz de perceber que tudo o que acontece, em qualquer tempo, encaixa-se no quadro geral ou na estrutura de sua existência ... Cada ser humano é um todo orgânico, relativamente independente, no qual várias forças atuam dinamicamente entre si, segundo um padrão original e originador, que estabelece seu propósito na vida e sua realização básica com o todo existente no Universo” (Rodrigues e Fontoura, 1987).

Silva (1994) menciona em seu livro “Quem ama não adocece”. Estudos que têm fortalecido a idéia da necessidade do amor. Ele se refere a pesquisas no campo da epidemiologia, da psicofisiologia e da psiconeuroimunologia as quais têm mostrado que o amor em suas distintas manifestações como amizade, altruísmo, enamoramento constituem-se em estratégia biológica de maior valor para uma longevidade e qualidade de vida adequadas. O

sentimento do amor está ligado à capacidade de experienciar sentimentos como a alegria, expressão que também tem sido descrita na literatura médica como um fator que melhora a evolução e o prognóstico de algumas doenças.

Buscaglia (1994, p. 64) refere-se em seu livro “Amor” ao estudo realizado com 800 crianças canadenses, pelo Dr. Griffith Banning, no qual mostrou que uma situação de crianças com pais divorciados, mortos ou separados, onde houvesse falta de um sentimento de amor e afeto, era mais danosa para o crescimento do que as doenças e mais séria do que todos os fatores combinados.

Vistas assim, num contexto tão amplo e com perspectivas de um cenário universal, as experiências e registros do cotidiano da vida, e as crises ocasionais, que modelam novas fases de crescimento, passam a ser mais compreensíveis e, essencialmente mais significativas. Atualmente, apesar de todos os esforços realizados para tornar a Enfermagem, uma profissão técnica e científica, não se pode esquecer, que ela é uma expressão de amor, pois enfoca o ser humano em toda sua globalidade, assistindo-lhe em todos os níveis de complexidade no processo saúde-doença, no qual inclui-se a prevenção da morte materna.

O amor neste trabalho é um resgate da humanidade, pois a maioria dos trabalhos propostos, seja na perspectiva teórica, ou na avaliação dos serviços de saúde, mencionam o fato de existir um desenvolvimento técnico, mas ausência de humanidade. Não se é suficientemente hábil para reconhecer que para ter humanidade, “a base científica” no entendimento, é o amor.

PARTE II

CAPÍTULO IV

CRIANDO O CAMINHO METODOLÓGICO

Neste capítulo descreve-se o caminho metodológico construído para a elaboração deste trabalho, cujo objetivo é construir e implementar um referencial teórico centrado no amor, para assistir as adolescentes grávidas, com vistas à prevenção de Mortalidade Materna. O referencial teórico constitui-se na possibilidade de estabelecer um elo de ligação entre as ciências tradicionais e humanas como suporte para explicitação do amor na assistência de Enfermagem. Embora as duas correntes não sejam conflitantes é observada a predominância da primeira sobre a segunda, descaracterizando o assistir/cuidar com amor na Enfermagem.

Por isso este referencial teórico torna-se um suporte para a melhoria da assistência, com a finalidade de que a Enfermagem relacione explicitadamente o conceito de amor no assistir/cuidar das adolescentes grávidas.

Assim, neste capítulo apresenta-se o referencial teórico em construção bem como a forma de operacionalizá-lo. Para melhor encaminhar a construção deste referencial teórico, este capítulo está dividido em cinco seções: a) **Caraterização do estudo**; b) **Descrição das etapas do estudo**; c) **Apresentação do referencial**; d) **Relação entre o Conceito Amor, seus sub-conceitos e conceitos complementares e o processo de operacionalização**; e) **Bases operacionais do referencial**.

4.1 - Caracterização e Delimitação deste Estudo

Este estudo caracteriza-se como teórico-metodológico de base empírica. De acordo com Demo (1994), pesquisa teórica é aquela orientada para a construção de teoria, de quadros referenciais e de estudos voltados para o discurso da realidade. Salienta, ainda que o papel principal do estudo teórico é a discussão, a crítica e a construção de condições que possibilitam a inovação, mediante a construção do conhecimento, como instrumento de intervenção na realidade. O confronto teórico é condição fundamental de aprofundamento em pesquisa para superar níveis descritivos, repetitivos e, apresentar abordagens originais. Com os pressupostos de Demo (1983), esta tese considera como pesquisa teórica a (re)construção de teorias ou quadros de referencias com a característica que devem ser compartilhadas, conforme a cultura e os paradigmas vigentes.

Para a construção deste referencial teórico, cujo fundamento é o amor no assistir/cuidar de Enfermagem à adolescentes grávidas, esta tese limita-se ao conceito de AMOR segundo o pensamento de Drummond (1991), Warat (1990), Simmel (1993), Fromm (1991), Maturana (1991), Buscaglia (1994) e Silva (1994). A opção por estes autores justifica-se em razão de que seus conceitos vão ao encontro das crenças da autora. Por outro lado refletem a prática da autora enquanto enfermeira em sua teorização de que o amor é um caminho indicador com vistas à prevenção da morte materna.

Além disso, estou de acordo com Neves-Arruda et al (1992) em que “devemos alterar a realidade da pesquisa no cuidar, não tendo mais pesquisadores para o cuidar, mas implementando a proposta de ter enfermeiros ocupados com o cuidar pesquisando”. Baseando-me nesta afirmação, incluo o ensino no cuidar-pesquisar, ao sugerir um novo caminho no assistir/cuidar das adolescentes grávidas. Portanto, este referencial deu respaldo como teorização

a uma prática que foi desenvolvida a partir de um compartilhar e um semear durante a etapa de implementação em vários momentos. Estes, vividos pela autora, permitiram integrar o ensino, a assistência e a pesquisa de forma positiva. A construção deste referencial é desenvolvida neste capítulo, enquanto que sua implementação será relatada no capítulo seguinte. Ressalta-se, também, que durante todo o processo de elaboração da tese, houve um *continuum* compromisso com o respeito aos aspectos ético-morais em todos os níveis de trabalho, principalmente, pessoas e instituições.

Durante a elaboração deste referencial, vivenciaram-se diversas etapas, as quais permitiram uma melhor clareza dos conceitos utilizados no desenvolvimento desta pesquisa.

4.2 - Descrição das Etapas do Estudo

Para o desenvolvimento do referencial teórico, realizaram-se seis etapas, a descoberta, a busca, a construção, o compartilhar, o semear e a implementação, apresentação da experiência, seguindo em frente, assim relatadas:

4.2.1 - Primeira Etapa - A descoberta

Este momento ocorreu ao descobrir o conceito de amor e a sentir a relevância dos modelos conceituais e referenciais para a prática de Enfermagem, na disciplina "Tópicos Especiais: As pensadoras de Enfermagem". Nela, foram discutidos alguns aspectos relacionados ao desenvolvimento de teorias, conceitos e marco de referência, possibilitando a sua incorporação na prática profissional. Ressalta-se que, apesar da descoberta consciente manifestar-se durante o curso de Doutorado, o conceito de amor já

estava latente no “mundo interior” da autora. Após o reforço desta descoberta, percebeu-se a necessidade de ampliar a busca de suportes bibliográficos e de participação em eventos científicos, os quais aportaram no fortalecimento teórico-filosófico para o desenvolvimento deste estudo.

4.2.2 - Segunda Etapa - A busca

Essa fase caracterizou-se pela busca de literatura, e pela participação em eventos referentes a desenvolvimento científico-filosófico em relação ao tema e a outros assuntos afins, com frequência a cursos e a eventos¹⁶ com a finalidade de discutir e aprofundar conceitos, a partir da identificação com autores que apoiaram o trabalho em aspectos teórico-filosóficos. Para poder, no entanto, produzir mudanças na construção de um novo saber na perspectiva deste trabalho, fez-se necessário a introjeção e assimilação do tema, a partir do próprio desafio amoroso, que permitisse o convívio com a etapa seguinte.

4.2.3 - Terceira Etapa - A construção

Esta fase correspondeu ao processo de assimilação e incorporação do tema, a revisão de valores, crenças, atitudes que serviram de matrizes para a construção do novo conhecimento, a partir do desenvolvimento teórico-conceitual com fundamentação filosófica, necessário ao processo. Coerente

¹⁶Encontro de “Filosofia na Virada do Século”, realizado em Santa Maria, 1993.
 Seminário Cuidar-Confortar no Processo de Viver e Ser Saudável, realizado em Florianópolis, 1993.
 Curso Sobre Energia Humana, realizado em Florianópolis, Março de 1993 a Julho de 1994.
 Encontro de Mortalidade Materna, realizado em Curitiba, em 1994.
 Encontro de Filosofia e Saúde, realizado em Florianópolis, em 1994.
 Encontro de Saúde Familiar e Transdisciplinaridade, realizado em Florianópolis, em 1994.
 Simpósio de Mortalidade Materna, realizado em Florianópolis, em 1994.
 45º Congresso Nacional de Enfermagem Brasileira, em 1995.
 Seminário Saúde do Adulto, realizado em Curitiba, em 1995.
 Revisão bibliográfica de pesquisas desenvolvidas sobre Mortalidade Materna em adolescentes a nível latinoamericano, nos últimos cinco anos, realizada em Florianópolis, em 1993.

com a proposta teórica sentiu-se ser necessário partilhar, socializar, difundir as idéias com profissionais de Enfermagem e outros profissionais, dando origem à etapa seguinte.

4.2.4 - Quarta Etapa - O compartilhar

Nesta etapa compartilharam-se as informações, buscando-se a aceitação das diversidades e a compreensão em relação à proposta de desenvolvimento do tema, o qual foram apresentados a profissionais de Enfermagem e outros profissionais interessados nele. Esta etapa realizou-se mediante a apresentação, discussão e aprovação do projeto de tese, por ocasião do Exame de Qualificação, no qual a reflexão crítica dos integrantes da Banca contribuiu para o aprofundamento e o aprimoramento dos conhecimentos sobre o tema. A partir deste ponto, procurou-se desenvolver o trabalho, buscando-se suporte para sua operacionalização, a seguir descrito.

4.2.5 - Quinta Etapa - O semear e a implementação

Nesta etapa, procurou-se oportunidades nas quais pudessem semear as idéias contidas no referencial, em diversos cenários, e realizar sua consecução prática. A implementação realizou-se, em Cali - Colômbia, com a participação de adolescentes grávidas e estudantes de enfermagem, além de semear em outros cenários com estudantes de pós-graduação (Especialização), e também com enfermeiras(os) docentes e assistenciais. Nesta fase vivenciou-se a operacionalização do referencial teórico, com as adolescentes grávidas conforme constata-se na seguinte etapa.

4.2.6 - Sexta Etapa - Apresentando a experiência

Esta etapa refere-se mais especificamente à teorização emergente do relato das experiências obtidas com o suporte teórico-metodológico previamente selecionado; as descobertas vivenciadas e as dificuldades são expostas a partir da experiência na implementação do referencial teórico mediante o desenvolvimento de sua aplicação na prática assistencial com as adolescentes, com a participação de estudantes de graduação em Enfermagem.

4.2.7 - Sétima Etapa - Seguindo em frente

Esta etapa refere-se especificamente a continuidade do próprio trabalho e de trabalhar com adolescentes grávidas, a partir das experiências obtidas nesta primeira etapa. Além disso a possibilidade de utilização com outros grupos de população e outras áreas não só do currículo da Enfermagem senão das ciências da saúde mediante a aplicação do referencial teórico em outras áreas e disciplinas e nos serviços assistenciais.

Assim, definidas as etapas que suscitavam a produção de material teórico-prático, vislumbrava-se o referencial teórico em construção bem como as possibilidades de sua operacionalização que passa-se a descrever.

4.3 - Apresentação do Referencial Teórico em Construção

A concepção do referencial teórico proposto nesta tese fundamenta-se na necessidade amorosa do ser humano. Esta direciona-se, especificamente à mulher adolescente grávida, a qual enfrenta dificuldades de adaptação no ambiente físico, psicológico e sócio-cultural devido a situações de mudanças que lhes são acrescentadas pela gravidez.

Essas dificuldades que surgem referem-se, principalmente, à rejeição sentida pelas adolescentes devido à falta de apoio e de compreensão e à fragilidades de auto-estima, ausência de amor próprio, da família e/ou do companheiro. Face a essa realidade, a autora pressupõe que a existência de um referencial teórico que desse suporte à orientação da assistência de Enfermagem no processo de gravidez das jovens mães, de forma amorosa e levasse em conta o contexto de sua realidade, se faz necessário.

Considerando a concepção preliminar acima mencionada, entende-se que a adolescente grávida constitui-se no cerne desse estudo, no sujeito da ação amorosa da assistência desenvolvida pela autora. A adolescente grávida pertence à esfera das relações que exige sensibilidade, atitude compreensiva, perceptiva e comunicativa, empatia e interação dos profissionais de saúde que lhe dêem suporte e ajuda para viver dignamente esse momento especial de sua vida. Maturana, apesar de não ter estudado as adolescentes, reitera este pensamento ao enfatizar que os seres humanos devem ser vistos em duas dimensões: “em sua existência e em suas relações com os outros, e que esse processo de relacionamento se dá como entrelaçamento entre a comunicação e as emoções. Neste espaço relacional pode-se viver na exigência em harmonia com os outros, ou seja, viver no bem estar estético de uma convivência harmônica, no sofrimento da exigência negadora continua” (Maturana, 1991, p. 23).

Segundo este autor, é ressaltada a importância das relações com os outros ao se resgatar a comunicação e as emoções na convivência a partir de um relacionamento harmônico, mediante uma interação empática. Em se tratando de adolescentes grávidas, acredita-se que seja necessário proporcionar-lhes uma convivência harmônica, através de um assistir/cuidar amoroso no sentido de que elas possam comunicar-se de forma amorosa consigo mesmas, com seu filho, com sua família, demais membros de suas

relações e possam encaminhar suas próprias decisões visando o que seja melhor para si e para o novo ser que vem ao mundo.

A importância das relações torna-se mais significativa para este referencial, à medida que se considera a gravidez na adolescência como um dos elementos responsáveis pela morte materna. Assim é que se amplia a consciência sobre a necessidade de atuar na assistência de Enfermagem sob múltiplos pontos de vista. Stevens (1984), por exemplo, sugere a necessidade de se atuar na Enfermagem a partir de vários enfoques para o desenvolvimento e a melhoria das ações de Enfermagem. Pode-se deduzir, então, que neste período especial das vidas das adolescentes, é necessário estabelecer uma seleção das ações de Enfermagem, com a finalidade de assistir/cuidar de forma integral, baseada em suas necessidades e características. Isto reforça que a condição amorosa da gestação na adolescência por si só pode se constituir em um foco de mobilização do amor, inclusive nos que participam da assistência.

Argumenta-se pela necessidade de se desenvolver uma assistência de Enfermagem integral na perspectiva de que se possa viabilizar, a partir de uma prática educativa amorosa, o desenvolvimento da sensibilidade, da percepção, da interação e da comunicação. Acredita-se que esta prática educativa amorosa seja o eixo norteador para as ações de Enfermagem desenvolvidas junto às adolescentes grávidas. O aspecto amoroso já tem sido sistematizado ao longo da história da saúde. Dentre a literatura consultada há menção de que “quem ama não adoce” (Silva, 1994, p. 22), cuja afirmação é corroborada por Siegel ao enfatizar que “o problema fundamental da maioria das pessoas é a incapacidade de amar a si mesmos” (1989, p. 13).

Tendo em vista o enfoque teórico, no referencial em construção, a seguir relatado, afirma-se que resgatar a capacidade que as pessoas têm de amar-se, tendo como eixo norteador o amor, pode ser um recurso para impulsionar o poder vital e conseqüentemente as expressões de saúde. Além disso, resgata-se

também os seus componentes, conforme sugeridos por Drummond (1991). Paralelamente, incluem-se os sub-conceitos de sensibilidade, interação, percepção e comunicação como elementos de resgate do amor.

4.3.1 - Apresentando os Pressupostos

Os pressupostos norteadores deste trabalho refletem o pensamento da autora da tese, e consideram que:

- ⇒ O amor a si mesmo é fundamental para poder amar os outros.
- ⇒ A Enfermagem, como ciência humanista, pode oferecer uma atenção amorosa.
- ⇒ Os seres que se sentem amados podem amar, contribuindo assim na transformação da vida.
- ⇒ A saúde é o equilíbrio do fluxo vital no ser humano, ou seja, a harmonia do corpo, mente e espírito.
- ⇒ A adolescência é uma etapa do ciclo vital na qual questionam-se, aceitam-se, definem-se e afirmam-se valores, crenças e sentimentos, em relação ao ser, à vida e ao sentido da própria existência, dentro do contexto familiar e social.
- ⇒ A etapa da adolescência, caracterizada pela transição, necessita de orientação individual e atenção integral. Em caso de gravidez, por outro lado, acentua-se, a necessidade de compreensão, apoio e amor.
- ⇒ A mulher adolescente grávida gesta com amor à medida que tem a possibilidade de desenvolver-se como ser amoroso. Isto impulsiona a possibilidade de transmitir esse amor a seu filho e a outras pessoas de suas relações.
- ⇒ A assistência ou cuidado de Enfermagem sugere a necessidade de um referencial teórico que tenha como elo de ligação o amor e articule a ciência tradicional e as humanas.
- ⇒ A prática educativa que tenha o amor como eixo central do processo de assistir/cuidar de Enfermagem, constitui-se na ponte que permite a interconexão e aproximação entre a ciência tradicional e as humanas.
- ⇒ O desenvolvimento do processo amoroso nas adolescentes grávidas é passível de contribuição na prevenção da morte materna.

Na construção deste referencial, fez-se necessário apresentar um paralelo entre o que considero como real e o projetado. O modelo atual de saúde, é funcionalista e racionalista, apoia-se no paradigma newto-cartesiano visto no capítulo II, em que o lucro, a padronização de procedimentos, e o volume crescente de normas e rotinas inflexíveis determinam o ritmo, em prejuízo de um atuar norteado pelas exigências do outro. No paradigma holístico, o respeito pela singularidade de cada um é a regra e não a exceção, orientando-se o processo de trabalho de Enfermagem pela sintonia nas práticas interativas. Portanto, baseada na experiência apresenta-se a realidade presente nos serviços pré-natais, de duas formas: a real e a projetada à luz do referencial teórico proposto. Para uma melhor compreensão, apresenta-se o quadro no Anexo 2, no qual se lista a situação atual dos serviços pré-natais e a situação projetada, na que se pretende implementar este referencial.

4.3.2 - Definindo os Conceitos

4.3.2.1 - Conceito Central e seus Componentes

A partir da compreensão dos autores com os quais identificamo-nos, é que foi definido o conceito central de amor e seus componentes, o que descreve-se a seguir:

Amor - É a essência da vida, ele é uma força que atrai tudo para si mesmo, e ao mesmo tempo, poder de atração e de emanção; portanto, é transformador. Reúne em nossas sociedades, tão complexas e cheias de incompatibilidades vibratórias, tudo o que é desarmônico e transforma em um todo integrado, pois somente uma conexão com a totalidade universal, como o amor, pode estabelecer a ordem baseada na harmonia, na organização e no respeito mútuo. O amor não tem polaridade, ele conhece apenas a unidade, é o

que abrange mais emoções porque transcende todos os níveis de energia, inclusive nossos limites pessoais, estendendo-se a estados de consciência transpessoal (Sabetti, 1991).

É possível conceber o amor por nossos corpos como o que mantém o equilíbrio das funções corporais, proporcionando-nos uma verdadeira saúde através do descanso adequado, de dieta balanceada e estímulos saudáveis, aspectos estes da totalidade que estão incluídos no processo de amar-nos, portanto, o amor exerce um efeito importante sobre o corpo, tanto que na maioria das sociedades acredita-se que o coração é a sede do amor (Shields, 1990; Sabetti, 1991; Laskow, 1991). Em minha concepção, o amor é um fenômeno original que caracteriza a existência dos seres em suas relações consigo mesmo e com os outros.

Este fenômeno chamado de amor é composto de diversos **componentes** segundo Drummond (1991), como foi apresentado no capítulo III os quais, retomo agora.

Paciência - é o comportamento normal do amor, é esperar com calma, é entender, aceitar, é não ter pressa, e precisamos aplicá-la em nós, para tê-la com os outros. É condição necessária para a arte de amar como para qualquer outra arte, o homem moderno pensa que perde alguma coisa - o tempo - quando não faz as coisas rapidamente (Fromm, 1991).

Bondade - é o amor ativo, é ser amável, proporcionar alegria aos outros, tornando o mundo melhor; este componente do amor, tão simples mas tão valioso, está tão escasso nos dias de hoje, devido à agitação do viver cotidiano, tornando-nos mecanicistas em nossas atuações. Se não sou amável comigo, dificilmente poderei ser com os outros.

Generosidade - é dar o melhor de cada um, sem competir com os outros. Encontramos nas instituições uma competitividade marcada entre os distintos membros da equipe de saúde e entre os membros de uma mesma

profissão, preocupando-se pouco com o que doam de si, importando-se mais com a quantidade de atividades que realizam do que com a qualidade de suas ações. A generosidade, tem a ver com a nossa postura diante das pessoas, para entender, o porquê da diversidade dos comportamentos humanos.

Humildade - é permitir-nos realizar o trabalho sem soberba, reconhecendo as nossas debilidades e a dos outros; aprendendo com os outros através de um intercâmbio pessoal e humano; pois, é a partir deste componente que aceitamos os demais como seres da criação, reconhecendo nossas limitações e valores e apreciando os valores e limitações de nossos semelhantes.

Delicadeza - é manifestar o amor nas pequenas coisas, ou seja, ter amor no coração, o que permite que atuem expressando amor em pequenos detalhes e, assim, permitindo um compartilhar maravilhoso, ao expressar a delicadeza em um toque, uma palavra, uma carícia, as quais são consideradas expressões de amor.

Entrega - significa colocar o amor à disposição da vida, é amar sem esperar nada, pois quando realizamos ações sem esperar nada, estamos realizando-as com amor, entregando-nos às circunstâncias do viver, porque do contrário seria uma troca. Na entrega tornamo-nos transparentes para o outro, despossuídos de qualquer máscara o que possibilita sermos e sentirmo-nos exatamente como somos.

Tolerância - é não se aborrecer com os acontecimentos; ela se converte no elemento mais destruidor de nossa maneira de atuar, o apóstolo Paulo expressa-se assim: "Aos olhos daquele que é Amor, um pecado contra o amor é cem vezes pior. Não existe nenhum vício, ou desejo, ou avareza, ou luxúria, ou embriaguez que seja pior que um temperamento intolerante" (Drummond, 1991).

Inocência/respeito - o amor não se ressentido do mal, e permite-nos crescer; encontrar valor e amizade em quem acredita em nós, porque quem nos entende pode transformar-nos; refere-se a deixar entrar o amor, ter respeito pelos outros; e por si; ajudar alguém, é confiar nele; ou seja, o amor transforma. O respeito é o efeito de se acreditar no outro, como expressão da verdade. Quando existe respeito não se quer que nada de mau aconteça em nenhum lugar, assim, quando nos respeitamos é porque temos a capacidade de respeitar o outro.

Sinceridade - o amor não se alegra com a injustiça, mas regozija-se com a verdade; é amar a verdade tanto quanto ao nosso próximo, ou seja, alegrar-nos com a verdade.

4.3.2.2 - Sub-Conceitos do Amor

Neste estudo além dos componentes também foram incluídos os sub-conceitos de amor, como sensibilidade, percepção interação e comunicação, os quais foram definidos a partir de opiniões de autores com os quais me identifiquei, e com a minha própria concepção, conforme expressei, a seguir:

Sensibilidade - Podemos defini-la como a capacidade de participar de emoções alheias ou de simpatias (Abbagnano, 1982). Estou de acordo com Watson que diz: “quando as enfermeiras lutam para aumentar sua própria sensibilidade, elas se tornam mais autênticas” (1988, p. 14).

O tornar-se autêntica, encoraja o auto-crescimento e a auto-realização, isto tanto em relação à enfermeira quanto aqueles com quem ela interage. Assim, é sensível quem se comove com os outros, e insensível quem se mantém indiferente a este tipo de emoção. Segundo Santin (1995) “a manifestação mais profunda da sensibilidade é o amor, os valores mais cantados e mais celebrados, seja na vida íntima, seja na vida pública, são

aqueles do amor. A vida humana, propriamente humana, é regida pelo coração, isto é, pelos sentimentos, pela sensibilidade”.

É a ação recíproca das coisas entre si ou a capacidade de influenciar. Aquilo que pode ser percebido pelos sentidos, inclui o conhecimento sensível (apetites, instintos, emoções), assim como também a capacidade de receber sensações e de reagir à estímulos. Podemos defini-la também, como sensações que nos chegam à consciência através dos sentidos como fenômenos mais ou menos intensos, agradáveis ou desagradáveis, mas sem interpretação. Quando ao mesmo tempo reconhecemos e interpretamos sinais e objetos exteriores, a sensação sentida é a percepção.

Percepção - Este termo pode representar significados distintos: em geral, é o termo com o qual se designa qualquer atividade à conhecer, nesta concepção, a percepção não se distingue do pensamento; outro significado da percepção é que ela designa o ato ou a função à conhecer, que está presente no objeto real, corresponde ao conhecimento empírico e tem um significado específico ou técnico, através do qual o termo designa uma operação determinada do homem, em suas relações com o ambiente, é a interpretação dos estímulos, e corresponde ao que a psicologia discute como "Problemas de percepção" (Abbagnano, 1982).

A percepção é o complemento natural da sensação, porque é o elemento objetivo da sensibilidade, é a reação do sujeito à sensação, supõe todos os antecedentes físicos e fisiológicos necessários ao fenômeno. Pode ser definida como o ato pelo qual percebemos um objeto, e o que uma de suas qualidades nos causa. É a sensação de uma dessas qualidades, ou seja, conhecimento de um objeto, porque toda sensação é a percepção do objeto, é o ato através do qual adquirimos os conhecimentos, ela nos oferece o conhecimento concreto no ambiente imediato em que vivemos. Portanto, podemos dizer que é o requisito básico e primeiro para a aquisição de todo e qualquer conhecimento

do ser humano, porque nos permite elaborar idéias, juízos e raciocínios. Para Merleau-Ponty (1992) percepção é a compreensão daquilo que é uma comunicação efetiva com o outro.

Comunicação - Sinônimo de "coexistência ou de vida com os outros" (Abbagnano, 1982). Filósofos e sociólogos utilizam-na para designar o caráter específico das relações humanas enquanto são, ou podem ser, relações de participação recíproca ou de compreensão. Os homens formam uma comunidade porque se comunicam, isto é, porque podem participar reciprocamente de seu modo de ser.

Para Heidegger (1989), este conceito deve ser entendido como "comunicação existencial", ou seja, a comunicação é a coexistência porque é co-participação, compreensão emotiva, é a compreensão dos homens entre si, constituindo-se na própria realidade do homem, o ser do ser aqui. Compreendo comunicação, de acordo com Weil (1993), como um processo vital em si mesmo, que encontra sua expressão máxima no amor. É também um ato ou efeito de comunicar-se, capacidade de trocar ou discutir idéias, de dialogar, de conversar, com vistas a um bom entendimento entre as pessoas (Ferreira, 1986).

É a arma mais poderosa e eficiente que o homem possui, ela permite o relacionamento entre as pessoas (Weil, 1992). Antigamente, pensava-se que, para comunicar-se com alguém, bastava falar ou escrever ou ainda dar uma ordem para que esta fosse entendida, compreendida e executada; entretanto, os estudos mais recentes da psicologia social tem demonstrado que, na realidade, as comunicações estão sujeitas a distorções, deformações que fazem com que raramente, uma mensagem seja recebida tal como foi emitida. Existem muitos tipos de comunicações: aquelas em que a mensagem é constituída pela palavra, em que, podemos distinguir as comunicações orais e escritas.

Entretanto, o ser humano utiliza, além da comunicação oral, na maioria das vezes, e ao mesmo tempo, mensagens não verbais, tais como, mímica, postura, expressões faciais e outras. Uma palavra pode agradar, ferir, convencer, estimular, entristecer, instruir, enganar, adorar, criticar ou aborrecer a pessoa a quem é dirigida, pois é com ela que as pessoas se relacionam entre si, ou seja, a linguagem é um instrumento essencial da convivência.

Para Stefanelli (1993), a comunicação é a habilidade do profissional em utilizar seu conhecimento para orientar as pessoas a enfrentar seus problemas e conviver com os demais, e ajustar-se ao que não pode ser mudado. Ajuda a enfrentar os bloqueios e procurar a auto-realização. Os gestos, expressões, toques, silêncio, são instrumentos da comunicação, através dos quais nos permitimos expressar nossa sensibilidade; por isso, é importante saber falar no momento oportuno, utilizando os termos adequados à situação e o tom de voz de acordo com o que se pretende obter. Aprender a utilizar a linguagem na convivência, consiste, também, em saber calar quando for necessário.

Interação - Decorre de medidas positivas que orientam a promoção, o intercâmbio entre as pessoas, mediante a formação de novos padrões em sincronia com a natureza. As medidas positivas são orientadas no sentido de ajudar as pessoas a desenvolverem padrões de vida compatíveis com as mudanças apresentadas em seu mundo-vida. O relacionamento humano, é o principal meio para nos situarmos diante do mundo. O homem começa a ser pessoa quando é capaz de relacionar-se com seus semelhantes; quanto maior for o grau de integração que alcance numa relação, melhor será sua realização e sua convivência, pois o viver implica na realização plena no “conviver”. Nesta relação, vivemos o mundo que surge com o outro, ou seja, aprendemos de uma maneira ou de outra, a transformação resultante deste processo, a qual começa na relação entre mãe-filho e estende-se ao universo, quando aceitamos

as condições de existência da comunidade social a que se pertence (Maturana, 1991).

O fundamento de toda convivência é o amor, é abrir ao outro um espaço de “existir em”, e conosco; sem amor não existe convivência, existindo então a hipocrisia, que conduz à destruição, e/ou separação. É fundamental entender isto, como ponto de partida, para a construção deste referencial porque permite-nos aceitar que o humano configure-se no viver e no pré-existir. Iniciamos o nosso viver no espaço intersíquico, espiritual e mental de nossa mãe, crescemos no espaço psíquico da cultura a qual pertencemos, de modo que, cada vida humana, expressa-se nestes espaços o que lhe dá características próprias ao mundo que pertence, de acordo com o seu próprio viver individual.

A promoção e manutenção da saúde incluem a correção de problemas que são conseqüências de diferentes acontecimentos, assim, os sucessos alcançados durante o processo vital indicam o nível que o homem tem para atingir sua saúde máxima (M. Newman, 1989). A necessidade de conviver, ou melhor, de aprender a conviver, existe em todos os grupos humanos, sendo a sociabilidade e a socialidade as formas básicas, da natureza humana, que ajudam a conseguí-la.

A sociabilidade vem da natureza humana de cada um, é a necessidade de comunicação ativa e passiva que se encontra no homem desde seu nascimento. A pessoa é mais ou menos sociável segundo a facilidade ou dificuldade que sente para comunicar-se. A socialidade depende das estruturas mais ou menos cômodas nas quais se vive, assim, a pessoa é social quando participa na comunidade e será anti-social quando marginaliza-se dos outros, sendo as circunstâncias positivas ou negativas que marcam a pauta da socialidade. A sociabilidade é característica da pessoa, é qualidade externa; sem dúvida, as diferenças podem ser grandes em ambas e entre os indivíduos. O ideal é que

ambos tivessem motivações positivas porque isto constitui o melhor estímulo para a educação social (Fritzen, 1990).

É neste sentido, que a família da adolescente grávida vivencia um processo que produz uma série de sentimentos e transformações em sua dinâmica. Esta situação, para o futuro da adolescente grávida e seu filho é muito importante, pela posição que a família assume frente à gravidez, porque a aceitação e proteção produzem um clima de confiança e segurança o qual manifesta-se sem dúvida, através de uma gravidez mais tranqüila e em um recém-nascido mais saudável.

Ao refletir sobre o referencial proposto e sua operacionalização, sentiu-se necessidade de utilizar alguns conceitos, os quais se consideram complementares, por auxiliarem no desenvolvimento e compreensão do referido referencial. Entre os quais consideram-se a assistência/cuidado, prática educativa, universo, além dos contemplados no paradigma de Enfermagem, os quais se descrevem a seguir:

4.3.2.3 - Outros conceitos Complementares

Assistir/Cuidar - Atividades realizadas para a pessoa com a finalidade de contribuir na prevenção, no tratamento, recuperação e reabilitação de doenças. Acredito que assistir é cuidar, e, independente das razões que movimentam as pessoas para cuidar, a argumentação de Roach (1993) é que, basicamente indivíduos cuidam porque são seres humanos. A capacidade de cuidar está enraizada na natureza humana. Porém, afirma que apesar da habilidade de exercer e expressar a assistência/cuidado, a qual pode ser influenciada por vários fatores, a educação exerce um papel determinante na qualidade da assistência/cuidado que será manifestado profissionalmente no futuro. Assim, a capacidade para assistir ou cuidar se pode desenvolver,

despertar ou inibir através da experiência educacional, e principalmente, pela presença ou ausência de modelos ou referenciais.

Prática educativa - Conjunto de atividades interativas, as quais tendo como foco o amor, permitem viabilizar o processo amoroso de gravidez, pelo grupo de Enfermagem e de adolescentes grávidas, tendo como horizonte o desenvolvimento da função educativa oferecida aos Comitês de Morte Materna dos Sistemas de Vigilância Epidemiológica. Esta atividade permite transformações a partir do fortalecimento da auto-estima, mediante o planejamento, desenvolvimento e avaliação de processos educativos amorosos realizados de maneira compartilhada.

É através da capacidade de aprender que o homem consegue captar a realidade, compreendê-la e transformá-la (Lessa e Pinto, 1995). Educar é conduzir as pessoas sem prejuízo de sua iniciativa e liberdade, valorizando-as, tendo o amor como fundamento do diálogo entre os seres, o eixo central, em um caminhar horizontal compartilhado, a partir da utilização da pedagogia simbólica (Byington, 1995), ou até mesmo da capacidade de dialogar como sugere Aristóteles, a qual centrada na vivência evoca a criatividade das estudantes e adolescentes grávidas pelas mais variadas técnicas permitindo uma relação transferencial amorosa.

Universo - É uma entidade viva, auto-organizadora; portanto, é um conjunto de todas as árvores, de todas as rochas e de todas as pessoas, mas tudo isso são apenas padrões. O mais importante são os princípios de organização deste todo e estes não são algo de natureza material (Capra, 1983). Universal quer dizer, relativo ou pertencente ao universo, ao cosmos. Universalidade, do latim universalidade, qualidade universal, totalidade; define-se o universo como a visão do mundo como um todo (totalidade), (Abbagnano, 1982). A totalidade é um campo vibratório que traz ordem, harmonia e integração à vida através da energia vital; trata-se do princípio

organizador básico do universo. Manifesta-se no corpo como saúde, no âmbito espiritual como alma e no plano emocional como amor. Na atmosfera, a totalidade é expressa na ecologia e nos relacionamentos humanos, como harmonia e compatibilidade (Sabetti, 1991).

Enfermagem - é arte, é ciência humanística, cujo objeto de estudo é a pessoa na sua totalidade, está orientada à manter e promover a saúde, à prevenção das enfermidades e a reabilitação de doentes e incapacitados, procurando manter uma interação harmônica entre corpo, mente, espírito, com a finalidade de obter um potencial máximo de saúde. A partir do amor consigo mesmo e com os outros promove-se a saúde e a qualidade de vida, tendo em mente a visão de M. Newman (1987), de prepararmos-nos como “provedores responsáveis de serviços essenciais de atendimento à saúde”.

É trabalhar no assistindo-cuidando-pesquisando como preconizado por Neves-Arruda et al (1992), desenvolvendo as potencialidades do ser enfermeira, pesquisadora e docente, ao integrar o ensino no assistir-cuidar-pesquisar.

De acordo com Nightingale (1859) é a Enfermeira que mobiliza a força vital nas pessoas, sendo que o amor é potencializador da força vital. Isto mostra a importância da Enfermagem trabalhar a partir de processos amorosos, porque certamente o amor mobiliza a força vital e qualifica a assistência.

Pessoa - Ser único, integrado com o meio ambiente, como campo de energia irreduzível e integrado entre si, sensível e capaz de participar criativamente na mudança. É um todo unificado que tem integridade própria e manifesta características que são mais que a soma de suas partes e distinta delas (Rogers 1989). No sentido mais comum do termo: significa o homem em suas relações consigo mesmo e com os outros. O termo pessoa significa máscara (no sentido de personagem). E, justamente neste sentido, foi introduzido na linguagem filosófica pelo estoicismo popular para indicar as

funções representadas pelo homem na vida. O conceito assim expressado pode ser reduzido ao de relação, ou seja, uma função que não é senão um conjunto de relações que unem o homem a uma determinada situação e o define em relação a ela (Abbagnano, 1982).

Locke (1978), afirma que a pessoa "é um ser inteligente e pensante que possui razão e reflexão e pode considerar-se em si mesma, isto é, como coisa pensante que é, em diversos tempos e lugares; e isto se faz, somente, mediante aquela consciência que é inseparável do pensar e essencial a ele". Hegel (1980), entendia por pessoa, o sujeito auto-consciente enquanto "simples referência a si mesmo na própria individualidade".

Considera-se a pessoa como o ser individual único, que se relaciona consigo mesmo, com o ambiente e com a sociedade. A adolescente grávida é um ser em crescimento e em desenvolvimento, que se encontra em processo de transição entre o ser criança e o ser adulto. Caracteriza-se por um período de transformações físicas, fisiológicas, psicológicas, emocionais e espirituais.

Na concepção de Heidegger (1989), "o ser é o que existe, o que supomos existir, é a natureza íntima do ser, sua essência, aquilo que é real". Este conceito ocupa um lugar central no pensamento de muitos filósofos e tem diversos significados, pelo modo como tem se expressado linguisticamente. Alguns falam de "SER", outros de "o SER", ou "o SER", outros de "é".

Segundo o autor mencionado, na tradição filosófica, existem muitas maneiras de entender o que tem-se chamado "o SER", o ser como o ente, o ser como a substância. Em geral, existência é qualquer delimitação ou definição do ser; isto é, um jeito de ser de algum modo delimitado e definido. Pode entender-se como: 1 - um modo de ser determinável; 2 - o modo de ser real ou como é; 3 - o modo de ser próprio do homem (Ferreira, 1986).

"Ser adolescente" na concepção moderna significa viver um período transitório e legítimo, de menor responsabilidade (com referência à

responsabilidade adulta frente ao trabalho e a família), combinada com uma maior liberdade (referente em parte, a maior independência da criança) e, certos direitos (a experimentação, a descoberta; o que deve incluir os âmbitos da afetividade e da sexualidade) (Desser, 1993).

“Ser enfermeira” significa procurar ser fonte inesgotável do amor aos outros a partir do amor a si mesma, com a finalidade de trabalhar com o outro no desenvolvimento da totalidade do ser, a nível físico, mental, emocional, espiritual na busca da harmonia, mediante a promoção da saúde e qualidade de vida. Significa também ter as credenciais que legitimem seu desempenho profissional a partir de processos formais de estudo para sua formação.

Saúde - Medidas positivas que orientam a promoção, a partir do intercâmbio entre as pessoas, mediante a formação de novos padrões que correspondam ao caráter aberto da natureza e lhes permitam desempenhar as atividades do dia-a-dia. As medidas positivas de saúde são orientadas a ajudar as pessoas a desenvolver padrões de vida compatíveis com as mudanças. A promoção e a manutenção da saúde, incluem a correção de problemas que são conseqüências de diferentes acontecimentos, que têm lugar no processo vital e indicam o grau que o homem necessita alcançar para obter o máximo de saúde (M. Newman, 1986). É sentir-se em Harmonia consigo mesmo, com os outros e com a natureza.

Meio Ambiente - Entendido a partir da interação, a qual é contínua, mútua e simultânea, compreende tudo o que é relacionado ao ser humano, e que pode ser identificado pela organização e pelos padrões de ondas que manifestam-se em uma troca contínua (Rogers, 1970 e M. Newman, 1989).

4.4 - Relação entre o Conceito Amor, seus Subconceitos e Conceitos Complementares e o Processo de Operacionalização do Referencial Teórico

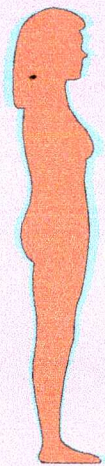
A interrelação entre os conceitos, conforme se observa na figura 2, demonstra que para a adolescente ter uma gravidez amorosa, é necessário que se realizem atividades conjuntas de desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e valorização de si mesma, sensibilizando-a através do amor próprio e dos outros e, principalmente, do amor ao novo ser que está gestando.

O amor expressa, como se infere, o sentimento que norteia a dinâmica desde o processo de relacionamento, proporcionando segurança e confiança às pessoas que vivenciam este relacionamento, pois ele é a expressão da unidade universal fluindo através do universo. Esta expressão se manifesta de múltiplas formas, tais como, a compaixão terna entre marido e mulher; o relacionamento infinitamente carinhoso entre mãe e filho; o serviço dedicado a uma causa; a paciência, a bondade, a generosidade, a delicadeza, a humildade e inocência/respeito, a tolerância, a entrega e a sinceridade em relação aos companheiros habitantes do planeta terra.

A comunicação, por outro lado, como um processo de relação pessoal, interpessoal e grupal, compara-se a uma dança, porque quando se assume a posição do outro, passa-se a ter sintonia, permitindo a expressão do sentir de diferentes maneiras, mediante o intercâmbio de idéias, de palavras, de sentimentos e de energia cósmica. A energia cósmica, em algumas culturas, é referida como aquela que envolve todo o universo. Essa energia cósmica é imanente e é conhecida por diferentes nomes nas distintas culturas.

**Processo Amoroso
de Gravidez**

PERCEPÇÃO
COMUNICAÇÃO
SENSIBILIDADE



AMOR

INTERAÇÃO

**Sistema de Vigilância
Epidemiológica Educativa**

UNIVERSO

REFERENCIAL TEÓRICO

Figura nº2. Referencial teórico Assistir/Cuidar adolescentes grávidas, Maria Marlene M. Valverde, 1997

Na Índia é conhecida como "Prana" (sopro vital); já os judeus a chamam de "Luz Astral"; os chineses de "Chi"; no Japão é conhecida como "Ki"; no Ocidente, como "Energia". Energia, por outro lado, é referida por Nightingale (1859) como o poder vital no ser humano.

A maneira como este poder vitaliza o ser humano se dá em diversos níveis e condições. A vitalização se realiza pelo ar através do aparelho respiratório, pelos alimentos através do aparelho digestivo, como luz circundante ao corpo, no sonho, e captando-a dos outros. Assim, em cada um de nós existem várias camadas energéticas as quais nos permitem realizar diferentes papéis como mãe, mulher, enfermeira e professor. O fato é que cada pessoa tem uma relação dinâmica com ela mesma e que se projeta em imagens para os outros. Quando a mulher está grávida, por exemplo, sua própria energia se expande pela conexão entre os dois seres; expande-se também, porque ela enquanto mulher se aproxima da plenitude pela possibilidade presente de ser mãe. Assim, irradia-se a luz amorosa tonificada quando ambos estão sujeitos ao amor da sociedade, da família e dos recursos humanos que lhes prestam assistência. Embora esta afirmação possa ser considerada "subjetiva" isto é passível de visualização em depoimentos como: "a Senhora ficou mais bonita depois de grávida"; "fulana com a gravidez está esplendorosa"; ou ainda, outros tipos de depoimentos ocorrem mediante a gestação indesejada manifestando-se no corpo como doença, tristeza, e a emoção declarada de "não amor" para si e para o outro.

Na Enfermagem, não se pode esperar que estes conceitos sejam simétricos, isto é, todos tenham em igual quantidade. Os dois personagens - enfermeira e adolescente - são diferentes enquanto seres que se relacionam. O que ambos têm em comum são os compromissos com o amor, com a comunicação, com a sensibilidade, com a percepção, com a interação, ou seja, com o processo para uma gravidez amorosa, a partir do direito ao amor como

potencial de desenvolvimento de vida, existência e universo. O amor é parte do Ser em evolução e é ele quem ilumina e o torna humano, assim como a falta pode lhe ser prejudicial. Portanto, enfermeira e adolescente podem tornar-se um só ser, através da interação.

Neste sentido, a equipe de saúde e a adolescente grávida interagem em dois sentidos complementares: a adolescente encontra-se numa dimensão privilegiada de mãe e a equipe de saúde no processo de assistir/cuidar, ou seja, situação de vivência e situação de experiência. A primeira leva o compromisso para dentro e para o novo ser e a segunda tem o compromisso exteriorizado em forma de assistência e de cuidado. Então ambas num processo de gravidez amoroso e em relação ao compromisso social têm a possibilidade de crescer.

O amor, manifesto como energia e compromisso social, se constitui num processo que acompanha a história de vida da mulher. É um processo que se complementa nestes dois níveis - equipe de Enfermagem e da adolescente grávida - em um compromisso social com a vida.

Este compromisso social com a vida baseia-se na percepção de que a gravidez torna a mulher mais sensível e conseqüentemente, vulnerável a instabilidade, sendo básico que expresse seus sentimentos e perceba as sensações e reações a estímulos e fenômenos. É importante valorizar e recuperar a auto-estima, com a finalidade de torná-la partícipe da criação. É também neste momento que se sente mais próxima do criador, ou seja, quando sente que é partícipe de Sua obra. Recomenda-se, então, que a adolescente potencialize seu viver e sinta este momento especial de sua existência com amor, delicadeza, entrega, paciência, sinceridade, bondade, generosidade, respeito, humildade e tolerância, retirando-lhe qualquer idéia de culpa e repreensões. Enfim, convém promover nesta mulher que o seu desabrochar para o mundo seja percebido e sentido na sua gravidez como algo amoroso em sua conotação maior.

Esta recomendação baseia-se no fato de que o útero é o primeiro universo da criança e que os estímulos recebidos, através dele, influenciarão sua personalidade e caráter (Verny e Kelly, 1993). Se ele é caloroso e afetivo, é provável que este novo ser sinta, perceba essas qualidades no mundo exterior, tendo então predisposição e confiança em si e no mundo, o qual lhe fará lembrar o útero. Se este for hostil, a criança poderá projetar um universo pouco harmonioso e simpático e terá tendências à desconfiança e introversão, tendo provavelmente dificuldades de auto-afirmação e dificuldades nos relacionamentos com outras pessoas. É possível que, além dos fatores hereditários, todas as experiências de vida desde o momento da concepção até a idade adulta constituam a personalidade do indivíduo. Cada pessoa, porém, tem sua individualidade única o que o faz diferente e que determina sua projeção no mundo (Buscaglia, 1994).

Com estes horizontes, o presente referencial para à assistência/cuidado de Enfermagem das adolescentes grávidas, baseado no amor, visando à prevenção da mortalidade materna, requer:

A) Equipe de Enfermagem capacitando-a para assumir o desafio amoroso como eixo do cuidado e as adolescentes grávidas, levando em conta as suas características e seu estado de gravidez, com o objetivo de atingir altos níveis de resolutividade dos problemas da adolescente grávida. Uma equipe de Enfermagem com esta orientação poderá contribuir para a diminuição dos riscos de algumas causas de morte materna no período da gravidez em adolescentes, até porque, com a auto-estima ou auto-amor, ela estará alerta a si mesma e buscará apoio para o que considerar necessário a si.

B) Adolescentes grávidas com inserção de uma prática educativa amorosa estimulada a partir da assistência, a vivenciar as transformações correspondentes ao processo experienciado, e assumir o desafio de um processo amoroso de gravidez.

É possível, viabilizar esta prática educativa amorosa a partir do assistir/ensinar/pesquisar. A implementação do referencial possibilita a Enfermagem realizar uma assistência amorosa, principalmente com adolescentes, mediante a demonstração de um compromisso amoroso da Enfermagem com a própria vida, a partir da implantação de uma conduta humana. Crê-se que o processo amoroso estabelecido nas relações assistenciais passa a ter perspectivas diferenciadas, não só na própria atividade de Enfermagem, como também no processo vivenciado pelas adolescentes grávidas, contribuindo para a prevenção da mortalidade materna.

Para que isto se torne realidade, é necessário desenvolver o processo amoroso com a equipe de Enfermagem e com as adolescentes, buscando caminhos que permitam uma nova forma de assistir/cuidar em Enfermagem. Nesse caminhar compartilhado, incluiu-se a sistematização de conhecimentos e o desafio para o desenvolvimento da dinâmica da aplicação de um processo amoroso na gravidez e entre os que dela participam. Assim, o estabelecimento do processo amoroso da gravidez será gradativo e realiza-se a partir da participação conjunta do desenvolvimento das potencialidades humanas.

Portanto, o referencial teórico para operacionalizar e orientar o processo, aplica uma prática educativa amorosa que permita conjugar o assistir/cuidar através de ações humanitárias para fortalecer a auto-estima. Este referencial encontra apoio teórico em M. Newman, ao ressaltar que “o objetivo da enfermagem não é fazer bem às pessoas ou preveni-las de ficarem doentes, mas ajudá-las a utilizar o poder que está dentro delas, na medida em que desenvolvem outros níveis mais altos de consciência” (M. Newman, 1986, p. 67).

O assistir/cuidar de Enfermagem amoroso foi aplicado com o referencial teórico operacionalizado como segue:

4.5 - Bases operacionais do Referencial

O processo de operacionalização orientou-se a partir do componente educativo contemplado no Sistema de Vigilância Epidemiológica dos Comitês de Mortalidade Materna, definido num processo amoroso que desse conta de incluir estratégias para ajudar as pessoas da equipe de Enfermagem e clientes a utilizarem suas potencialidades de modo a desenvolverem novos níveis de consciência.

Inicialmente a operacionalização do referencial consistiu em desenvolver competências na equipe de Enfermagem e nas adolescentes grávidas que possibilitassem identificar ou relacionar o conceito e subconceitos selecionados para este estudo, manifestados por meio de habilidades, atitudes e valores. Para a equipe de Enfermagem, estas competências consistiram na aquisição de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores baseados em conhecimentos pré-existentes e necessários ao desempenho profissional, e a percepção do "estar" grávida, por parte da adolescente.

O quadro de conteúdos ou necessidades gerais e conteúdos específicos indicam os caminhos adotados com a equipe e com a adolescente, descritos no Anexo 3.

Esta proposta, concebida como um processo amoroso, caracterizou-se por ser contínua, espontânea e dinâmica. Ela teve várias fases de interrelação e complementação. As fases ocorreram em momentos diferentes, a partir da preparação da equipe de Enfermagem e do envolvimento da adolescente grávida na proposta (figura 3), atividade esta, norteadas por um trabalho elaborado em conjunto, pela equipe de Enfermagem e pelas adolescentes grávidas, baseando-se no referencial proposto e planejado na oficina de saúde, conforme as necessidades sentidas pelo grupo, constituindo-se no eixo central

deste processo. A preparação da equipe de Enfermagem foi desenvolvida do seguinte modo, como a seguir se relata:

O *Processo de sensibilização* foi um tempo em que apresentou-se a proposta e seus objetivos, revelando à equipe a adolescente grávida como um ser que necessita de amor, apoio e calor humano para superar, com dignidade as mudanças, por ela vivenciadas em seu novo papel. Nesta fase, trabalhou-se a expressão de sentimentos da equipe de Enfermagem em relação ao referencial.

A partir da interação da equipe ocorreu o *processo de empatia*, na sala de aula e nos encontros realizados na oficina de saúde, através de diálogos, jogos e relações interpessoais.

O *processo de assimilação e de compreensão* consistiu em buscar a incorporação do conceito de amor e os subconceitos de sensibilidade, de percepção, de interação, de comunicação além de desenvolver a capacidade para exercitar os componentes do amor referentes à paciência, à bondade, à generosidade, à humildade, à delicadeza, à inocência/respeito, à tolerância, à sinceridade, à entrega, incorporando-se de modo contínuo e gradativo ao cuidado de Enfermagem; como parte de um processo de “auto consentimento” para então permitir-se amar e ser amado pelo outro, que neste momento é cliente-adolescente grávida.

Do mesmo modo, desenvolveu-se o processo com as adolescentes grávidas:

Durante o *processo de sensibilização*, à adolescente foi apresentada a possibilidade de participar de um processo em construção, cuja única defesa concreta era a princípio a justificativa de que ela seria o foco central do processo e que a equipe de Enfermagem atuaria como catalisador, através de sua presença amiga.

OPERACIONALIZAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

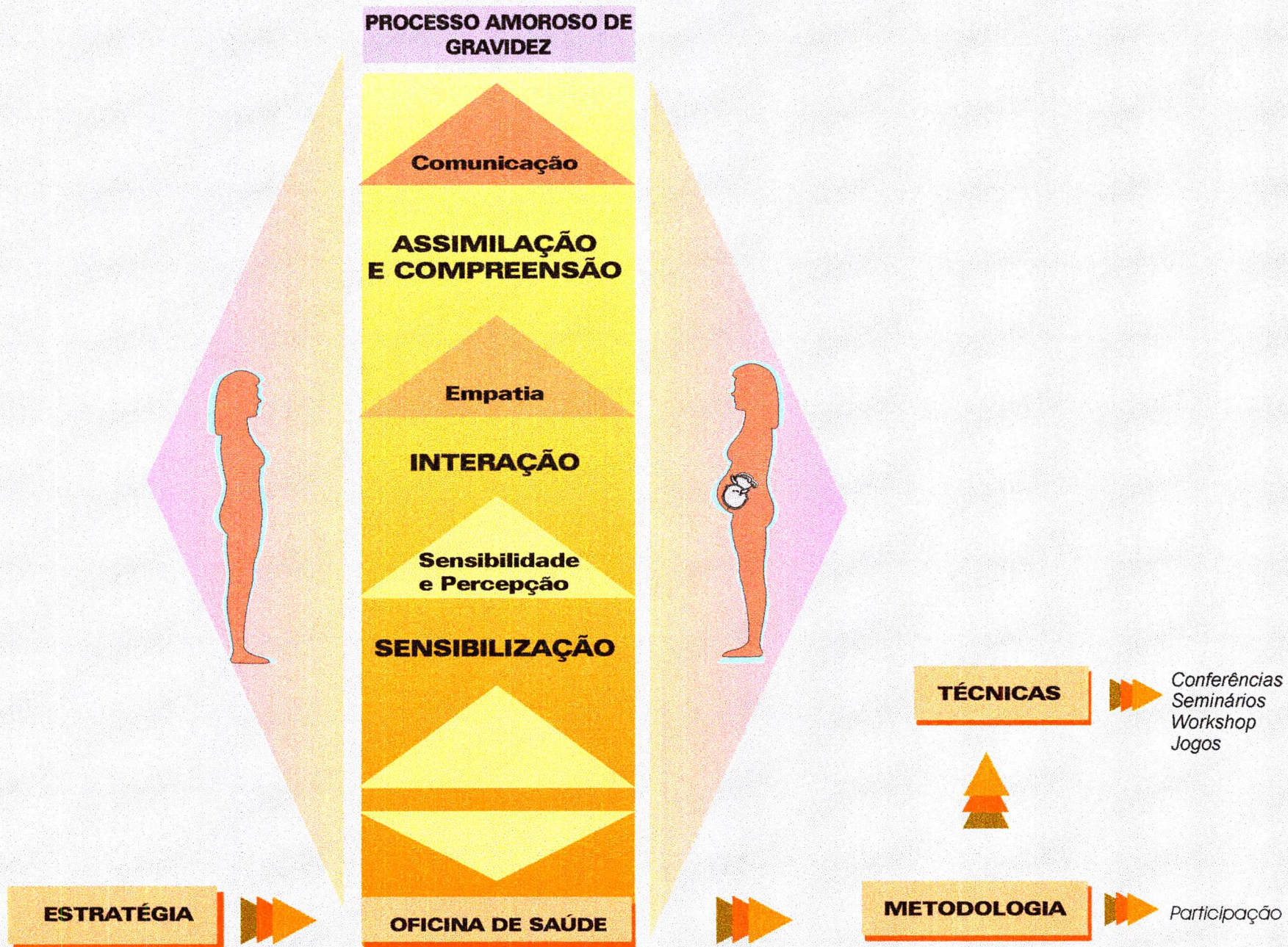


Figura nº 3. Operacionalização do Referencial Teórico Assistir/Cuidar de adolescentes grávidas, M^a. Marlene Montes V., 1997

O *processo de empatia* ocorreu a partir da interação nos encontros realizados durante a oficina de saúde, através de diálogos, jogos, ginásticas e relações interpessoais estabelecidas entre as adolescentes e a equipe.

O *processo de assimilação e compreensão* demonstrou ser possível a incorporação do conceito de amor e do desenvolvimento da capacidade para exercitá-lo, o que lhes permitiu um relacionamento amoroso consigo mesmas e seu filho, família e com a equipe. Assim, retoma-se alguns sinais que sugeriam essa possibilidade de comparecimento às reuniões, atenção e carinho com as parceiras de reunião, a auto-expressão, dentre outras.

Para o desenvolvimento dos momentos mencionados anteriormente, foi necessário a criação de alguns instrumentos para a sua operacionalização. Foram utilizados recursos disponíveis que possibilitaram o desenvolvimento amoroso e a aplicação dos subconceitos de percepção, sensibilidade, comunicação e interação. Para isso, foram planejados e desenvolvidos seminários - workshops com estudantes e adolescentes grávidas, abordando-se temas relacionados com o amor, gravidez em adolescentes, estimulação intra-uterina, relaxamento, respiração, ginástica além de outros sobre toque terapêutico, desenvolvimento de conceitos e cuidado de Enfermagem. Foram utilizados filmes, música, exercícios de relaxamento, de respiração, toque, mímica, ginástica e jogos. Estes recursos terapêuticos possibilitaram melhoria na comunicação e nas relações interpessoais, tornando os membros participantes do processo, mais amorosos e facilitando a criação de um clima afetivo.

As ações que se realizaram nestes momentos, foram avaliadas pelos participantes, estabelecendo-se os seguintes critérios: clareza dos princípios de avaliação do processo e que as informações subsidiariam as tomadas de decisões para a implementação de ações amorosas na enfermagem.

CAPÍTULO V

COMPARTILHANDO A CAMINHADA

Este capítulo descreve as estratégias para a operacionalização do referencial teórico “assistir/cuidar adolescentes grávidas”. Estas estratégias correspondem a atividades referentes à preparação da equipe¹⁷ e ao trabalho com as adolescentes grávidas.

A operacionalização do referencial teórico alicerça-se na trajetória da autora deste trabalho de tese em que se inclui a realização de seu doutorado na UFSC. Sua trajetória docente e de pesquisa é vasta e enriquecida de experiências no Brasil e na Colômbia em meio a mudanças político-administrativas e acadêmico-curriculares na área da saúde pública. As mudanças modificaram substancialmente o currículo de graduação da Escola de Enfermagem.

Destas mudanças, assinala-se a introdução da disciplina “O cuidado em Enfermagem para as pessoas durante o ciclo vital”, no Curso de Graduação, na Universidade del Valle, Cali - Colômbia. Nesta disciplina, o referencial teórico, em construção, foi implementado para o assistir/cuidar das adolescentes grávidas, cuja experiência a seguir se relata, a partir da vivência da autora.

¹⁷Estudantes da sexta fase - 1º semestre de 1996 do Curso de Graduação em Enfermagem - UNIVALLE - Cali - Colômbia.

Para tanto, este capítulo está dividido em quatro seções: a) **atividades realizadas** b) **estratégias de Implementação**; c) **relato da experiência**; d) **cuidando e ensinando empatia**.

5.1 - Atividades Realizadas

As atividades realizadas baseiam-se no princípio do compartilhamento de conhecimentos e experiências adquiridas durante a trajetória do Curso de Doutorado, bem como do buscar subsídios, na prática da Enfermagem, para implementar o referencial teórico “assistir/cuidar adolescentes grávidas”. Neste sentido, desenvolveram-se atividades com profissionais de interesses distintos, tais como estudantes de pós-graduação, enfermeiros(as) docentes e assistenciais e adolescentes.

Este procedimento preliminar foi decisivo, pois subsidiaram e permitiram reiterar a perspectiva de que a opção do referencial teórico é um caminho para a Enfermagem do terceiro milênio, ou seja, uma Enfermagem voltada para o outro e seu bem-estar, e seu viver no mundo de uma forma humana, baseada nos princípios norteadores do amor Universal.

Com esta premissa e acreditando num cuidado de Enfermagem humanizado, relata-se a experiência vivenciada no processo de implementação do referencial teórico, realizado através de um caminhar compartilhado entre as estudantes de Enfermagem do programa de graduação e as adolescentes grávidas, mediante o processo de assistir/cuidar/ensinar/pesquisar, ao sugerir um novo caminho no assistir/cuidar adolescentes grávidas. Neste sentido, a experiência, vivida em 1996 com estudantes de graduação, consubstancia este pressuposto subsidiado pelas estratégias de implementação a seguir descritas.

5.2 - Estratégias de Implementação

As estratégias de implementação estão divididas em dois instantes distintos e intercomplementares: preparação de estudantes para cuidar-se e cuidar e Assistir/cuidar das adolescentes grávidas.

5.2.1 - Preparação de Estudantes para cuidar-se e cuidar

A preparação de estudantes foi desenvolvida num contexto de retorno da autora às atividades docentes num ambiente de reforma curricular do curso de graduação. em Enfermagem, cujo eixo básico era “o Cuidado de Enfermagem”. Conciliando mudanças e oportunidades, o referencial teórico “assistir/cuidar adolescentes grávidas”, cuja experiência a seguir se relata, demonstra a afinidade e a consistência da proposta teórica.

“Durante o primeiro semestre de 1996, vivenciei com estudantes de Enfermagem, participando com outros docentes, do planejamento e desenvolvimento da disciplina “Cuidado de Enfermagem durante o ciclo vital”. Nesse planejamento, definiu-se o seguinte objetivo geral: “Que os estudantes ofereçam cuidados de enfermagem às pessoas durante o seu ciclo vital, utilizando diferentes princípios e técnicas, os quais, por sua vez, contribuam para o desenvolvimento de seu próprio cuidado”.

Nesta disciplina, desenvolvida pela primeira vez no currículo do programa de graduação de Enfermagem, incluíram-se princípios teórico-filosóficos relacionados com a importância da vivência do cuidado consigo mesmo. O cuidado consigo mesmo foi considerado fundamental, pois se conjuga com o princípio “amar-se para poder amar os outros”. Ao desenvolver o trabalho relacionado com o ciclo vital, referente à adolescência, incluiu-se o tema da gravidez, implementando-se uma prática específica.

Nesta disciplina os estudantes foram preparados para a assistir/cuidar das adolescentes grávidas, observando às seguintes estratégias: a) Participação - consistiu em motivar os estudantes a serem os atores de sua própria aprendizagem, a partir de seu compromisso com o saber, pensar e atuar. Neste nível, as docentes atuavam como facilitadores e acompanhantes diretos, de um crescimento conjunto. b) Criatividade - nesta foram reconhecidas as capacidades permanentes e criadoras do grupo, a partir da participação e apresentação de propostas em sala de aula, em trabalhos individuais e em grupo. c) Construção permanente - consistiu num processo horizontal de intercâmbio, e retomar diferentes pensares e saberes. Segundo Meleis (1987) “todo o conhecimento é construído, e o conhecedor é uma parte íntima do conhecido”, a verdade é construída em um contexto. Este processo efetuou-se através de trocas individuais e coletivas, reconhecendo-se a necessidade de assumir desafios em que as dificuldades e erros puderam converter-se em possibilidades de crescimento e maturidade.

A metodologia utilizada no desenvolvimento da disciplina baseou-se em oficinas utilizando-se técnicas de workshop, durante as quais realizavam-se reflexões em um ambiente de confiança, oferecendo e permitindo a cada participante exteriorizar e verbalizar seus sentimentos, seus pensamentos e suas dúvidas. Dúvidas estas relacionadas com a aplicação do marco referencial nas suas atividades práticas, ou seja, em seu trabalho consigo e com adolescentes grávidas. As reflexões recaíram nas questões de como desenvolver atividades amorosas em um sistema de saúde de atenção fragmentada do ser humano. Uma outra questão surgida durante estas reflexões referiam-se ao modo de como trabalhar consigo mesmo para atuar no processo amoroso com as adolescentes.

Depois de cada atividade de reflexão estimulava-se a participação democrática, promovendo o diálogo entre os integrantes do grupo, com

intervenções que resgatavam os aspectos positivos de desenvolvimento e motivação para a vida, o respeito a si mesmo e aos outros. Utilizaram-se, também, técnicas como: leituras, filmes, conferências, jogos, diálogo dirigido, as quais permitiram trabalhar a expressão de sentimentos, pois de acordo com Watson (1988), “muito freqüentemente as pessoas permitem-se pensar seus pensamentos, mas não sentir seus sentimentos”.

As atividades mencionadas realizaram-se por meio de exercícios em que os membros do grupo podiam expressar livremente seus sentimentos e verificar como esta atividade era difícil de ser realizada na prática quando a exteriorização dos sentimentos envolviam as pessoas, individualmente, ou o grupo. Através dessa técnica, desenvolveu-se o processo de sensibilização proposto no projeto. Segundo Watson (1988) “os enfermeiros que reconhecem e usam sua sensibilidade, promovem auto-desenvolvimento, auto-realização e são capazes de encorajar o mesmo crescimento em outros. A única maneira para desenvolver sensibilidade para o eu de alguém e do outro, é reconhecer e sentir seus próprios sentimentos”.

Além disso, esta metodologia facilitou e permitiu o processo de empatia através da interação, o qual ocorreu nos encontros realizados com as colegas, na sala de aula, mediante diálogos e relacionamentos interpessoais. Empatia significa assumir por uns momentos as circunstâncias pessoais alheias, considerar sua experiência, suas necessidades, sua cultura, seu ambiente, seus interesses e perspectivas (Samsó, 1995). Para desenvolver o processo de empatia foram trabalhadas as expressões de sentimentos, percepções, comunicação através de manifestações verbais e não-verbais, estimulando-se, com isso, os componentes do grupo a participar para aprofundar mais o pensar e sentir sobre os temas tratados.

Segundo Maturana (1991), “o amor é o domínio das ações que constituem ao outro como um legítimo outro na convivência conosco. Assim, o

viver humano ocorre no falar e o emocionar acontece no fluir desse falar, isto têm uma conseqüência fundamental. Se muda o falar muda o emocionar apreendido na cultura que um vive ou tem vivido. É devido a isto o efeito terapêutico da reflexão como um operar que centra o viver humano na cultura e naquilo que é fundamental ao ser humano, o amor.

Para o aprofundamento do conteúdo dos temas trabalhados na fase de assimilação e compreensão, conforme o que preconiza o marco referencial, orientou-se trabalhos individuais, teóricos e práticos. Foram desenvolvidos a partir de instrumentos que serviram de guias e foram elaborados previamente. Estes guias relacionavam-se com os temas, os paradigmas, a gravidez na adolescência, cuidando-se para cuidar, a estimulação intra-uterina e os elementos da psicoprofilaxia.

Este procedimento permitiu uma re-alimentação constante dentro do processo de conhecimento e crescimento de cada participante. Após este processo, as estudantes trabalharam, auxiliadas sob orientação, com as adolescentes grávidas selecionadas para participar da experiência, a seguir relatada.

5.3 - Relato da Experiência

Tendo como local de experiência o Centro de Saúde Panamericano da Secretaria de Saúde Municipal da cidade de Cali - Colômbia, iniciou-se o trabalho com a identificação das características da população, as necessidades da instituição e o interesse em desenvolver uma consulta para adolescentes grávidas a partir da implementação de um referencial teórico norteado pelo amor. Este trabalho foi proposto como parte de uma das atividades das estudantes de sexto semestre de Enfermagem na disciplina "Cuidado de Enfermagem às pessoas durante o ciclo vital".

Após a concordância da instituição, realizou-se o trabalho denominado “oficina de saúde” numa sala do Centro onde se realizaram os encontros com as adolescentes grávidas. Às adolescentes, foi-lhes oferecida uma assistência diferenciada do programa estabelecido tradicionalmente. A proposta apresentada assumia o compromisso amoroso da gravidez na adolescente, mediante o fortalecimento de sua auto-estima, a partir da promoção do amor e cuidado a si mesma e a seu filho, utilizando como metodologia o assistir/cuidar/ensinar/pesquisar (retomando o assistir/cuidar/pesquisar preconizado por Neves-Arruda et al, 1992).

5.3.1 - Assistir/Cuidar das Adolescentes Grávidas

Levando em consideração esta vivência é que a equipe de Enfermagem atuou como catalisadora junto às adolescentes grávidas, apoiando-as, orientando-as, fortalecendo-as e preparando-as para o desenvolvimento amoroso de sua gravidez. A equipe de Enfermagem desenvolveu as atividades, interagindo de forma presencial e amiga.

Para envolver as adolescentes grávidas a participar do trabalho, realizou-se o processo de sensibilização. Segundo Santin (1995) “somente a sensibilidade é capaz de cultivar as aparências, isto é, aquilo que aparece, que se manifesta, que nos olha face a face. Um instante por mais curto que seja, dedicado a olhar para nós mesmos, nos revela que os momentos mais agradáveis da vida são aqueles que se inspiram na sensibilidade”.

Durante este processo, as adolescentes grávidas tomaram conhecimento do referencial proposto e os objetivos da prática, destacando-se que elas seriam o foco central da assistência/cuidado. Na sensibilização, destacou-se a necessidade de amor, apoio, calor humano e segurança, para superar com dignidade as mudanças ocorridas na gravidez. Estas mudanças interferem em

nível físico, emocional e espiritual, e ocorrem a partir da vivência de seu novo papel.

Para obter maiores informações sobre sua gravidez e, também, sobre alguns dados sócio-demográficos, a equipe realizou uma entrevista individual. Os dados registraram informações sobre a sua procedência, a idade, a ocupação e estado civil. Participaram do estudo 8 adolescentes entre 14 e 16 anos com as seguintes características: a) quanto à ocupação: duas eram empregadas em indústria têxtil e duas eram estudantes e as demais estavam desempregadas; b) quanto ao estado civil: uma delas era casada, outra mantinha união livre e seis eram solteiras.

De outra parte, quanto à possibilidade de pertencerem ao grupo para desenvolver o processo amoroso durante gravidez, duas declaram que não podiam por residirem longe do Centro de Saúde. As outras seis demonstraram interesse por consideraram importante trocar conhecimentos e aprender sobre gravidez, possuíam horários disponíveis, tinham facilidade para frequentar o Centro de Saúde e participar das reuniões.

Na continuidade do processo, foi elaborado um planejamento com todos os participantes. Nos encontros desenvolveram-se atividades, tais como: reflexões, análises, discussões e orientações de problemas que foram apresentados, oferecendo-se informações relacionadas às atividades desenvolvidas e assuntos sugeridos pelo grupo. Estes encontros, num total de oito, realizaram-se sempre às quartas-feiras, das 9:30 às 11:00, nos meses de junho e julho de 1996.

Os encontros realizados nas “oficinas de saúde”, em forma circular, iniciavam-se com a apresentação pessoal dos estudantes, da docente, da enfermeira-chefe e da auxiliar de enfermagem, estimulando-se, em seguida, a apresentação de cada uma das adolescentes que estavam participando do

grupo. Este processo levou à empatia que ocorreu a partir da interação, mediante os diálogos e relações interpessoais.

Em decorrência desta empatia, o amor floresceu entre os participantes (equipe e adolescentes grávidas), a partir da realização de um programa educativo amoroso, elaborado conjuntamente conforme a necessidades sentidas pelas adolescentes. Permitiu-se uma participação ativa no grupo, de 3 a 4 estudantes, enquanto que as adolescentes oscilavam entre 8 e 6 em cada encontro. Durante a maioria dos encontros houve participação da auxiliar de enfermagem e da enfermeira-chefe, com a finalidade de poder dar continuidade a este trabalho na instituição.

Após esta etapa, como parte do processo ensino-aprendizagem, as estudantes de Enfermagem, sob orientação, organizaram um programa em conjunto com as adolescentes, segundo identificação de problemas e necessidades sentidas e percebidas. Neste programa de identificação foram incluídos os aspectos relacionados com o fortalecimento da auto-estima, o desenvolvimento de auto-conhecimento e de técnicas de relaxamento, ginástica, respiração, estimulação intra-uterina, bem como informações sobre trocas físicas e psicológicas ocorridas durante a gravidez e a importância do afeto no relacionamento MÃE-FILHO.

Desde os primeiros encontros percebeu-se a interação das adolescentes. Esta interação manifestou-se a partir de sua expressão no que elas estavam sentindo em relação a sua gravidez, no modo como estavam sendo vistas e apoiadas pela família, amigos e colegas, e, também, nas dúvidas referentes à própria gravidez e concepção. Além disso, elas expressavam dúvidas em relação ao amor a si mesma e os cuidados referentes à gravidez. Esta interação foi básica para o processo de sensibilização.

A metodologia utilizada no desenvolvimento do trabalho com as adolescentes grávidas baseou-se no princípio de aprender, fazer e construir,

partindo do individual para o grupal, tal qual preconiza Freire (1993). Com base nestes princípios e na necessidade de que as adolescentes desenvolvessem uma gravidez amorosa, como etapa de seu ciclo vital, abriu-se um espaço de reflexão e confiança, que permitiu a cada adolescente exteriorizar seus sentimentos, seus pensamentos e suas dúvidas em relação à experiência vivida.

Acreditando que os conteúdos do programa proposto são essenciais para trabalhar com as adolescentes, fazendo-as sentir a importância do desenvolvimento amoroso de sua gravidez, cada tema foi desenvolvido em dois encontros. Nesses encontros foi permitida a participação democrática de cada integrante do grupo, com intervenções que resgatavam os aspectos positivos, em relação as suas experiências e ao desenvolvimento e motivação para a vida, estimulando o diálogo, o respeito a si mesmo e aos outros. Esta atividade pode ser apreciada pelo depoimento de uma das participantes:

“Los temas fueron trabajados de manera adecuada, clara, con mucho interés y seguridad. La utilización de metodología con técnicas participativas, permitio el enriquecimiento del grupo, através de los dialogos mantenidos y del respeto mutuo entre sus miembros”.

Este procedimento didático-pedagógico é reforçado por Keisseering (1997), ao afirmar que “o trabalho na arte de Enfermagem caracteriza-se por imprimir o que é adequado em uma situação dada e guia-se pelo que pode ser apropriado para a pessoa envolvida”. Assim, no desenvolvimento do trabalho foram utilizadas além de música, as técnicas de exposição de conhecimentos participativas que facilitaram o diálogo espontâneo, estimulando-se os componentes do grupo a participar para aprofundar mais o pensar e o sentir de cada adolescente grávida, permitindo uma realimentação constante dentro do processo de crescimento da equipe e das adolescentes.

As dinâmicas de grupo como: jogos, dramatizações, trabalho de grupo e individual fizeram parte da dinâmica da aprendizagem, criando ambiente de confiança. O desenvolvimento das temáticas caracterizou-se pela participação em que o construir do grupo se deu a partir dos aportes das adolescentes e complementado pela equipe. Segundo Meleis (1997), “o compartilhar e intercambiar a nível internacional sobre os fenômenos, enfermeiras em muitas regiões podem apreender *terapias de Enfermagem* que sejam culturalmente apropriadas como as ervas na China, a música na Índia, o ki da Coréia, a meditação e espiritualidade do Japão e as Danças rituais e de saúde do Egito. Compartilhar estes encontros e intercambiar sob os fenômenos aumentam o repertório das enfermeiras sobre as *terapias de Enfermagem*, o que aumentará sua efetividade no cuidado de populações diversas”.

Assim, o utilizar gestalt-terapia a partir de psicodramas com a participação de referenciais próprios e com outros profissionais das áreas específicas, permite-nos ampliar possibilidades de experiência consigo mesmo, com os outros e com os acontecimentos, vivenciando claramente a partir das áreas de experiência humana, e movimentamo-nos mais facilmente a outras onde ainda estamos confusos, permitindo-nos expandir a experiência pessoal e o trabalho através das dificuldades (Stevens, 1984).

A utilização de filmes, compuseram o arsenal do material pedagógico. Todos eles abordaram os temas relacionados ao fortalecimento da auto-estima entre os títulos apresentados. Destacam-se: “Babe, o porquinho corajoso” o qual permitiu refletir em relação ao amor a si mesmo e aos outros, aplicando-o nas vivências do dia-a-dia; e também em relação ao auto-conhecimento utilizou-se o filme “Você pode curar sua vida” de Louise Hay, o qual orientou, a partir de exercícios práticos e proporcionou elementos importantes para o crescimento pessoal das adolescentes e de seus familiares. Posteriormente, realizou-se o trabalho propriamente dito, ou seja, o desenvolvimento das

atividades práticas definidas para assistir/cuidar das adolescentes grávidas, usando o referencial amoroso.

A metodologia utilizada permitiu que as adolescentes refletissem sobre a importância dos sentimentos vivenciados no cotidiano, proporcionando-lhes uma gravidez saudável. Isto pode ser constatado na verbalização de uma das participantes:

“La reflexión apoyada en los materiales, en el video, nos dió mensajes y detalles para ser aprendidos y practicados, nos permite concluir que estamos viviendo sin dar importancia al sentimiento que nos da la vida - el amor ”.

De acordo com Maturana (1991), vivemos uma cultura que fala do amor mas nega-o na ação, por isso o amor olha-se como uma virtude, um dever inalcançável ou uma esperança, sendo segundo o autor, o amor, o fundamento do social.

Durante a fase da interação, trabalharam-se aspectos referentes à auto-percepção e cuidados próprios mantidos durante a gravidez. O diálogo surgia durante o processo interativo com as adolescentes, pois se perguntava sobre seu dia-a-dia, como estavam cuidando a si mesmas e cuidando de seu filho, quais estratégias estavam utilizando e quais as dificuldades que encontravam para aplicá-las. Uma delas assim se manifestou:

“Creo consciencia de que camino seguir para trabajar las situaciones que enfrentamos en el día a día, llevandonos a reflexionar sobre aspectos que generalmente pasan desapercibidos”.

Com este enfoque, buscava-se o intercâmbio de conhecimentos, sendo constante as perguntas sobre “amar-se para poder amar a seu filho”, como era realizado e quais as alternativas propostas, bem como o tipo de apoio oferecido pela família, em especial pelos pais e companheiro, e sua percepção

em relação a isto. Dentro deste processo de interação, a maior dificuldade referia-se à falta de apoio da família.

Esta falta de apoio significava ser rejeitada e criticada pelo fato de estar grávida, aspecto este, que repercutia em sua auto-estima. Elas compartilhavam as formas individuais de cuidar-se e o efeito que isso tinha em sua gravidez; as adolescentes relatavam, também, seus temores em relação às possíveis complicações, enriquecendo assim o processo interativo. Elas, por outro lado, expressavam a necessidade de conviver com as demais pessoas demonstrando seus sentimentos e valorizando-se como pessoas, com direito de ser feliz e existir, interagindo harmonicamente. Nas reuniões, elas assim se manifestaram:

“Valorizar, amar esas pequeñas cosas que nos hacen felices. Tratar de convivir con las demás personas con amor, expresar mis sentimientos, decir todo lo que siento, y también darme cuenta de que todo ser viviente, también existe”.

Nos encontros seguintes, perguntou-se sobre a efetividade das orientações, evolução da gravidez, como estavam exercitando o amor a si mesma e a seu filho, as relações familiares, como estavam enfrentando o processo de gravidez em relação ao meio em que viviam, como estavam desenvolvendo as técnicas de estimulação intra-uterina. Como resposta, assim se expressavam:

“El amor a si mismo, al hijo, a los compañeros, a la naturaleza, a la familia es un sentimiento maravilloso, siendo importante practicarlo y transmitirlo en el día a día en las relaciones”.

Durante o processo de assimilação e compreensão, trabalhou-se as questões conceituais do amor e a fluência do amor, com a finalidade de tornar o relacionamento mais amoroso. Segundo M. Newman (1986) “o encontro mais autêntico que tem-se com outra pessoa é quando essa pessoa está se

encontrando consigo mesma”. Com as discussões, surgiram outros temas e o intercâmbio de experiências foi efetivo, apresentando-se momentos nos quais as orientações e informações permitiam a aquisição de um maior conhecimento sobre a gravidez, selecionando-se os conteúdos a serem discutidos e aprofundados, segundo o estabelecido nos encontros anteriores. Dessas reuniões, pode-se captar as seguintes manifestações:

“Mostro muchos factores que estan olvidados pero que estan ahi, lo que se deseaba era rescatar los sentimientos de cada persona. Rescatar el amor, saber que está ahi y que podemos sentirlo y expresarlo de diferentes maneras”.

De acordo com Buscaglia (1994), o amor é espontâneo e precisa se expressar pela alegria, pela beleza, pela verdade, mesmo pelas lágrimas. Desta forma, pode-se observar a necessidade de resgatar o amor, manifestando-o de diferentes modos, inclusive como suporte para uma gestação harmônica e saudável. A formação do grupo de adolescentes, foi bastante positiva tanto para os estudantes como para as adolescentes grávidas e para a instituição, à medida que compartilhamos nosso saber, nossa vivência e o amor em nossas experiências cotidianas. Respeitar os valores e fortalecer a auto-estima das adolescentes grávidas, demonstrando interesse por sua situação e cuidado, discutindo sobre novas orientações, foram passos que permitiram a interação num contexto de amor, respeito e liberdade de expressão, em nível individual e grupal. As adolescentes grávidas mostraram que estavam abertas para compartilhar experiências, numa interação amorosa quando se manifestaram da seguinte forma:

“Lá expresión dinámica de los sentimientos de las participantes del grupo de trabajo, proporcionaron interacción, comprensión y aprendizaje”.

“Pena que fué poco tiempo, tuvimos fácil acceso a las informaciones dadas. Las personas del equipo fueron excelentes, amables, tienen mucho ánimo espiritual, llegaron muy cerca de nosotros”.

A experiência pode ser considerada bastante significativa para o referencial teórico, sobretudo como experiência de vida, em que o conhecimento foi sendo construído no dia-a-dia, o que reforçou a importância da participação acadêmica para poder discutir e implementar novos referenciais, junto às pessoas interessadas. Segundo Souza e Prado (1993), “a produção do conhecimento deve resultar do processo de criação conjunta do enfermeiro da área de ensino e da prática, com a participação ativa da clientela”. Esta idéia é reforçada por Kesseering (1997), ao afirmar que “o trabalho de arte no cuidado transforma as pessoas que estão envolvidas nele”.

Em relação a mudanças apresentadas pelas adolescentes grávidas, os estudantes relataram que à medida que transcorriam os encontros, elas eram tratadas amorosamente e entendiam o significado de amar-se para amar o outro, apresentavam mudanças em seus comportamentos, demonstrando melhora em sua auto-estima, na aceitação de sua gravidez e no relacionamento com seu conceito e família, como pode ser verificado nos seguintes depoimentos:

“Las adolescentes consiguieron tener mayor aceptación de su embarazo. Antes algunas no la aceptaban, porque habia sucedido de manera accidental, otras estaban pensando en abortar, porque tenían problemas con su familia debido a su embarazo”.

“La presentación personal mejoro, después de los primeros encuentros, como también mejoraron sus hábitos en relación a la alimentación”.

“Consiguieron introjectar el amor a si mesma, introduciendolo en la comunicación com el bebe, con su compañero y su familia. El grupo quedo fuerte para vivir un proceso amoroso de su embarazo”.

Essa prática de operacionalização foi desenvolvida com base na experiência profissional da autora desta tese, sem contudo utilizar qualquer receita pré-concebida, construindo-o no dia-a-dia e de acordo com as necessidades sentidas para operacionalizar o referencial teórico proposto “assistir/cuidar adolescentes grávidas”, com AMOR. Este é um trabalho inicial que servirá de base para outros que queiram estabelecer este tipo de assistência de Enfermagem às adolescentes grávidas. De qualquer forma, é importante valorizar o vivido de cada uma das participantes no processo, incluindo, também, o conhecimento e o como ajudar a compartilhar experiências com outros. Outra contribuição importante das adolescentes grávidas, diz respeito a aproximação delas com a instituição de saúde.

Diante do exposto, há de se perguntar “Será que através deste compartilhar com as adolescentes grávidas estaremos contribuindo na diminuição da mortalidade materna?”. Segundo o Comitê de Morte Materna, uma das estratégias para diminuir os índices de mortalidade materna é a educação das gestantes. Nós, além de orientá-las, assistimos/cuidamos com amor, estimulando-as a se sentirem fortalecidas, perante si, suas famílias e a comunidade. Muitas delas, depois de compreenderem o que é amar-se e amar o outro, aceitaram sua situação e o filho que estavam gestando, fato comprovado pela expressão do desejo de não abortar, desejo este, antes explicitado como uma necessidade, o que vai ao encontro da necessidade social - diminuir a mortalidade materna associada ou tendo como causa o aborto provocado.

Viver este estudo, reforçou-nos o pensamento do referencial, oferecendo segurança e motivação à reflexão do papel da Enfermagem na prevenção dos agravos a saúde, sendo necessário atuar na realidade das adolescentes, buscando criar estratégias que considerem suas necessidades reais. Também

reveste de importância a cooperação obtida pelas estudantes de Enfermagem na implementação do referencial na assistência, os quais assim se expressaram:

“En el comienzo por la novedad del tema y el tipo de trabajo con las adolescentes embarazadas, sentimos un poco de tensión. Poco a Poco conforme fué evolucionando el proceso y la vivencia adquirida por las adolescentes embarazadas, se fortalecia nuestra seguridad”.

“Nos sentimos seguras (os) en el manejo de los temas durante el desarrollo de los encuentros, conseguimos establecer empatia con las adolescentes embarazadas, a partir de la interacción amorosa, produciendonos sensaciones y experiencias que nos ayudaron a crecer como personas”.

As estudantes demonstraram segurança ao desenvolverem as atividades propostas, devido a interação amorosa mantida com as adolescentes. A interação amorosa permitiu-lhes estabelecer a empatia com as adolescentes e colegas, propiciando-lhes crescimento pessoal e ampliação de conhecimentos. Segundo Halldórsdóttir apud Waldow (1995), esta relação de aproximação permite abrir-se para a transferência de energia para o outro, correspondendo ao verdadeiro modo humano de ser. Segundo a autora, os clientes referem “como se alguém estivesse comigo em vez de trabalhando em mim”. As estudantes concluíram que:

“Las adolescentes embarazadas son diferentes de las embarazadas adultas, razón por la cual es necesario un programa específico para ellas, en el cual sean consideradas como seres totales, que pasan por una etapa de transición en el desarrollo de sus vidas”.

“El asistir/cuidar debe realizarse de manera individual y en reuniones de grupo, como fué desarrollado en esta experiencia”.

“Apesar da experiencia ser corta, a satisfacci3n personal es muy grande, porque contribuimos con el cambio. Reconocemos que en el mundo existen muchas embarazadas adolescentes y que es difi3cil contribuir con todas, sin embargo, estamos seguras que para las adolescentes embarazadas que compartieron con nosotros “algo cambio”.

As estudantes, ao final desta experi4ncia, aprenderam que as adolescentes gr3vidas s3o seres em transi3o, com necessidades espec3ficas, que requerem at4n3o especial. Portanto, devem assistir/cuidar de forma integral, individualmente e em grupo, desenvolvendo atividades especiais e que supram suas necessidades e fortale3am sua auto-estima atrav4s de um referencial cujo eixo central seja o AMOR.

5.4 - Cuidando e ensinando empatia : Um exemplo vivenciado

Esta situa3o a qual relata-se como exemplo, do trabalho realizado, vivenciada tamb4m por uma senhora de 38 anos, m3e da adolescente gr3vida, a qual tinha 14 anos, estudava no 2º grau, era a filha mais velha, de uma fam3lia com tr4s filhas, e que foi levada pela enfermeira-chefe, quando trabalh3vamos no programa, proposto para desenvolver o referencial amoroso com adolescentes gr3vidas.

No terceiro encontro, quando est3vamos trabalhando com o grupo de adolescentes, a enfermeira chefe chamou-nos e disse-nos: “este caso trata de uma adolescente em situa3o difi3cil, e preciso de sua ajuda, quero que a integre no grupo que voc4 est3 trabalhando com as estudantes”.

O trabalho iniciou-se com a solicita3o recebida da enfermeira chefe, a qual imediatamente apresentou a m3e, a quem chamaremos, nesta situa3o, M3e. Ela (a m3e), estava muito nervosa, brava e desgostosa com a situa3o; e

sua filha, a adolescente grávida, a quem chamaremos Filha, a qual chorava muito.

Estava com uma estudante, que iniciou imediatamente o trabalho, procurando identificar a situação que as deixava tão brava e triste. Fomos onde a mãe e a filha estavam, e a enfermeira chefe nos apresentou, quando então, as convidamos para irem a uma sala, para conversar. Compartilhamos com elas a situação vivida, apoiando-as em silêncio, com gestos, olhares e toques. Inicialmente, a mãe começou a falar:

“Dias atrás mi hija se sentio mal, estaba sin apetito y con mucho sueño; yo la traje al médico a consulta y le mando a hacer unos exámenes, los realice según lo solicitado. Hay vinimos a buscar el resultado de los exámenes para llevarlos al médico. El me dijo que mi hija esta “embarazada”. Imagine embarazada, y solo tiene 14 años, es una persona a quien le dimos todo y nos engaño. No quiero ni pensar lo que le voy a decir al papá. Yo no le voy a contar nada”.
La hija entretanto, permanece callada y chorando ...

Entende-se com Fromm (1991), que o “Amor é preocupação ativa pela vida e crescimento daquilo que amamos. Onde falta essa preocupação ativa não há amor”. A pessoa que ama sente-se responsável pelo outro como sente-se responsável por si mesma. Ser “responsável”, segundo o mesmo autor significa ter de “responder”, estar pronto para isso. A responsabilidade, continua o autor, poderia facilmente corromper-se em dominação e possessividade se não fosse pelo respeito. O respeito significa a preocupação de que a outra pessoa cresça e se desenvolva como é.

A mãe continuava falando e dizendo muitas coisas que não vou relatar, pois o leitor bem pode imaginar. Ela continuava expressando seus sentimentos de raiva, indignação, inconformidade, mas a filha não respondia,

permanecendo calada e chorando ... De acordo com Santin (1995), “a vida humana propriamente humana, é regida pelo coração, isto é pelos sentimentos, pela sensibilidade”.

Assim, continuamos, pouco a pouco, trabalhando o processo de sensibilização, o qual tinha começado com a expressão de sentimentos e continuava aflorando através das manifestações da mãe. A Filha continuava chorando. Solicitamos, então que a Filha expressasse como se sentia, não conseguindo fazê-lo, pois a mãe continuava reclamando e manifestando sua indignação, dizendo:

“Miren como nos paga todo lo que hemos hecho por ella. Imagine lo que van a decir en el colegio, esto es increíble, pues siempre estaba cuidandola”.

Decorridos mais ou menos 30 minutos nesta situação, onde procurávamos trabalhar a fase interativa, não a conseguíamos. Propus, então, a troca de papéis, ou seja, elas iriam fazer o papel uma da outra. Segundo Carper apud Chinn (1994), “o conhecimento é o que torna possível saber o que fazer no momento, instantaneamente, sem consciência deliberada”. Agrega a autora que ele pode também transformar o encontro imediato em uma percepção direta do que é significativo nele, ou seja, conhecer ou deduzir significado sobre o que está sendo expresso no encontro. A percepção do significado em um encontro é o que cria uma ação de arte na Enfermagem, e a percepção do significado por parte da enfermeira é refletida na ação realizada.

Assim, nesta nova situação, perguntamos à Mãe como ela estava se sentindo grávida e como recebia o que sua Filha estava expressando sobre o fato. Quando, então, ela se manifestou assim:

.... “todo para mi es oscuro, no encuentro salida, siento que el mundo se acaba, me siento muy sola”.

Foi neste momento, que a mãe percebeu e começou a sentir o que podia estar sentindo sua filha, como precisava do apoio que lhe negava. Assim se expressou :

“Esto es muy difícil de enfrentar sola, ahora entiendo como se puede estarse sintiendo mi hija. Le voy a dar todo mi apoyo”

Quando a filha assumiu o papel da mãe, também percebeu e compreendeu o que ela estava sentindo, e falou:

“Ahora comprendo la rabia que da cuando nos sentimos engañada y cuando alguien nos miente, entiendo el dolor que le estoy causando a mi madre”.

Na opinião de Samsó (1995), a empatia é um exercício no qual é preciso colocar-se na pele da outra pessoa, com objetivo de compreender seus pontos de vista. Significa assumir por alguns momentos as circunstâncias vividas pelas outras pessoas, suas experiências, necessidades, responsabilidades, culturas, seus ambientes, interesses e perspectivas. Com este exercício, podemos compreender o que leva uma pessoa a dizer e fazer coisas de acordo com o momento vivido. Temos verdadeira empatia quando conseguimos sair de nós mesmos e tentamos ver como o mundo parece ser aos olhos do outro (Buscaglia, 1995, p. 170).

Este exercício e este contato proporcionou momentos emocionantes, pois, Mãe e Filha fundiram-se num grande abraço, choraram, desculparam-se e riram ao reconhecer o quanto se amavam. A mãe manifestou todo seu apoio material e emocional à filha, e esta sentiu-se apoiada, para enfrentar sua gravidez. Depois disso elas assim se expressaram:

A Mãe: *“Voy a darle todo mi apoyo a mi hija y a mi nieto, para que tenga un embarazo tranquilo y con mucho amor; voy a ayudarla para que asuma su papel de madre. Voy a hablar con mi esposo, tenemos que apoyarla”.*

A Filha ... "Ahora siento que tire un peso de encima, estaba muy confusa y no sabia que hacer, quiero tener mi hijo y continuar estudiando, no me importa lo que los otros hablen, me siento apoyada y amada".

Segundo Duldt et al (1984), quando se entende o processo interativo da comunicação interpessoal, torna-se possível alterar seu rumo com efeitos previsíveis. Isto requer conhecimento de teoria e prática, do "porque" certos comportamentos funcionam e "como" desenvolver a operacionalização dos comportamentos com eficácia.

Depois disso, continuamos reforçando a afetividade durante algum tempo e explicamos sobre o trabalho que estávamos realizando com um grupo de adolescentes, onde procurávamos orientá-las para desenvolverem um processo amoroso de gravidez. Elas demonstraram interesse em participar dos encontros seguintes, onde tiveram oportunidade de trabalhar a etapa de assimilação e compreensão, participando da prática educativa amorosa. A participação das atividades realizadas com o grupo, e também o trabalho individual, permitiram-lhes trabalhar o amor a si mesma, fortalecendo sua auto-estima, e vivenciando a gravidez de maneira amorosa.

Tendo em vista o exposto, acredito que esta é uma primeira meta desta caminhada, realizando uma trajetória ora difícil ora prazerosa, mas durante a qual pode-se vivenciar, ensinar e transmitir amor. O trabalho continua, em um novo caminho, novas realidades, novos desafios, quando, então, apresenta-se algumas reflexões deste estudo principalmente relacionadas ao assistir/cuidar adolescentes grávidas, com vistas a contribuir para a prevenção da mortalidade materna.

A contribuição na prática com as adolescentes grávidas, concedeu-lhes um suporte para um novo estado de consciência amorosa de sua gravidez, a partir da sensibilidade, interação e clara comunicação interpessoal em nível verbal e não verbal.

De outra parte, a Escola de Enfermagem da Universidade del Valle em Cali - Colômbia, ficou enriquecida com esta experiência para a vida porque houve um acervo de conhecimento e pode-se aproveitar esta experiência como diretriz geral para a ciência de Enfermagem em aplicação de programas não só a grávidas mas também a outros grupos da população.

CAPITULO VI

REFLEXÕES FINAIS

6.1 - Preâmbulo

Apresentam-se as reflexões do estudo e suas possíveis contribuições para a Enfermagem. Desta forma estabelece-se a conexão entre os caminhos percorridos e as descobertas percebidas, assim como o impacto do referencial proposto e as perspectivas amorosas traçadas de acordo com o que foi vivenciado pela autora nesta caminhada.

Refletindo sobre esta vivência, no início da implementação desta proposta de pesquisa, sentiu-se temor de compartilhar o referencial, porque o grupo da Enfermagem, tanto da docência como da assistência, estava centrado no fazer e no desenvolver habilidades e procedimentos, com enfoque no paradigma newto-cartesiano, ao invés de uma perspectiva amorosa. Pouco a pouco porém, as portas foram se abrindo e as chances de implementação tornara-se maiores que o temor, impulsionando-me e fortalecendo-me para continuar desenvolvendo as atividades planejadas para implementar o referencial.

6.2 - Objetivos do Estudo e seus Alcances

O processo de assistir/cuidar baseado nas ciências tradicional e humanas, permeado pelo amor, oferece às adolescentes suporte para enfrentar

o processo de gravidez com segurança e harmonia, com vistas a diminuição de alguns riscos de morbi-Mortalidade Materna. De outro lado, a experiência de assistir/cuidar adolescentes grávidas, tendo como base o amor, possibilitou à equipe de Enfermagem atingir um de seus objetivos primordiais, ou seja, atender não só as necessidades físicas de sua clientela, mas também, as necessidades biopsicossociais, emocionais, espirituais, quando o ser humano é acolhido e amado em sua totalidade.

Constatou-se que ao assistir/cuidar adolescentes grávidas, está-se cuidando delas, bem como de nós mesmos enquanto pessoas e profissionais na área da saúde. Esta constatação é passível de confirmação pela afirmativa de Watson (1989) ao dizer que o cuidado é um modo de ser, uma atividade humana de ajuda mútua que promove crescimento e auto-realização. Parafraseando a autora, pode-se dizer que o assistir/cuidar é uma forma de conhecer, ser e perceber que envolve a intuição, a sensibilidade, o desejo de paz e o amor.

Ao refletir sobre a situação de riscos que envolvem as adolescentes, devido seu estado de gravidez e as características próprias de seu ciclo evolutivo, buscamos bases teóricas que proporcionassem fundamentos e habilidades para assistir/cuidar das mesmas, visando prevenir os riscos de Mortalidade Materna, através de um processo amoroso.

A vanguarda pensante das ciências tem uma visão integradora das coisas, e não é meramente intelectual. Precisa, seguir e incorporar de agora em diante, o coração ao percurso. Este mundo do qual a Enfermagem faz parte é um mundo que precisa de solidariedade, carinho e amor para acompanhar os processos de transformações de sociedade. O amor sempre esteve no interior, ou seja, possuímos uma fantástica capacidade para amar, e o amor experimenta-se na medida em que é oferecido e não tanto enquanto é recebido (Buscaglia, 1994).

O amor, como referencial do trabalho, é um recurso ilimitado e proporciona resultados incríveis. É uma linguagem que todos entendem e que na prática é um argumento irrefutável. Atualmente, todos os esforços são investidos para tornar a Enfermagem uma profissão reconhecida universalmente mas para tanto, é necessário que ela seja uma expressão de amor, pois acolhe o ser Humano, assistindo-o e cuidando-o. Assistir e cuidar necessário em todo processo de viver, inclusive a doença e a finitude da vida.

A doença hoje mais que nunca é reconhecida como o resultado de muitos componentes, não só físicos, e o tratamento começa quando a pessoa assume que tem capacidade de curar-se (Bach, 1992). O mundo da saúde é um mundo que exige justiça, compaixão e amor. À saúde requer consciência, em busca de significados e valores, portanto, humanismo. No capítulo III descreveu-se as referenciais amorosos do processo de assistir/cuidar proposto neste estudo, a partir do referencial de “amar-nos para amar o outro”, tendo como um dos eixos o auto-conhecimento.

É possível encontrar o caminho e percorrê-lo com alegria, reconhecendo os semelhantes como partes integrantes de uma inimaginável energia chamada Deus. A grandeza do amor segundo Buscaglia (1994), está em amar e não tanto em ser amado. Ao pensar que o amor é tudo quanto os outros precisam, este mundo deixaria de ser um campo de batalha. O assistir/cuidar, com o tempo, tornou-se mecânico, fragmentado e tanto as pessoas que cuidam como as que recebem cuidado precisam redimensionarem-se em ação amorosa para si e para os outros, pois assim as habilidades e qualidades profissionais serão potencializadas, o que é de acordo com Watson (1989), um valor, um comportamento, uma filosofia, uma arte e uma ciência.

O ensinar/pesquisar, a partir da realidade vivida, tendo como referencial teórico o amor, proporcionou às estudantes e à autora desta tese oportunidade de viver novos caminhos, os quais podem se constituir em subsídios para uma

prática de Enfermagem amorosa, voltada para o outro, tendo como foco o amor seus componentes e subconceitos. Assim, o assistir/cuidar/ensinar/pesquisar como desafio amoroso proporcionou aos membros envolvidos, nesta vivência, um olhar amoroso a si mesmo, a partir do auto-conhecimento, e uma interação com o outro no processo desenvolvido, como está referido no capítulo V.

Esta forma de compartilhar a operacionalização do referencial proposto, proporcionou uma forma diferente de ensinar, estimulando que as estudantes experienciassem uma maneira diferente de aprendizado, refletindo e interagindo amorosamente no sistema de saúde vigente. Neste processo, sendo o amor, o elemento subjetivo do viver, e tendo como contra-argumento a dificuldade de aplicação na vida diária, foi reconhecido como conceito com componentes e sub-conceitos passíveis de aplicação no assistir/cuidar de Enfermagem. Reconhecido também, como componente de satisfação de quem cuida e é cuidado, componente de realização profissional, sendo percebido como elemento subjetivo de estimulação do trabalho de Enfermagem.

Para a operacionalização do referencial, desenvolveu-se um processo educativo que a luz do referencial amoroso foi definido em um programa elaborado conjuntamente com as adolescentes grávidas, segundo as necessidades percebidas e verbalizadas pelo grupo, na oficina realizada. Alias, a aplicação de processo educativo tem sido sugerido pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica de Morte Materna, mas o processo em si é desenvolvido neste estudo. Esta atividade proporcionou a realização do processo de sensibilização e interação, os quais permitiram desenvolver a capacidade de exercitar alguns dos componentes do amor, como a paciência, a tolerância, o respeito, a delicadeza, considerados básicos para um relacionamento amoroso (Drummond, 1991). Na prática, trabalhou-se também os elementos de assimilação e compreensão, a partir da incorporação do

conceito de AMOR, de seus componentes e os sub-conceitos de sensibilidade, percepção, interação, comunicação.

O assistir/cuidar/ensinar/pesquisar amoroso, como desenvolvido nesta tese, portanto, utilizando o processo educativo pode-se constituir em referencial para atender o que preconiza politicamente o Sistema de Vigilância Epidemiológica dos Comitês de Mortalidade Materna (CMM, 1994), como instrumentos de prevenção da Morte Materna. O desenvolvimento deste processo amoroso com adolescentes sugere uma gravidez com menos risco, pois estimula que as adolescentes enfrentem o processo de estar grávida num contexto amoroso passível de ser vivido e conquistado com conhecimento e segurança, pelo próprio ser em evolução.

O processo de assistir/cuidar caracterizou-se por ser uma vivência, comunicada intencionalmente por meio de uma presença autêntica e de uma relação empática estabelecida entre pessoas. Isto resultou numa interrelação e trocas entre a equipe e as clientes, como um processo amoroso de ensino-aprendizagem de viver melhor.

Sob este enfoque, houve mudanças na concepção de Enfermagem e por conseguinte em sua maneira de desenvolver a prática de assistir/cuidar, demonstrando que o cuidado torna-se difícil e inadequado quando ocorre em situações que o caracterizam apenas como desenvolvimento de uma tarefa; apesar das pressões cotidianas das instituições de saúde, a abordagem do assistir/cuidar amoroso, é possível de ser realizado. Isto é sugerido pela prática de assistir/cuidar das adolescentes grávidas realizada com a efetiva contribuição das estudantes de Enfermagem para a implementação do referencial teórico proposto, cuja trajetória foi relatada no capítulo V.

Esta prática de Enfermagem permitiu, também, a estimulação da auto-estima das adolescentes promovendo a aceitação de seu estado gestacional, e que enfrentassem seu cotidiano, o que proporcionou às estudantes e equipe um

sentimento de dever cumprido e satisfação em exercer a Enfermagem. Portanto, apesar dos temores sentidos e das dificuldades enfrentadas, a utilização do referencial amoroso, no assistir/cuidar das adolescentes grávidas foi possível de ser operacionalizado e permitiu inclusive maior integração entre equipe e clientela, sugerindo a possibilidade de modificar a assistência prestada, às adolescentes grávidas, nos sistemas de saúde.

Podemos dizer que o referencial sugere, também, impacto no nível acadêmico no processo de ensino, assistência e pesquisa. Em nível acadêmico porque houve a inclusão do referencial, no currículo do curso de graduação, no sexto semestre, além dos conteúdos correspondentes aos conhecimentos sobre adolescente grávida. Isto permitiu a preparação dos estudantes, a partir do referencial, além de implementar a prática correspondente ao assistir/cuidar das adolescentes grávidas.

Em nível assistencial foi operacionalizado o referencial através da implementação da consulta de Enfermagem à adolescente grávida, a qual foi introduzida no currículo da Escola de Enfermagem, como uma prática nova. Este processo foi realizado com o apoio dos diretores do Centro de Saúde Panamericano da cidade de Cali - Colômbia, com a finalidade de dar continuidade ao processo de assistir/cuidar das adolescentes grávidas, de forma amorosa, na instituição. Conquistou-se, assim, um espaço na academia e na assistência, em relação a implementação do assistir/cuidar as adolescentes grávidas, tendo como eixo o processo amoroso na gravidez.

Já em pesquisa, implementou-se o referencial teórico construído, permitindo-se a vinculação de outros profissionais enfermeiros no trabalho, proporcionando um compartilhar de experiência e aprendizado com estudantes de especialização, docentes e equipe de Enfermagem. Adquiriu-se, também, experiência, envolvendo o referencial proposto, em outros projetos, como o projeto "Saúde Reprodutiva", onde estão incluídos adolescentes de

comunidades marginalizadas e, também, onde trabalhou-se o conceito “Amor” com os adolescentes.

Além disso, também orientou-se um trabalho de conclusão de Curso a estudantes do Programa de Especialização em Perinatologia, obtendo-se através das estudantes, resultados importantes em relação à implementação de um protocolo para o fortalecimento da auto-estima das adolescentes grávidas, o qual foi trabalhado a partir do referencial teórico construído na tese.

O impacto provocado pelo referencial permite vislumbrar sua aplicação em outras áreas da Enfermagem, pois, apesar de o termos aplicado em adolescentes grávidas, a comunidade de profissionais envolvida manifestou indícios de aceitação devido sua importância como caminho para resgatar o humanismo, na profissão, e por acreditar que ele poderá ser utilizado em diferentes cenários, nas práticas de Enfermagem, ou seja, do simples ao complexo ato de assistir/cuidar de crianças, adultos e idosos em sua totalidade.

A interação baseada no amor universal como componente do assistir/cuidar possibilitará a adolescente grávida uma melhor assimilação e aceitação de sua realidade vivida, permitindo-lhe suporte para impulsionar um desenvolvimento amoroso, o que favorecerá, provavelmente, o desenvolvimento saudável de sua gravidez.

6.3 - Considerações Finais, Limitações e Contribuições do Estudo

Se de um lado a pretensão de construir um modelo é sempre gratificante, por outro há a aceitação de que tudo é inexoravelmente passageiro. A autora nesta tese, também comunga a idéia de que o trabalho desta construção não se exaure no próprio referencial e nem poderia ser definitivo. Até porque, são as sucessivas aproximações entre teoria e prática que nos levam a oferecer e compartilhar a práxis de nossos sonhos, e, sonhar amorosamente é a conquista

que se presume como possível e viável a partir de agora. Portanto, o desafio amoroso se constitui em prenúncio de outros estudos e realizações com adolescentes grávidas ou outros componentes e em qualquer situação que requeira assistência/cuidado de Enfermagem.

Ao reconhecer a importância da utilização deste referencial na Enfermagem, sentiu-se que em sua construção e operacionalização houve limitações. Dentro do rol de limitações, destaca-se que por ser um trabalho criativo, que foi sendo construído ao longo do tempo, a partir de crenças, valores, emoções, sentimentos, experiências vividas, ele proporcionou momentos de dúvidas e temores, ocasionados por essa nova visão de mundo e relacionados à sua aceitação e operacionalização. Além disso, sentiu-se falta de um compartilhar maior da idéia junto às profissionais de Enfermagem, quer da academia, quer da assistência, quando se teve que iniciar o caminhar semeando a idéia da utilização do referencial amoroso no assistir/cuidar de Enfermagem, buscando adeptos e companheiros que estivessem dispostos a seguir esta trajetória. Sentiu-se que muitos duvidaram da proposta, outros ficaram temerosos de se envolverem com algo que não sabiam no que resultaria, outros estavam tão envolvidos com a prática tradicional que não se permitiram visualizar resultados, aliás, tudo e nada foi surpresa porque o amor é assim mesmo, assusta, conquista, possibilita e gera mudanças mesmo e que não queira ou dele duvide. Enfim, foi um transitar repleto de desafios, mas gratificante, pois os poucos que se propuseram a compartilhar do trabalho desde o momento inicial, hoje sentem a felicidade de ter envolvimento amoroso com a idéia e a assistência no amar-se e amar o outro, aplicando-o em sua prática e modificando-se de modo implícito e explícito à luz da vida e da existência que só o amor possibilita.

Trabalhar com o referencial do Amor no assistir/cuidar de Enfermagem permitiu às profissionais um resgate da arte do assistir/cuidar/ensinar/pesquisar

expandindo-se na criatividade e na aplicação de diversos instrumentos e técnicas que facilitam a construção, a absorção e a utilização do conhecimento em seu cotidiano, transformando-o em objeto de auto-realização pessoal e profissional. Segundo Keisseering (1997) “toda arte expressa habilidades humanas adquiridas com o trabalho duro, a aprendizagem a longo prazo, treinamento e ensaio”.

Assim, o conhecimento do assistir/cuidar amoroso, na cultura colombiana, se constitui em caminho para a melhoria da qualidade da assistência de Enfermagem, podendo se transformar em suporte e meio para a busca de novos referenciais, que sejam apropriados e condizentes com a realidade e que permitam a construção de modelos e teorias próprias, a partir de uma perspectiva holística.

A criatividade na utilização de novos caminhos de assistir/cuidar/ensinar/pesquisar oferece novos subsídios, os quais transformam a arte de criar em elementos que irão compor a ciência de Enfermagem, proporcionando a busca de novos referenciais e modelos, de acordo com a realidade latino-americana, os quais permitiriam a transformação do ensino e da prática de Enfermagem, visualizando o homem inserido em seu contexto universal como ser total. Para Keisseering (1997) “o trabalho no arte de Enfermagem caracteriza-se por imprimir o que é adequado numa situação dada e guia-se pelo que é apropriado para a pessoa que recebe o cuidado. A arte é criada a partir do entendimento intuitivo do que o trabalho de arte é, e o contexto no qual é criado traz a interpretação artística do sujeito e o tema como expressão artística”.

Considero que este estudo pode contribuir para que Enfermagem avance no resgate da humanidade através da integração da ciência tradicional e das humanas, tendo como eixo o Amor, com a possibilidade de fortalecer a auto-estima no desenvolvimento do processo de gravidez. Este processo de

aprendizagem proporcionou a riqueza de vivenciar o desenvolvimento pessoal e profissional, apoiado em reflexões relacionadas à força do amor como elemento primordial do assistir/cuidar de Enfermagem, onde se pode verificar o sonho tornando-se realidade e a utopia sendo oferecida como uma possibilidade para melhorar a qualidade de vida das adolescentes grávidas, a partir de um relacionamento amoroso, lembrando que a finalidade de nossa existência é a relação, ou seja, a força que nos liberta e nos faz crescer quando colocamos em ação nossa capacidade de interagirmos conscientemente no Universo. Assim sendo, afirmo que a proposta colocada em prática é um princípio e um meio para a prevenção da Mortalidade Materna em adolescentes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Tradução coordenada e revisada por Alfredo Bosi. 2. ed. São Paulo : Mestre Jou, 1982. 981 p. Tradução de: Dicionario de Filosofia.
- ANDRADE, J., KLAVA, A.L., PASSARELLI et al. Evolução da gravidez em adolescentes cardíacas acompanhadas no Instituto Dante Pazanesse. **Rev. Unidade Méd.**, v. 3, n. 4, p. 49-52, Jul./Set., 1984.
- ARISTOTELES. **A Política**. São Paulo : Martins Fontes, 1991. p 35-44.
- BACH, E. **Os remédios florais do Dr Bach**. 10. ed. São Paulo : Pensamento, 1992.
- BARTHES, R. **Fragmentos de um discurso amoroso**. 11. ed. Rio de Janeiro : Alves, 1991. 200 p.
- BIBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. Tradução por Antônio Pereira de Figueiredo. Rio de Janeiro : Barsa, 1965.
- BOHM, D. **A totalidade e a ordem implicada**. São Paulo : Cultrix, 1980.
- BORUCHOVITCH, E. Fatores associados a não utilização de anticoncepcionais na adolescência. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 26, n. 6, p. 437-443, 1992.
- BYINGTON, C.A.B. **Pedagogia simbólica: a construção amorosa do conhecimento do ser**. Rio e Janeiro : Record, 1996. p. 29-47; 100-114.
- BRAGA, L. Mortalidade Materna no Brasil. In: FÓRUM NACIONAL DE DEBATES SOBRE A REDUÇÃO DA MORTALIDADE MATERNA. Curitiba, 7-9 de abril de 1994 (Material recebido no Evento).
- BRANDÃO, M.S., CREMA, R. **O novo paradigma holístico: a visão holística**. São Paulo : Summus, 1991. 160 p.

BRENEMAN, M. **Santa biblia**. Versión de Casedoro de Reina. Costa Rica : Editorial Caribe, 1980.

BUSCAGLIA, L. **Assumindo a sua personalidade**. 12. ed. Rio de Janeiro : Record, 1978. p. 56-61;74-107.

_____. **Amor**. 14. ed. Rio de Janeiro : Record, 1994. p. 61-68, 105-113.

_____. **Nascido para amar**. 6. ed. Rio de Janeiro : Record, 1995. p. 152-170.

CABALLERO, G., CRUZ, J.E., PEREZ, R. La edad materna y su influencia en algunos trastornos perinatales. **Rev. Cub. Obstet. Ginecol.**, Cuba, v. 16, n. 1, p. 8-22, Ener./Mar. 1990.

CABRAL, A., VIEIRA, C., PEIXOTO, L.R.M. et al. Gravidez e adolescência. **J. Bras. Ginecol.**, São Paulo, v. 95, n. 6, p. 251-253, junho 1985.

CAMARGO, R.F. **Modelo de atención de enfermería a la adolescente gestante madre, en el hospital Pedro León Alvarez Diaz**. La Mesa, Colombia : FEPAFEM, 1990.

CAPRA, F. **O Ponto de mutação**. 20. ed. São Paulo : Cultrix, 1982. p. 49-106.

_____. **Pertencendo ao universo**. São Paulo : Cultrix, 1993. p. 45-56.

_____. **A Teia da Vida**. São Paulo : Cultrix, 1997. p. 24-36.

CARPER, B.A. **Fundamental patterns of knowing in nursing**. Aspen : Systems Corporation. 92 - 68 : 13 - 23, 1978.

CARVALHO, J.R. **Epidemiologia e emancipação: a epidemiologia e o desafio da saúde coletiva**. São Paulo : Hucitec, 1994. p. 25-30.

CASTRO, S.M., FRANZANI, C.P., GAEYTE, P.F. Primigestas precoces y primigestas en edad óptima de embarazo: son diferentes sus características ginecoobstétricas, sociales y familiares? **Rev. Horizonte**, Chile, v. 5, n. 1, 1991.

CAVALCANTI, R. **Adolescência**. São Paulo : Roca, 1988. p. 5-27.

CHAUÍ, M. **Introdução à história da filosofia**. Dos pré-socráticos a Aristóteles. São Paulo : Brasiliense, 1994. p.159-170.

CHINN, P., KRAMER, M. J. **Theory and Nursing: a systematic approach.** 4 ed. St. Louis : Mosby, 1995. Os padrões de conhecimento na enfermagem. Traduzido pela Dra Vera Regina Waldow e revisado pela Dra Eloita Neves Arruda (para uso didático).

CHOPRA, D. **A cura quântica.** 9. ed. São Paulo : Nova Cultural, 1989. p.113-135.

CLARK , R. **A cura cósmica.** "Revelando o estado ideal de consciência". Rio de Janeiro : Record, 1993. p. 35-42

COHEN, J., JAFFE, D.T. Holistic health strategies. In: EDELMAN, C.L., MANDLE, C.L. **Health promotion throughout the lifespan.** 3. ed. St. Louis : Mosby, 1994. p. 324-349.

COMITÊS DE MORTALIDADE MATERNA. Ministerio de saúde, Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. Brasília : COMIN, 1994. 40 p.

CONSTANTINO, M.P.A. **Base de estudos holológicos e holopráticos. A Consciência não dual.** Florianópolis : Recorde, 1995. 113 p.

DELGADILLO, J.L., GODOY, M.G., VILLALBA, S.R. Aspectos del embarazo, parto y recién nacido de madres adolescentes. **Fac. Cienc. Méd. Univ. Nac. Paraguay**, v. 19, n. 1/2, p. 287-300, 1987.

— DEMO, P. **Introdução à metodologia da ciência.** Particularidades das ciências humanas e sociais. São Paulo : Atlas, 1983. p.15-30.

_____. **Pesquisa e produção do conhecimento: metodologia científica no caminho de Habermas.** Rio de Janeiro : Tempo Brasileiro, 1994.

— DESSER, N.A. **Adolescência, sexualidade e culpa.** Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1993. p. 30-40.

DI BERNARDI, R. **Gestação sublime intercambio.** São Paulo : Universalista, 1993. p. 55-56.

— DONAHUE, P. **Historia de la enfermería.** Traducción de la edición original Maria Picazo y Carmen Hernández. España : Doyma, 1993. p. 1-16.

DONALDSON, S.C.D. The discipline of nursing. In: _____. **Perspectives on nursing theory.** Tradução por Leslie Nicoll. 2 ed. Lippincott : Philadelphia, 1992.

- DRUMMOND, H. **O Dom supremo**. Rio de Janeiro : Rocco, 1991. 78 p.
- DULDT, B., GIFFIN, K., PATTON, B. **Interpersonal communication in nursing**. Philadelphia : Davis Company, 1984. p.2-15, 149-162.
- ECKBERG, D.L., HILL JR., L. The paradigm concept and sociology: a critical review. **American Sociological Review**, n. 44, p. 925-937, 1979.
- FAUNDES, A., CECATTI, J.G. **Morte Materna: uma tragédia evitável**. São Paulo : Universidade Estadual de Campinas, 1992. 216 p.
- FAWCETT, Jacqueline. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. Philadelphia : Davis Co., 1984.
- FEDELE, BACKER, MILLER. Creating health programs for women. Work in progress. presented at a Stone Center Colloquium. In: OPS. **Mujer, Genero y Salud**. Washington, 1993.
- FERREIRA, A.B.H. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986. 1838 p.
- FIALHO, F. **A eterna busca de Deus**. O homem mais do que a máquina. Sobradinho, D.F. : Edicel, 1993. p. 312-326.
- FIGUEROA, M.L., LLOSA, L., ALVAREZ, J.O. La situación nutricional y de salud de la mujer latinoamericana. **Arch. Latinoam. Nutr.**, Guatemala, v. 38, n. 3, p. 705-722, Sept. 1988.
- FLOREZ, L.D., DE MIN, L. Adolescencia y embarazo. **Rev. Med. Misiones**, v. 4, n. 1, p. 14-17, Dic, 1990.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 21. ed. Rio Janeiro : Paz e Terra, 1993. p. 77-95.
- FRITZEN, S.J. **Relações humanas interpessoais: para um relacionamento humano mais fraterno**. Rio de Janeiro : Vozes, 1990. p. 41-52
- FROMM, E. **A arte de amar**. Belo Horizonte : Italiaia, 1991. 158 p.
- GERBER, R. **Medicina vibracional**. São Paulo : Editora Cultrix, 1988. p. 53-55.
- GUTIERREZ, M.S. Embarazo y aborto en la adolescencia. **Rev. FEPAFEM**, Bogotá, Mayo, 1989.

- HEGEL, G.W.F. **Introdução à historia da filosofia.** São Paulo : Abril Cultural, 1980. p. 382-392. (Coleção Os Pensadores).
- HEIDEGGER, M. **Ser e tempo.** 3. ed. Petrópolis : Vozes, 1989.
- JUNG, C.G. **O homem e seus símbolos - "chegando ao inconsciente".** Rio de Janeiro : Nova fronteira, 1992.
- KESSEERING, A.M. Nursing: beyond art and science. In: INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE, 1997, Japan. **Anais ... Japan, 1997.** p. 23-35.
- KEYES, K.J.R. **Uma consciência superior: a focalização da consciência.** São Paulo : Pensamento, 1990.
- KREIGER, D. O toque terapêutico. 9. ed. Tradução Lea Passalacqua. São Paulo : Cultrix, 1995. 188 p.
- KUHN, T.S. **A estrutura das revoluções científicas.** 3. ed. São Paulo : Perspectiva, 1992. p. 77-105.
- LASKOW, L. **Curando com amor: amor e cura holoenergética.** 10. ed. São Paulo : Cultrix, 1991. p. 53-82.
- LESSA DILLY, C.M., PINTO DE JESUS, M.C. **Processo educativo em enfermagem: educação em saúde.** São Paulo : Robe Editorial, 1995. p. 111.
- LIPPITT, G.L. **Visualizing change: model building and the change process.** Fairfax, VA : NTL Learning Resources, 1973.
- LOCKE, J. **Ensaio acerca do entendimento humano.** 2. ed. São Paulo : Abril Cultural, 1978. p. 223-239 (Coleção Os Pensadores).
- LÓPEZ, G.J.R., FUENTES, X., FIGUEREDO, O. et al. La adolescente embarazada. **Rev. Obstet. Ginecol.,** Venezuela, v. 45, n. 4, p. 178-186, 1985.
- LÓPEZ, G.J.R. et al. La adolescente embarazada: Morbimortalidade materna y fetal. **Rev. Obstet. Ginecol.,** Venezuela, v. 52, n. 1, p. 17-22, 1992.
- MADI, J.M., CHIARADIA, A., LUNARDI, P. Gravidez na adolescência. **J. Bras. Ginecol.,** São Paulo, v. 96, n. 6, p. 267-270, jun., 1986.
- MARCON, S., MARINER, A. **Modelos y teorías de enfermería.** España : Rol. S.A., 1989. p. 40-145, 302-308.

- MATHIAS, L., NESTAREZ, J.E., KANAS, M., NEME, B. Gravidez na adolescência, primigestas de 9-15 anos. **J. Bras. Ginecol.**, São Paulo v. 95, n. 3, p. 89- 91, mar., 1985.
- MATURANA, H. **El sentido de lo humano**: convivencia, aceptación y creatividad. Santiago : Ediciones Pedagógicas Chilenas, 1991. p. 39-81.
- MAYEROFF, M. **A arte de servir ao próximo para servir a si mesmo**. Tradução por Cristina Carvalho Boselli. Rio de Janeiro : Record, 1971. Título original norte-americano: On Caring.
- MEDELLIN, G., TASCÓN, E.C., ARGOTE, L.A. et al. Experiencias educativas en salud reproductiva y sexualidad. **Rev. Latino Americana de Sexologia**, v. VII, n. 2, p. 258-269, 1993.
- MELEIS, A. On transitions and knowledge development. In: INTERNATIONAL NURSING RESEARCH CONFERENCE, 1997, Japan. **Anais ... Japan**, 1997.
- MENDEZ, R.J., SUSSMAN, R., PEREYRA, P. et al. Embarazo no deseado en adolescentes: aspectos médicos y psicosociales. **Rev. Obstet. Ginecol. Latinoam.**, v. 45, n. 5/6, p.180-189, Mayo/Jun. 1987.
- MERLEAU-PONTY. **Filosofia como corpo e existência**: um filósofo que reconhece a psicologia. São Paulo : Escuta, 1992. p. 36-53.
- MOLINA, R., ALARCON, G., ROMERO, M.I. et al. Resultados de un modelo de atención médica para adolescentes embarazadas. **Rev. Médica**, Chile, v. 113, n.2, p. 154-161, Fev. 1985.
- MONARI, C.L.R. **Participando da vida com os florais de Bach: uma mitologia prática**. 2. ed. São Paulo : Rocca, 1997. Capa.
- MONTES, M., ARISTIZABAL, E., RIOS, P., VILLABON, M. Controle pré-natal e prevenção da mortalidade materna. In: 1º SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SAÚDE DO ADULTO - A formação em Debate, 1995. **Anais ... Curitiba**, 25 de agosto de 1995.
- MONTES, M., CIFUENTES, A.L.S. Intervención de enfermería en un grupo de Mujeres trabajadoras para apoyar la lactancia materna **Rev. Horizonte**, Chile, v. 6, n. 1, p. 118-122, 1995.
- MORENO, R.A. Adolescentes y embarazo. **Rev. Colombiana. Obstet. Ginecol.**, Colombia, v. 40, n. 3, p. 227-232, Jul./Sept. 1989.

MOUSTAKAS, C.F. **The self explorations in personal growth**. New York : Harper & Row, 1956.

_____. **Creative Life**. New York : Van Nostrand, Reinhold, 1977.

NEVES-ARRUDA, E., PAIM, Ligia M., SILVA, A.L. Pesquisar para assistir. **Rev. Escola Enf. USP**, São Paulo, v. 26, n. Especial, p. 119-124, 1992.

NEWMAN, M. A new paradigm of health. In: _____. **Health as expanding Consciousness**. St. Louis : Mosby, 1986. 130 p.

_____. Application of the new paradigma of health to individuals families and Communities. In: _____. **Health as expanding Consciousness**. St. Louis : Mosby, 1986. 130 p.

_____. From old paradigm to new. In: _____. **Health as expanding Consciousness**. St. Louis : Mosby, 1986. 130 p.

_____. A new paradigm of health. In : _____. **Health as expanding Consciousness**. St. Louis : Mosby. 1986.

_____. Knowledge development in the new paradigma. In: _____. **Health as expanding Consciousness**. St. Louis : Mosby, 1986. 130 p.

NIGHTINGALE, F. **Notes on nursing**. What is it, and what is not. New York : Dover Publications, 1859.

_____. **Notas sobre enfermagem : o que é e o que não é**. São Paulo : Cortez, 1989.

OPS/OMS. **Tasas de Mortalidade materna**: uma tabulação de la información disponible. Ginebra, 1985.

_____. **Mortalidade materna en América Latina**: estudio y prevención de la mortalidad materna. Ginebra, 1986.

_____. **Guia para el estudio de la mortalidad materna en los países en desarrollo**: tasas y causas. Ginebra, 1987a.

_____. **La prevención de la tragedia de las muertes maternas**: informe sobre la Conferencia Internacional sobre la maternidad sin riesgo. Nairobi, Kenya, 1987b. p. 6.

_____. **Fecundidad en la adolescencia**: causas, riesgos y opciones. Washington, 1988.

- _____. **Plan de acción regional para la reducción de la mortalidad materna.** Washington, 1990.
- _____. **Prevención de la mortalidade materna.** Ginebra : Royston E., Armstrong S., 1991. p. 31-47, 114-131.
- _____. **CDC, reducción de la morbilidad y mortalidad materna en las Américas:** guía para la vigilancia epidemiológica de la muerte materna. Atlanta, 1992. p. 1-5.
- _____. **La salud materna: un perenne desafío.** Washington, 1993a. p. 5-7.
- _____. **Materna en América Latina. Boletim Epidemiológico,** Washington, 1993b.
- _____. **Prevención de la mortalidad materna en las Américas:** perspectiva para los años noventa. Washigton, 1993c. p 7-9.
- PARSE, R.R. **Nursing Science: major paradigms, theories, and critiques.** Philadelphia : Saunders, 1987.
- PATRICIO. Z.M. **A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- PEREZ, P.J., GARCIA, B.S. Primigesta adolescente. **Rev. Obstet. Ginecol., Cuba,** v. 13, n. 1, p. 45-54, Ene./Mar. 1987.
- PICK DE WERS, S., ATKIN, L. Existen diferencias entre adolescentes embarazadas y la población en general. **Rev. Instituto Nacional de Perinatología,** México, p. 448-486, 1988.
- PIZARRO, R.A. Factores de riesgo en el crecimiento del hijo de madre adolescente. In: **JORNADAS INTERNACIONALES DE INVESTIGACIÓN EN ENFERMERIA,** 1991, Concepción. **Anais ...** Concepción : Universidad de Concepción, Departamento de Enfermería, Oct., 1991. p. 45.
- PLATÃO. **Diálogos.** 2. ed. São Paulo : Abril Cultural, 1979. (Coleção Os Pensadores).
- PRIETO DE SOUSA, R.I. El hijo lactante de madre adolescente. **Fac. Cienc. Méd.,** Asunción, v. 20, n. 1/2, p. 151-168, 1988.

REBOLLEDO, A.A., ATALAH, S.E. Riesgos nutricionales en embarazadas adolescentes. **Rev. Chil. Nutr.**, Chile, v. 14, n. 3, p.193-199, Dic. 1986.

REIS. Epidemiologia da gravidez. **Rev. Isto É**, n. 1301, p. 70-70, 7 set. 1994.

RODRIGUES, H., FONTOURA, N. **Psicobiofísica nos problemas humanos: relacionamentos humanos**. Rio de Janeiro : Freitas Bastos, 1987.

ROGERS, M. **The theoretical basis of nursing**. Philadelphia : Davis Co, 1970.

_____. Science of unitary human beings. In: MALINSKI, V. (Ed.), **Explorations on Martha Rogers science of unitary human beings. norwalk**. Apletton-Century-Crofts, 1989.

ROYSTON, E., ARMSTRONG, S. **Prevención de la mortalidad materna: la condición de la mujer y la mortalidad materna**. Ginebra : OMS, 1991. 233 p.

SABETTI, S. **O princípio da totalidade: uma análise do processo da energia vital**. São Paulo : Summus, 1991. p. 275-315.

— SAMSÓ, R. **Taller de Amor**. España : Obelisco, 1995. 173 p.

SANTIN, S. Etica e Estetica em Saúde. In: 1º SEMINÁRIO NACIONAL SOBRE SAÚDE DO ADULTO - A formação em Debate, 1995. **Anais ...** Curitiba, 25 de agosto de 1995.

SANTOS, B.S. **Um discurso sobre as ciências**. 7. ed. Rio de Janeiro : Afrontamento, 1995. p.5-57

SANTOS, E.S., HECKER, A.M. et al. Maternidade e adolescência: sentimentos e atitudes. **Rev. Gaúcha Enf.**, Porto Alegre, v. 8, n. 1, p. 27-45, jan. 1987.

SARTER, B. **Nursing science quarterly: philosophical sources of nursing theory**. Los Angeles, C. A., v, n, 1988.

— SILVA, M.A.D. da **Quem ama não adoece**. São Paulo : Best Seller, 1994. 376 p.

SILVA, A.L., NEVES-ARRUDA, E. Referenciais com base em diferentes paradigmas: Problema ou solução para a prática de Enfermagem?. **Rev. Tex & Cont. Enf.**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 82-92, jan./jun. 1993.

- SCHULTZ, P.R., MELEIS, A.I. Nursing epistemology: traditions, insights, questions. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v. 20, n. 4, p. 217-221, 1988.
- SHEARIN, R.B.E., BOEULVE, J.R. Adolescent gynecology. **Rev. Pediatric Clinic. of North America**, Philadelphia, v. 36, n. 3, p. 697-715, June, 1989.
- SHELDRAKE, R. **O renascimento da natureza**. São Paulo : Cultrix, 1993.
- SHIELDS, D. **A cura pelo amor**. Tecnoprint, 1990. 89 p.
- SIEGEL, B.S. **Amor, medicina e milagres**. Tornando-se especial. São Paulo: Best Seller, 1989. p. 203-255.
- SIMMEL, G. **Filosofia do amor**: fragmento sobre o amor. São Paulo : Martins Fontes, 1993. p. 113-174.
- SMITH, M. Arriving at a philosophy of nursing: Discovering? Constructing? Evolving? In: KIKUCHI, J., SIMMONS, H. **Developing a Philosophy of nursing**. Sage Publications, 1994. p. 43-58.
- SOUZA, M.L., PRADO, M.L. A epidemiologia como suporte para assistência de enfermagem: contribuição ao debate. **Rev. Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 2, n. 1, 1993.
- SOUZA, M.L. Impacto da mortalidade materna na região sul do País. In: SIMPÓSIO DE MORTALIDADE MATERNA. Florianópolis, 1994.
- STEFANELLI, M.C. **Comunicação com paciente**: teoria e ensino - Conceitos básicos de comunicação; instrumentos para ensino da comunicação terapêutica. 2. ed. São Paulo : Editorial Robe, 1993. p. 29-60; 159-184.
- STEVENS, B.J. **Nursing Theory, Analysis, Application, evaluation**. Boston: Little Brown & Co., 1984.
- TAKIUTI, A. **A adolescente está ligeiramente grávida e agora?** São Paulo : Iglu, 1987. 118 p.
- _____. Grávidez, adolescência, cidadania. **Rev Pais & Teens**, Instituto Paulista de adolescência, Ano 2, n. 3, fev/abr, 1997.
- TANAKA, A.C.A., SIQUEIRA, A.A.F. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna, Brasil, 1980. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 20, n. 4, 1988.

- TAPIA, J.J. **O prazer de ser**. São Paulo : Gente, 1993. p.66-79.
- TAYLOR, R. **Methaphysics: nursing and metaphysics**. 2. ed. Englewood Cliffs, N. J.: Prentice-Hall, 1986.
- TOVAR, M.C.A, MONTES, V.M. Embarazo en la adolescencia. In: CIFUENTES, R. **Obstetrícia de alto riesgo**. 4. ed. Cali : XYZ, 1994. Cap. 5.
- VALENZUELA, G., SOLONGE, M., HERALD, J., MORRIS, L. Encuesta de salud de la reproducción en adultos jovenes del Gran Santiago. **Rev. Cuad. Med. Soc.**, Santiago de Chile, v. 31, n. 11, p. 19-26, Marzo, 1990.
- VARGAS, C.N., QUESADA, S.L. Algunas consideraciones sobre la salud fisica de la mujer Chilena. **Boletin Hospital San Juan de Dios**, Santiago de Chile, v. 35, n. 1, p. 35-44, Enero/Febrero, 1988.
- VERNY, T., KELLY, J. **A vida secreta da criança antes de nascer**. São Paulo :Editora Cts José Salmí, 1993. p. 41.
- VIEGAS, S. **Amor e criatividade**. Belo Horizonte : Núcleo de Filosofia Sonia Viegas. Cuaderno de Textos, Marzo 1994. 71 p.
- WALDOW, V.R. **“Cuidar/cuidado: o dominio unificador da enfermagem”**. *Maneiras de Cuidar - maneiras de ensinar*. Porto Alegre : Artes médicas, 1995.
- WARAT, L.A. **O amor tomado pelo amor: crônica de uma paixão desmedida**. São Paulo : Acadêmica, 1990. 112 p.
- WATSON, J. **Nursing: human science and human care**. **Rev. National League for Nursing**, Nova York, 1988.
- _____. **Nursing: human science and human care - A theory of nursing**. Norwalk : CT - Appleton-Century-Crofts, 1989.
- WEIL, P. **Nova Linguagem**. Rio de Janeiro : Editora Espaço e Tempo, 1987. p. 171-175.
- _____. **Relações humanas na familia e no trabalho**. 44. ed. Rio de Janeiro : Vozes, 1992. 239 p.
- _____. **A arte de viver em paz: por uma nova consciência e educação**. São Paulo : Palma, 1993.

- ∫ WILHELIM, J. et al. La edad materna como factor de riesgo en el embarazo en la selva del Perú. **Diagnostico**, Perú, v. 28, n. 5/6, p. 80-84, Nov./Dic. 1991.

ANEXOS

QUADRO 1 - Paralelo relativo as Ciências Tradicional e Humanas.

CIÊNCIA TRADICIONAL	CIÊNCIAS HUMANAS
<p>O estudo é entendido através das partes.</p> <p>O desenvolvimento e análise da teoria, faz-se através de conceitos e proposições</p>	<p>Compreende-se o todo como aparece.</p> <p>A proposta do desenvolvimento dos conhecimentos é compreendida por todos.</p>
<p>A teoria é descrita e explicada através de predições.</p>	<p>Realiza-se a partir da descrição e da interpretação.</p>
<p>A pesquisa é orientada para ser provada, construída e validada.</p>	<p>A pesquisa é orientada para criatividade e para as estruturas e descrições.</p>
<p>Os métodos são objetivados e controlados através da eliminação de desvios.</p> <p>Incluem as causas das enfermidades e dados quantitativos.</p>	<p>Os métodos de reconhecimento são subjetivos, dependentes do contexto sem, entretanto, estarem isentos de valor.</p> <p>Entende-se o significado das enfermidades comuns e os dados são descritos qualitativamente.</p>

QUADRO 2 - Condições reais e condições projetadas dos serviços pré-natais.

CONDIÇÕES REAIS	CONDIÇÕES PROJETADAS
Orientação centrada para o fisiológico segundo o modelo biomédico.	Orientação tendo em conta as dimensões do ser: físico, mental, emocional e espiritual, a partir do modelo holístico.
Ações padronizadas, predomínio de normas e rotinas.	Ações de comunicação interpessoal, flexibilização das normas e rotinas vigentes.
Equipe de Enfermagem com orientação para valorizar os conhecimentos possíveis de serem explicados e mensurados.	Equipe de Enfermagem com orientação para valorizar o amor a si e a os outros para oferecer uma atenção amorosa.
Expressiva carência de abordagem humanística na graduação e nos serviços de saúde.	Inserção nos currículos e nos serviços de saúde de um referencial teórico que tenha como elo de ligação o amor e articule as ciências tradicional e as humanas.
Desconhecimento de modelos conceituais de Enfermagem e de sua aplicação.	Aplicação prática de modelos conceituais humanísticos norteados pelo amor para assistir/cuidar em Enfermagem.
Abordagem da adolescente grávida no programa de atendimento à saúde da mulher.	Assistência especial a adolescente grávida mediante o desenvolvimento de um processo amoroso de gravidez, com vistas a prevenção de morte materna.

QUADRO 3 - Conteúdos ou necessidades gerais e conteúdos específicos.

CONTEÚDOS OU NECESSIDADES GERAIS	CONTEÚDOS ESPECÍFICOS
<p>Componentes de competência: habilidades, atitudes e valores.</p> <p>Habilidades, dependeram da experiência, grau de sensibilidade e capacidade de aprendizagem da equipe e das adolescentes.</p> <p>Atitudes da equipe e das adolescentes, reveladas pela abertura para o outro, com ações permeadas pelo calor humano.</p> <p>Valores tornaram-se visíveis pela responsabilidade, ajuda e respeito demonstrados a si mesmo e aos outros, num trabalho horizontal, a partir da orientação e discussão dos problemas que foram apresentados no grupo.</p>	<p>Desenvolvimento da capacidade amorosa dos participantes a partir do compartilhar um projeto que tem como requisito fundamental o amor, mediante a aplicação de estratégia metodológica desenvolvida como oficina de saúde.</p> <p>Participação em atividades, como: música, exercícios de relaxamento, respiração, toque, mímica, ginástica, jogos, que estimularam verbalização de suas necessidades e problemas.</p> <p>Resgate da auto-estima das adolescentes, proporcionando à jovem mãe segurança, a partir do processo de comunicação e das relações interpessoais amorosas.</p>