



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
DISCIPLINA: INT5162 – ESTÁGIO SUPERVISIONADO II**

**ANA ISABEL DE GODOY FERREIRA
VIVIANE SOARES**

**POTÊNCIAS E LIMITES DO QUOTIDIANO NA CAPTAÇÃO PRECOCE DE
GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS EM UM CENTRO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES
DA ENFERMAGEM PARA PROMOVER O SER SAUDÁVEL**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

**ANA ISABEL DE GODOY FERREIRA
VIVIANE SOARES**

**POTÊNCIAS E LIMITES DO QUOTIDIANO NA CAPTAÇÃO PRECOCE DE
GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS EM UM CENTRO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES
DA ENFERMAGEM PARA PROMOVER O SER SAUDÁVEL**

Trabalho de conclusão de curso, referente à
disciplina: Estágio Supervisionado II (INT5162)
do Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Rosane Gonçalves Nitschke

**FLORIANÓPOLIS
2011**

AGRADECIMENTOS

Às mulheres gestantes e suas famílias, que possibilitaram um novo olhar.

Aos funcionários do CS Lagoa da Conceição, pela receptividade e acolhida.

Às enfermeiras Alessandra e Ingrid, pela fundamental participação em nosso aprendizado e pelo apoio, incentivo e dedicação constantes.

Às companheiras do Grupo Nupequis, e especialmente à enfermeira Adriana, por acolherem nosso trabalho e contribuírem com seus olhares enriquecedores.

À nossa querida orientadora Rosane, por caminhar junto, nos envolvendo de sensibilidade e por acreditar, apostar e cuidar de nós.

Aos nossos professores e professoras, que nos deram as mãos no primeiro trecho desta longa jornada.

Aos nossos familiares, companheiras e companheiros, amigas e amigos, pelo estímulo, carinho, críticas, sugestões e paciência nestes quatro anos de faculdade.

A todas e todos, o nosso sincero reconhecimento.

“Talvez fosse preciso considerar que nosso conhecimento do mundo é uma mistura de rigor e poesia, de razão e paixão, de lógica e mitologia”.

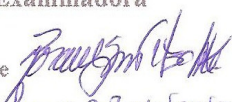
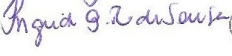

Michel Maffesoli, 2007

ANA ISABEL GODOY FERREIRA
VIVIANE SOARES

POTÊNCIAS E LIMITES DO QUOTIDIANO NA CAPTAÇÃO PRECOCE DE
GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS EM UM CENTRO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES
DA ENFERMAGEM PARA PROMOVER O SER SAUDÁVEL

Este Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (TCC), desenvolvido na 8ª UC, na disciplina Estágio Supervisionado II, requisito para integralização do referido Curso, foi julgado adequado e aprovado.

Banca Examinadora

Enfa. Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke  (Presidente/Orient.)
Enfa. Ingrid Gonçalves Rodrigues de Souza  (2º Membro/Supervisor)
Enfa. Dda. Adriana Dutra Tholl  (3º Membro)

Florianópolis, 07 de julho de 2011.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CEP: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA
Tel. (048) 231.9480 - 231.9399 Fax (048) 231.9787

DISCIPLINA: INT 5162- ESTÁGIO SUPERVISIONADO II
PARECER FINAL DO ORIENTADOR SOBRE O TRABALHO DE
CONCLUSÃO DE CURSO

ANA ISABEL GODOY FERREIRA
VIVIANE SOARES

POTÊNCIAS E LIMITES DO QUOTIDIANO NA CAPTAÇÃO PRECOCE DE GESTANTES E SUAS
FAMÍLIAS EM UM CENTRO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA
PROMOVER O SER SAUDÁVEL

O trabalho desenvolvido por ANA ISABEL GODOY FERREIRA e VIVIANE SOARES apresenta-se primoroso, refletindo toda a sua intensiva trajetória desde a concepção enquanto projeto de pesquisa até sua finalização. Tem consistência teórica – metodológica, expressando domínio expressivo do referencial, especialmente na grande e precoce habilidade de utilização de instrumentos para o trabalho com famílias, bem como na análise e construção de categorias, embasadas no entrelaçamento da microsocio-antropologia, promoção da saúde e enfermagem. Sendo assim, é uma produção sintonizada na realidade, pois dela partiu e para ela retorna, transpirando razão sensível e compromisso ético e assim contribuindo para um importante momento do ciclo vital, envolvendo gestantes e suas famílias, no que se refere à assistência pré-natal e ao puerpério. Ao mergulhar no cotidiano destas pessoas, contribui efetivamente para consolidar o SUS, e a Estratégia de Saúde da Família reforçando a Enfermagem Familiar, especificamente. Sendo assim, merece distinção e mérito máximo.


Enfa.Profa. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke

Orientadora

FERREIRA, Ana Isabel de Godoy; SOARES, Viviane. **Potências e limites do cotidiano na captação precoce de gestantes e suas famílias em um centro de saúde: contribuições da enfermagem para promover o ser saudável.** 2011. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. [Orientadora: Prof^a Dr^a Rosane Gonçalves Nitschke].

RESUMO

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que enfoca o cotidiano de gestantes e familiares, objetivando identificar potências e limites para a captação precoce e adesão à Assistência ao Pré-Natal no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição, em Florianópolis/SC. Realizou-se a coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas, com 11 sujeitos de pesquisa, com questões norteadoras abertas, fazendo uso de Genograma Intrafamiliar e Ecomapa, e a partir de bancos de dados, de março a maio de 2011. O registro ocorreu através de gravação, transcrição e Diários de Campo. A análise ocorreu em três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados. Cumpriu as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do CNS, e foi aprovada pelo CEPESH da UFSC (parecer nº 1774/2011). Os resultados mostram que as potências da ordem da motivação (vontade de cuidar de si e do bebê), combinadas às potências da ordem da possibilidade (condições para cuidar de si e do bebê) podem promover o cuidado de fato. Também mostra limites da ordem da motivação e da possibilidade, que podem impedir as modificações do ritmo de vida necessárias para uma vivência saudável da gestação, e prejudicar a adesão ao pré-natal. A desarmonia entre os ritmos desejados e os ritmos impostos pode colocar-se como um fator de adoecimento ou, ao menos, de uma vivência menos prazerosa da gestação. Entretanto, a existência destes limites não se mostrou um impedimento para a adesão ao pré-natal nos casos observados; os limites não foram absolutos, apenas parciais. As potências prevaleceram sobre os limites.

Palavras-chave: Captação precoce de gestantes. Saúde da família. Enfermagem familiar. Cotidiano e saúde. Promoção da Saúde. Ser saudável. Cuidado pré-natal. Atenção Primária à Saúde.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Resumo esquemático do Quotidiano, com suas categorias e sub-categorias, e as relações estabelecidas entre elas.....	29
Figura 2. Resumo esquemático das Potências, com suas categorias e sub-categorias, e as relações estabelecidas entre elas.....	36
Figura 3. Resumo esquemático dos Limites, com suas categorias e sub-categorias, e as relações estabelecidas entre elas.....	41

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

CAPPS – Comissão de Acompanhamento de Projetos de Pesquisa em Saúde

CEPSH – Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

CS – Centro de Saúde

CS LAGOA – Centro de Saúde Lagoa da Conceição

DPP – Data Provável do Parto

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DUM – Data da Última Menstruação

HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana

IG – Idade Gestacional

INFOSAÚDE – Sistema de Gestão Informatizada em Saúde

MS – Ministério da Saúde

RDA – Rede Docente Assistencial

SISPRENATAL – Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFSC – Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
2 OBJETIVOS	12
2.1 Objetivo geral.....	12
2.2 Objetivos específicos.....	12
3 BUSCANDO A TEORIA: REVISÃO DA LITERATURA	13
4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO	17
5 METODOLOGIA	20
6 RESULTADOS NA FORMA DE ARTIGO CIENTÍFICO	23
Resumo e palavras-chave.....	24
1 Introdução.....	4
2 Análise e discussão dos resultados: compreendendo o cotidiano de gestantes e suas famílias, enfocando os limites e potências para adesão à assistência ao pré-natal e puerpério.....	27
2.1 Refletindo sobre os números encontrados no cotidiano.....	27
2.2 O Cotidiano de gestantes e suas famílias.....	28
2.3 Identificando Potências no cotidiano para a adesão precoce ao pré-natal.....	35
2.4 Identificando Limites no cotidiano para a adesão precoce ao pré-natal.....	40
3 Considerações finais.....	46
Referências.....	49
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	51
REFERÊNCIAS	55
APÊNDICES	59
Apêndice A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	59
Apêndice B: Modelo de Entrevista Semi-Estruturada.....	61

Apêndice C: Exemplo de Genograma Intrafamiliar e Mapa das Interações Extrafamiliares ou Ecomapa – Entrevista Semi-Estruturada Nº 7 – Acácia.....	62
Apêndice D: Transcrição da Entrevista Semi-Estruturada Nº 7 – Acácia.....	63
ANEXOS.....	69
Anexo A: Modelo de Genograma Intrafamiliar e Mapa das Interações Extrafamiliares ou Ecomapa.....	69
Anexo B: Código da Natureza das Interações e Símbolos utilizados no Genograma Intrafamiliar e Mapa das Interações Extrafamiliares ou Ecomapa.....	70
Anexo C: Folha de Aprovação do CEPESH.....	71

1 INTRODUÇÃO

O momento da gestação, no processo de formação de uma família, é um momento de enfrentamento crítico, que se mostra vital na sua construção. Assim, durante o período gravídico-puerperal, ocorre a transformação e ampliação do sistema conjugal para um sistema parental (CARTER E MCGOLDRICK, 2001).

Este enfrentamento pode gerar um processo de desorganização e conflito, podendo vir a causar sofrimento e demandando, portanto, uma atuação da equipe de saúde no sentido de reorganizar o tempo da gestante e sua família, auxiliando-os a adaptar seus ritmos de vida, promovendo os rearranjos da organização familiar e do trabalho (rede de apoio) que se façam necessários.

A importância da gestação no Ciclo de Vida Familiar e da assistência ao Pré-Natal e Puerpério na Atenção Primária tem sido ainda um tema bastante discutido no meio acadêmico e consideravelmente focado nas políticas de saúde, principalmente no que se refere à captação precoce de gestantes para a Assistência ao Pré-Natal e Puerpério. Neste sentido, percebemos a relevância dos elementos do cotidiano que tanto podem potencializar quanto limitar esta captação, e o envolvimento da gestante e de sua família neste processo.

O principal foco do pré-natal é prestar assistência à mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal, período em que ocorrem muitas transformações físicas e emocionais, e que cada gestante vivencia de forma diferente. A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto humanizado e para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Ela está intimamente relacionada à qualidade da assistência que é prestada pelos profissionais dos serviços de saúde, especialmente ao nível da Atenção Primária, e deve passar por ações voltadas não somente aos aspectos biológicos, mas também aos aspectos psicossociais, com atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A equipe da Estratégia Saúde da Família pode e deve, conforme o princípio da integralidade do SUS e as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde para a Atenção Humanizada e Qualificada ao Pré-Natal e Puerpério (BRASIL, 2006), constituir importante parte da rede de apoio durante este período, nesta fase de mudanças no Ciclo de Vida Familiar: “É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos” (BRASIL, 2006, p. 9).

A inclusão da família nos cuidados, o respeito à diversidade sócio-cultural, as condutas pautadas pelo respeito à autonomia da mulher e os espaços para a troca de

conhecimentos entre profissionais e usuários (como, por exemplo, a realização de Grupos de Gestantes nos Centros de Saúde) são fundamentais para um processo saudável de vivência da gestação, do parto, do puerpério, e de todo o ciclo que se inicia com a chegada de um novo integrante na família.

Estas medidas contribuem sobremaneira para o empoderamento e protagonismo da mulher e seus familiares, evitando agravos bio-psico-sociais no momento do parto e do puerpério imediato que, na maior parte das vezes, ocorre no ambiente hospitalar, ainda caracterizado pela medicalização e intervencionismo, apesar dos numerosos esforços já existentes no sentido de sua humanização.

O Centro de Saúde (CS) da Lagoa da Conceição, uma unidade integrante da Rede Docente-Assistencial (RDA), formada pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) e a Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (SMS), destaca-se, entre outros aspectos, pela qualidade da assistência prestada na área de Saúde da Mulher.

No entanto, a proposta de desenvolver este trabalho de conclusão de curso veio ao encontro da necessidade manifestada pelas enfermeiras do Centro de Saúde da Lagoa da Conceição (CS Lagoa), em Florianópolis (SC / Brasil), que referiram a existência de dificuldades na captação precoce de gestantes. Chegamos, assim, à seguinte pergunta de pesquisa: *quais são os elementos do cotidiano das gestantes e suas famílias que se colocam como limites e potências para a procura e adesão precoces à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério em um Centro de Saúde?*

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Compreender o cotidiano de gestantes e suas famílias de uma comunidade de área de abrangência de um Centro de Saúde, enfocando limites e potências para adesão à Assistência ao Pré-Natal¹.

2.2 Objetivos Específicos

- Avaliar, a partir do banco de dados (Sistema de Gestão Informatizada em Saúde da SMS de Florianópolis - Infosaúde), a relação entre o número de gestantes captadas tardia e precocemente, identificando o índice de captação precoce do CS Lagoa, a fim de estabelecer a magnitude do problema;
- Identificar elementos do cotidiano que potencializam a procura das gestantes e suas famílias pela Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no CS Lagoa, contribuindo para uma adesão precoce e plena.
- Identificar elementos do cotidiano que limitam a procura pelas gestantes e suas famílias à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no CS Lagoa, levando à adesão tardia;

3 BUSCANDO A TEORIA: REVISÃO DA LITERATURA

Tomamos como ponto de partida a revisão de literatura especializada sobre a Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, bem como as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2010), necessárias à contextualização da importância desta assistência no campo da saúde, de um modo geral, e da enfermagem, mais especificamente.

Segundo Brasil (2006, p. 11)

“Uma atenção pré-natal e puerperal qualificada e humanizada se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco. Estados e municípios, por meio das unidades integrantes de seu sistema de saúde, devem garantir atenção pré-natal e puerperal realizada em conformidade com os parâmetros estabelecidos a seguir: 1. Captação precoce das gestantes com realização da primeira consulta de pré-natal até 120 dias da gestação; 2. Realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação.”

Para assistir de forma integral à Saúde da Mulher foi criado em maio de 2004, pelo Ministério da Saúde, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes, baseada nos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Em julho de 2005, as ações previstas no Plano de Ação desta Política foram construídas e legitimadas por vários setores da sociedade, através das instâncias de controle social do SUS (conselhos, conferências e comissões).

“O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal”. (BRASIL, 2006, p. 11).

A partir desta Política Nacional, a Assistência ao Pré-Natal e Puerpério vem sendo organizada de forma a atender de forma integral às necessidades das gestantes, devendo utilizar-se para isso de conhecimentos técnico-científicos atualizados e dos meios e recursos mais adequados disponíveis em cada situação. A Assistência ao Pré-Natal e Puerpério deve estar integrada ao SUS nos níveis primário, secundário e terciário.

As ações de saúde no nível da Atenção Primária devem estar voltadas à cobertura de todas as gestantes das áreas de abrangência de cada CS, assegurando continuidade no atendimento e acompanhamento durante todo o período pré-natal, puerperal e perinatal, inclusive nos casos referenciados para os outros níveis de atenção.

Para garantir a eficácia e a eficiência da Assistência ao Pré-natal e Puerpério é necessário captar precocemente as gestantes, oferecendo a elas consultas, exames e condutas adequadas para uma assistência de qualidade. Mas não é só isso, é preciso dispor de profissionais capacitados, estrutura física adequada, equipamentos adequados, medicamentos básicos, apoio laboratorial e de um sistema de referência e contra-referência eficaz, principalmente quando a gravidez é de alto risco. É necessário estar sempre avaliando a gestante e o bebê, controlando a saúde do binômio mãe-filho, assegurando uma gestação tranqüila e posteriormente um parto humanizado, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e fetal.

A captação precoce da gestante em uma comunidade tem por objetivo inscrever a mesma no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (Sis prenatal) e fazer com que ela inicie o acompanhamento ainda no 1º trimestre da gestação, no sentido de realizar as intervenções de promoção da saúde, prevenção, educação e tratamento necessárias. Por esse motivo, destaca-se como um elemento de fundamental importância para a qualidade da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério.

A assistência pré-natal deve rastrear gestantes com risco gestacional e realizar as imunizações e profilaxias recomendadas, além das orientações e intervenções terapêuticas obstétricas. O número de consultas de pré-natal deve ser de, no mínimo, seis, a primeira delas ocorrendo até o 120º dia de gestação (BRASIL, 2006). No caso de pacientes de alto risco, o intervalo das consultas deve ser avaliado pelo médico obstetra (atenção secundária), de forma individual e de acordo com a patologia, às vezes sendo necessário o acompanhamento desta gestante através de uma internação hospitalar (atenção terciária).

Para que ocorra a captação precoce das gestantes é necessário o envolvimento dos profissionais de saúde e dos Agentes Comunitários de Saúde, e também rapidez e eficiência no atendimento realizado pelos serviços de saúde. A captação destas pacientes só será mantida se a qualidade dos serviços oferecidos corresponder às suas expectativas.

A ausência de acompanhamento pré-natal está associada à mortalidade perinatal cinco vezes superior àquela encontrada nas pacientes com atendimento regular, de acordo com Pizzani (2008). Um elemento importante a ser considerado no acolhimento e acompanhamento das gestantes é a visita domiciliar periódica. A visita domiciliar é uma

ferramenta importante a fim de identificar mulheres grávidas e inscrevê-las o mais precocemente possível no programa, o que proporciona melhores resultados na assistência à saúde materno-neonatal, afirma Franco (apud ARCHANJO, ARCHANJO E SILVA, 2007)

O principal objetivo da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério é assegurar que cada gestação chegue ao seu ponto culminante com o nascimento de um recém-nascido saudável (FEBRASGO, 2005). Já Brasil (2006) e Zampieri et al (2005) apontam a importância do pré-natal em relação às orientações sobre imunizações, dietas, hábitos de vida, atividade profissional, exercícios físicos, uso de drogas, viagens, atividade sexual, higiene e vestuário, além de atentar para as queixas da gestante que podem incluir náuseas e vômitos, sialorréia, constipação intestinal, pirose, lombalgias, dor abdominal, queixas cardiovasculares, queixas urinárias, varizes de membros inferiores, hemorróidas e leucorréias.

As gestantes com complicações potenciais precisam ser acompanhadas por uma equipe multiprofissional, buscando contemplar as diferentes necessidades do ciclo gravidico-puerperal, especialmente as de âmbito social, familiar e emocional.

Segundo o Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher, da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis,

“Na assistência ao pré-natal é importante que o(a) profissional tenha **sensibilidade** para **compreender** o ser humano, suas crenças e valores e o seu **modo de vida**, que esteja disponível e atento às necessidades da mulher e família e tenha habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. O(a) profissional de saúde faz parte da rede de apoio da gestante, contribui para fortalecer os **potenciais** desta para que possa conduzir o parto e assumir o protagonismo do **processo de nascimento**.

A Equipe de Saúde da Família deve acompanhar a gestante nas consultas individuais, nos grupos de educação em saúde, e em visita domiciliar para garantir a realização do pré-natal. Além de realizar busca ativa em caso de gestantes faltosas ou dificuldade de acesso ao serviço de saúde” (Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, 2010, p. 35).

Trata-se de um documento oficial da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis, e está de acordo com as diretrizes do Ministério da Saúde que, por sua vez, expressam uma concepção de Atenção Primária construída ao longo das últimas décadas pelos movimentos sociais e pelos profissionais da saúde, através de fóruns e documentos como a Declaração de Alma Ata, de 1978, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, de 1986, e o movimento pela Reforma Sanitária Brasileira que sucedeu a 8ª Conferência Nacional de Saúde e culminou na criação do SUS através das Leis Orgânicas da Saúde, na Constituição de 1988.

É interessante notar que neste trecho do Protocolo são enfatizadas noções como **sensibilidade, compreensão, modo de vida, potenciais e processo de nascimento**, a partir dos quais podemos nos remeter às noções de **Razão Sensível, Sociologia da Compreensão, Quotidiano e Potências**, trabalhados por Maffesoli (2008 e 2007) e Nitschke (2007) e de **Ciclo de Vida Familiar**, trabalhada por Carter e McGoldrick (2001) indo, portanto, ao encontro de nosso referencial teórico-metodológico.

4 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

Ao longo de todo o processo de pesquisa, procuramos trabalhar com as noções de Quotidiano, Potência, Limites, Imaginário e Ética da Estética, trabalhadas por Nitschke (1999) e Maffesoli (2007), integrando-se ainda à compreensão do Ciclo de Vida Familiar, trazido por Carter e McGoldrick (2001).

O Quotidiano “é a maneira de viver dos seres humanos, expressa no seu dia-a-dia, através de suas interações, crenças, valores, imagens e símbolos, que constroem seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital” (NITSCHKE, 2007, p.24). O cotidiano das gestantes e suas famílias é, portanto, uma mescla de sentimentos e emoções, feito de razão e emoção, realidade e sonho, amor e rejeição. Estes sentimentos e emoções ambivalentes são compartilhados dia-a-dia no estar junto, na convivência familiar, que é construída diariamente, compondo a ética da estética.

“Enquanto na modernidade predominava uma razão abstrata, concreta e inexorável, na pós-modernidade prevalecerá uma conjunção da razão abstrata com a razão sensível. Nessa pós-modernidade ou contemporaneidade, alguns sentimentos e emoções vão ser partilhados em coletividade. Esse respirar coletivo remete, segundo Maffesoli, a uma ética da estética” (ARAÚJO, 2006, p. 01).

Esse “partilhar em coletividade” refere-se ainda às redes de apoio, e que não se resumem à estrutura prática e logística do rearranjo das condições materiais de sobrevivência (trabalho, renda, tarefas domésticas, disponibilidade de tempo, serviços de assistência à saúde), embora esta estrutura seja de extrema importância, mas também à rede de apoio afetivo, das orientações, troca de experiências, acolhimento, escuta sensível, incentivo e estímulo. Amigos, família e profissionais de saúde, especialmente as(os) enfermeiras(os), cumprem um papel fundamental na formação desta rede, podendo contribuir de forma decisiva para uma vivência saudável e prazerosa da gestação, para o que poderíamos chamar, talvez, de “cuidado de fato”, como discutiremos melhor adiante, ao refletir sobre as potências para a adesão ao Pré-Natal e Puerpério.

“A *ética da estética* constitui-se, justamente, em emoções partilhadas e vivenciadas em comum. Uma faculdade de sentir em comum. Desta maneira, a ética é definida como uma contraposição à moral castradora instituída socialmente. Seria uma espécie de moral sem restrições, sem fronteiras, limites ou barreiras. Prevalece, nesse sentido, o desejo de estar junto, o sentimento de pertença aos micro-grupos germinados. Salienta-se que esse desejo de estar junto poderá, segundo cada indivíduo, ser provisório ou um pouco duradouro.” (ARAÚJO, 2006, p. 01).

“A noção de Potência trata das forças que vêm de dentro de cada ser humano, sendo da ordem da cooperação e da libertação, enquanto o poder é da ordem da dominação” (MAFFESOLI, 1998, p. 106).

Buscando compreender o olhar destas mulheres gestantes e suas famílias sobre estes limites, através do nosso olhar de pesquisadoras, definimos provisoriamente que limite é algo que dificulta, que atrapalha, podendo ser uma barreira que impede total ou parcialmente, ou que não chega a impedir, a realização de uma ação ou plano. É uma fronteira entre aquilo que se alcança e aquilo que não se alcança em um determinado momento.

Os limites que se apresentam no cotidiano das gestantes e suas famílias para a adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério são aqueles elementos vivenciados ou percebidos como aspectos que enfraquecem a motivação e as possibilidades para esta adesão; ou seja, que contrapõem-se às potências, trazendo-nos a idéia das possibilidades que não encontram espaço para realizar-se plenamente.

A família é “um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade”. (DELANEY apud NITSCHKE 1999, p. 29-30). Ela pode ser constituída por pessoas que se percebem como família, sem possuir necessariamente laços consangüíneos. A família convive por determinado espaço de tempo, possuem e transmitem crenças, valores e conhecimentos comuns influenciados por sua cultura e nível sócio-econômico. Assim, toda família constrói uma história. (ELSEN et al, 1994). Ela faz parte de uma sociedade, interage com outras pessoas, famílias, escola, unidade local de saúde.

Dependendo do nível de interação estabelecida entre os seus membros, um grupo pode perceber-se como família. Vive em um ambiente simbólico que, certamente, é influenciado pelo crescimento e desenvolvimento de seus membros, assim como pelo processo saúde-doença que vivenciam. “Saúde familiar é uma experiência dinâmica de vida, resultante da interação que possibilita cada membro da família crescer, desenvolver-se, ajustar-se e desempenhar seus papéis. Esta interação é denominada de interação positiva” (NITSCHKE, 1991, p.71). A saúde familiar é mais do que a ausência de doença em um membro da família: ela inclui uma multiplicidade de variáveis biológicas, psicológicas, sociológicas, espirituais, dentro de um contexto cultural que a família vivencia enquanto sente bem-estar ou doença. Por outro lado, a promoção da saúde familiar consiste nas ações desenvolvidas pela família para aumentar seu bem-estar ou a qualidade de sua vida, segundo Bomar (1990 apud GASTALDON; MARTINS; POLTRONIÉRI, 2007).

Doença familiar, de acordo com Nitschke (1991), é uma experiência dinâmica de vida resultante da interação que dificulta ou impossibilita cada membro da família crescer e se desenvolver, definir, ajustar-se e desempenhar papéis. Interação esta que pode ser chamada de perturbada, negativa, ou super-interação. (NITSCHKE, 1991). Ainda de acordo com Nitschke (1999), saúde e doença têm diferentes significados para os membros da família, assim como para cada ser humano na sociedade. Além disso, assim como a interação, tanto a saúde quanto a doença, são influenciadas pelo ambiente físico e pela sociedade, dependendo, de aspectos físico-biológicos, sócio-econômicos e psico-espirituais.

Por fim, lançamos sobre a Assistência ao Pré-Natal e Puerpério um olhar pautado pela compreensão do cuidado à gestante como um processo mais amplo do que a mera prevenção de complicações durante o ciclo gravídico-puerperal, orientando-nos por um objetivo de promoção da saúde da gestante, do conceito e de toda a família. Neste sentido, acreditamos que a atuação da(o) enfermeira(o) e dos outros profissionais de saúde deve contribuir para a vivência de um momento saudável e prazeroso por todos os membros da família. E que isso pode ocorrer a partir da compreensão do nascimento como um processo em que os indivíduos e o grupo familiar passam por profundas transformações em seus papéis, tornando-se mãe, pai, irmãos ou avós de uma nova pessoa, caracterizando-se como um (re)nascimento para todos, e não apenas para o indivíduo recém-chegado e, portanto, como um importante marco no Ciclo de Vida Familiar.

5 METODOLOGIA

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, na forma de um estudo exploratório-descritivo, que enfocou o cotidiano das gestantes e suas famílias, buscando identificar as potências e limites para a adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, e que teve como cenário a comunidade da Lagoa da Conceição e o seu respectivo Centro de Saúde (CS).

Escolhemos a pesquisa qualitativa porque tínhamos a intenção de lançar um olhar curioso e compreensivo sobre os valores, crenças, representações, hábitos, atitudes e opiniões das mulheres gestantes e suas famílias, descrever e analisar as realidades relatadas, valorizando o processo de compartilhamento de opiniões como processo auto-educativo, buscando a profundidade, partindo do subjetivo para tentar atingir o objetivo.

Segundo Minayo (2004, p. 12),

“a discussão crítica do conceito de “Metodologia Qualitativas” nos induz a pensá-las não como uma alternativa ideológica às abordagens quantitativas, mas a aprofundar o caráter do social e as dificuldades de construção do conhecimento que o apreendem de forma parcial e inacabada. As diferentes teorias que abrangem (cada uma delas) aspectos particulares e relegam outros, nos revelam o inevitável imbricamento entre conhecimento e interesse, entre condições históricas e avanço das ciências, entre identidade do pesquisador e seu objeto, e a necessidade indiscutível da crítica interna e externa na objetivação do saber.”

Os sujeitos do estudo foram 10 mulheres gestantes e o companheiro de uma delas, que fazem parte da população atendida por este CS e que estavam ali realizando a Assistência ao Pré-natal e Puerpério no momento da pesquisa.

A coleta de dados foi realizada por estas pesquisadoras, através de entrevistas semi-estruturadas com questões norteadoras abertas (Apêndice A), fazendo também uso da técnica da terceira pessoa, como recurso para possibilitar que sentimentos, dificuldades e barreiras que elas não desejassem ou não conseguissem revelar também pudessem vir à tona. As entrevistas foram previamente agendadas, após a realização de consulta de Enfermagem, preferencialmente nos domicílios (sete entrevistas), mas também no espaço do Grupo de Gestantes (uma), no Centro de Saúde (uma) e no local de trabalho da entrevistada (uma). Em uma entrevista houve a participação do companheiro, e em nove, entrevistamos somente a gestante.

O convite para integrar a pesquisa foi realizado ao final das consultas de pré-natal no CS Lagoa, realizadas entre os meses de março a maio de 2011, pelas pesquisadoras, com o objetivo de garantir que a participação na pesquisa fosse de fato voluntária, evitando que o

direito à assistência parecesse equivocadamente estar vinculado à esta participação. No momento da entrevista foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice B) e foi explicada a forma de participação na pesquisa.

Em oito das dez entrevistas foram utilizados os instrumentos “Genograma Intrafamiliar” e “Mapa das Interações Extrafamiliares” ou “Ecomapa” (Anexo A), sugeridos por Nitschke (1999). Ao usar estes instrumentos tínhamos o objetivo de ampliar o levantamento de dados a partir do olhar das gestantes e suas famílias. Como registros dos dados também foram utilizados Diários de Campo, que envolvem Notas de Interação, Notas Teóricas, Notas Metodológicas e Notas Reflexivas (NITSCHKE, 1999), além da gravação digital.

A **análise dos dados** foi inspirada em Schatzman e Strauss (1973), reforçando a abordagem qualitativa. Assim, lançando nosso olhar sensível sobre suas crenças, imagens e símbolos acerca do cotidiano, encontramos com as potências e limites que o permeiam, identificado categorias e sub-categorias, com suas propriedades e características, bem como a forma como estas se relacionam entre si. Este momento foi realizado através de três etapas: ordenação e classificação dos dados, e análise “final”.

Na etapa de **ordenação dos dados**, foram feitas as transcrições das gravações, a leitura intensiva e aprofundada das transcrições e dos Diários de Campo, e a organização dos relatos. Para a **segunda etapa**, elaboramos uma primeira classificação, onde cada assunto, tópico ou tema, foi separado e guardado, buscando assim identificar **palavras-chave e categorias**. Posteriormente fizemos o agrupamento dos **temas** mais relevantes, ressaltando aspectos comuns e que se repetem, bem como aqueles que são diferentes e trazem algo significativo da realidade, que foram analisados à luz do referencial teórico, envolvendo os **pressupostos teóricos e da sensibilidade** de Michel Maffesoli.

Na **análise “final”** (sempre provisória), enfocamos os objetivos, delineando as considerações finais do nosso trabalho, o que nos ofereceu pistas e indicações que podem servir de fundamento para propostas de planejamento, transformação de relações, mudanças institucionais, dentre outras possibilidades.

Em relação aos aspectos éticos, o convite foi sempre realizado ao final das consultas, procurando evitar que a assistência recebida fosse vinculada à participação na pesquisa. Foram realizadas leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE, Apêndice B) com as entrevistadas antes do início das entrevistas, esclarecendo os objetivos da pesquisa, sua forma de participação nela, seu caráter voluntário, a garantia de sigilo, a não-vinculação ao atendimento nos serviços de saúde e os instrumentos que seriam utilizados.

Foram usados codinomes, a fim de garantir o anonimato e o sigilo das informações. A pesquisa cumpriu com todas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi implementada somente após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC (certificado nº 1774, Processo nº 1774, Folha de Rosto nº 402219).

6 RESULTADOS

Os resultados apresentados a seguir foram escritos com a intenção de transformar-se posteriormente em um artigo científico. Sabemos que, na forma atual, extrapolam o número de páginas usualmente utilizado em publicações científicas e pretendemos, futuramente, realizar as modificações necessárias para obter um artigo de acordo com as normas determinadas pela revista científica a ser escolhida.

POTÊNCIAS E LIMITES DO QUOTIDIANO NA CAPTAÇÃO PRECOCE DE GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS EM UM CENTRO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA PROMOVER O SER SAUDÁVEL

Ana Isabel de Godoy Ferreira

Rosane Gonçalves Nitschke

Viviane Soares

RESUMO

Esta é uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, que enfoca o cotidiano de gestantes e familiares, objetivando identificar potências e limites para a captação precoce e adesão à Assistência ao Pré-Natal no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição, em Florianópolis/SC. Realizou-se a coleta de dados através de entrevistas semi-estruturadas, com 11 sujeitos de pesquisa, com questões norteadoras abertas, fazendo uso de Genograma Intrafamiliar e Ecomapa, e a partir de bancos de dados, de março a maio de 2011. O registro ocorreu através de gravação, transcrição e Diários de Campo. A análise ocorreu em três etapas: ordenação, classificação e análise final dos dados. Cumpriu as diretrizes e normas da Resolução 196/96 do CNS, e foi aprovada pelo CEPESH da UFSC (parecer nº 1774/2011). Os resultados mostram que as potências da ordem da motivação (vontade de cuidar de si e do bebê), combinadas às potências da ordem da possibilidade (condições para cuidar de si e do bebê) podem promover o cuidado de fato. Também mostra limites da ordem da motivação e da possibilidade, que podem impedir as modificações do ritmo de vida necessárias para uma vivência saudável da gestação, e prejudicar a adesão ao pré-natal. A desarmonia entre os ritmos desejados e os ritmos impostos pode colocar-se como um fator de adoecimento ou, ao menos, de uma vivência menos prazerosa da gestação. Entretanto, a existência destes limites não se mostrou um impedimento para a adesão ao pré-natal nos casos observados; os limites não foram absolutos, apenas parciais. As potências prevaleceram sobre os limites.

Palavras-chave: Captação precoce de gestantes. Saúde da família. Enfermagem familiar. Cotidiano e saúde. Promoção da Saúde. Ser saudável. Cuidado pré-natal. Atenção Primária à Saúde.

1 INTRODUÇÃO

O momento da gestação, no processo de formação de uma família, é um momento de enfrentamento crítico, que se mostra vital na sua construção. Assim, durante o período gravídico-puerperal, ocorre a transformação e ampliação do sistema conjugal para um sistema parental (CARTER e MCGOLDRICK, 2001).

Este enfrentamento pode gerar um processo de desorganização e conflito, podendo vir a causar sofrimento e demandando, portanto, uma atuação da equipe de saúde no sentido de reorganizar o tempo da gestante e sua família, auxiliando-os a adaptar seus ritmos de vida, promovendo os rearranjos da organização familiar e do trabalho (rede de apoio) que se façam necessários.

O principal objetivo do pré-natal é prestar assistência à mulher e ao recém-nascido durante o ciclo gravídico-puerperal, período em que ocorrem muitas transformações físicas e emocionais, e que cada gestante vivencia de forma diferente. A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto humanizado e para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal. Ela está intimamente relacionada à qualidade da assistência que é prestada pelos profissionais dos serviços de saúde, especialmente ao nível da Atenção Primária, e deve passar por ações voltadas não somente aos aspectos biológicos, mas também aos aspectos psicossociais, com atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde (BRASIL, 2006).

A proposta de desenvolver este projeto de pesquisa veio ao encontro da necessidade manifestada pelas enfermeiras do Centro de Saúde da Lagoa da Conceição, em Florianópolis (SC / Brasil), que referiram a existência de dificuldades na captação precoce de gestantes. Chegamos, assim, à seguinte pergunta de pesquisa: quais são os elementos do cotidiano das gestantes e suas famílias que se colocam como limites e potências para a procura e adesão precoces à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério em um Centro de Saúde?

Buscando responder tal pergunta de pesquisa, definimos como objetivo compreender o cotidiano das gestantes e famílias da área de abrangência de um Centro de Saúde, enfocando limites e potências para adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério. Lançando nosso olhar sensível sobre suas crenças, imagens e símbolos acerca do cotidiano, encontramos com as potências e limites que o permeiam, identificando categorias e sub-categorias, com suas propriedades e características, bem como a forma como estas se relacionam entre si.

Para tal, tomamos como ponto de partida a revisão de literatura especializada sobre a Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, bem como as diretrizes do Ministério da Saúde (Brasil, 2006) e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis (2010), necessárias à contextualização da importância desta assistência no campo da saúde, de um modo geral, e da enfermagem, mais especificamente. Também tomamos como fio condutor de nosso trabalho algumas noções trabalhadas por Nitschke (1999), Maffesoli (2007) e Carter e McGoldrick (2001).

Conforme Secretaria Municipal de Florianópolis (2010, p. 35)

“Na assistência ao pré-natal é importante que o(a) profissional tenha **sensibilidade** para **compreender** o ser humano, suas crenças e valores e o seu **modo de vida**, que esteja disponível e atento às necessidades da mulher e família e tenha habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. O(a) profissional de saúde faz parte da rede de apoio da gestante, contribui para fortalecer os **potenciais** desta para que possa conduzir o parto e assumir o protagonismo do **processo de nascimento**.”

Neste trecho do Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher são enfatizadas noções como sensibilidade, compreensão, modo de vida, potenciais e processo de nascimento, a partir dos quais podemos nos remeter às noções de Razão Sensível, Sociologia da Compreensão, Quotidiano, Potências e Ciclo de Vida Familiar, trabalhados por Maffesoli (2007), Nitschke (1999) e Carter&McGoldrick (2001) indo, portanto, ao encontro de nosso referencial teórico-metodológico, que também nos traz as noções de Limites, Imaginário e Ética da Estética.

Foi realizada uma pesquisa qualitativa, na forma de um estudo exploratório-descritivo, que enfocou o cotidiano das gestantes e suas famílias, na sua relação com a adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, e que teve como cenário a comunidade da Lagoa da Conceição e o seu respectivo Centro de Saúde (CS). Os sujeitos do estudo foram 10 gestantes e o companheiro de uma delas, que fazem parte da população atendida por este CS e que ali estavam realizando o pré-natal no momento da pesquisa.

A coleta de dados junto às gestantes e suas famílias atendidas no CS Lagoa foi realizada pelas autoras, através de entrevistas semi-estruturadas com questões norteadoras abertas, fazendo também uso da técnica da terceira pessoa, como recurso para possibilitar que sentimentos, dificuldades e barreiras que elas não desejassem ou não conseguissem revelar também pudessem vir à tona. As entrevistas foram previamente agendadas, após a realização de consulta de Enfermagem, preferencialmente nos domicílios (sete entrevistas), mas também no espaço do Grupo de Gestantes (uma), no Centro de Saúde (uma) e no local de trabalho da entrevistada (uma).

Em oito das dez entrevistas foram utilizados os instrumentos “Genograma Intrafamiliar” e “Mapa das Interações Extra Familiais” ou “Ecomapa”, sugeridos por Nitschke (1999). Também foram utilizados, em todas as entrevistas, Diários de Campo, que envolvem Notas de Interação, Notas Teóricas, Notas Metodológicas e Notas Reflexivas (Nitschke, 1999).

Em relação aos aspectos éticos, o convite foi sempre realizado ao final das consultas, procurando evitar que a assistência recebida fosse vinculada à participação na pesquisa. Foram realizadas leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as entrevistadas antes do início das entrevistas, esclarecendo os objetivos da pesquisa, sua forma de participação nela, seu caráter voluntário, a garantia de sigilo, a não-vinculação ao atendimento nos serviços de saúde e os instrumentos que seriam utilizados. Foram usados codinomes, a fim de garantir o anonimato e o sigilo das informações. A pesquisa cumpriu com todas as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos, da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Foi implementada somente

após a aprovação da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis e do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Universidade Federal de Santa Catarina / UFSC (certificado nº 1774, Processo nº 1774, Folha de Rosto nº 402219).

2 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS: COMPREENDENDO O QUOTIDIANO DE GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS, ENFOCANDO OS LIMITES E POTÊNCIAS PARA ADEÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Buscamos, ao longo do processo de pesquisa, unir ao olhar das mulheres entrevistadas o nosso olhar sensível, na tentativa de compreender o cotidiano destas gestantes e suas famílias, enfocando os limites e potências vivenciados, percebidos e descritos por elas no processo de adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério.

Assim, emergiram três grandes temas: cotidiano, potências e limites. Dentro de cada um destes temas identificamos categorias e sub-categorias, com suas propriedades e características, bem como a forma como estas se relacionam entre si. São estas relações que discutimos a seguir, lembrando que antes teremos um breve encontro com os números que envolvem o cotidiano desta situação.

2.1 Refletindo sobre os números encontrados no cotidiano

Quanto aos dados levantados no Infosaúde (Sistema de Gestão Informatizada em Saúde da SMS de Florianópolis), 39 gestantes estiveram em acompanhamento no CS no período de janeiro a maio; destas, 36 (92,31%) aderiram ao pré-natal de forma precoce (até 120 dias de gestação) e, apenas 3 (7,69%), de forma tardia (mais de 120 dias). Foram realizadas entrevistas com 10 gestantes, das quais apenas 01 (10%) aderiu ao pré-natal tardiamente (20 semanas e 5 dias = 145 dias). Constatou-se, portanto, que a magnitude do problema é menor do que aquela que nos foi relatada pela equipe em setembro de 2010. Lembramos aqui que a equipe de enfermeiras, naquela ocasião, relatou a existência de dificuldades na captação precoce de gestantes, apresentando este como um dos principais problemas da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério neste CS. Um de nossos objetivos de pesquisa era, portanto, definir a magnitude do problema. Em termos quantitativos, observa-se que a captação tardia no período estudado corresponde a 7,69% do total, e a captação precoce alcança, portanto, um índice de 92,31%. Verificamos, assim, que o CS alcançou um índice muito expressivo no sucesso da captação precoce de gestantes, o que nos leva a concluir que, embora fosse percebido pela equipe como um problema importante, ou uma fragilidade do

trabalho desenvolvida na área da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, não se configura como um problema de grande magnitude. Mais adiante, no entanto, analisaremos os aspectos qualitativos da adesão das gestantes e famílias a esta assistência.

2.2 O Quotidiano de gestantes e suas famílias: as modificações de ordem biológica, emocional e de ritmo de vida

O cotidiano, para Nitschke (2007, p. 24), é entendido como “a maneira de viver dos seres humanos, expressa no seu dia-a-dia, através de suas interações, crenças, valores, imagens e símbolos, que constroem seu processo de viver, num movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu Ciclo Vital”.

Através das entrevistas, pudemos perceber que o **Quotidiano** das gestantes envolve **Modificações de Ordem Biológica**, que ocorrem durante a gestação (modificações e desconfortos gravídicos esperados, nas gestações de baixo risco ou, ainda, complicações obstétricas, nas de alto risco), bem como **Vivências e Transformações de Ordem Emocional**, ou seja, na forma de sentir, que acompanham este período do **Ciclo de Vida Familiar**, gerando uma tendência e uma necessidade de **Modificações no Ritmo de Vida**.

A vivência do tempo transfigura-se, toma um ritmo mais lento, demandando uma desaceleração ou moderação do Ritmo de Vida. Quando as circunstâncias desrespeitam esta tendência, forçando a manutenção de um ritmo acelerado, especialmente no trabalho, imprimem ao cotidiano um caráter “duro”, “difícil”, expressões estas geralmente associadas à sobrecarga de trabalho ou à carga horária excessiva no trabalho.

A concretização desta tendência ou necessidade de Modificação do Ritmo de Vida (desaceleração ou moderação) depende, entretanto, da ocorrência de Rearranjos na Organização Familiar e do Trabalho, que possibilitem esta adaptação do Quotidiano à nova vivência do tempo, transfigurado a partir das modificações dos ritmos orgânicos. Ou seja, também se fazem necessárias Modificações de Ordem Social, envolvendo rearranjos na rede de apoio, e a própria existência de tal rede de apoio, para que o ritmo de vida possa adequar-se à situação presente.

Como algumas vezes estes rearranjos não ocorrem, ou não acontecem de modo satisfatória, a mulher gestante não tem condições de adaptar seu ritmo de vida aos seus novos ritmos orgânicos e afetivos. Assim, se as intensas transformações da gestação já são, por si só, elementos geradores de sentimentos e vivências ambivalentes, contraditórias, paradoxais, nos parece que esta desarmonia entre os ritmos desejados (instituintes) e os ritmos impostos

(instituídos) pode colocar-se como um fator de adoecimento ou, ao menos, de uma vivência menos prazerosa da gestação.

A figura a seguir é um resumo esquemático das **categorias** acima descritas, incluindo também as **sub-categorias** que serão descritas mais adiante, criado pelas autoras com a intenção de ilustrar de forma simplificada as **relações** que se estabelecem entre elas, dentro do **tema Quotidiano**. Cada caixa de texto contém uma categoria, identificada em fonte caixa alta e negrito, seguida da lista de suas respectivas sub-categorias.

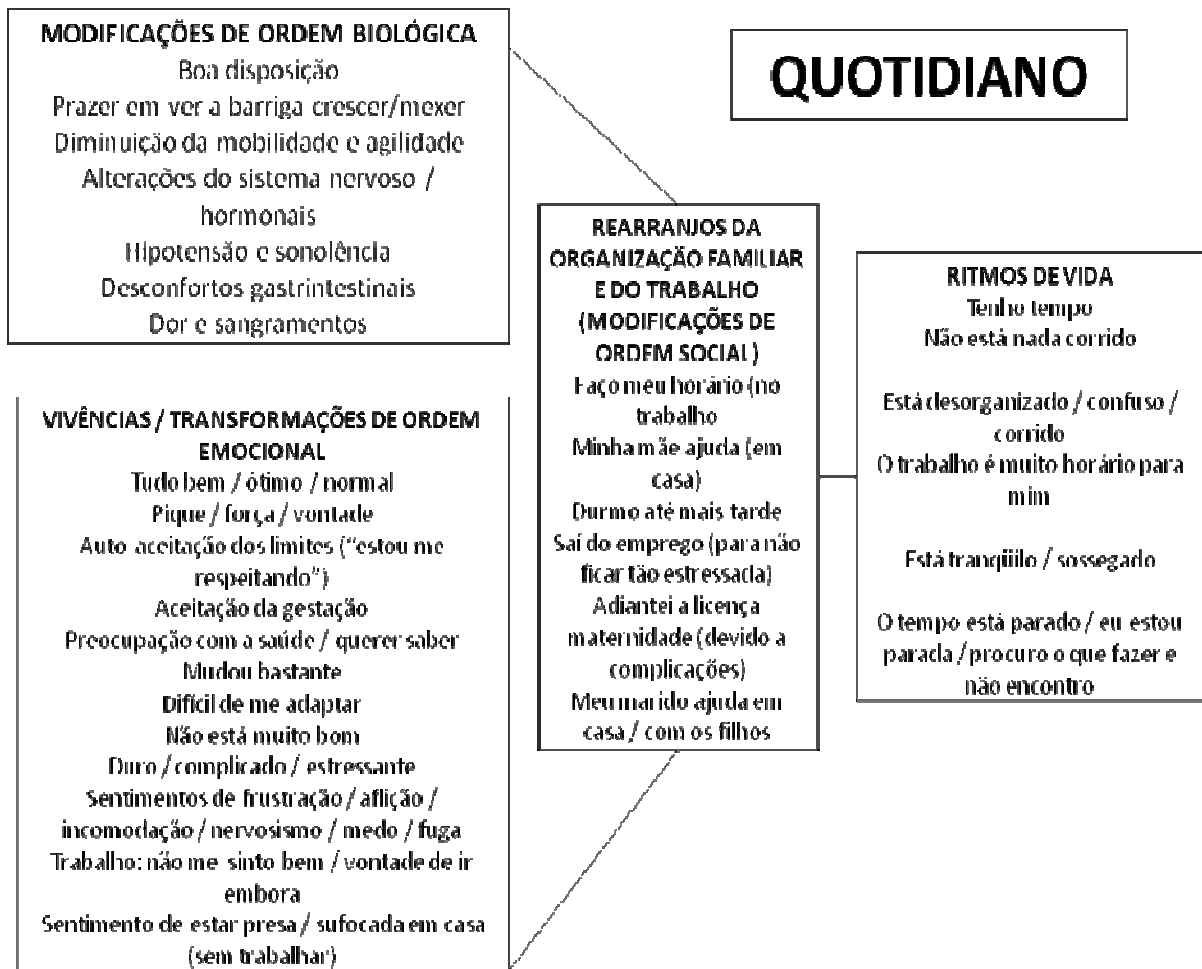


Figura 1 – Resumo esquemático do Quotidiano, com suas categorias e sub-categorias, e as relações estabelecidas entre elas.

Na categoria das **modificações de ordem biológica**, identificamos as seguintes sub-categorias: boa disposição; prazer em ver a barriga crescer e mexer; diminuição da mobilidade e agilidade (associadas ao crescimento abdominal); alterações do sistema nervoso e alterações hormonais; hipotensão e sonolência; desconfortos gastrintestinais; dor e sangramentos.

Dentre as **vivências e transformações de ordem emocional** identificamos as seguintes sub-categorias: tudo bem, ótimo, normal; pique, força, vontade; auto-aceitação dos limites (“estou me respeitando”); aceitação da gestação; preocupação com a saúde, querer saber; mudou bastante; difícil de me adaptar; não está muito bom; o dia-a-dia está duro, complicado, estressante; sentimentos de frustração, aflição, incomodação, nervosismo, medo, fuga; em relação ao trabalho: não me sinto bem, tenho vontade de ir embora; e sentimento de estar presa ou sufocada em casa (sem trabalhar).

Interessante observar que os sentimentos negativos estão presentes tanto entre aquelas que trabalham fora de casa quanto entre aquelas que não trabalham, bem como os positivos, indicando que o trabalho fora de casa pode ser elemento de estresse e sobrecarga, ou de estímulo social. Das dez mulheres entrevistadas, cinco (50%) estão trabalhando fora agora; destas, três (30%) relatam o cotidiano com expressões como “tenho tempo” e/ou “sossegado”, e duas (20%), que está “corrido” e/ou “desorganizado”. Cinco (50%) não estão trabalhando fora no momento e, destas, três (30%) consideram que seu ritmo de vida está “tranquilo”, enquanto as outras duas (20%) acham que “o tempo está parado”, ou se sentem “sufocadas”, pois “procuram o que fazer e não encontram”.

Descrevendo a **categoria das modificações de ordem social**, ou os rearranjos da organização familiar e do trabalho, identificamos as seguintes sub-categorias: faço meu horário (no trabalho); minha mãe ajuda (em casa); durmo até mais tarde; saí do emprego (para não ficar tão estressada); adiantei a licença maternidade devido a complicações; e meu marido ajuda em casa e com os filhos.

Quanto ao **ritmo de vida**, as sub-categorias identificadas foram: tenho tempo, não está nada corrido; está desorganizado, confuso, corrido, o trabalho é muito horário para mim; está tranquilo, sossegado; e o tempo está parado, eu estou parada, procuro o que fazer e não encontro.

As afirmações das mulheres de que o ritmo de vida durante a gestação está “tranquilo” ou “sossegado” equilibram-se em frequência e intensidade com expressões de que está “corrido”, “estressante”, “difícil” ou “desorganizado”. Percebe-se que mesmo aquelas entrevistadas que iniciam suas respostas com termos positivos, apresentam em seguida sentimentos contraditórios, intensos, às vezes negativos, expressando vivências ambivalentes e demonstrando, talvez, que a resposta inicial (“tranquilo”, por exemplo) pode expressar meramente aquela resposta que se acredita ser a “resposta esperada”, ou a “resposta correta”. Posteriormente, ao longo da conversa, os sentimentos mais profundos e complexos vão se revelando, e complementando a resposta inicial.

O cotidiano das gestantes e suas famílias é, portanto, uma mescla de sentimentos e emoções, feito de razão e emoção, realidade e sonho, amor e rejeição. Estes sentimentos e emoções ambivalentes são compartilhados dia-a-dia no estar junto, na convivência familiar, que é construída diariamente, compondo a ética da estética.

“Enquanto na modernidade predominava uma razão abstrata, concreta e inexorável, na pós-modernidade prevalecerá uma conjunção da razão abstrata com a razão sensível. Nessa pós-modernidade ou contemporaneidade, alguns sentimentos e emoções vão ser partilhados em coletividade. Esse respirar coletivo remete, segundo Maffesoli, a uma ética da estética” (ARAÚJO, 2006, p. 01).

Esse “partilhar em coletividade” refere-se ainda às redes de apoio, e que não se resumem à estrutura prática e logística do rearranjo das condições materiais de sobrevivência (trabalho, renda, tarefas domésticas, disponibilidade de tempo, serviços de assistência à saúde), embora esta estrutura seja de extrema importância, mas também à rede de apoio afetivo, das orientações, troca de experiências, acolhimento, escuta sensível, incentivo e estímulo. Amigos, família e profissionais de saúde, especialmente as(os) enfermeiras(os), cumprem um papel fundamental na formação desta rede, podendo contribuir de forma decisiva para o empoderamento da mulher e para uma vivência saudável e prazerosa da gestação, para o que poderíamos chamar, talvez, de “cuidado de fato”, como discutiremos melhor adiante, ao refletir sobre as potências para a adesão ao Pré-Natal e Puerpério.

“A *ética da estética* constitui-se, justamente, em emoções partilhadas e vivenciadas em comum. Uma faculdade de sentir em comum. Desta maneira, a ética é definida como uma contraposição à moral castradora instituída socialmente. Seria uma espécie de moral sem restrições, sem fronteiras, limites ou barreiras. Prevalece, nesse sentido, o desejo de estar junto, o sentimento de pertença aos micro-grupos germinados. Salienta-se que esse desejo de estar junto poderá, segundo cada indivíduo, ser provisório ou um pouco duradouro.” (ARAÚJO, 2006, p. 01).

Ao falar de sentimentos ambivalentes, como amor e rejeição, por exemplo, e refletir sobre a contraposição da ética da estética à “moral castradora instituída socialmente”, não podemos deixar de abordar a construção do mito do amor materno como amor incondicional. Trata-se de uma reflexão que depende, em grande medida, da visão que temos da assistência à saúde da mulher, dos direitos sexuais e reprodutivos e, ousando ampliar mais a discussão, do que entendemos por “ser mulher”. Em uma sociedade sexista, patriarcal e heteronormativa, com muita frequência nós, mulheres, somos vistas meramente como mães em potencial, ou “parideiras”. A condição de mãe, ou gestante, é tida como “natural”, implícita à condição de mulher.

Tal forma de nos vermos e sermos vistas implica várias formas de negligência e violência social, nas várias esferas da vida de cada mulher, inclusive na assistência que recebe, ou deixa de receber, nos serviços de saúde. Para as mulheres casadas, o uso de

preservativos parece menos importante, como se não soubéssemos do aumento significativo das DSTs / HIV / AIDS (Doenças Sexualmente Transmissíveis / Vírus da Imunodeficiência Humana / Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) entre essas mulheres nas últimas décadas. Para as mulheres adultas, principalmente se casadas, estar grávida seria sempre uma alegria indiscutível, como se não soubéssemos da existência da tripla jornada de trabalho, ou como se ser mãe fosse um sonho e um projeto de vida para todas as mulheres, indiscriminadamente, mesmo para aquelas que engravidaram de forma não-planejada e, talvez, não desejada. Não nos sentimos à vontade para conversar sobre a sexualidade de nossas pacientes durante as consultas, pois também introjetamos em nossa educação pessoal e profissional os dogmas, tabus e preconceitos da sociedade em que vivemos. Ou seja, estamos imbuídos, em nosso cotidiano, desta “moral castradora instituída socialmente”, sentindo-nos ainda incapazes de compartilhar esta “moral sem limites, restrições, fronteiras ou barreiras”.

O resultado é que, de um modo geral, deixamos passar preciosas oportunidades de fazer educação em saúde (inclusive a nossa própria), especialmente, a educação para a saúde sexual. Muitas vezes, sentindo-nos incapazes e desajeitados, por não sabermos o que dizer sobre o aborto sofrido, sobre a não-aceitação de uma gestação, sobre a dificuldade de propor ao parceiro o uso do preservativo, deixamos de intervir em situações de risco, negligenciando o planejamento pré-concepcional, a depressão pós-parto ou a exposição às DSTs dentro do casamento, dentre tantas outras situações delicadas que surgem em nossas consultas.

Neste rol de situações quotidianas de negligência ou violência social, podemos talvez incluir a “naturalização” e conseqüente banalização da morbimortalidade na gestação. Conforme nos fala Coelho (2006, p. 23 e 24),

“a mortalidade ligada ao ciclo gravídico-puerperal e ao aborto não aparece entre as dez primeiras causas de óbito nesta faixa etária. No entanto, a gravidade do problema é evidenciada quando se observa que a gravidez é um evento relacionado à vivência da sexualidade; portanto, não é doença e, em 92% dos casos, estas mortes maternas são evitáveis. Outro dado que impressiona é que alguns estudos mostram que grande parte das mulheres que morrem de causas ligadas ao parto realizou o pré-natal, o que remete à falta de qualidade dos serviços prestados (...) O pensamento patriarcal, como já foi visto, alimenta-se dos preconceitos, realiza-se na opressão cultural e concretiza-se na qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres”

O sentimento ou desejo maternal parece ser o sentimento “certo”; não desejar estar grávida, não desejar criar um filho (ou mais um filho) parece ser um sentimento “errado”.

“Ele ficou super feliz, a família toda está feliz, todos na expectativa com a chegada. (...) E eu? Às vezes dá aquela, dá uma felicidade, às vezes não, não sei. (...) De alegria? Alegria, que a família dele estão todos aceitando, gostam de mim, a gente sente que as pessoas gostam, ele também não vê a hora de chegar a nenê, a minha filha também está super feliz, está todo mundo feliz. E é isso: alegria é isso... (...) Pra mim? (...) Eu não sei, eu acho que alegria mesmo, que eu não posso dizer

alegria. Acho que depois que ela nascer que eu posso... Pra ver, e eu posso começar a sentir aquela coisa de alegria. (...) Eu penso mais depois que ela nascer, porque dá trabalho, eu sei que dá, eu passei com a minha, nossa! E agora vão ser dois filhos, então eu me preocupo mais com essa parte. Eu sempre penso no dia de amanhã, no futuro, no depois... Então não sei, é difícil...” (Acácia).

Refletindo sobre a construção histórica deste Mito do Amor Materno, podemos nos referenciar ainda a Elisabeth Badinter (1985, p. 366):

“Ao se percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações. Como, então, não chegar à conclusão, mesmo que ela pareça cruel, de que o amor materno é apenas um sentimento e, como tal, essencialmente contingente? Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria, que escape ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É adicional.”

Assim, o sentimento de não desejar a gestação e o filho é compreensível e humano. No entanto, por conta da construção social de tal mito, à mulher que o carrega ele parece “errado”, fazendo com que se sinta constrangida a manifestar alegria, impelida a relatar a alegria dos outros membros na família. Em relação a isso, Badinter diz (1985, p. 355):

Em vez de instinto, não seria melhor falar de uma fabulosa pressão social para que a mulher só possa se realizar na maternidade? Como o diz com muita propriedade B. Marbeau-Cleirens: “Já que a mulher podia ser mãe, deduziu-se não só que ela devia ser mãe, mas também que devia ser apenas mãe e que só na maternidade podia encontrar a felicidade.”

Ilustrando a existência desta “fabulosa pressão social”, podemos perceber que, dentre as dez entrevistadas, apenas duas planejaram o nascimento de um novo filho. Destas duas que planejaram, uma não desejava, inicialmente, ter mais filhos (já tem dois filhos adolescentes), mas terminou por ceder à vontade do novo marido, que ainda não tem nenhum.

Dentre as outras oito entrevistadas, que não planejaram sua gestação, seis terminaram por aceitar o ocorrido e encontrar alegria na chegada de um novo filho, enquanto duas delas encontravam grande dificuldade em aceitar o fato já consumado, relatando sentimentos de “aflição”, “preocupação” e “incomodação” associados aos filhos que estão por vir. Relatam que os maridos e o restante da família desejavam e estão aceitando bem a gestação, mas que para elas, no momento, o evento não é fonte de alegrias.

O que nos remete à “lógica do dever-ser”, trazida por Maffesoli (2007, p. 92), cujos resquícios ainda vivemos neste cotidiano contemporâneo pós-moderno, como herança dos “moralismos” da modernidade, contrapondo-se ao conjunto de histórias, justificações e legitimações que, “de maneira polifônica” desejaríamos que compusessem o “discurso do social”.

Planejada não foi, né? Porque eu não queria ter mais filhos. Eu pensava em trabalhar e, no entanto, eu estacionei, parei, é só filho, filho, filho. Aí, por isso, eu não queria ter mais filho (...) No começo eu tava meio chateada, porque agora eu sei que a minha vida vai ser toda cuidando dos filhos, não fiz mais nada... (...) Como foi pra ele? Ele ficou feliz da vida, todo bobo. Eu acho que até ele tem um pouco de culpa. Por isso que eu quero me cuidar, porque se depender dele ele vai tentar até vir uma menina. (Aroeira)

As descrições de “preocupação” e “incomodação” nos remetem a um aspecto complementar, que se destacou em algumas falas: a desorganização e reorganização do tempo e do ritmo de vida durante a gestação. Na fala de “Ipê” aparece o termo “desorganizado” na descrição de seu cotidiano. Sobre isso, considerando os Ciclos de Vida Familiar, de Carter e McGoldrick, Moncorvo (2008, p. 28 e 29) reflete:

“O momento de gerar os filhos no processo de formação de uma família pode ser considerado um exemplo de enfrentamento crítico. Esta fase mostra-se vital para a construção da família nuclear. Durante este período, que se inicia durante a gestação, ocorre a transformação e conseqüente ampliação do sistema conjugal para o parental. Neste momento, os sentimentos de maternagem e paternagem são respectivamente despertados na mulher e no homem (...) No entanto, este processo de aprender a desempenhar novas funções e assumir o papel de mãe e de pai nem sempre ocorre de forma equilibrada entre o casal e adequada para atender às adaptações exigidas pela chegada do novo ser. Esta mudança de estado pode gerar uma série de conflitos emocionais e relacionais entre o casal, que poderão ser amenizados à medida que o vínculo entre a tríade mãe, pai, bebê torna-se mais forte (...) Surgem, também, desacordos e conflitos quanto às divisões de tarefas domésticas que nem sempre são equivalentemente divididas. Tanto o homem quanto a mulher precisam renunciar, em parte, aos seus interesses profissionais e pessoais para se dedicar ao lar. No entanto, estas modificações, em muitos casos, podem ocorrer de forma desigual, recaindo sobre a mulher a maioria das responsabilidades com relação ao filho e as conseqüentes abdições em sua rotina e disponibilidade profissional”.

No Brasil, dados do IBGE demonstraram que somente metade dos homens realizava tarefas domésticas em 2006 (51,4%). No entanto, 9 em cada 10 mulheres possuíam essa função ou mesmo obrigação. As mulheres que trabalham fora não deixam de realizar os afazeres domésticos. Verificou-se que as mulheres gastam o dobro de tempo semanal que os homens desempenhando essas tarefas (IBGE, 2007).

Conforme nos descreve a “Figueira”:

“Em primeiro lugar é uma mudança incrível! É um marco. Antes era uma “Figueira” agora vai ser outra! A mãe fica pensando que vai ser mãe para o resto da vida... Diferente do pai, que às vezes fica, às vezes não fica”.

Este processo de desorganização e conflito pode causar sofrimento, mal-estar e angústia e, talvez por conta dele, nas entrevistas também aparecem termos como “aflição”, “frustração” e “complicado”. A reorganização do tempo, dos ritmos de vida, se faz necessária e, muitas vezes, a atuação da(o) enfermeira(o) apoiando (acalentando) e orientando (empoderando), pode ser fundamental na promoção de uma vivência saudável e prazerosa da

gestação. Trata-se do cuidado focado no cotidiano, de uma intervenção terapêutica no sentido de repensar e reorganizar os arranjos familiares e do trabalho, a fim de promover o ser saudável: é o que Nitschke chama de “prescrição de tempo” (2011, p. 10):

“Guevara nos disse: *Há que endurecer, porém sem perder a ternura!* Em tempos de soberania de *tecnologias duras*, no dizer de Mehri, talvez precisamos dizer: *Há que amolecer... porém sem perder a competência... sobretudo de ser humano!* É preciso tempo para repensar nossa maneira de viver o nosso dia-a-dia, nossas interações, crenças, valores, imagens, significados, símbolos (em tempos de *fast food* e da *mackdonaldização* das relações), para que possamos delinear um processo de viver mais saudável, ao longo de nosso ciclo vital. Ao buscar ambientes favoráveis para Promoção da Saúde das famílias, onde interagem homens, mulheres, crianças, trazendo seu imaginário, num mundo onde o trabalho foi transfigurado, **talvez os profissionais da saúde e da educação precisem: prescrever tempo!** Para si e para o outro! É preciso repensar as imagens que brotam de nosso cotidiano! Nele é possível fazer a verdadeira revolução!”

No entanto, precisamos ter consciência de que essa “prescrição de tempo” pode encontrar-se destituída de valor terapêutico se não levar em conta os limites que possam apresentar-se para o rearranjo da organização familiar e do trabalho no cotidiano de cada uma das mulheres atendidas. Além da vivência destes conflitos conjugais em relação às divisões desiguais de tarefas, a mídia também exerce uma poderosa influência, com sua lógica patriarcal e capitalista, que impele as mulheres a assumirem a tripla jornada de trabalho. Assim, se nossa intervenção terapêutica não levar em conta estes limites, se não se compuser de uma troca com a mulher gestante, de escuta sensível, de acolhimento, então poderá tornar-se meramente prescritiva, ou seja, de difícil adesão. Quebramos vínculos, ao invés de construí-los. Intensificamos angústias, ao invés de amenizá-las.

Afinal, justamente por estarmos debruçando-nos sobre o cotidiano, estamos envolvendo-nos em hábitos e relações e, portanto, em dinâmicas que foram construídas e consolidadas ao longo de toda uma vida e que, portanto, demandam significativas potências (forças interiores) para sua transformação.

2.3 O paradoxo entre a vontade e a condição de cuidar de si e do bebê: Potências da Ordem da Motivação e da Possibilidade.

“A noção de potência trata das forças que vêm de dentro de cada ser humano, sendo da ordem da cooperação e da libertação, enquanto o poder é da ordem da dominação” (MAFFESOLI, 1998, p. 106).

Ao nos encontrarmos com o mundo destas mulheres gestantes e suas famílias, buscamos os elementos do cotidiano que potencializam a sua procura pela Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no Centro de Saúde, contribuindo para uma adesão precoce e plena.

Assim, encontramos-nos com as **Potências**, que podem se expressar como sendo **da Ordem da Motivação** e **da Ordem da Possibilidade**.

A figura a seguir é um resumo esquemático destas **categorias**, incluindo também as suas respectivas **sub-categorias**, que serão descritas mais adiante; foi criado pelas autoras com a intenção de ilustrar de forma simplificada as **relações** que se estabelecem entre elas, dentro do **tema Potências**. As categorias aparecem nas caixas de texto localizadas na coluna central, enquanto as sub-categorias estão identificadas nas caixas de texto da coluna da esquerda.

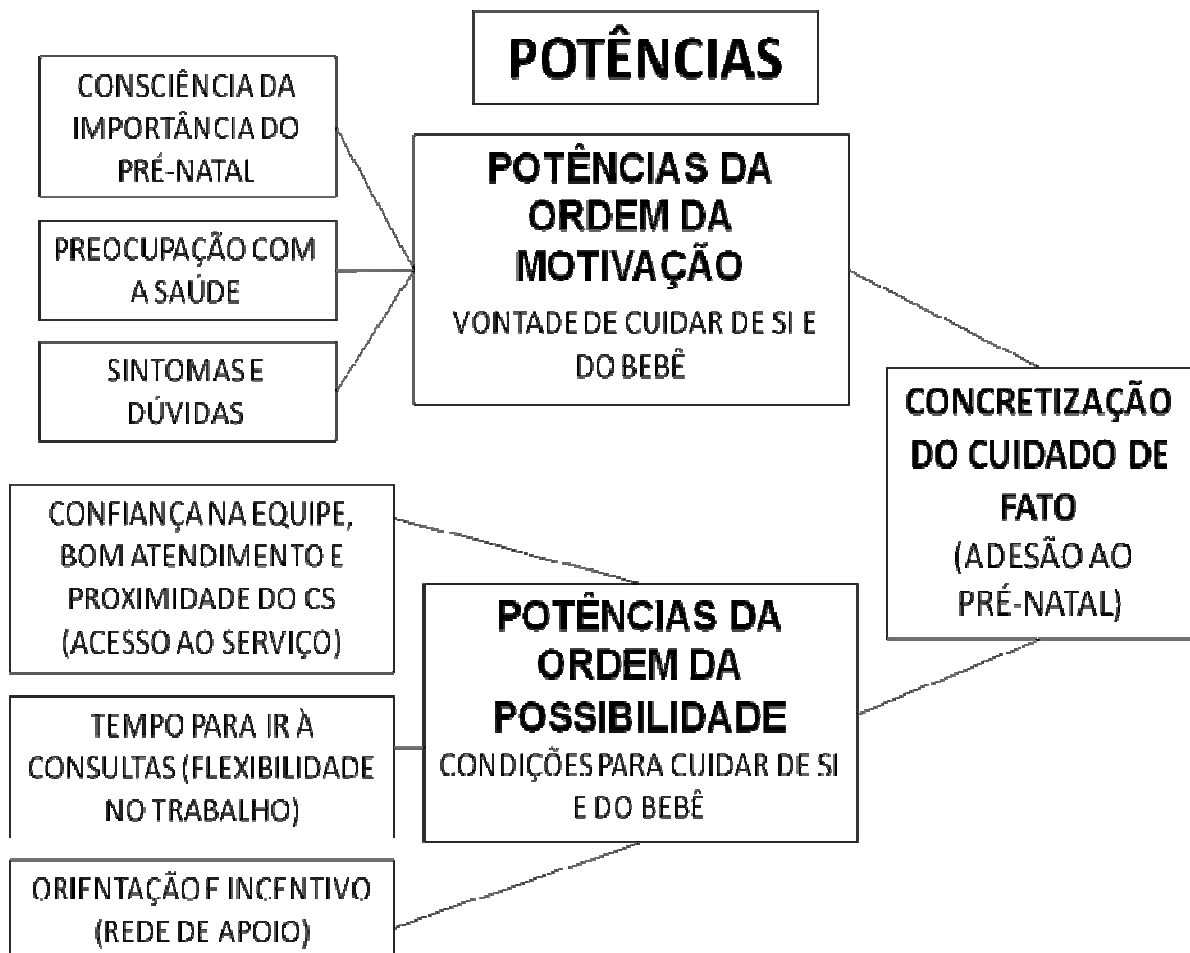


Figura 2. Resumo esquemático das Potências, com suas categorias e sub-categorias, e as relações estabelecidas entre elas.

Estas forças interiores que se manifestaram de forma mais marcante no discurso de todas as entrevistadas, na forma do que vamos aqui chamar de **Potências da Ordem da Motivação**, são potências que brotam de vivências interiores, individuais, únicas, como fica claro na fala “é coisa minha, mesmo” (Embaúba), dada em resposta à questão sobre quais seriam os aspectos que teriam facilitado sua adesão ao Pré-Natal. Expressam **iniciativa e responsabilidade**, e compõem-se das seguintes sub-categorias: consciência da importância do

Pré-Natal; preocupação com a saúde; e vivência dos sintomas (modificações e desconfortos gravídicos) e das dúvidas sobre as transformações em curso ou por vir.

Por outro lado, da mesma forma que, para que o ritmo de vida se adapte às novas necessidades se fazem necessários rearranjos da rede de apoio, para que as **Potências da Ordem da Motivação** se concretizem na **adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério** também se fazem necessárias as **Potências da Ordem da Possibilidade**.

As Potências da Ordem da Possibilidade expressam os aspectos exteriores, das circunstâncias do cotidiano, das relações que cada mulher pode estabelecer com sua família, seu trabalho, com os serviços de assistência à saúde e outros elementos do seu ambiente e de seu dia-a-dia, e que fortalecem estas expressões de iniciativa e responsabilidade. Dentre estas Potências da Ordem da Possibilidade destacaram-se três sub-categorias: a existência de uma confiança na equipe, bom atendimento e proximidade do CS (acesso ao serviço); a disponibilidade de tempo para ir às consultas, associada à flexibilidade de horários no trabalho; e a orientação e incentivo de familiares, amigos, empregadores e profissionais de saúde (rede de apoio).

O atendimento no CS foi sempre descrito como sendo de boa qualidade e o acesso como simples e fácil. A proximidade geográfica do Centro de Saúde foi frequentemente citada como uma Potência da Ordem da Possibilidade para a adesão ao pré-natal. Talvez os vínculos ainda mantenham certo nível de impessoalidade para algumas delas, mas existe uma proximidade com a equipe no sentido da disponibilidade e confiabilidade (competência técnica) dos serviços prestados. A presença de um obstetra, a atuação qualificada da equipe de enfermeiras e as consultas realizadas por estudantes de enfermagem e medicina foram destacadas como pontos fortes da unidade.

“O que facilitou? Bom, é... a proximidade do Centro de Saúde, né? Que é perto de casa... E também o atendimento que elas prestaram, as enfermeiras, principalmente, que foram as primeiras...” (Figueira)

“Como eu já disse, lá eu sou bem atendida, no posto. Então... A distância, eu vou caminhando, é até bom caminhar. Então, não tem nenhum problema, não.” (Acácia)

De um modo geral, a disponibilidade de tempo, geralmente associada a não estar trabalhando ou à flexibilidade de horário no trabalho (trabalhar meio período ou poder modificar os horários quando necessário) também se mostrou uma importante potência para a adesão ao pré-natal.

“Porque é como eu falei, eu acabo fazendo o meu horário, eu tenho horário para entrar mas, para sair, não. (...) Isso contribuiu muito, me ajudou bastante mesmo, esse meu novo emprego (...) porque aí eu vou lá, faço as minhas consultas, tudo o que eu tiver de fazer, eu tenho tempo pra isso, pra fazer, graças a Deus.” (Guabiroba)

“Porque eu trabalho só meio período. Então eu procuro agendar sempre no período da manhã que eu sei que eu posso ir a qualquer hora, nesse período.” (Flamboyant)

Por fim, dentre as Potências da Ordem da Possibilidade, identificamos também a importância da Rede de Apoio, não só como fornecedora do apoio prático, mas também ofertando a orientação e incentivo do que poderíamos chamar de “rede de apoio emocional”. O apoio prático consiste em ajudar em casa, levar a uma consulta ou exame em automóvel próprio, possibilitar que a gestante durma até mais tarde ou saia do emprego, como já foi discutido através dos rearranjos da organização familiar e do trabalho, quando refletimos sobre o cotidiano. O apoio emocional, complementar a ele, consiste no suporte dado ao momento de crise que se vive, às dúvidas, inseguranças e hesitações. É a orientação e o incentivo de familiares, amigos, empregadores e profissionais de saúde, que fortalecem as potências da motivação, numa relação de sinergia com a percepção e vontade de cuidar de si e do bebê, com a iniciativa da mulher gestante.

“O que mais me ajudou... Ai, eu tinha muita consciência assim, eu tinha essa minha amiga, que era enfermeira, que me falou pra ir lá rapidamente, já me orientou, né?” (Içara)

“Está sendo prazeroso, mas graças à minha mãe, porque a minha mãe está me apoiando muito. E ao meu namorado também, que me conforta. Eu acho que se não fosse essas duas pessoas, eu acho que não seria tão prazeroso assim sabe. Eu me sentiria abandonada.” (Içara)

Refletindo sobre as **Potências da Ordem da Motivação**, pudemos identificar no discurso de muitas entrevistadas uma visão da saúde como uma responsabilidade individual, uma busca pessoal de cada sujeito.

“Porque assim, ó, acho que, em primeiro lugar, é uma iniciativa nossa, né? O Posto de Saúde não vai bater na minha casa: ‘Oi, tu é gestante, vamos fazer o Pré-Natal?’ Não, é uma coisa que nós temos que ter consciência, né? (...) E eu acho que tem que ser muito acessível, porque, claro... Ah... ‘Porque no Brasil nada funciona direito?’ ...depende! Se tu souber como ir atrás dos teus direitos, se tu for uma pessoa educada, tu souber pedir, souber conversar, se informar... Eu acho que a coisa flui, entendeu? (...) Foi bem tranquilo.” (Guarapuvu)

O que nos faz refletir sobre o que já contribuímos, como profissionais de saúde, para incorporar na cultura dos usuários a consciência sobre a importância da promoção da saúde, de um modo geral, e da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, como forma de evitar agravos e garantir a saúde materna e neonatal. E sobre o quanto ainda temos para contribuir.

De um lado, observa-se uma atitude pró-ativa, de iniciativa, uma consciência da própria responsabilidade de cada indivíduo pela promoção de sua saúde e prevenção de agravos. A consciência da importância do pré-natal destaca-se como a principal potência para

a adesão, mostrando que a lógica de banalização da morbimortalidade no ciclo gravídico-puerperal começa a ser desconstruída pelo trabalho cotidiano dos profissionais e dos movimentos sociais que lutam pela consolidação do SUS e pela construção da consciência da saúde como um direito de todos. Muitas falas destacaram a importância da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério.

“Então a responsabilidade pesa muito, tu tem que correr atrás disso, no começo. Até porque é sempre aquela coisa, de tu deixar para o final e acabar diagnosticando alguma coisa séria, entendeu? (...) Então eu agora com 31, sobrepeso (...) então eu queria correr logo para o médico, e ele estar sempre me acompanhando, entendeu? Pra não acontecer nada de ruim...” (Guabiroba)

“Ah, porque o da minha filha eu fiz também, eu descobri tinha três meses; eu sei da importância do pré-natal, é super importante. E daí, logo que eu descobri, eu já fui atrás do médico pra fazer tudo certinho. Porque é importante o pré-natal, tanto pra mãe quanto pro bebê.” (Acácia)

Contudo, de outro lado, podemos identificar, talvez, uma certa atitude julgadora, moralista (no sentido da “moral castradora”, de que nos fala Maffesoli, e que discutimos anteriormente), principalmente quando se faz uso do discurso em 3ª pessoa. As falas muitas vezes nos mostram uma visão da saúde como um fenômeno que se reduz a uma conquista individual/familiar que, embora reconheça a importância dos deveres dos usuários, parece desconsiderar os processos coletivos, os fatores sócio-econômicos, culturais, raciais, de gênero e outros, que geram ou degeneram saúde para cada indivíduo, família, comunidade, ou sociedade... Segundo essa lógica, a captação tardia ou a falta de adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério (ou a qualquer outro campo de assistência) dependem unicamente de cada indivíduo ou família (deveres dos usuários), isentando o Estado, com suas políticas públicas, bem como os profissionais de saúde e a sociedade, de sua responsabilidade com as situações de vulnerabilidade, abandono e adoecimento. Seria a negação do princípio da universalidade, do princípio legal que define a saúde como “um direito de todos e um dever do Estado”, reservando a saúde apenas para aqueles que a “conseguem” conquistar, conferindo um caráter meritório à questão.

“Eu não sei que tipo de coisa que pode impedir elas de ir até o Posto... É como eu te disse, eu acho que é falta de responsabilidade, entendeu?” (Guarapuvu)

“Eu acredito que é relaxamento. Porque eu conheço uma pessoa que está grávida, que não está nem aí! Que diz que só vai em uma consulta e vai fazer tudo de uma vez, porque é uma frescura, uma besteira”. (Embaúba)

“Pra mim não teve nenhuma dificuldade e pra outros deve ser a mesma coisa.” (Embaúba)

Uma vez assim analisadas as potências da ordem da motivação, nos parece importante refletir ainda sobre a forma como estas se relacionam com as potências da ordem da

possibilidade que, acreditamos, não devem ser analisadas separadamente. A relativização coloca-se novamente como um tema para reflexão, pois a tendência de modificação do ritmo de vida da mulher gestante, pautada por uma transfiguração da vivência do tempo, se expressa também através de uma percepção da necessidade do cuidar de si e cuidar do bebê, sendo esta consciência uma força interior e, portanto, uma potência. Relativizam-se mais uma vez o micro e o macro social, o individual, o coletivo, e o familiar, sublinhando a multidimensionalidade e a complexidade do viver, ou seja, do cotidiano.

2.4 Os Limites da Ordem da Motivação e da Possibilidade para a adesão precoce ao pré-natal no Quotidiano das mulheres gestantes.

Continuando o mergulho no mundo destas mulheres gestantes e suas famílias, buscamos os elementos do cotidiano que limitam a sua procura pela Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no Centro de Saúde, contribuindo para uma adesão tardia. Assim, nos encontramos com os Limites, que também podem se expressar como sendo da **Ordem da Motivação e da Ordem da Possibilidade**.

Buscando compreender o olhar destas mulheres gestantes e suas famílias sobre estes limites, através do nosso olhar de pesquisadoras, definimos provisoriamente que limite é algo que dificulta, que atrapalha, podendo ser uma barreira que impede total ou parcialmente, ou que não chega a impedir, a realização de uma ação ou plano. É uma fronteira entre aquilo que se alcança e aquilo que não se alcança em um determinado momento.

Os limites que se apresentam no cotidiano das gestantes e suas famílias para a adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério são aqueles elementos vivenciados ou percebidos como aspectos que enfraquecem a motivação e as possibilidades para esta adesão; ou seja, que contrapõem-se às potências, trazendo-nos a idéia das possibilidades que não encontram espaço para realizar-se plenamente.

Para a compreensão destes limites, fizemos uso da técnica de comunicação da terceira pessoa, utilizada como recurso para possibilitar que sentimentos, dificuldades e barreiras que elas não desejassem ou não conseguissem revelar também pudessem vir à tona. É uma forma alternativa de abordar as questões norteadoras, buscando criar um espaço para que as entrevistadas possam expressar sua opinião sem se sentirem tão expostas. Assim, a categorização dos limites levou em conta não só a descrição dos limites próprios, vivenciados pelas próprias entrevistadas, mas também tomou como contribuição a descrição de limites alheios, percebidos pelas entrevistadas como possíveis limites para a adesão de outras mulheres e famílias a essa assistência.

Assim como ocorreu com as potências, no tema dos limites pudemos identificar duas categorias centrais: os **Limites da Ordem da Motivação**, ou aspectos que limitam a percepção que a mulher gestante tem sobre a necessidade de realizar o pré-natal; e os **Limites da Ordem da Possibilidade**, ou aspectos que dificultam o acesso que ela pode ter a essa assistência. Enquanto os **Limites da Ordem da Possibilidade** foram descritos tanto na primeira quanto na terceira pessoa, os da **Ordem da Motivação** foram descritos exclusivamente na terceira pessoa. Importante observar que os limites próprios, relatados na primeira pessoa, foram manifestados somente por quatro entrevistados (três gestantes e um companheiro).

A figura a seguir é um resumo esquemático das **categorias** acima descritas, incluindo também as **sub-categorias** que serão descritas mais adiante, criado pelas autoras com a intenção de ilustrar de forma simplificada as **relações** que se estabelecem entre elas, dentro do **tema Limites**. As caixas de texto à direita, em negrito, identificam as duas categorias centrais encontradas, que resultam nos limites para a adesão ao pré-natal; na coluna central, estão identificadas as formas pelas quais estas categorias foram expressas (discurso na primeira ou terceira pessoa); e na coluna da esquerda, cada caixa de texto corresponde a uma sub-categoria.

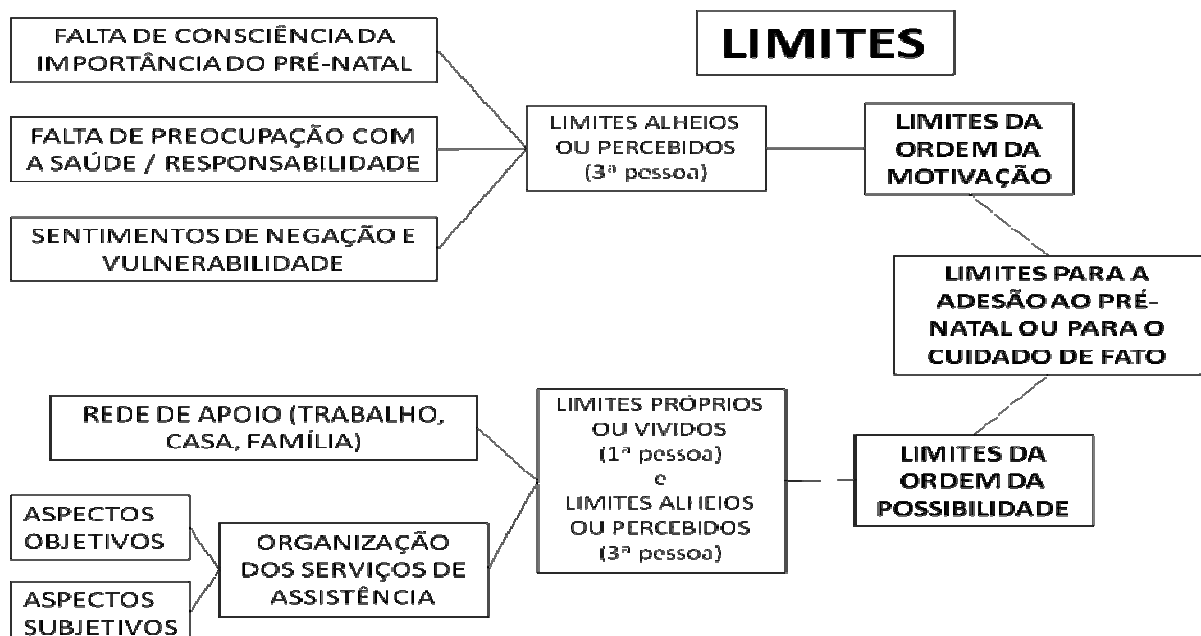


Figura 3. Resumo esquemático dos Limites, com suas categorias e sub-categorias, e as relações estabelecidas entre elas.

Entre os limites da Ordem da Motivação, as sub-categorias da falta de consciência da importância do pré-natal, falta de preocupação com a saúde e de responsabilidade foram

sempre relatados na terceira pessoa e, freqüentemente, com um tom de julgamento, como já discutido e exemplificado anteriormente. Quanto à sub-categoria dos sentimentos de negação e vulnerabilidade, embora também relatados unicamente na terceira pessoa, vêm acompanhados de atitudes mais compreensivas e solidárias: “Elas suspeitam que estão grávidas, mas elas não querem a confirmação. É por medo. (...) Reluta em descobrir. Acaba demorando a ir por não saber...” (Içara). “Também falta de apoio emocional... É muito complicado, também... Medo!” (Ipê).

Tais sub-categorias, embora não sejam em nenhum momento relatadas na primeira pessoa, parecem ser compreendidos, entretanto, como os principais limites para a adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério para outras mulheres ou famílias.

Já os limites da ordem da possibilidade foram descritos tanto como vividos quanto como percebidos. Aqui há uma união entre as vivências ou experiências próprias e as percepções sobre as vivências e experiências do outro. Dividem-se em duas sub-categorias: limites relacionados à rede de apoio (trabalho, casa e família), e limites relacionados à organização dos serviços de assistência à saúde (aspectos objetivos e subjetivos).

Dentre os aspectos objetivos, foi citado um caso de demora de 15 dias para iniciar a assistência, devido a uma necessidade de regularização do cadastro de usuário no sistema de informação da Atenção Básica do município de Florianópolis, o Infosaúde (faltava uma declaração de residência do locatário para a locadora do imóvel, com fins de comprovação do endereço declarado). Também foram mencionadas as dificuldades para realizar os exames laboratoriais, devido à distância entre o laboratório e o domicílio, a má-qualidade do transporte público, a necessidade de deslocar-se em jejum, a orientação ocasionalmente insuficiente sobre horários e preparo para exames (fornecida no Centro de Saúde), a demora no atendimento no laboratório e na obtenção dos resultados.

“Eu acho que a única coisa que dificultou mesmo, seriamente, foi esse negócio dos exames, porque eu fico pensando numa mulher... Né? Mais simples, que não tem carro, que tem que pagar não sei quanto de passagem até lá, ou mesmo que não tem dinheiro...” (Figueira)

Dentre os aspectos subjetivos, foi relatada por uma das entrevistadas e seu companheiro certa falta de uma “atenção especial”, de “carinho”. O casal grávido sentia-se cheio de dúvidas, muito sensíveis, passando por muitas mudanças, e relataram que não tinham recebido a atenção que esperavam para aquele momento de sensibilidade e transformação, o que tinha gerado um certo sentimento de “desmotivação” em relação ao pré-natal:

“A palavra seria desmotivação. (...) Então se fosse dada mais atenção em termos de: ‘Você está realmente numa situação diferente’... (Cedro)

Neste ponto da entrevista tivemos, talvez, o único relato de limites da ordem da motivação realizado na pessoa, embora tal desmotivação seja descrita como resultado dessa “falta de carinho”, e não como uma vivência com causas primárias próprias, interiores, relativas à consciência da importância do pré-natal ou à iniciativa e responsabilidade. Poderíamos, talvez, olhar para esta desmotivação como um sentimento de vulnerabilidade gerado pela vivência das intensas transformações da gestação, somadas à vivência de limites na relação com os profissionais. No entanto, ela não se tornou um impedimento absoluto, devido à forte motivação inicial de cuidar de si e do bebê, e às condições objetivas favoráveis para o acesso à assistência (confiabilidade do serviço, proximidade do Centro de Saúde, possibilidade da gestante de sair do emprego, flexibilidade de horários do companheiro e disponibilidade de veículo próprio). De qualquer forma, os próprios entrevistados relativizam o peso deste limite na atenção recebida, ao dizerem:

“Uma diferença nós sentimos, claro! (...) No caso, se é grávida, é dada muita atenção! No Posto de Saúde, realmente, ‘ah, está grávida’, a gestante tem realmente uma atenção diferenciada! (Cedro)

“Porque a gente tem tantas informações, é um período curto, e com variações múltiplas, de hormônio, psicológicos, e tudo mais... Então a gente não sabe, né, o que pode dar isso... Então... tudo é dúvida!” (Cedro)

Talvez estas declarações carregadas de emoções possam nos ajudar a refletir sobre a nossa postura nos espaços de convivência com o usuário, sejam consultas, grupos ou outras atividades. Os entrevistados parecem sentir falta de uma atitude mais acolhedora, mais calorosa, mais próxima, de um espaço para trocar experiências e dúvidas, como o “Grupo de Apoio a Gestantes, Pais, Acompanhantes, Bebês e Familiares”. Especialmente em se tratando de pais de primeira viagem, o acolhimento e escuta sensível são essenciais para uma assistência integral, que leve em conta a gestação como uma vivência única para cada mulher ou casal.

A gestante e sua família parecem se sentir perdidos entre o turbilhão de modificações físicas, labilidade emocional, rearranjos da organização familiar e do trabalho, mudanças no ritmo de vida, e as informações técnicas, orientações, prescrições e encaminhamentos oferecidos e realizados pela equipe de saúde:

“...saber o que vai acontecer agora... Então, eu diria que nós estamos um pouco perdidos, porque é difícil lidar com essa situação...”(Cedro)

“É, o que elas informaram no Postinho pra gente foi que: ‘ah, tem um grupo de gestante, mas agora já terminou, agora só o próximo’. E eu fiquei esperando...” (Figueira)

“...como somos de primeira viagem, né? A gente não sabia nada! E não planejou a gravidez, era uma gravidez que aconteceu, né?” (Figueira)

“Ácido fólico, sim, não... Como é que é... Tinha que ter tomado antes, ou não... Não tomou antes, e agora? ‘Ah, não, está tudo bem, os níveis estão bem, os índices estão bons, então está tudo bem!’ É assim... E... E eles não falam o porquê!” (Cedro)

Assim vemos que a informação sem acolhimento, sem escuta sensível, sem uma orientação compreensiva, sem a “faculdade de sentir em comum” da ética da estética que nos fala Maffesoli (2005, p. 8), pode ser fonte de mais angústia e desorientação. O ciclo gravídico-puerperal é um momento de muita labilidade emocional na vida da mulher, seja pelas intensas transformações físicas (inclusive hormonais), seja por todos os significados psíquicos e sociais que carrega consigo, demandando equilíbrio no uso das tecnologias duras e leves na assistência. Mais uma vez, podemos dizer que a tecnologia das comunicações clama por mais espaço no cotidiano dos profissionais de saúde.

Neste ponto, queremos destacar a importância do “Grupo de Apoio a Gestantes, Pais, Acompanhantes, Bebês e Familiares”, como espaço das emoções partilhadas e vivenciadas em comum, onde os indivíduos podem exercer o que Maffesoli chama de o desejo de estar junto e o sentimento de pertença aos micro-grupos germinados, formando uma “tribo das gestantes e dos casais grávidos” (2007).

Segundo Zampieri et al,

“O grupo de gestantes e/ou casais grávidos consiste em um espaço de socialização de conhecimentos e experiências sobre o ciclo gravídico puerperal, visando fortalecer os potenciais da gestante e dos familiares para que estes possam ter uma participação mais ativa no processo de nascimento e uma vivência mais tranquila, prazerosa e plena desta etapa de suas vidas. É uma atividade interdisciplinar que propicia às gestantes e seus acompanhantes desmistificar tabus relativos à gestação, parto e puerpério; realizar atividades físicas e exercícios respiratórios; compartilhar conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas; criar novos laços de amizade, conhecer e interagir com pessoas que estão vivenciando o mesmo processo” (2005, p.359).

A dificuldade que nós, profissionais, temos de encontrar os caminhos para essa postura de acolhimento e para a criação deste sentimento de pertença social, deste espaço de compartilhamento das vivências, está, em grande medida, associado à construção histórica de uma visão medicalizada e autoritária da assistência à saúde, de um modo geral e, mais especificamente, à saúde da mulher, especialmente no ciclo gravídico-puerperal. Esta visão origina-se, por sua vez, da ideologia patriarcal de nossa sociedade capitalista, em que a mulher é encarada como um instrumento de procriação:

“Na história clássica da assistência à saúde da mulher no Brasil, o cuidado médico esteve concentrado prioritariamente no ciclo gravídico-puerperal, reduzindo a saúde reprodutiva ao seu aspecto procriativo. Consequentemente, a construção da visão profissional frente às reais necessidades femininas foi limitada (...) entre os próprios profissionais existe o reconhecimento de que, cuidar da saúde das mulheres equivale

a prepará-las para procriar, além de providenciar condições favoráveis à gestação e ao parto, garantindo assim o surgimento de crianças sadias”. (COELHO, 2006, p. 36).

A partir de tal ponto de vista, os aspectos técnicos tornam-se a preocupação central e, às vezes, única, da assistência, levando o profissional a esquecer-se da imensa riqueza de possibilidades para a realização do cuidado com o cotidiano da mulher e sua família:

“E, falou assim, ó: ‘o normal, mesmo, é vocês virem aqui de mês em mês’. Isso, pra mim, não é pré-natal, isso pra mim é uma consulta médica pra saber se está indo bem. Faltou o pré-natal de nos preparar, de deixar... é... tranquilo, sabe, eu acho que faltou isso!” (Cedro)

No entanto, essa visão medicalizada do ciclo gravídico-puerperal, mostra-se presente também no discurso das próprias mulheres, sujeitos de pesquisa, que valorizam a assistência prestada por especialistas, em detrimento daquela prestada por médicos de família e enfermeiros. Acreditamos que essa postura expressa um imaginário sobre a suposta “gravidade” da gestação e do parto, originado por este processo histórico de hospitalização e medicalização, da construção da figura do médico como autoridade absoluta, menosprezando a sabedoria popular e a capacidade autônoma da própria mulher de dirigir este momento da sua vida:

“Mas também você vai deixar de fazer com um obstetra pra fazer com um clínico geral, também não tem muito sentido, né? (Ipê).

Por outro lado, a mesma mulher que preza o conhecimento especializado deste profissional como autoridade, reconheceu nele a possibilidade da busca de um retorno ao parto natural, uma vez que ele, além de obstetra, é também conhecido na comunidade por valorizar a sabedoria popular e fazer uso de terapias complementares, tendo uma visão humanizada sobre o parto. Expressa a busca por seu empoderamento, suas potências, sua voz, pela possibilidade de ser protagonista de seu próprio parto. Como disse Simone de Beauvoir: “não nascemos mulheres, nos tornamos mulheres”.

Neste sentido, a diferente trajetória histórica da construção da profissão da enfermagem em relação à profissão médica, e a existência de importantes reflexões sobre o significado do cuidado na formação dos(as) enfermeiros(as) parece apresentar-se como uma potência na capacidade de realizar esse acolhimento e vivência coletiva das experiências.

“E também o atendimento que elas prestaram, as enfermeiras, principalmente, que foram as primeiras... Acho que foi a primeira consulta que a gente fez... Foi com elas... Foi muito legal, que elas deram uma atenção muito grande! Naquela parte confusa ali, né? De ‘não sei o quê que eu faço...’ E foi legal por causa disso, assim, elas foram muito atenciosas com a gente, mais até do que quando a gente procurou um particular, que... Elas foram mais atenciosas do que no particular!” (Figueira).

Avançando ainda na análise das sub-categorias dos limites da ordem da possibilidade, encontramos os limites relacionados à rede de apoio, ou seja, aos rearranjos da organização familiar e do trabalho (trabalho, casa, família).

“E tem mulheres assim, que sabe, estão sabendo, a partir de hoje eu sei que estou grávida, e que só consegue iniciar daqui a um mês, justo por causa do trabalho, a casa, a família... acaba dificultando, entendeu? Ou ela já tem filhos, não consegue largar para ir numa consulta. Ou o trabalho não está deixando” (Guabiroba)

“O chefe não entende... Apesar de ter todas as leis (...) o chefe deixa (...) Mas quando volta, sobrecarrega tudo! Então deve ser bem complicado, mesmo. Por isso que eu entendo até que uma demore até um pouco pra começar, porque tem que ajeitar essas coisas...” (Ipê)

Dentro desta sub-categoria foram relatadas a falta de compreensão de empregadores sobre a necessidade de modificação no ritmo de vida da gestante; e a dificuldade de acesso ao serviço associada a circunstâncias temporárias. Esta sub-categoria refere-se ao caso de uma gestante que havia se mudado para Florianópolis recentemente e que, por conta disso, não conhecia a localização do Centro de Saúde e não tinha veículo próprio, além de estar residindo em área mais afastada do bairro e ainda não ter certeza de estar grávida.

3 CONSIDERAÇÕES FINAIS

3.1 Potências e limites encontrados no cotidiano das gestantes e suas famílias para a adesão à Assistência ao Pré-Natal

Buscando unir ao olhar das mulheres entrevistadas o nosso olhar sensível, na tentativa de compreender o cotidiano destas gestantes e suas famílias, enfocando os limites e potências vivenciados e descritos por elas no processo de adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, emergiram ao longo do processo de pesquisa três grandes temas: **Quotidiano, Potências e Limites**. Dentro de cada um destes temas identificamos categorias e sub-categorias, com suas propriedades e características, bem como a forma como estas se relacionam entre si.

Embora a equipe de enfermeiras nos houvesse relatado, por ocasião da definição do tema de pesquisa, a captação tardia de gestantes como o principal problema da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição, a análise dos dados disponíveis no Infosaúde durante os meses de janeiro a maio de 2011 demonstrou que a unidade alcança um índice de 92,31% de captação precoce, evidenciando uma magnitude do problema bem menor do que a imaginada. Assim, quantitativamente, a pesquisa identificou um ótimo índice de adesão precoce ao pré-natal. Entretanto, a partir do encontro de nosso

olhar de pesquisadoras com o olhar das mulheres protagonistas (gestantes entrevistadas), emergiram importantes aspectos qualitativos desta adesão, sobre os quais nos parece importante dedicar alguns momentos de reflexão.

Em relação ao tema **quotidiano**, observamos que as **modificações de ordem biológica** e as **vivências e transformações de ordem emocional** geram uma necessidade e uma tendência de **modificação dos ritmos de vida** no sentido de sua desaceleração e moderação, cuja concretização depende, em parte, de **modificações de ordem social, ou rearranjos na organização familiar e do trabalho (rede de apoio)**.

Quanto às **potências**, emergiram das entrevistas duas grandes categorias: as **potências da ordem da motivação**, e as **potências da ordem da possibilidade**. As primeiras destacaram-se em frequência e intensidade, mas parecem depender parcialmente da existência mínima de algumas **potências da ordem da possibilidade**.

Por fim, os **limites** também se apresentaram dentro desta forma de relação entre a **motivação e a possibilidade**. O relato de certa falta de “carinho”, de “atenção especial”, especialmente pelos pais de primeira viagem, parece indicar uma relativa impessoalidade no vínculo estabelecido entre usuários e profissionais, remetendo à importância do acolhimento e da “escuta sensível”. Poderíamos dizer que, embora o acesso ao serviço seja considerado bom, e a equipe de profissionais inspire confiança nos usuários, aqueles que se sentiam mais “sensíveis” devido às transformações vividas e às dúvidas experimentadas relataram um sentimento de “desmotivação”.

Esta impessoalidade que talvez ainda exista na relação entre a equipe e estes usuários se expressou talvez também na baixa adesão ao “Grupo de Apoio a Gestantes, Pais, Acompanhantes, Bebês e Familiares” durante o período de desenvolvimento da pesquisa, que alcançou apenas três gestantes e um companheiro, embora algumas outras mulheres houvessem manifestado, posteriormente, interesse pelo grupo, evidenciando talvez uma deficiência na comunicação entre a equipe e as usuárias.

A **rede de apoio** mostrou-se de extrema relevância na análise tanto do **quotidiano**, quanto das **potências e limites**, seja como rede de apoio prático ou de apoio emocional, podendo exercer influência significativa na forma como ocorre o processo de adesão ao pré-natal.

Concluindo, podemos dizer que as **potências da ordem da motivação** (vontade de cuidar de si e do bebê), combinadas às **potências da ordem da possibilidade** (condições para cuidar de si e do bebê) podem levar ao **cuidado de fato**. A existência de limites não se mostrou um impedimento nos casos observados, ou seja, os limites não foram absolutos,

determinantes, mas apenas parciais. As potências, portanto, principalmente aquelas da ordem da motivação, prevaleceram sobre os limites.

Os significados, símbolos e imagens que as gestantes atribuem aos limites e potências para a adesão à assistência ao pré-natal não devem ser ignorados, descartados. Pois a forma como as gestantes e suas famílias vivenciam o cotidiano, mostra um querer cuidar, um cuidar de si, que vai além de normas e protocolos estabelecidos pela instituição, e que influenciam a adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, não apenas em relação à sua ocorrência precoce, mas também à sua periodicidade, plenitude de ações e ampla cobertura.

A sociologia compreensiva consiste em compreender estes elementos, potências e limites, através da experiência de quem o vive, neste caso as gestantes e suas famílias. Nas falas, foi possível perceber uma carga emocional e afetiva importante, repleta de símbolos e imagens que constituem o cotidiano das gestantes e suas famílias. As vivências internas não podem ser interpretadas de forma meramente racional, ou puramente racional, sem levar em conta a subjetividade dos fatos, porque estes muitas vezes deixam lacunas na descrição e compreensão dos fenômenos. Sobre isso, nos diz Morin (2001, p. 122, apud PENNA, 2007, p. 86): “da mesma maneira que se tem necessidade de afetividade, a realidade tem necessidade do imaginário para ter consistência. Nosso mundo real é, nesse sentido, meio imaginário”. Ou como nos fala Maffesoli (2007, p. 92): “Talvez fosse preciso considerar que nosso conhecimento do mundo é uma mistura de rigor e poesia, de razão e paixão, de lógica e mitologia”.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcos Antônio Alves de. **O pensamento pós-moderno em Michel Maffesoli**. Revista Autor, Brasil, 01 set. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/4061927/Z-O-pensamento-PosModerno-em-Michel-Maffesoli>>. Acessado em: 27/06/2011.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada** – manual técnico /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

CARTER, Betty; McGOLDRICK, Mônica; e colaboradores. **As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2º ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, 512 p.

COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina Marino; COELHO, Clair Castilhos (orgs). **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. 245 p.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tempo, trabalho e afazeres domésticos: um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005**. Comunicação Social. 17 de agosto de 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impressao.php?id_noticia=954>. Acessado em: 27/06/2011.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva**. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2010, 295 p.

_____. **Elogio da razão sensível**. Petrópolis, RJ: Ed.Vozes, 2008. 208 p.

_____. **O mistério da conjunção**. Porto Alegre: Sulina, 2005

MONCORVO, Maria Cecília Ribeiro; MAGALHÃES, Andrea Seixas. **Criando os filhos sozinha: a perspectiva feminina da família monoparental**. Rio de Janeiro, 2008, 106 p. Dissertação de mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. **Repensando nosso cotidiano contemporâneo para promover seres e famílias saudáveis: maneiras de viver... caminhos para cuidar em Enfermagem**. Aula inaugural, proferida no Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina / UDESC, Palmitos/SC, fevereiro de 2011.

_____. **Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis**. Revista Ciência e Cuidado Saúde, Maringá, v. 6, supl. 1, p. 24-26, 2007.

_____. **Nascer em família. Uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.** 1991. 269 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

_____. **Mundo imaginal de ser família saudável:** a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

PENNA, Claudia Maria de Mattos. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007, Jan-Mar 16 (1): 80-8.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Diretoria de Atenção Primária. Gerência de Programas Estratégicos. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Tubarão: Ed. Copiart, 2010. 128 p.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; et al (orgs). **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher.** Florianópolis: UFSC/NFR, 2005. v.1. 514 p.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo contribui com uma maior aproximação e sintonia dos profissionais enfermeiros com o cotidiano das gestantes e suas famílias, ao mostrar o avanço da consciência destas mulheres e famílias sobre a importância do pré-natal, evidenciando-o como a principal potência para a adesão à assistência. Isso mostra que a lógica de naturalização da morbimortalidade no ciclo gravídico-puerperal começa a ser desconstruída pelo trabalho cotidiano dos profissionais e dos movimentos sociais que lutam pela consolidação do SUS e pela construção da consciência da saúde como um direito de todos, valorizando a jornada já percorrida até o momento.

Também contribui dando visibilidade ao trabalho de qualidade que a enfermagem e outros profissionais de saúde vêm desenvolvendo na assistência ao Pré-Natal e Puerpério no âmbito do SUS, conforme emerge das expressões das mulheres entrevistadas, que elogiam a atitude atenciosa e acolhedora recebida, considerada superior à assistência recebida em instituições privadas.

Por fim, contribui com a compreensão do cotidiano dos usuários do SUS por parte dos profissionais da Atenção Básica, ajudando a identificar algumas potências e limites, favorecendo a aproximação e o acolhimento destes usuários e, portanto, a adesão precoce à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério.

Quanto ao uso dos instrumentos de pesquisa “Genograma Intrafamiliar” e “Mapa das Interações Extrafamiliares” ou “Ecomapa”, pudemos constatar sua importância para a coleta e o registro dos dados em pesquisa qualitativa. Em nossa percepção, eles funcionam como uma espécie de “recipiente moldável”, acolhendo e ordenando um sem fim de informações complexas e muito pessoais que os sujeitos de pesquisa têm para nos oferecer, na forma de uma história de vida possível de ser abrangida em meia hora de conversa.

Assim, poderíamos dizer: são instrumentos que, por um lado, “alimentam” e “modelam” a conversa e, por outro, resultam em um produto de mais fácil e rápida compreensão e apreciação em momentos posteriores, como durante a análise dos dados, por exemplo.

Além disso, sua elaboração constitui-se em um processo contínuo, podendo ser complementado, aperfeiçoado e atualizado ao longo de outros encontros. Seu uso durante as entrevistas nos permitiu imaginá-los como parte integrante de um prontuário, como um instrumento extremamente útil para a anamnese durante consultas de Enfermagem Familiar, adequado ao fortalecimento de vínculos entre profissionais e usuários.

Nas duas entrevistas em que não foi possível utilizá-los, pudemos perceber a grande falta que fez. Não houve a mesma sensação de familiaridade com a história de vida das entrevistadas ao iniciarmos as questões norteadoras, devido à falta da contextualização inicial que seu uso promove. Validamos, assim, a grande utilidade “terapêutica” destes instrumentos.

Ainda em relação à metodologia, percebemos o quanto pode ser difícil estimular uma pessoa mais reservada a falar. Quando as perguntas norteadoras não eram suficientes, foi preciso criar de improviso novas perguntas, tentando evitar, entretanto, as “armadilhas éticas”. A mais difícil de evitar é a indução de respostas. Embora a pesquisa qualitativa não se proponha a eliminar o olhar dos pesquisadores, aceitando-os como participantes da pesquisa, o objetivo da entrevista é abrir espaço para o olhar do entrevistado, fazendo uso de questões norteadoras abertas, que não induzam a resposta imaginada ou esperada pelo pesquisador. No entanto, pudemos perceber que, muitas vezes, de forma inadvertida, inconsciente, formulávamos questões mais fechadas, induzindo parcialmente algumas respostas, o que deve ser levado em conta ao se analisar os resultados.

Buscando unir ao olhar das mulheres entrevistadas o nosso olhar sensível, na tentativa de compreender o cotidiano destas gestantes e suas famílias, enfocando os limites e potências vivenciados e descritos por elas no processo de adesão à Assistência ao Pré-Natal, emergiram ao longo do processo de pesquisa três grandes temas: **Quotidiano, Potências e Limites**. Dentro de cada um destes temas identificamos categorias e sub-categorias, com suas propriedades e características, bem como a forma como estas se relacionam entre si.

Embora a equipe de enfermeiras nos houvesse relatado, por ocasião da definição do tema de pesquisa, a captação tardia de gestantes como o principal problema da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição, a análise dos dados disponíveis no Infosaúde durante os meses de janeiro a maio de 2011 demonstrou que a unidade alcança um índice de 92,31% de captação precoce, evidenciando uma magnitude do problema bem menor do que a imaginada. Assim, quantitativamente, a pesquisa identificou um ótimo índice de adesão precoce ao pré-natal. Entretanto, a partir do encontro de nosso olhar de pesquisadoras com o olhar das mulheres protagonistas (gestantes entrevistadas), emergiram importantes aspectos qualitativos desta adesão, sobre os quais nos parece importante dedicar alguns momentos de reflexão.

Em relação ao tema **quotidiano**, observamos que as **modificações de ordem biológica** e as **vivências e transformações de ordem emocional** geram uma necessidade e uma tendência de **modificação dos ritmos de vida** no sentido de sua desaceleração e

moderação, cuja concretização depende, em parte, de **modificações de ordem social, ou rearranjos na organização familiar e do trabalho (rede de apoio)**.

Quanto às **potências**, emergiram das entrevistas duas grandes categorias: as **potências da ordem da motivação**, e as **potências da ordem da possibilidade**. As primeiras destacaram-se em frequência e intensidade, mas parecem depender parcialmente da existência mínima de algumas **potências da ordem da possibilidade**.

Por fim, os **limites** também se apresentaram dentro desta forma de relação entre a **motivação e a possibilidade**. O relato de certa falta de “carinho”, de “atenção especial”, especialmente pelos pais de primeira viagem, parece indicar uma relativa impessoalidade no vínculo estabelecido entre usuários e profissionais, remetendo à importância do acolhimento e da “escuta sensível”. Poderíamos dizer que, embora o acesso ao serviço seja considerado bom, e a equipe de profissionais inspire confiança nos usuários, aqueles que se sentiam mais “sensíveis” devido às transformações vividas e às dúvidas experimentadas relataram um sentimento de “desmotivação”.

Esta impessoalidade que talvez ainda exista na relação entre a equipe e estes usuários pode ter se expressado também na baixa adesão ao “Grupo de Apoio a Gestantes, Pais, Acompanhantes, Bebês e Familiares” durante o período de desenvolvimento da pesquisa, que alcançou apenas três gestantes e um companheiro, embora algumas outras mulheres houvessem manifestado, posteriormente, interesse pelo grupo, evidenciando talvez uma deficiência na comunicação entre a equipe e as usuárias.

A **rede de apoio** mostrou-se relevante na análise tanto do **quotidiano**, quanto das **potências e limites**, seja como rede de apoio prático ou de apoio emocional, podendo exercer influência significativa na forma como ocorre o processo de adesão ao pré-natal.

Concluindo, podemos dizer que as **potências da ordem da motivação** (vontade de cuidar de si e do bebê), combinadas às **potências da ordem da possibilidade** (condições para cuidar de si e do bebê) podem levar ao **cuidado de fato**. A existência de limites não se mostrou um impedimento nos casos observados, ou seja, os limites não foram absolutos, determinantes, mas apenas parciais. As potências, portanto, principalmente aquelas da ordem da motivação, prevaleceram sobre os limites.

Os significados, símbolos e imagens que as pessoas atribuem aos limites e potências para a adesão à assistência ao pré-natal não devem ser ignorados, descartados. Pois a forma como as gestantes e suas famílias vivenciam o cotidiano, mostra um querer cuidar, um cuidar de si, que vai além de normas e protocolos estabelecidos pela instituição, e que

influenciam a adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério, não apenas em relação à sua ocorrência precoce, mas também à sua periodicidade, plenitude de ações e ampla cobertura.

A sociologia compreensiva consiste em compreender estes elementos, potências e limites, através da experiência de quem o vive, neste caso as gestantes e suas famílias. Nas falas, foi possível perceber uma carga emocional e afetiva importante, repleta de símbolos e imagens que constituem o cotidiano das gestantes e suas famílias. As vivências internas não podem ser interpretadas de forma meramente racional, ou puramente racional, sem levar em conta a subjetividade dos fatos, porque estes muitas vezes deixam lacunas na descrição e compreensão dos fenômenos. Sobre isso, nos diz Morin (2001, p. 122, apud PENNA, 2007, p. 86): “da mesma maneira que se tem necessidade de afetividade, a realidade tem necessidade do imaginário para ter consistência. Nosso mundo real é, nesse sentido, meio imaginário”. Ou como nos fala Maffesoli (2007, p. 92): “Talvez fosse preciso considerar que nosso conhecimento do mundo é uma mistura de rigor e poesia, de razão e paixão, de lógica e mitologia”.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, Marcos Antônio Alves de. **O pensamento pós-moderno em Michel Maffesoli**. Revista Autor, Brasil, 01 set. 2006. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/4061927/Z-O-pensamento-PosModerno-em-Michel-Maffesoli>>. Acessado em: 27/06/2011.

ARCHANJO, Daniela R.; ARCHANJO, Léa R.; SILVA, Lincoln L. (Org.). **Saúde da família na atenção primária**. Curitiba: Ibpex, 2007. p 182-201.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico** /Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 163 p. color. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

BRASIL. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. Conselho Nacional da Saúde. Brasília – DF.

CARTER, Betty; McGOLDRICK, Mônica; e colaboradores. **As Mudanças no Ciclo de Vida Familiar: uma estrutura para a terapia familiar**. 2 ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2001, 512 p.

COELHO, Elza Berger Salema; CALVO, Maria Cristina Marino; COELHO, Clair Castilhos (orgs). **Saúde da mulher: um desafio em construção**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 2006. 245 p.

CORRÊA, Mário D. et al. **Noções práticas de obstetrícia**. 13. ed. Belo Horizonte: Ed. Coopmed, 2004. p 69-89.

ELSEN, Ingrid; et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Org.). **Manual de orientação:** Assistência Pré-Natal. [S.l.] 2005, 139 p.

GASTALDON, Bianca; MARTINS, Jerusa Celi; POLTRONIERI, Keli Vanessa. **Obesidade infantil:** um problema do presente com olhares para o futuro - resgatando o ser e a família saudável no cotidiano junto à enfermagem. Projeto de Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à disciplina INT 5134, da 8ª U.C. do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis: UFSC, 2007.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Tempo, trabalho e afazeres domésticos:** um estudo com base nos dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios de 2001 e 2005. Comunicação Social. 17 de agosto de 2007. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=954>. Acessado em: 27/06/2011.

MAFFESOLI, Michel. **O conhecimento comum:** introdução à sociologia compreensiva. São Paulo: Ed. Brasiliense, 2010, 295 p.

_____. **Elogio da razão sensível.** Petrópolis, RJ: Ed.Vozes, 2008. 208 p.

_____. **O mistério da conjunção.** Porto Alegre: Sulina, 2005

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8.ed. São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

MONCORVO, Maria Cecília Ribeiro; MAGALHÃES, Andrea Seixas. **Criando os filhos sozinha:** a perspectiva feminina da família monoparental. Rio de Janeiro, 2008, 106 p. Dissertação de mestrado – Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro.

NITSCHKE, Rosane Gonçalves. Pensando o nosso cotidiano contemporâneo e a promoção de famílias saudáveis. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 6, supl. 1, p. 24-26, 2007.

_____. **Mundo imaginal de ser família saudável:** a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999.

_____. **Nascer em família:** uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. 1991. 269 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1991.

_____. **Repensando nosso cotidiano contemporâneo para promover seres e famílias saudáveis:** maneiras de viver... caminhos para cuidar em Enfermagem. Aula inaugural, proferida no Curso de Enfermagem da Universidade do Estado de Santa Catarina / UDESC, Palmitos/SC, fevereiro de 2011.

PENNA, Claudia Maria de Mattos. Realidade e imaginário no processo de viver de moradores em um distrito brasileiro. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, 2007, Jan-Mar 16 (1): 80-8.

PIZZANI, Caroline B. **Pré-natal como fator protetor nas gestantes adolescentes para desfechos neonatais.** Trabalho de conclusão de curso (Graduação em Medicina). Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2008. 29 p.

SCHATZMAN, Leonard; STRAUSS, Anselm L. **Field research:** strategies for a Natural Sociology. New Jersey: Prentice-Hall, 1973.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Diretoria de Atenção Primária. Gerência de Programas Estratégicos. Programa Saúde da Mulher. **Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher.** Tubarão: Ed. Copiart, 2010. 128 p.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota; et al (orgs). **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher.** Florianópolis: UFSC/NFR, 2005. v.1. 514 p.

APÊNDICE A:
MODELO DE ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Contextualização

Nome/Codnome:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

Naturalidade:

Estado Civil:

Profissão:

Nível de Escolaridade:

Idade:

Gesta (número total de gestações):

Para (número total de partos):

Abortos:

IG (Idade Gestacional):

DUM (Data da Última Menstruação):

DPP (Data Provável do Parto):

Componentes da Família:

Questões Norteadoras

Como está seu cotidiano? Fale-nos sobre seu dia-a-dia.

Conte-nos sobre a sua gestação, como foi/está sendo para você (planejamento, desejo/aceitação por você e seus familiares, alegrias, preocupações, ansiedade, etc.).

O que a gestação significa para você?

Quando você iniciou o seu Pré-Natal?

O que facilitou /contribuiu/ajudou/ para que você conseguisse iniciar seu Pré-Natal neste/naquele momento?

O que dificultou/ impediu/atrapalhou o início do seu Pré-Natal?

Na sua percepção, o que pode dificultar/impedir/atrapalhar o início do Pré-Natal para outras mulheres e suas famílias?

APÊNDICE B:
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Nós, Ana Isabel de Godoy Ferreira e Viviane Soares, acadêmicas da 8ª fase curricular do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, estamos realizando a pesquisa intitulada “POTÊNCIAS E LIMITES DO QUOTIDIANO NA CAPTAÇÃO PRECOCE DE GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS EM UM CENTRO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA PROMOVER O SER SAUDÁVEL”, sob orientação da Profª Drª Rosane Gonçalves Nitschke, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Esta pesquisa, que integra o nosso Trabalho de Conclusão de Curso (TCC), tem como objetivo geral: **compreender o cotidiano das mulheres e suas famílias em relação à sua adesão à Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição.**

Esperamos contribuir para a melhoria da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério prestada pelos profissionais das equipes da Estratégia Saúde da Família à população da Lagoa da Conceição.

Solicitamos sua participação respondendo a algumas perguntas, através de uma entrevista, com a qual buscaremos compreender quais são as dificuldades e forças que você e sua família encontraram ou encontram para participar da Assistência ao Pré-Natal e Puerpério no Centro de Saúde da Lagoa da Conceição.

A participação nesta pesquisa não causará riscos nem desconfortos. Sua participação é totalmente voluntária, e garantimos que sua identidade será mantida em absoluto sigilo, em todas as fases da pesquisa, incluindo sua divulgação em publicações e eventos científicos. Esclarecemos que você tem o direito de recusar a participação ou de retirar o consentimento a qualquer momento, sem que isto tenha qualquer consequência para você. Seu direito à assistência no Centro de Saúde ou em qualquer outro serviço de saúde não depende de sua participação nem será prejudicado por qualquer declaração sua.

Para anular a permissão, ou em caso de dúvidas, antes e durante a pesquisa, dirija-se ao Centro de Saúde da Lagoa da Conceição e fale com as pesquisadoras Ana Isabel de Godoy Ferreira, Viviane Soares, Rosane Gonçalves Nitschke ou com a enfermeira Alessandra Mafra, ou entre em contato com elas pelos telefones (48) 8431-4400, (48) 9921-7030, (48) 9922-1716, (48) 3232-0639 ou 3233-6990.

Se você aceitar fazer parte desta pesquisa, por favor, assine sua concordância ao final deste documento, que está em duas vias. Uma delas é sua e a outra é das pesquisadoras. Desde já agradecemos a sua participação.

Gratas,

Ana Isabel de Godoy Ferreira

Viviane Soares

Rosane Gonçalves Nitschke

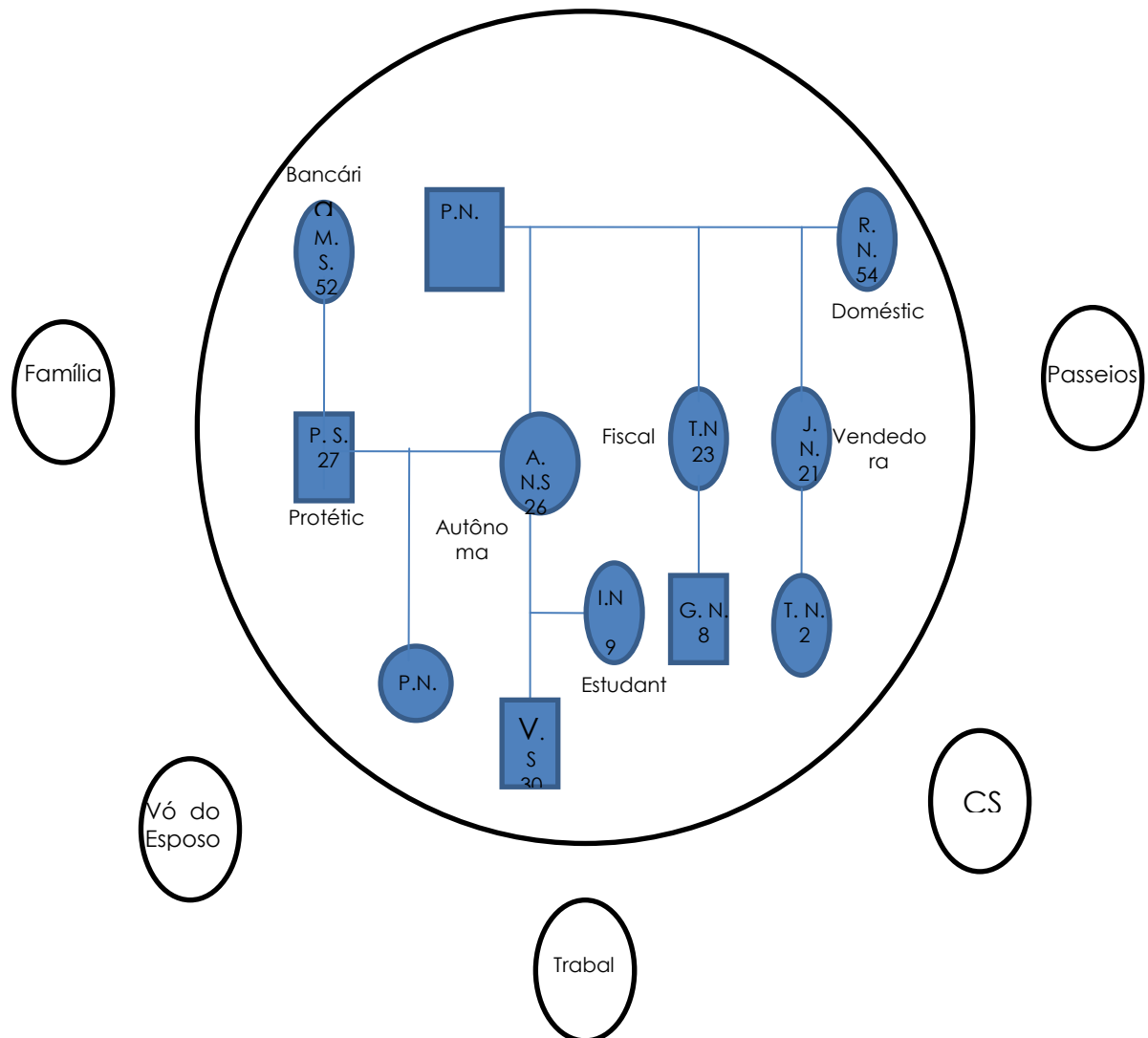
Eu, _____,

RG: _____, concordo em participar da pesquisa “POTÊNCIAS E LIMITES DO QUOTIDIANO NA CAPTAÇÃO PRECOCE DE GESTANTES E SUAS FAMÍLIAS EM UM CENTRO DE SAÚDE: CONTRIBUIÇÕES DA ENFERMAGEM PARA PROMOVER O SER SAUDÁVEL”. Fui devidamente informado(a) e esclarecido(a) pelos pesquisadores sobre a pesquisa e os procedimentos nela envolvidos. Foi-me garantido o anonimato e sigilo das informações, em todas as fases da pesquisa, bem como a possibilidade de desistir da participação a qualquer momento, sem que isso tenha qualquer consequência.

Assinatura do participante: _____

Data: ____/ ____/ ____.

APÊNDICE C:
EXEMPLO DE GENOGRAMA INTRAFAMILIAR E MAPA DAS INTERAÇÕES
EXTRAFAMILIAIS OU ECOMAPA – ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA Nº 7 –
ACÁCIA



APÊNDICE D:
TRANSCRIÇÃO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA Nº 7 – ACÁCIA

Codinome: **Acácia.**

Estado Civil: solteira (vivem juntos, mas não são casados em cartório).

Idade: 27 anos.

Profissão: autônoma.

Nível de Escolaridade: 2º grau completo.

Gesta (número total de gestações): II

Para (número total de partos): I (parto vaginal).

Abortos: 0

IG (Idade Gestacional): 23 s 5 d

Componentes da Família: filha, marido e sogra.

Questões Norteadoras

Pesquisadora:

Queria que você falasse pra gente um pouco, como está o teu dia-a-dia, agora que você está grávida.

Acácia:

Olha, pra mim, depois que eu fiquei grávida, parece que parou. Porque eu não posso trabalhar, e daí eu tenho que trabalhar em casa, tenho que ficar inventando coisa pra fazer em casa, pra mim ter um dia-a-dia agitado, porque o meu tempo está parado. Pra mim está parado.

Pesquisadora:

E porque que você não pode trabalhar?

Acácia:

Ah, porque geralmente eles não pegam mulher grávida para trabalhar, eles não pegam. Eu estava como operadora de caixa de um supermercado, daí venceu os meus três meses, me falaram que eles descobriram que eu estava grávida, por isso que me mandaram embora. Daí como venceu os três meses de contrato, eles me mandaram embora.

Pesquisadora:

Estava com a carteira assinada?

Acácia:

Hãã (balança a cabeça negativamente).

Pesquisadora:

E a tua filha estuda de manhã?

Acácia:

Estuda de manhã.

Pesquisadora:

E aí a tarde ela fica em casa contigo?

Acácia:

Ela fica em casa comigo. Daí aquela coisa, eu vou ajudar ela a fazer a tarefa, até ela acaba ficando no meu mundinho assim sabe? Fica assistindo novela, daí eu mesmo falo, vai brincar, vai fazer atividade, vai fazer alguma coisa. Daí ela quer ficar aqui dentro comigo.

Pesquisadora:

E o seu marido trabalha o dia inteiro?

Acácia:

Não. Bom por enquanto não, ele quer arrumar outro trabalho, mas ele entra das 9 às 2 ou 3 horas da tarde.

Pesquisadora:

Conta pra gente um pouco como que está sendo a gravidez. Como que foi, assim... Se foi planejada, se está sendo desejada, se vocês aceitaram bem, se a família aceitou bem...

Acácia:

Bom, planejada não foi. Da minha parte eu não queria ter mais filho, né? Mas ele, ele queria, daí do nada, depois de 9 anos eu tomando remédio eu engravidei . E daí eu engravidei, ele ficou super feliz, a família toda está feliz, todos na expectativa com a chegada.

Pesquisadora:

E você?

Acácia:

E eu? Às vezes dá aquela, dá uma felicidade, às vezes não, não sei.

Pesquisadora:

Já acostumou com a idéia?

Acácia:

Já. Caiu minha ficha agora, agora que está caindo a ficha.

Pesquisadora:

E o que está tendo na gravidez de alegria, de preocupação, de ansiedade, de sofrimento?

Acácia:

De alegria? Alegria, que a família dele estão todos aceitando, gostam de mim, a gente sente que as pessoas gostam. Ele também não vê a hora de chegar a nenê, a minha filha também está super feliz, está todo mundo feliz. Então é isso: alegria é isso...

Pesquisadora:

E de alegria pra você?

Acácia:

Pra mim?

{Neste momento o telefone da entrevistada tocou, ela pediu para atender e precisamos interromper a gravação. Em seguida, retomamos a entrevista}.

Pesquisadora:

Então, você falou pra gente um pouquinho das alegrias das outras pessoas da sua família...

Acácia:

E não a minha.

Pesquisadora:

E as tuas alegrias? Ou não está sendo um momento alegre para você, está sendo um momento difícil?

Acácia:

Eu não sei, eu acho que alegria mesmo, que eu não posso dizer alegria. Acho que depois que ela nascer que eu posso... Pra ver, e eu posso começar a sentir aquela coisa de alegria.

Pesquisadora:

Então conta pra gente um pouco o que está te preocupando, ou está te fazendo sofrer ou está te deixando ansiosa... O quê que tem de ruim acontecendo?

Acácia:

Eu penso mais depois que ela nascer, porque dá trabalho, eu sei que dá, eu passei com a minha, nossa! E agora vão ser dois filhos, então eu me preocupo mais com essa parte. Eu sempre penso no dia de amanhã, no futuro, no depois... Então não sei, é difícil... Tipo, o pai dela: eu amo ele, a gente se ama, mas eu não sei o dia de amanhã, a gente nunca sabe, né? A gente que é mulher, a gente não sabe, né? Então é só isso mesmo... Eu me preocupo mais é com essa parte, é mais preocupação mesmo.

Pesquisadora:

De como você vai dar conta de cuidar de duas crianças?

Acácia:

É isso mesmo. Às vezes eu acho que eu tenho medo , não sei porque, mas... É isso daí, mesmo. Minha mãe é longe, minha família inteira é longe, a única irmã que eu tenho aqui, a gente está brigada. Então eu me sinto meio que sozinha, assim...

Pesquisadora:

E vocês já conversaram como vai ser quando o bebê nascer? Se você vai trabalhar fora ou não vai?

Acácia:

Eu vou, vou trabalhar. Vou ficar um tempo amamentando em casa, cuidando certinho, daí eu vou ter que começar a deixar a nenê na creche pra mim trabalhar. Até pra mim mesma, né? Parar de ficar pensando nisso, naquilo...

Pesquisadora:

E agora você está vendendo Avon?

Acácia:

Eu estou vendendo Natura e lingerie.

Pesquisadora:

E você está gostando disso?

Acácia:

Sim.

Pesquisadora:

Você sente falta do trabalho que você tinha antes?

Acácia:

Sinto. Eu trabalhava como vendedora.

Pesquisadora:

O que a gestação significa pra você?

Acácia:

Ah, sei lá. Às vezes não é muito animatório. Não sei se eu posso dizer o que significa pra mim. Tem algumas vezes que eu gosto de estar grávida, outras vezes não, porque me prende em algumas coisas, que eu não posso fazer. Então é isso.

Pesquisadora:

Com quantas semanas você começou o seu pré-natal? Você lembra? Com quanto tempo de gravidez?

Acácia:

Dois meses, eu acho.

Pesquisadora:

E o que você acha que facilitou pra você começar o seu pré-natal logo?

Acácia:

Ah, porque o da minha filha eu fiz também, eu descobri tinha três meses; eu sei da importância do pré-natal, é super importante. E daí, logo que eu descobri, eu já fui atrás do médico pra fazer tudo certinho. Porque é importante o pré-natal, tanto pra mãe quanto pro bebê.

Pesquisadora:

E alguma coisa dificultou, atrapalhou pra você, ou está atrapalhando pra você fazer o teu pré-natal?

Acácia:

Não. Está tranquilo.

Pesquisadora:

Quando eu pergunto do que facilitou, do que dificultou, eu quero que você pense no teu dia-a-dia... Então: trabalho, a distância até o posto, tem carro ou não tem carro, tem tempo ou não tem tempo, tem tua filha, tem a tua família... E em relação ao próprio posto de saúde também: se você é bem recebida lá, se é fácil conseguir horário... Então, pensando nas coisas do teu dia-a-dia e na tua relação com o centro de saúde, se tem coisas que ajudaram, fizeram ser fácil começar o pré-natal, e coisas que fizeram ser mais difícil, que poderia ser melhor, que poderia ser mais fácil... Entendeu?

Acácia:

Não... Como eu já disse lá eu sou bem atendida, no posto. Então... A distância, eu vou caminhando, é até bom caminhar. Então, não tem nenhum problema não.

Pesquisadora:

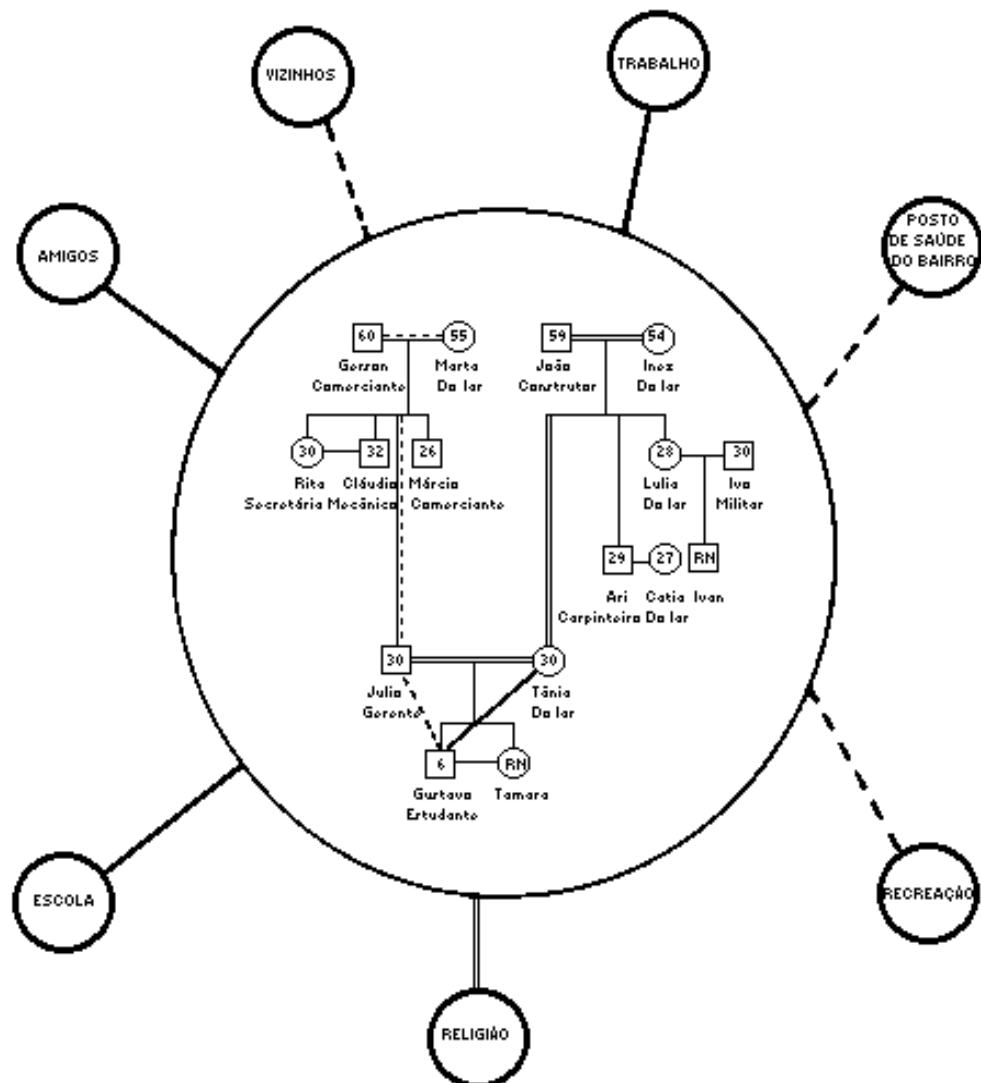
E se você tentasse imaginar uma mulher que teve dificuldade em começar o pré-natal, que começou tarde, ou que não fez o pré-natal direitinho. O que você acha, do que você percebe de outras mulheres que estão grávidas ou do teu outro pré-natal... O quê que poderia estar atrapalhando essas mulheres? Quais poderiam ser os motivos de elas estarem começando muito tarde, ou não estarem seguindo direitinho?

Acácia:

Ai, qual o motivo? Bom, eu acho que elas acham que não tem importância o pré-natal. Eu acho que... A minha Irmã também começou a fazer tarde o pré-natal, ela era nova e, por ela, ela nem ia fazer o pré-natal! Como eu sei que é importante, eu é que fiz ela ir lá fazer o pré-

natal, tudo certinho, porque por ela, ela não ia: “Ai, não, pra quê fazer o pré-natal? Não precisa, eu estou bem, a nenê está bem, e pronto!”

ANEXO A:
MODELO DE GENOGRAMA INTRAFAMILIAR E MAPA DAS
INTERAÇÕES EXTRAFAMILIAIS OU ECOMAPA



Baseado em “Prontuário da Família”, do Projeto de Assistência de Enfermagem à Família, do Departamento de Enfermagem da UFSC (ELSEN, 1994; NITSCHKE, 1991).

ANEXO B:
CÓDIGO DA NATUREZA DAS INTERAÇÕES E SÍMBOLOS UTILIZADOS NO
GENOGRAMA INTRAFAMILIAR E MAPA DAS INTERAÇÕES
EXTRAFAMILIAIS OU ECOMAPA

==== Super-aproximação/forte/super/interação

—— Aproximação/tênue/interação positiva

..... Distanciamento/interação perturbada

~~~~ Stress/conflito/interação negativa

Preto/azul: Percepção da família

Vermelho: Percepção da enfermeira

□ Sexo masculino

○ Sexo feminino

◇ Sexo indefinido

□—○ Casal matrimônio legal

□=○ Casal consanguíneo

□.....○ Casal com matrimônio não legal

■ ● ◆ Natimorto

☐ ⊖ ⊕ Pré-termo

⊗ ⊗ ⊗ Abortamento

⊞ ⊕ ⊕ Pós-termo

□—○ Gemelar

Baseado em “Prontuário da Família”, do Projeto de Assistência de Enfermagem à Família, do Departamento de Enfermagem da UFSC (ELSEN, 1994; NITSCHKE, 1991).

Família

**ANEXO C:**  
**FOLHA DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA COM**  
**SERES HUMANOS – CEP SH**

Certificado

[https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id\\_pesquisa=1774](https://sistema.cep.ufsc.br/certificado/certificado.php?id_pesquisa=1774)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
 Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão  
 Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos

**CERTIFICADO** Nº 1774

O Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos (CEPSH) da Pró-Reitoria de Pesquisa e Extensão da Universidade Federal de Santa Catarina, instituído pela PORTARIA N.º 0584/GR-99 de 04 de novembro de 1999, com base nas normas para a constituição e funcionamento do CEPSH, considerando o contido no Regimento Interno do CEPSH, **CERTIFICA** que os procedimentos que envolvem seres humanos no projeto de pesquisa abaixo especificado estão de acordo com os princípios éticos estabelecidos pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP.

**APROVADO**

**PROCESSO:** 1774      **FR:** 402219

**TÍTULO:** Potências e limites do cotidiano na captação precoce de gestantes e suas famílias em um Centro de Saúde: contribuições da enfermagem para promover o ser saudável

**AUTOR:** Rosane Gonçalves Nitschke, Ana Isabel de Godoy Ferreira, Viviane Soares

FLORIANÓPOLIS, 28 de Fevereiro de 2011.

*Magdalena Tokkuech*

Coordenador do CEP SH UFSC