



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem

CARIN IÁRA LOEFFLER

O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM MULHERES
GESTANTES: perspectivas para uma eco-obstetrícia

Florianópolis/SC
1999

CARIN IÁRA LOEFFLER

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM MULHERES
GESTANTES: perspectivas para uma eco-obstetrícia**

Dissertação apresentada para a
obtenção do título de Mestre em
Assistência de Enfermagem do
Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem da Universidade Federal
de Santa Catarina.

Orientadora:

Dr^a. Zuleica Maria Patrício

**Florianópolis/SC
1999**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária da
Universidade Federal de Santa Catarina

L852c Loeffler, Carin Iára
O cuidado de enfermagem com mulheres [dissertação]
: gestantes perspectivas para uma eco-obstetrícia
/ Carin Iara Loeffler ; orientadora, Zuleica Maria
Patrício. - Florianópolis, SC : 1999.
88 f.

Santa
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem.

CARIN IÁRA LOEFFLER

**O CUIDADO DE ENFERMAGEM COM MULHERES
GESTANTES: perspectivas para uma eco-obstetrícia**

Essa dissertação foi julgada adequada para obtenção do título de Mestre em Assistência de Enfermagem e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Profª Drª. Zuleica Maria Patrício
Orientadora

Profª Drª. Lygia Paim M. Dias
Examinadora

Profª Drª. Maria Itayra C. de S. Padilha
Examinadora

*A única
e a maior
das revoluções possíveis
na sombria história dos homens
não é a de seus cegos governos
mas na maneira como esses desditosos
são acolhidos no nascimento
e como terão sido
concebidos e
gerados.*

F. Leboyer (1998, p.11)

AGRADECIMENTOS

*“A pessoa que não
conheceu o outro em profundo amor,
não será capaz de saber
quem ela é,
porque ela não terá o espelho para
ver seu próprio reflexo.”
(Autor Desconhecido)*

*Meus agradecimentos
a todos que
foram espelhos
na construção desse estudo.*

LOEFFLER, Carin Lára. **O cuidado de enfermagem com mulheres gestantes**: perspectivas para uma eco-obstetrícia. 1999. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1999.

Orientador: Dr^a. Zuleica Maria Patrício

Linha de Pesquisa: Qualidade de vida e processo de viver e ser saudável na interação ser humano-natureza-cotidiano-sociedade.

RESUMO

Este estudo resultou do desenvolvimento da disciplina de Prática Assistencial do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Está centrado no Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício, tendo em vista processos humanizados para a gestação saudável. Participaram do estudo mulheres gestantes de uma comunidade de periferia da Grande Florianópolis no ano de 1997 e teve como objetivo conhecer o significado de ser gestante e como cuidar desta gestante propiciando o vínculo materno-fetal. Foi desenvolvido através de atividades participantes instrumentalizadas por técnicas de métodos qualitativos de cuidado. Os dados foram analisados à luz do Referencial e demais autores como Klaus & Kennell, Leboyer, Odent, VERNY & Kelly, entre outros que preconizam o cuidado integral à vida e, em especial, às gestantes. O conhecimento dessa realidade sugere possibilidades de implementar métodos de processos de cuidar a mulher no pré-natal, através de atitudes que resgatem a importância da interação do ambiente útero biológico e social, abrindo perspectivas para um cuidado com princípios da Eco-Obstetrícia.

Palavras-chave: Cuidado holístico-ecológico; Vínculo materno-fetal; Métodos qualitativos de cuidado.

ABSTRACT

This study it resulted of the development of disciplines of Practical Assistencial of the Course of Mestrado in Assistance of Nursing of After-Graduation in Nursing of the Federal University of Santa Catarina. De is centered in the Referencial of the Holistic-Ecological Care Patrício, in view of processes humanizados for the healthful gestation. Gestantes women of a community of periphery of the Great Florianópolis in the year of 1997 had participated of the study and had as objective to know the meaning of being gestante and as to take care of of this gestante being propitiated the maternal-fetal bond. She was developed through participant activities instrumentalizadas by techniques of qualitative methods of care. The data had been analyzed to the light of the Referencial and too much authors as Klaus & Kennell, Leboyer, Odent, Verny & Kelly, among others that they praise the integral care to the life and, in special, to the gestantes. The knowledge of this reality suggests possibilities to implement methods of processes to take care of the woman in the prenatal one, through attitudes that rescue the importance of the interaction of the surrounding biological and social uterus, opening perspective for a care with principles of Echo-Obstetrics.

Keyword: Holistic-ecological Care; Maternal-fetal bond; Qualitative methods of care.

SUMÁRIO

I APRESENTAÇÃO	16
II CONSIDERAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E O PRÉ-NATAL	19
III O MARCO CONCEITUAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM	28
3.1 Conceitos Gerais do Marco Referencial do Cuidado Holístico Ecológico	30
3.2 O Processo de Enfermagem Segundo o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (CHE).....	37
3.2.1 Componentes do Processo de Cuidar Segundo o Referencial do CHE	38
3.2.2 Os Momentos do Processo de Cuidar Segundo o Referencial do CHE	39
IV CONHECENDO, COMPARTILHANDO E CONSTRUINDO NO COTIDIANO.	43
4.1 Entrando no Campo: conhecendo-nos através das interações	43
4.2 Ficando no Campo: compartilhando vivências e construindo cuidados	53
4.3 Saindo do Campo: preparando-nos para as despedidas e concluindo o estudo	73
V CUIDANDO E RECRIANDO O PROCESSO DE VIVER: PERSPECTIVAS PARA UMA ECO-OBSTETRÍCIA	78
REFERÊNCIAS	82
ANEXO	87
Anexo A - Técnica de Relaxamento.....	88

I APRESENTAÇÃO

A minha preocupação com as questões relacionadas à assistência no pré-natal advém da minha história de vida e profissional.

Há muito que trabalho em comunidades de periferia desenvolvendo projetos de cuidados de enfermagem a adolescentes e famílias. Ao cuidar de famílias com gestantes nessas comunidades, muitas vezes me questionei sobre o significado de ser gestante nesse contexto e, sobretudo, como cuidar desta gestante propiciando o vínculo materno-fetal.

Paralelo ao meu trabalho em comunidades de periferia, trabalho também como enfermeira da Maternidade do Hospital Universitário de Florianópolis, cuidando de mulheres na situação de gestação de risco, ou então, já puérperas. Essa clientela, em sua grande maioria, é procedente também de comunidades da periferia.

Ao acompanhar suas histórias durante o período de internação, crescia em mim o desejo de conhecer mais sobre o cotidiano destas mulheres, como vivenciaram o pré-natal e que situações de vida as levaram ao estado de saúde-doença que se encontravam e de que forma estabeleciam os vínculos com seu conceito.

Para isso seria necessário buscar uma forma de cuidar, no pré-natal, que permitisse esse conhecimento.

A oportunidade surgiu ao cursar a Disciplina da Prática Assistencial, do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – Pen-UFSC.

Nessa ocasião prestei cuidados de enfermagem a um grupo de gestantes de uma comunidade da periferia de Florianópolis, a partir da leitura e compreensão de alguns conceitos do Referencial Teórico do Cuidado Holístico-Ecológico de Patrício (1995), no período de 10/06/97 a 16/08/97. O objetivo era de prestar cuidados de enfermagem individuais e coletivos à mulher em processo de gestação, através de um referencial de cuidado integral e atividades participantes instrumentalizadas por técnica de métodos qualitativos de pesquisa preconizados pelo referido Referencial Teórico.

Ao buscar subsídios para este trabalho consultei diversas bibliografias da área médica e de enfermagem, tais como: Resende, 1984; Moretti, 1998; Frederickson e Wilkins-Hang, 1992; Pinotti, 1988; Poli e Silveira, 1994; Maranhão et all, 1990; Ziegel & Cranley, 1986; Chamberlain, 1993; Iovine, 1996; Bethea, 1982; Gonzalez, 1994; e

constatei que, em sua maioria, são ainda literaturas voltadas à assistência nas intercorrências da gestação. Muito embora algumas destas literaturas procurem abordar outros aspectos que não o biomorfofisiológico, estes muitas vezes abrangem apenas a ansiedade, insônia, mal estar, labilidade emocional entre outros, e cuja origem está, na maioria das vezes, relacionada aos aspectos biomorfofisiológicos da mulher gestante.

Em relação à postura do profissional diante da necessidade de prestar assistência às mulheres gestantes, muitas dessas literaturas preconizam que o profissional ‘oriente’, ‘ensine’, ‘faça educação em saúde’, ‘tenha conhecimentos para efetuar intervenções adequadas’; e que, especificamente, esclareça que tais manifestações “fazem parte, são comuns durante a gravidez”.

Quanto à participação da mulher nesse processo, em muitas literaturas ela é tida apenas enquanto “espectadora do que está ocorrendo, ou então, entregue aos cuidados dos profissionais cuja competência e responsabilidade, garantiriam o bem-estar dela e seu conceito” (Marcon, 1989, p.13).

Tais achados bibliográficos me garantiram um excepcional conhecimento biomorfofisiológico da gravidez, mas ainda, nem de longe, auxiliaram-me no que realmente buscava: conhecer o significado de ser gestante e como cuidar dessa gestante especialmente no que se refere ao vínculo materno-fetal.

Reiniciei minha busca literária e, intuindo descobrir tesouros, encontrei Klaus & Kennel, 1992; Kuntze, 1991; Leboyer, 1998, 1976, 1974; Maldonado, 1987, 1984; Marcon, 1989; Monticelli, 1994; Patrício, 1990; Rodrigues, 1997, Soifer, 1980; Valente & Ramazzini, 1995; Verny & Kelly, 1981; entre outros, que me trouxeram algumas respostas, sinalizaram novas perguntas, mas principalmente, propiciaram a reflexão para as mudanças no meu modo de pensar e cuidar de mulheres gestantes.

Essa dissertação é o resultado da releitura dos dados de campo da Prática Assistencial, e tem como objetivo conhecer o significado de ser gestante e como cuidar dessa gestante propiciando o vínculo materno-fetal. Para alcançar esse objetivo na medida em que a realidade é descrita, são refletidos os temas que emergem, à luz do referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (CHE) e de outros autores como Verny & Kelly, Maldonado, Leboyer, Odent, que preconizam o cuidado integral ao ser humano, em especial, o ser humano mulher e gestante.

O trabalho está estruturado da seguinte forma:

Capítulo I – Apresentação: nesse capítulo apresento o trabalho e o motivo pelo qual escolhi o tema estudado.

Capítulo II – Considerações sobre a Gravidez e o Pré-natal: nesse capítulo são abordados alguns aspectos da gravidez, do pré-natal e dos serviços de pré-natal em Florianópolis.

Capítulo III – O Marco Conceitual e o Processo de Enfermagem: nesse capítulo são apresentados os conceitos que guiam o trabalho e o processo de cuidar, segundo o referencial do CHE.

Capítulo IV – Conhecendo, Compartilhando e Construindo no Cotidiano: nesse capítulo são apresentados os momentos de interação, onde é descrita a realidade das mulheres gestantes, através do processo de cuidar e, concomitante, são feitas as análises dos dados que emergem do mesmo.

Capítulo V – Cuidando e Recriando o Processo de Viver: Perspectivas para uma Eco-Obsterícia – a partir das análises são apontadas algumas possibilidades para um novo olhar na prática de enfermagem no pré-natal.

Capítulo VI – Bibliografia

Capítulo VII – Anexos

II CONSIDERAÇÕES SOBRE A GRAVIDEZ E O PRÉ-NATAL

Nas tardes o universo ganha em sossego. A paz permeia a alma e a tristeza é tom menor.

O pensamento resta atento a revelações e o espírito mais disposto aos mistérios. Assim, o milagre se torna viável.

Silenciada pela poeira do crepúsculo, surpreendida pelos jacintos em florações, Maria deslindava sinais. Ela guardou o frio do corpo sob o manto, deixando o coração aventurar-se em vasto céu. Despojada de desejos, isenta de vontade, a Mulher abriu a emoção para os sigilos. E definitivamente livre, Maria se faz serva.

Vindo pelos ventos do oriente - desafiando ares e cores, seduzindo o canto das cigarras, animando as andorinhas para as rezas, prolongando o dia nos ninhos dos bem-te-vis - voava o arcanjo em asas claras, pelo luminoso entardecer. Sementes, raízes, frutos, interromperam o crescimento, sem espantos.

Não pertence a essas terras, mensageiros em tamanha plenitude, orou Maria.

E Gabriel, anjo das notícias, enviado do eterno, dirigiu-se a Ela e anunciou:

Ave, Maria cheia de graça. Darás à luz um filho chamado Jesus. (Queirós, 1990, p. 12)

A gravidez é, historicamente, o “mais importante acontecimento e símbolo de feminilidade adulta, e biologicamente falando, exclusiva da mulher” (Kuntze, 1991, p.8).

A partir do diagnóstico de gravidez, segundo a literatura, inicia-se o pré-natal, antes do natal, antes do nascer. “Relativo ao período que antecede o nascimento do bebê” (Rocha, 1996, p. 493); também chamado período de gestação: “tempo desde a concepção até o nascimento do embrião” (Rocha, 1996, p. 306). Período em que a mulher se encontra grávida, “em estado de gestação” (Rocha, 1996, p. 311).

Ziegel & Cranley (1985), autoras clássicas da enfermagem

obstétrica, consideram que, embora a gravidez seja um evento biologicamente normal, é também um acontecimento especial na vida da mulher e, como tal, exige dela adaptações especiais para a promoção de sua saúde e do feto. Nesse período também ocorrem numerosas alterações emocionais e psicológicas, que variam de intensidade de acordo com fatores como seu planejamento anterior da gravidez, suas relações familiares, o número de filhos que tem; e o seu modo habitual de lidar com alterações, entre outros. Observam também as autoras que o nascimento de uma criança causa impacto não só sobre a mãe, mas igualmente ao pai, irmãos, avós e eu acrescento ainda, à comunidade onde vivem. É também durante a gravidez que as mulheres têm um conhecimento acentuado de seus corpos, despertando um aumento do interesse na saúde, visando proporcionar condições adequadas para o crescimento e o desenvolvimento intra-uterino. Tal circunstância propicia ao profissional de saúde, em especial ao enfermeiro, uma oportunidade ideal para promover práticas de cuidado, especialmente porque as gestantes são, geralmente, muito sensíveis à educação em saúde, posto que seu interesse está voltado à manutenção da sua saúde e da saúde do concepto.

Autores como Maldonado (1988) e Luis (1985), que estudaram os períodos da vida da mulher, consideram que a adolescência, a gestação e o climatério são períodos críticos de transição, sendo que a gestação é uma transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento da mulher. Mesmo sendo um episódio crítico no ciclo evolutivo da mulher, envolvendo alterações profundas e cujas repercussões são sentidas nas áreas física, psíquica e social, esses autores consideram esse processo fisiológico.

Já outros autores como Ziegel & Cranley (1985) e Almeida (1985), consideram que, embora a gestação seja um fenômeno biologicamente normal, não é um episódio isolado, mas parte de um processo que está ligado não só à mulher como indivíduo, mas também à família e ao meio social em geral. Maldonado (1988), considera que as mudanças metabólicas complexas, o estado temporário de equilíbrio instável frente às perspectivas de mudanças do papel social, a reordenação das relações interpessoais, a necessidade de novas adaptações, os reajustamentos intra-psíquicos e a reformulação da identidade caracterizam a gestação como sendo um período de transição.

Monticelli (1994), em sua dissertação de mestrado, estudou os ritos de passagem e considera, dentro de uma abordagem sócio-cultural, que a gravidez, enquanto um rito de passagem, situa-se no período de liminaridade, fazendo parte dos ritos de margem:

[...] os ritos de margem são aqueles desenvolvidos durante a fase ou período liminar, onde o estado do sujeito do rito, ou seja “o passageiro” ou a “pessoa liminar” é ambíguo, possuindo pouco ou nenhum atributo, tanto do estado passado como do vindouro. São bastante desenvolvidos na gravidez, no parto [...] (Monticelli, 1994, p. 16).

Ainda, segundo a autora, essa

[...] condição de estar liminar ou de ser liminar leva os indivíduos a desenvolverem alguns ritos que, do ponto de vista do processo saúde-doença, ajudam os profissionais a identificar, entender e interpretar o contexto cultural em que os indivíduos, famílias ou grupos vivem. (Monticelli, 1994, p. 29).

Patrício (1990), em sua dissertação de mestrado, buscou a prática do cuidar-cuidado com famílias de adolescentes grávidas solteiras, dentro de uma abordagem sócio-cultural. Sua prática focaliza o fenômeno da gravidez e do puerpério no ambiente familiar, com suas crenças, valores e práticas individuais e de grupo familiar, identificando necessidades e recursos para a prevenção e tratamento de situações de doença (mal viver), visando o bem viver individual e familiar. A autora compreende a gravidez como um processo onde ocorrem seqüências de reações e transformações na adolescente, nos membros de sua família e na própria dinâmica familiar por consequência das atitudes da própria adolescente, dos familiares e das demais pessoas de sua rede social, sendo que essas atitudes estão profundamente relacionadas com o universo cultural em que se insere essa adolescente, sua família e a rede social. Segundo a autora,

[...] praticamente todas as adolescentes sofrem alterações em seu bem viver (variando de intensidade durante todo o processo de gravidez) fazendo com que necessitem de cuidados de saúde referentes às suas características nesta fase da vida e também de cuidados referentes ao processo de gravidez. (Patrício, 1990, p. 77).

Kuntze (1991) buscou desenvolver uma assistência de enfermagem planejada à mulher gestante, fundamentada nos estudos de Liliana Felcher Daniel. De acordo com o estudo, a gravidez é explicitada através da mulher gestante como sendo:

[...] uma vida gerando outra vida, caracterizada por valores; (...) como indivíduo é um ser biológico singular (...) que possui potencialidades. Como um Organismo, a mulher gestante manifesta-se como um corpo vivo, com aspectos bio-psico-sócio-espirituais, que se expressam por necessidades humanas básicas. (Kuntze, 1991, p. 44).

Kuntze considera gestantes com saúde “aquelas que conseguem manter um equilíbrio das necessidades bio-psico-sócio-espirituais, com capacidade e criatividade para alcançar um estado de ajustamento” (Kuntze, 1991, p. 47).

Quando ocorre incapacidade para esse ajustamento, a gestante necessita de “ajuda psicoespiritual, psicossocial e psicobiológica, de modo a contemplá-la em suas necessidades básicas, considerando os seus valores e suas potencialidades” (Kuntze, 1991, p. 49).

Marcon (1989), buscou compreender o período da gravidez a partir da perspectiva de mulheres em estado de gravidez. Identifica a experiência de vivenciar a gravidez como um processo dinâmico vinculado ao tempo e ao espaço e influenciado pelo ambiente que circunda a mulher. O estudo sugere que a mulher no processo de vivenciar a gravidez necessita de uma assistência global, individualizada e contextualizada.

Considerando o que foi até aqui exposto podemos observar que, embora a gravidez seja considerada fisiológica na mulher, ainda assim exige cuidados dos profissionais de saúde. Esses cuidados são diferenciados, estão na dependência do referencial teórico utilizado pelo profissional que os executa e fazem parte da denominada assistência pré-natal.

A assistência de pré-natal institucionalizada teve início em Edinburg, na Inglaterra, antes da I Guerra Mundial. Ainda assim, ambulatorios que atendessem gestantes saudáveis eram raridade, sendo que algumas poucas clínicas que atendiam à gestantes saudáveis limitavam-se a pesquisar albuminúria, e a maioria das gestantes passava por apenas um exame médico antes do início do trabalho de parto. A assistência pré-natal estava voltada às complicações da gestação; a vigilância, a preocupação e a atenção se concentravam no parto. A partir dos anos vinte, os problemas maternos da gestação e do trabalho de parto passaram a receber da classe médica e do Ministério da Saúde maior atenção pois essas entidades perceberam que “os eventos durante

o parto dependem de fatores que os precedem durante o período gestacional”(Chamberlain,1993,p. 2).

No Brasil, a essa época, antes da I Guerra Mundial, a história dos serviços de pré-natal não difere muito do até aqui exposto. Na realidade, há pouca alusão aos serviços de pré-natal em si, mas sim, da obstetrícia como um todo, cuja evolução se deu de forma lenta e gradual, já que dependia da vinda de profissionais estrangeiros ou aristocratas brasileiros que tivessem ido estudar no estrangeiro.

Segundo Rezende (1987, p.17) “o exercício da obstetrícia esteve entregue às parteiras, não raro negras forras, cuja ignorância e métodos de assistência se adivinha”. Refere-se Rezende, desse modo, às parteiras leigas, também chamadas de “curiosas” e “comadres”.

As primeiras referências à assistência pré-natal no Brasil datam de 1911 e estão ligadas à figura do Fundador da Escola Brasileira de Obstetrícia, Fernando Magalhães (Rezende 1987).

Desde Magalhães até a década de 70 pouca ou nenhuma referência há à assistência destinada às mulheres grávidas sugerindo que, qualquer intercorrência que as levasse a procurar auxílio institucionalizado, o atendimento prestado era centrado na patologia e não no processo gestacional.

Foi somente a partir da década de 70 que a assistência à mulher no período gestacional passou a fazer parte dos programas de saúde do governo brasileiro, ainda assim, não específico à assistência pré-natal e sim, como parte de ações preventivas à saúde comunitária, de cunho educativo e assistencial, apenas priorizando o grupo materno infantil (Canesqui, 1983).

Ainda de acordo com Canesqui (1983, p. 30), “o governo somente buscava garantir a reprodução da força de trabalho frente às exigências da expansão do capitalismo, visando a manutenção da estrutura do poder vigente.”

É em 1973 que surgem os dois primeiros planos de assistência, inspirados no I Plano Decenal de Saúde das Américas e sob a orientação do I Plano Nacional de Desenvolvimento.

As ações de saúde estavam dirigidas às mulheres no ciclo reprodutivo e às crianças de 0-4 anos, visando a redução da mortalidade infantil e materna, bem como descartando compromissos antinatalistas, de acordo com a Doutrina de Segurança Nacional então vigente.

Em 1975, a integração do Ministério da Saúde com o Ministério da Previdência Social possibilitou a criação de alguns programas que, via Saúde Pública, davam cobertura às camadas marginalizadas sendo que, no que concerne à mulher, os aspectos focalizados estavam

voltados à gestação, parto e puerpério, à contracepção, à esterilidade e às patologias ginecológicas e mentais (Canesqui, 1983).

Por conta do interesse manifestado pelo governo brasileiro em relação à saúde materno-infantil, o Brasil é escolhido em 1974 para sediar um programa de desenvolvimento de projetos em países latino-americanos, por um período de cinco anos. (Serrano, 1977, p. 248).

Assim, alguns programas subsidiados por instituições como a Fundação W. K. Kellogg se destacaram no desenvolvimento da assistência materno-infantil, à medida que objetivavam o desenvolvimento de recursos humanos, paralelo ao desenvolvimento de metodologias assistenciais de saúde nessa área e também na área familiar.

Esses projetos previam a integração docente assistencial macro regionalizada no país (Serrano, 1977).

Estes programas foram importantes porque, ao lado da valorização da integração docente assistencial, a partir deles, teve início, embora de forma incipiente, um novo tipo de assistência à saúde no Brasil, mais tarde denominada Assistência Primária à Saúde, que se caracterizou pela maior responsabilidade dos municípios e dos Estados com a saúde de sua população, pela regionalização e hierarquização das atividades de saúde e pela delegação de funções entre a equipe de saúde. (Marcon, 1989 p. 09).

Com o Prev-Saúde, elaborado pelo Ministério da Saúde em 1980, a saúde da mulher ganha destaque. Embora na época, tenha sido arquivado devido à crise político-social vivida pelo país, esse programa sinalizou a necessidade, por parte do governo, de modificar a assistência de saúde prestada à população, valorizando os cuidados básicos e a integração das atividades de recuperação, promoção e proteção da saúde (Marcon , 1989).

Entretanto, é só em 1983 que surge pela primeira vez um programa institucional exclusivamente destinado à saúde da mulher, é o “Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher”.

Embora na época tenha gerado inúmeras discussões sobre os verdadeiros interesses do governo com este programa, a verdade é que, pelo menos em nível teórico, este preconizou a

assistência à mulher em todos os seus ciclos de vida. (Marcon, 1989, p.10).

Particularmente nesse momento quero chamar a atenção de que, por mais que se tenha avanço tecnológico e científico no campo médico, que haja políticas de saúde institucionalizadas voltadas ao atendimento global da mulher, em especial daquelas das classes sociais menos favorecidas, a realidade dos programas oferecidos, na prática, ainda atendem à mulher de forma fragmentada. O foco principal é a maternidade, e esta, dividida nos denominados problemas de saúde da mulher tais como: gravidez, parto, puerpério, aleitamento e, conforme política de saúde vigente, englobando também a prevenção às doenças sexualmente transmissíveis e o planejamento familiar. Em relação a essa situação cabe salientar que embora tais programas, em nível de documento, procurem abranger totalmente a saúde global da mulher, a qualidade, a extensão e a cobertura desses estão ainda aquém do esperado.

Poderíamos dizer que isso se dá pela própria história da implantação dos serviços públicos de saúde à mulher, anteriormente apresentados, bem como pela crise política, social e econômica que acompanha o país nesses últimos 20 anos, especialmente na área de saúde e políticas sociais.

Assim sendo, apesar de todos os esforços engendrados para prestar uma assistência pré-natal que realmente venha a suprir as reais necessidades das mulheres gestantes, o que podemos observar é que ainda muitos dos serviços prestados caracterizam-se pelo diagnóstico e tratamento de intercorrências patológicas. Tais intercorrências são identificadas e diagnosticadas, por vezes, via recursos altamente sofisticados que buscam encontrar alterações físicas, morfológicas ou fisiológicas que possam estar ocorrendo com a mulher e o seu conceito.

Sem dúvida, tais testes são valiosíssimos desde que justificada a sua necessidade e não “só porque existe um equipamento para tal, ou porque obstetras estão procedendo a uma investigação, com explicações insuficientes e sem referência à mulher como pessoa, causando confusão e angústia” (Kitzinger, 1978 apud Marcon, 1989, p.12).

Contudo percebe-se que, paralelo a esse modelo, vem surgindo, nos últimos tempos, uma gradativa mudança na fisionomia do atendimento à mulher no que concerne à maternidade.

A verdade é que, principalmente a partir do chamado “fenômeno Leboyer” (Nascer Sorrindo, 1974), alguns profissionais da saúde, principalmente obstetras, passaram a experimentar uma nova proposta

de assistência especialmente para o parto.

No início esse atendimento diferenciado estava mais voltado às camadas sociais mais favorecidas, oferecendo, por exemplo, o parto de cócoras, o preparo psico profilático para o parto, a participação do companheiro durante a consulta pré-natal e também no parto, o parto domiciliar e o incentivo e o retorno ao aleitamento materno.

Muitas dessas práticas estão hoje institucionalizadas nos programas elaborados pelo Sistema de Saúde, mas ainda não têm a abrangência necessária para que possamos dizer que, realmente, a qualidade de assistência está melhor e, principalmente, que abrange todas as camadas sociais, em especial as menos favorecidas.

Tais mudanças são ainda isoladas por motivos que, nesse momento, não cabe aqui discutir. Quero apenas sinalizar que, embora haja um movimento voltado à mudança no modelo assistencial vigente, este ainda não está, na prática, generalizado.

Em relação aos serviços de pré-natal oferecidos na cidade de Florianópolis, esta possui três maternidades (não estou considerando as clínicas particulares, apenas aquelas que atendem pelo SUS). Destas, apenas uma delas permite a presença do acompanhante junto à gestante durante a internação e o parto. Dos dados coletados referentes aos serviços de pré-natal oferecidos, atendo-me àqueles pertencentes à Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis, onde realizei o meu estudo.

A partir de 1997, quando da reformulação das diretrizes da Atenção Integral à Saúde da Mulher, a Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis priorizou o atendimento à gestante e à criança. Tal prioridade assegura às gestantes as consultas de pré-natal e puerpério, e à criança o acompanhamento de puericultura até os cinco anos de idade, nos seus diversos Centros de Saúde.

Entretanto, foi só em janeiro de 1998 que essas reformulações foram oficializadas através de normativas aprovadas pelo Secretário Municipal de Saúde e por um grupo interinstitucional para assegurar o cumprimento das mesmas.

A Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis oferece assistência à população através de trinta e três Centros de Saúde, nos quais as consultas de pré-natal, em sua maioria, são realizadas pelo profissional médico clínico geral.

Desses Centros de Saúde, somente 16 (dezesesseis) unidades oferecem atendimento à gestante, em grupo.

São atendidas mais ou menos 3.850 (três mil, oitocentos e

cinquenta) gestantes/ano (abrangência do total de Centros de Saúde) e há um estudo preliminar indicando que 5% (cinco) do total estimado de gestantes não fazem pré-natal.

Oficialmente, a mortalidade materna é zero.

Dados preliminares apontam que, em 1997, a mortalidade infantil foi de 15,9/mil nascidos vivos, e, em 1998, foi 12,8/mil nascidos vivos.

Segundo técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, a redução de 37% no coeficiente de mortalidade infantil se deu pela reorientação das ações básicas de saúde que passaram a priorizar o atendimento à gestante-puérpera-criança, por meio do Programa Capital Criança, criado pela mesma, cujo pressuposto básico é “cuidar da criança desde o intra-útero até os cinco anos de idade”.

A normativa de janeiro/98, procedente dessa mesma Secretaria, reorienta as atividades desenvolvidas pelo profissional enfermeiro dos Centros de Saúde, que, além das suas atividades de rotina, passou a realizar consulta de enfermagem à gestante e à puérpera.

Cabe aqui ressaltar que nem todos os Centros de Saúde dispõem do profissional enfermeiro em seu quadro de pessoal.

Nos Centros de Saúde que oferecem o atendimento à gestante em grupo, esse acontece sob a forma de orientações na sala de espera do mesmo ou em encontro mensal específico, onde os conteúdos pré-determinados são repassados sob forma de palestras com profissionais como psicólogos, nutricionistas, obstetras, enfermeiros e assistentes sociais. A coordenação desses grupos, em alguns centros, é realizada pelo médico, e em outros, pela assistente social ou pelo enfermeiro. Não há uma equipe multiprofissional imbuída dessa tarefa.

Nesse último ano, 1999, conforme dados coletados junto à Coordenação do Programa Capital Criança, essa Secretaria está empreendendo esforços no sentido de atingir àquelas mulheres que não fazem o pré-natal. Para isso, vem instrumentalizando os profissionais que atendem à gestante, por meio de capacitações, visando a captação precoce da gestante; bem como, aumentando a oferta de atendimento em grupo, às mesmas e procurando diversificar os cuidados prestados, oferecendo cursos de preparação para o parto e yoga, entre outros.

Esse novo empreendimento ainda não atinge todos os Centros de Saúde, assim como ainda não há estudos preliminares indicando o alcance do mesmo.

III O MARCO CONCEITUAL E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Seu biorritmo para o trabalho era noturno. Amava intensamente trabalhar à noite. Dizia sempre que para ela a vida começava a partir das 18 horas, do lusco-fusco do pôr-do-sol. Por circunstâncias da vida, trabalhava pela manhã. Branca e de branco!

E foi numa manhã de sol que ele chegou. Pálido, chocado, pressão arterial quase zero, semiconsciente. Ela avaliou-o dos pés à cabeça e no seu histórico, completo, só tinha problemas: com oxigenação, integridade cutânea, eliminações, rede venosa e por aí afora. Competente e ágil detectou: está piorando, chamou alguém (médico) para avaliar. Rápido! Prepara o carro de emergência, punciona veia, repõe volume, passa sonda vesical: pode parar a qualquer momento! Avisa a UTI (Unidade de Terapia Intensiva), pede leito. Ágil, competente, coloca-o na maca, passa plantão à colega e suspira, graças a Deus, deu tempo, ele não parou! Com certeza ela não lembrava nem se ele era jovem, apenas que seu rosto era pálido, e o olhar “estranho”, seria pela quase inconsciência? Um dia de folga! E mais um dia de trabalho! Ele já retornara da UTI, “hemodinamicamente estável, aguardando resultado dos exames para intervenção cirúrgica, tem comprometimento da acuidade visual: cego de nascença” escreveu ela, na evolução, depois da visita.

Então, no outro dia, não era dia, era noite! Faria um plantão noturno. Animada, alegre, preparou-se para o mesmo. Chegou sorridente, recebeu o plantão, e foi passar a visita. Entrou no quarto, aproximou-se da cama, pegou a mão dele, colocou-a entre as suas, mesmo os olhos dele não vendo, abriu um largo sorriso: boa noite, como está você? Ele apertou sua mão, retribuindo o toque, aspirou profundamente o ar e respondeu: Boa noite! A senhora é nova aqui não é? Respondeu-lhe: como? E ele, ainda segurando a

mão dela, explicou: é, é nova aqui, pelo menos é a primeira vez que entra aqui no meu quarto para me cuidar!

E neste momento, foi como se um raio tivesse atingido a sua cabeça, a primeira reação explodiu em lágrimas nos seus olhos, não conseguiu responder porque um enorme nó amarrou sua garganta, apertou mais as mãos dele entre as suas, lá dentro do peito, uma dor profunda misturada à emoções confusas,... e lágrimas vertendo.

E ele ali, sem “ver” a tempestade que passava com ela, continuava afirmando que não tinha percebido sua presença, e que ele reconheceria a sua voz, seu perfume, o aperto da sua mão, o seu toque...E ela ali, se dando conta que realmente era a primeira vez que iria cuidá-lo, era a primeira vez que ela entrava no quarto, despida de técnicas e olhar avaliador, vestida de compaixão. (Enf^a Carin – Clínica Cirúrgica I)

Um referencial é algo mais que um conjunto de idéias preconizadas, é antes de tudo uma atitude, um colocar-se na realidade que se busca compreender. Portanto, a escolha de um referencial teórico passa também pelas crenças, valores e conhecimentos da pessoa que irá utilizá-los.

O presente estudo foi realizado com um grupo de gestantes de uma comunidade de periferia de Florianópolis e está centrado no Cuidado Holístico-Ecológico (CHE) de Patrício, (1995).

O referencial do Cuidado Holístico foi elaborado com base em vários autores, em especial a partir de concepções de Leininger e de Gramsci, sobre o cuidado cultural e o homem, respectivamente. O foco dos dados desse referencial é centrado no ser humano, na sua diversidade e unicidade, na sua totalidade (individual e coletiva), em relação recíproca com o meio ambiente (natural e social); nas suas expectativas, como indivíduo/coletivo; seus sentimentos, sua cultura, seus valores, suas crenças e práticas de saúde, sua história de vida; nas suas condições de crescimento e desenvolvimento e nos seus recursos (de todas as dimensões, inclusive afetivos) para atendimento de suas necessidades de bem viver no mundo.

Segundo o referencial, o processo de enfermagem preconiza a

participação ativa do indivíduo no processo de transformação das suas situações de saúde-doença. É dinâmico, não linear; um processo de ir e vir constante de levantamento de dados-análise-reflexão-ação com o cliente.

Essa metodologia é caracterizada como uma “Prática Educativa”, um processo de “Educação Holística” (Patrício, 1990, 1993), fundamentada no diálogo voltado à reflexão de limitações e possibilidades (recursos) do indivíduo/coletivo de viver saudável. Nesse processo educativo a troca de universos culturais na interação enfermeiro-cliente, promove transformações também no enfermeiro.

Permeiam todo esse processo, além de componentes de cuidar relativos à educação em saúde e à execução de técnicas de cuidado corporal, componentes de cuidado caracterizados dentro da dimensão humanística, como por exemplo, o amor, a compaixão (diferente de piedade), o respeito e a solidariedade; o que torna possível perceber-se o engajamento do profissional nas questões de saúde-doença dos indivíduos, incluindo aquelas de cidadania (de direito e de dever).

3.1 Conceitos Gerais do Marco Referencial do Cuidado Holístico Ecológico

Os conceitos¹ selecionados para a operacionalização do estudo foram os seguintes:

A Cultura

Refere-se aos valores, crenças, normas e modos da vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos entre os homens ao longo da história. É um processo permanente pelo qual os homens orientam e dão significado às suas ações, cuja dinamicidade ocorre a partir das reorganizações das representações na prática social. Apesar dessa dinamicidade, alguns fatores não se modificam por longo tempo, tornando-se características dominantes do indivíduo ou grupo.

Praticamente todas as culturas têm seus pontos de vista

¹ Conceito para a autora é “uma idéia ou um conjunto de idéias organizadas que representam, que dão significado próprio a imagem de determinado objeto ou evento. Um conceito não é fechado em si mesmo, pois relaciona-se com outros conceitos. Pode ser modificado continuamente, pela dinâmica das idéias que se possibilita ao interagir com o mundo, incluindo o mundo das idéias. Dessa forma, um conceito pode ser interpretado diferentemente, em razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pensa em seu momento histórico” (Patrício, 1993).

sobre saúde e doença e comportamentos de cuidados próprios. Através da cultura, o homem determina suas necessidades e obtém recursos para o atendimento dessas necessidades, incluindo o cuidado de saúde.

Os **valores** que integram uma cultura são forças difundidas e profundamente enraizadas que guiam os pensamentos, decisões e ações das pessoas, variando marcadamente em função de um homem para outro, dentro de uma mesma cultura e com tendência a se modificar durante os estágios de seu desenvolvimento.

A Saúde e a Doença

Saúde é a capacidade que o ser humano tem, como ser individual e social, de buscar, manter e normalizar seu bem viver. Bem viver é um sentimento condicionado às necessidades do ser humano. Sendo assim, somente se consegue conceituar bem viver se tivermos presente a realidade do homem, com suas crenças e valores em constante dinamismo, através de todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento. Dessa forma, saúde tem expressão individual, significando que num indivíduo (ou grupo), se mostrará distinta devido à presença dos caracteres genéticos e ambientais.

Assim, entendo que ser saudável é possuir recursos para o atendimento das necessidades na saúde e na doença (incluindo o cuidado popular e o cuidado profissional) para a recuperação de sofrimentos e a vivência do seu processo de desenvolvimento, com capacidade de efetuar as tarefas de vida (incluindo a do cuidado) bem como para alcançar, com satisfação, os objetivos e padrões de vida desejados.

A doença é compreendida por situações de mal viver, nas quais o homem apresenta dificuldade para atender as suas necessidades. A exteriorização dessas situações se fará através de seu corpo-mente e das relações com os outros indivíduos e com o ambiente. Poderá ser expressa por queixas de sofrimentos e de incapacidade de realizar suas tarefas e expectativas e por sinais de disfunções e incapacidades físicas, psicoespirituais e sócio-culturais nos aspectos de crescimento e desenvolvimento.

O sentimento e a compreensão da doença, bem como os cuidados com ela, são determinados pela cultura que o homem elaborou e pelos recursos disponíveis para esses cuidados.

O processo de viver saudável do ser humano está relacionado a sua interação com ele mesmo, na sua totalidade-unicidade, com a diversidade e complexidade do universo. A saúde nesse olhar Holístico, multidimensional, está relacionada às suas diversas possibilidades de ser feliz e ter prazer: qualidade de vida.

O Ser Humano

É um ser animal. É biológico, concretamente no mundo através de um corpo de macho ou de fêmea (homem ou mulher) que representa suas particularidades individuais e coletivas, concebidas através da história. Esse corpo, matéria-prima do gênero humano, gerado por homem e mulher, inicia seu processo de transformação no útero da mulher, transformando-se pela relação indireta com o contexto natural e social do mundo, a partir do corpo dessa mulher, da cultura e das possibilidades que essa venha a ter, ou seja, a partir das interações dessa mulher com o mundo natural e social. Lá ele está se fazendo um ser cultural-social.

Esse ser quando vem ao mundo, vem com possibilidades de ser, de estar, de fazer e de ter, necessitando, especialmente no início, na infância e na adolescência, da mediação dos adultos para crescer, desenvolver e transcender.

Esse corpo, esse ser, desde seu nascimento se expressa no mundo pelos seus desejos, necessidades, busca, criações, produções, dores e prazeres. Torna-se, em nível crescente de complexidade, um ser cultural-social e espiritual através das interações que vai fazendo no processo de viver. É racional e sentimental, através da utilização dos seus dois hemisférios cerebrais, em graus variados, conforme tenha sido estimulado em suas relações com os outros seres. Assim sendo, elabora significados a partir de seu contexto, de sua visão de mundo. Dessa forma se dá a construção de sua consciência individual e coletiva; suas atitudes éticas e estéticas na vida. Essa consciência e outras possibilidades (recursos), incluindo aquelas do inconsciente coletivo, é que guiarão seus caminhos no processo de viver.

O Ambiente

É o contexto, o espaço micro e macro onde o Ser Humano vive. É a natureza física, energética, representada pela terra, o ar, a água, pelos seres, vegetais, minerais e animais. Sendo assim, o homem também é natureza em sua essência. O ambiente também é o meio sócio-cultural e energético-afetivo-espiritual, e tudo o que ele envolve. É representado por micro contextos (família, escola, trabalho, lazer, religião, comunidade,...) dinâmicos e inter-relacionados, influenciando-se e influenciando o ambiente maior, representado pelo país, continente, mundo, pelo universo. É compreendido também, como o campo onde ocorrem as interações. Esse ambiente torna-se recurso quando oferece ao homem as possibilidades - incluindo os direitos - dele desenvolver suas potencialidades de criar, buscar, desenvolver e manter os

componentes desse ambiente, incluindo os tecnológicos, culturais, econômicos, educacionais, políticos, legais, religiosos, afetivos, de cuidados populares e de cuidados de saúde profissionais, enfim todas as dimensões de seu espaço que são essenciais durante todo o seu processo de viver.

É esse ambiente que proporciona possibilidades de ser feliz, ter prazeres primitivos ou culturais, incluindo os momentos de respiradouros no cotidiano do trabalho e da vida familiar, por exemplo.

O ser humano é considerado um ser livre, mas também um ser limitado, em razão do seu caráter social. Geralmente, em nossa sociedade, em nossa cultura, o primeiro contexto social no qual o ser humano se insere é a Família.

A Família

É um dos contextos do ser humano. É caracterizada como um conjunto interpessoal (transpessoal e transcultural), formado por seres humanos que interagem por diferentes motivos, tais como afetividade e reprodução, ou mesmo por necessidade de convívio coletivo entre outras razões. Geralmente é concebida num processo histórico de gerações. Essas interações podem ou não se dar constantemente num mesmo ambiente físico. O conceito de família é relativo e subjetivo pois a imagem, a sensação de ter, de ser, de pertencer ou de estar em família é o ser humano que estabelece.

A família é uma relação social dinâmica. Durante todo o seu processo de vida assume formas, tarefas e sentidos a partir de um sistema de crenças, valores e práticas estruturados na cultura das gerações que incorpora e na classe social a qual pertence. Assim como o ser humano, a família sofre influências do ambiente em que vive podendo, ao longo dos anos, se reestruturar.

A Família é uma unidade que necessita cuidados de saúde, mas também é uma unidade prestadora de cuidados de saúde dentro de padrões sócio-culturais próprios, sem se perder de vista a individualidade de cada um de seus membros.

A Família enquanto um contexto físico, sócio-cultural, espiritual, energético e afetivo, tanto pode ser um recurso para o crescimento e desenvolvimento saudável de seus membros como também pode ser uma limitação nesse processo através da imposição de normas e tarefas que não façam parte do sistema de valores dos seus membros, ou para as quais estes ainda não estejam preparados, através da limitação da liberdade e através do não provimento de recursos, incluindo o cuidado para o atendimento das necessidades para um desenvolvimento

saudável.

O Ser Humano, enquanto pessoa-cidadão, pode ter todas as possibilidades ou capacidades de desenvolvê-las, mas é limitado na relação com o mundo, em especial quando está inserido numa família ou numa cultura que não somente não lhe permite se desenvolver e, principalmente, transcender. No entanto, o Ser Humano é livre para pensar e é capaz de desenvolver sua liberdade de agir, de buscar, de criar e de manter recursos para atender suas necessidades de sobrevivência e seus desejos de bem viver e transcender. Suas ações geram uma cultura que orienta novas ações, transformando a si próprio e provocando transformações em outros seres, incluindo limitações a si próprio, à natureza e aos seres humanos.

A Enfermagem

É a ciência, a tradição, a filosofia e a arte de cultivar a vida através do cuidado. Ciência e tradição no sentido de conjunto de conhecimentos e saberes de diferentes culturas sobre cuidado da vida. Filosofia no sentido de refletir para compreender a vida. E arte como forma de transformar a vida através do cuidado.

O Cuidar

É cultivar a vida. Cuidar é desenvolver ações de promoção da vida e tratamento de limitações do bem-viver dos seres humanos em harmonia com a natureza; é um processo de educação para a vida saudável, incluindo o compromisso com a democracia em todos os sentidos.

Os Cuidados de Enfermagem

Referem-se às atividades, aos processos e às decisões diretas e indiretas - o que vale dizer que administrar serviços de enfermagem também é cuidar, ao menos o é em finalidade - dirigido ao indivíduo, à família, ao grupo ou à comunidade em situações de saúde-doença, evidentes ou antecipadas, que promovam, mantenham ou recuperem o seu bem-viver (saúde). Constitui-se em necessidade e recursos do ser humano.

As necessidades do ser humano são eventos essenciais à vida e ao bem viver, incluindo o morrer; promovem a reprodução da espécie, o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo como ser singular e social (coletivo). As necessidades têm caráter dinâmico no processo de viver; possuem dimensão física (natureza, transformada ou não), sociocultural, biológica, espiritual, afetiva... Dentre essas necessidades

estão a felicidade e o prazer em diversas dimensões, desde as primitivas àquelas culturais; e o cuidado do corpo e do ambiente que se integram para a qualidade de vida do ser humano e do planeta. O sentido das necessidades está condicionado à visão de mundo do homem, às suas crenças, seus valores, suas práticas, seus desejos, suas expectativas e metas como ser singular e social, em cada momento da vida os recursos disponíveis

Os recursos do ser humano são fatores fundamentais para o atendimento de suas necessidades como ser singular e social. São possibilidades concretas e em potencial. Esses fatores fazem parte de sua contribuição histórica e da natureza. São provenientes de sua hereditariedade, de sua cultura, da qualidade de seu processo de crescimento e desenvolvimento e da sua visão de mundo e postura ao longo da vida. Essa postura inclui o pensar criticamente e o adotar atitudes para transformação de limitações em possibilidades de bem-viver. Os recursos, enfim, dependem dos estímulos que recebem e da sua consciência frente à vida particular e coletiva, incluindo a sociedade e toda a vida do planeta; das condições do ambiente micro e macro em que vive. É a visão ecológica.

São recursos do ser humano, enquanto pessoa e cidadão do Mundo e do Estado: ele próprio, consciência, liberdade, energia, criatividade, processos biológicos – seu espírito, seu corpomente – suas potencialidades, necessidades motivadoras, expectativas, seus valores, desejos e objetivos de vida, suas crenças e práticas, inclusive responsabilidades (deveres); motivação para viver, para ser, para criar; para fazer; determinação para lutar por crenças, por valores e direitos; conhecimentos, incluindo de direitos e deveres (cidadania); trabalho; produção de bens de sobrevivência e de transcendência; capacidade de amar e compartilhar, de reproduzir-se; ser feliz, ter prazer, incluindo a sexualidade; possibilidades de desenvolver reflexão crítica de seu processo de viver, incluindo as culturais (crenças, valores, práticas limitantes); ética e estética; receptividade para estímulos; solidariedade; participação política; visão ecológica; cuidado individual-coletivo.

Esses recursos são possíveis a partir dos recursos coletivos. Seu contexto: a rede social com seus pares, sua família, sua comunidade, sua sociedade; sua história, o momento histórico no contexto físico e sociocultural em que desenvolve seu processo de viver; o cotidiano que lhe dê condições de lazer, de trabalho; a presença de lideranças interessadas na qualidade de vida; os cuidados de saúde profissionais e populares; os recursos econômicos para a sua sobrevivência.

Enfim, os recursos se traduzem em possibilidades do ser humano

no seu processo de viver, ou seja, no seu processo de transformação contínua, incluindo as situações de saúde-doença que necessitam de cuidados de prevenção de agravos de saúde integral, de limitações e de promoção ou recuperação do bem-viver.

Atos de cuidar representam a mediação no processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável; ajudam a viver na saúde e na doença; protegem as pessoas e a natureza; auxiliam a pessoa a nascer e a ser, a desenvolver-transcender, a reproduzir, a criar/transformar, a morrer dignamente. Colaboram na redução do estresse e ajudam a gerir conflitos de forma mais saudável. Aceitar essa idéia é conceber o cuidado como provedor de prazer e de momentos de felicidade, ou eliminador de desprazer, de insatisfações. O cuidado de enfermagem se diferencia do cuidado dos demais profissionais por essa dimensão integral de cuidar da vida nas situações de saúde-doença.

Quando da elaboração desse projeto de dissertação, fez-se necessário elaborar alguns conceitos específicos ao tema que o referencial não contempla. Estes conceitos foram construídos a partir das leituras, vivências e a compreensão da autora durante o desenvolvimento do trabalho. São eles:

O Profissional Enfermeiro

Atua como mediador do processo de busca de viver saudável do ser humano. Instrumentaliza-se por meio do conhecimento formal (enquanto conhecimento acadêmico) e informal enquanto processo de vida individual e coletivo, por ser-estar inserido no contexto multidimensional do universo.

A Mulher Gestante

É o ser humano mulher vivenciando transpessoal e transdisciplinarmente o processo de reprodução da vida e tem a capacidade de criar vínculos com o novo ser.

O Recém-nascido

É o ser humano que acaba de nascer, a partir da concepção biológica enquanto união de espermatozóide e óvulo. Gerado por homem e mulher, vivencia ainda no útero, seu primeiro ambiente, as suas primeiras experiências existenciais, incluindo o vínculo afetivo. Possui características e capacidades próprias que lhe fornecerão, de forma singular, meios para que atue e responda à nova experiência de ser-estar no mundo (construído a partir dos estudos de Patrício, 1990).

Processo de Gestação

É uma interação física e energética de reprodução da vida, vivenciado fisicamente, pelo ser humano mulher. Está inserido no processo de viver desta, sendo um momento especial que pode apresentar situações de saúde-doença que irão ou não, necessitar da mediação do profissional de saúde. Nesse processo, a mulher compartilha ou não, essa experiência com o companheiro, a família, a comunidade, em interação micro e macro contextual. Micro enquanto ela em si mesma, com seu corpo e seu conceito; e macro enquanto o ambiente em que se insere.

Vínculo materno-fetal

Refere-se ao laço de afetividade desenvolvido pela mulher, em relação ao conceito. Pode ser percebido pelas atitudes de cuidado consigo, durante a gestação e após o parto, com o recém-nascido. Pode ser manifestado de forma espontânea ou aprendido pela mulher gestante por meio de técnicas de cuidado no pré-natal

3.2 O Processo de Enfermagem Segundo o Referencial do Cuidado Holístico-Ecológico (CHE)

Nesse referencial, o Processo de Enfermagem é o Processo de Cuidar e se caracteriza por interações entre o trabalhador de Enfermagem e o cliente (indivíduo, família, outros grupos sociais e comunidade). Essa interação com o outro acontece nos encontros, através de comunicação verbal e não verbal e de ações físicas que fazem a mediação no processo de transformação das necessidades de saúde do ser humano, com a participação ativa deste. Para tanto, incorpora conhecimentos e saberes oriundos de diferentes culturas, sentimentos e energia do cuidador e daquele que é cuidado, juntamente com o ambiente. Pode ser caracterizado como um método qualitativo de abordar a realidade.

Esse processo de interação se dá através da troca de energia e de universos culturais, fundamentado na realidade de idéias e na concretude do corpo em relação com o ambiente. Representa, além de atos e técnicas diretas com o corpo do indivíduo, com todas as suas particularidades concretas, um processo dialógico que o tem ajudado no desenvolvimento da consciência individual-coletiva, no sentido de repensar suas crenças, valores e práticas em saúde, incluindo as de cidadania, de direito e de dever.

As necessidades de cuidado podem ser geradas não apenas por

consciência e/ou valor do cliente, mas também do profissional quando em situações de inconsciência, distúrbio mental, imaturidade e outras dificuldades e limitações do ser humano no seu processo de viver.

Nesse processo de interação há momentos em que o profissional de saúde cuida sozinho do outro ser humano, mas há momentos em que necessita de outros profissionais para esse cuidado.

3.2.1 Componentes do Processo de Cuidar Segundo o Referencial do CHE

O processo de cuidar nesse referencial apresenta componentes de cuidar-cuidado que operacionalizam as interações propostas. São os constructos. A composição desses constructos é flexível e dinâmica; está continuamente aberta para substituição ou incorporação de outros componentes. Representa objetivos, ações e modos de cuidar direto e indireto que respondem: “Para que cuidar?”, “Quais cuidados?” e “Como cuidar?”.

São constructos do cuidar-cuidado:

Dialogar, refletir, meditar com; trocar idéias, energias, experiências; promover conhecimentos; esclarecer, informar, orientar, reforçar, nutrir; criar, educar, desenvolver potencialidades; confortar; tocar (diferente de manuseio); prevenir; agir para; adotar atitudes com relação à; fazer por; fazer com; ter sensibilidade, compaixão, consideração, paciência; ser empático, autêntico, sincero; observar, analisar, comparar, validar, expressar, manter (preservar), acomodar e/ou repadronizar modos de cuidar; propor e negociar modos de cuidar; planejar, organizar com; coordenar; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; demonstrar interesse, estar dando importância, disponibilidade; ouvir atentamente (escutar); preocupar-se com o outro; empenhar-se, dedicar-se, fazer favor, gentileza; compreender; calar; tolerar; amar; valorizar; colocar limites; estar presente; comparecer; assumir responsabilidade, compromisso; respeitar; não condenar; aceitar; desafiar; estimular; lutar com; desenvolver a capacidade de reflexão crítica de crenças, valores e práticas (pensar criticamente); proteger; socorrer; supervisionar - vigiar (segurança com liberdade); executar ações físico-técnicas, como por exemplo, curativos, higiene corporal, massagens, relaxamento; aliviar a dor, promover momentos de alegria, prazer; aceitar expressões de sentimentos negativos; preservar a individualidade e a integridade do outro e de si próprio; demonstrar sentimentos de ternura, de aceitação, como acariciar o corpo e o ego, através do toque e do reforço de comportamento construtivo,

estimulando a valorização de si próprio e dos outros seres; executar medidas de promoção, tratamento e reabilitação; desenvolver afetividade-compromisso entre pares; considerar características individuais-coletivas de viver o cotidiano, suas interações, suas potencialidades e limitações, valores, crenças, metas, desejos e expectativas; considerar a história de vida, queixas e sinais do corpo; demonstrar confiança ao ajudar o indivíduo a desenvolver confiança, esperança, fé, coragem, também entre seus pares; ter comportamento altruísta em caso de emergência, visando sempre resultado positivo para quem cuida e para quem é cuidado; auxiliar o indivíduo na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar o indivíduo a desenvolver suas possibilidades (potencialidades) de liberdade e também de assumir responsabilidade pela sua própria existência e pela existência dos outros, incluindo ser solidário e ter cuidados com a natureza; ajudar o indivíduo a identificar, desenvolver e utilizar recursos individuais, incluindo sua vontade, motivação, de seus familiares, de sua comunidade e sociedade como um todo, em busca de transformação de limitações para bem-viver; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de gerir a melancolia e conflitos do cotidiano de maneiras éticas e estéticas; ajudar o indivíduo a desenvolver possibilidades de participar ativamente, politicamente consciente, nas decisões que envolvem seu processo de viver coletivo, incluindo seu próprio cuidado; desenvolver os cuidados baseados em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e maneiras culturais próprias do indivíduo, família, comunidade; focalizar os recursos presentes no processo de cuidar (as possibilidades dos indivíduos), e aqueles necessários para o bem-viver (qualidade de vida); focalizar os recursos que o profissional necessita para prestar os cuidados integrais, incluindo o uso da Constituição Federal, abrangendo o Estatuto da Criança e do Adolescente; e desenvolver o processo de cuidar com a população e profissionais de outras disciplinas (Patrício, 1995).

3.2.2 Os Momentos do Processo de Cuidar Segundo o Referencial do CHE

O processo de cuidar utilizado no desenvolvimento da Prática Assistencial desse estudo de dissertação faz parte do CHE e é utilizado pelo NÚCLEO DE PESQUISAS TRANSCRIAR-UFSC, coordenado por Zuleica Patrício, do qual eu faço parte.

De acordo com o CHE, os momentos do processo de cuidar

podem ser didaticamente traduzidos por:

- Conhecimento da realidade (levantamento de dados/identificação);
- Compreensão da realidade (diagnóstico) - onde através da análise-reflexão-síntese são identificadas as situações de saúde e doença, que mostram as possibilidades e limitações de bem viver;
- A transformação da realidade (plano-avaliação) – ou seja, a implementação de cuidados mediadores que irão promover a transformação das limitações em possibilidades de bem-viver, por intervenção transcultural e transpessoal. Representam um processo dialético de momentos dinâmicos, flexíveis a partir da realidade, num processo contínuo de agir-refletir-agir, sendo considerado uma abordagem construtivista, sócio-interacionista, nas ações de saúde.

Na linguagem do NÚCLEO, simplificando todo o processo, dizemos que são os momentos de *entrar, ficar e sair do campo*, entendendo campo enquanto ambiente onde se dão as interações ou seja, é o espaço geográfico, energético, cultural, intelectual, afetivo ...

O primeiro momento de interação (entrada no campo) se caracteriza por atitudes de aproximação com os sujeitos. É uma forma de “namoro”. Através dele nos fazemos conhecer, colocamos nossas necessidades, expectativas, apresentamos proposta de trabalho, firmamos os compromissos de participação e combinamos detalhes do encontro presente, ou nossos encontros futuros, se assim for definido. Nesse momento, e repetindo sempre que necessário, se explicitam os objetivos e os princípios relacionados aos aspectos éticos do cuidado. Consideramos também dentro deste primeiro momento, o preparo do profissional para atuar, ou seja, leituras, pesquisas bibliográficas, as orientações do supervisor e/ou orientador e a elaboração do projeto de trabalho. Além disso, acredito que inclusive a concepção da idéia de qualquer trabalho faz parte deste primeiro momento, ou seja, quando de alguma maneira nosso interesse desperta para o tema, quando fazemos nossas primeiras indagações e ficamos curiosos pelas respostas.

No segundo momento de interação (ficando no campo) iniciam-se ou não os diálogos, a partir da explicitação do tema e do método. Sua duração é variável e depende das circunstâncias, da situação vivida pelo sujeito. É quando se inicia o trabalho propriamente dito.

No terceiro momento da interação (agindo no campo) se desenvolvem as técnicas que subsidiarão o conhecimento e a

compreensão da realidade. Esse momento pode vir ou não acompanhado de intervenção (cuidados) relacionada à concretude do corpo e/ou o diálogo reflexivo, conforme o referencial. É nesse momento em especial que utilizamos técnicas de comunicação verbal e não verbal, individual ou grupal, tais como: Observação Participante (OP), entrevistas semi-estruturadas; entrevistas com enfoque nas técnicas de história de vida: alegria - tristeza, relato do cotidiano da vida e nos encontros face-a-face; conforme rotina da Consulta de Enfermagem (C.E); de Visitas Domiciliares (V.D); exercícios para auto-conhecimento, em Oficinas de Saúde e Oficinas de Recriação de Referenciais, individual ou grupal.

Nessas técnicas são utilizadas ferramentas das mais variadas linhas e tradições, permitindo que as questões do vivido assomem e sejam trabalhadas de forma a causar modificação na consciência. Prioritariamente, nas Oficinas de Saúde, objetiva-se a construção de idéias através do lazer, do lúdico, do prazer de criar e conviver (compartilhar) com outras pessoas. Essas oficinas se caracterizam por atividades sociais de educação em saúde através de uma metodologia participante, ou seja, a partir das necessidades dos indivíduos que dela participam e da construção, em conjunto, dos recursos teórico-metodológicos que irão subsidiar o alcance dos objetivos do encontro. As atividades são por si transformadoras e só acontecem pela capacidade criativa do ser humano e na possibilidade de sua liberdade de “ser com o outro”². Nessa oficina, além do trabalho corpo-mente através da leitura, da catarse, da dança, da dramatização e de técnicas de relaxamento, se constrói e se trocam conhecimentos e sentimentos a partir de trabalhos tais como confecção de cartazes, poesias, música, textos, escultura de argila e outros. (Patrício,1989).

As Oficinas de Saúde, além de simplesmente proporcionarem prazer em compartilhar, criar e aprender de forma diferente, também têm como finalidade sensibilizar seu participante para o compromisso coletivo de divulgar aos seus pares, à família e aos alunos e aos clientes (no caso de profissionais), as idéias que emergiram das vivências com o grupo e que possam colaborar com a qualidade de vida das outras pessoas.

As técnicas utilizadas nas Oficinas de Saúde são adaptadas às circunstâncias, ao contexto, ao processo de interação – ao momento transpessoal e transcultural - que se dá pelas interações que envolvem o

² “Ser com o outro” é um termo ligado, entre outros, aos constructos: empatia, capacidade para ouvir, compreender o outro. Refere-se principalmente à disponibilidade do cuidador em colocar-se no lugar do outro e cuidá-lo com compaixão.

encadeamento de idéias, observação, sentimentos, interpretação, reflexão profunda e crítica; calcados em princípios científicos, éticos e estéticos da vida. É um processo de análise centrado na razão e no sentimento.

O quarto momento de interação depende do processo anterior. Pode representar apenas despedidas e agradecimentos pela participação no estudo, mas também momento de reflexão conjunta, ou se necessário, uma atividade terapêutica individual ou grupal. Ou ainda um momento de negociação, para um novo encontro.

No processo de cuidar são consideradas as expectativas, os desejos dos indivíduos naquele momento, suas crenças e valores que permeiam a interação e os recursos, concretos e em potencial, para seu viver saudável. Esses momentos de interação são dinâmicos e ocorrem em cada encontro, ou seja, em cada encontro há o “entrar”, “ficar” e “sair”.

Os dados referentes às atividades desenvolvidas em campo, respectivamente nos momentos de entrar, ficar e sair, são registrados em Diário de Campo, conforme metodologia de pesquisa qualitativa, onde constam as falas dos sujeitos e as notas de reflexões e percepções do cuidador durante os encontros. Faz parte das notas de reflexão o planejamento das atividades para os encontros subsequentes.

Quanto à avaliação, esta precisa ser vista no processo. Há situações em que ocorrem transformações imediatas. Percebe-se, através da análise e sentimento em relação ao trabalho, os resultados no indivíduo e no profissional, pois é esperado que ambos fiquem satisfeitos. Mas há outras situações nas quais as transformações dependem de tempo para se concretizar conforme o esperado. Dependem de transformações no ser humano-ambiente, dos processos internos e externos.

IV CONHECENDO, COMPARTILHANDO E CONSTRUINDO NO COTIDIANO.

Só nós humanos podemos sentar-nos à mesa com o amigo frustrado, colocar-lhe a mão no ombro, tomar com ele um copo de cerveja e trazer-lhe consolação e esperança.

Construímos o mundo a partir de laços afetivos. Esses laços tornam as pessoas e as situações preciosas, portadoras de valor. Preocupamo-nos com elas. Tomamos tempo para dedicar-nos a elas. Sentimos responsabilidade pelo laço que cresceu entre nós e os outros

Mostra como funcionamos enquanto seres humanos.

Leonardo Boff (1999, p. 99)

4.1 Entrando no Campo: conhecendo-nos através das interações

Para melhor compreensão do processo de cuidar e respondendo aos objetivos do estudo a partir de agora, a medida em que descrevo a realidade faço a reflexão dos temas que emergem.

Na ocasião em que eu buscava onde realizar a Prática Assistencial, o Núcleo de Pesquisas TRANSCRIAR-UFSC, atuava com projetos de pesquisa na área da saúde da família numa comunidade de periferia da grande Florianópolis e durante uma reunião sugeriram-me propor à comunidade a realização da mesma naquele local. Após contato com líderes da comunidade, iniciei o processo.

Participaram integralmente do processo, cinco gestantes com idade entre 18 e 38 anos, e idade gestacional entre 8 e 24 semanas; sendo uma primigesta e as demais têm entre um e onze filhos.

No período da Prática Assistencial, realizei cinco encontros denominados Oficinas de Saúde; cinco visitas domiciliares (VD); visitei a comunidade percorrendo suas casas duas vezes, participei de duas reuniões com a Associação de Moradores (AM), fiz duas visitas ao Centro de Saúde (CS). Também intermediei a participação de um profissional do CS e um membro da comunidade em um curso sobre Aleitamento Materno oferecido pelo Hospital Universitário (HU).

Atendendo aos pressupostos filosóficos do Referencial, no que concerne a alguns aspectos da ética, em especial, o sigilo da identidade

dos participantes e da comunidade, foram utilizados pseudônimos por mim escolhidos.

Esta escolha surgiu do acaso, neste caso, “acaso” enquanto uma conspiração para o encontro, um insight conforme o referencial do CHE “uma intuição...uma concepção súbita sem uma evidência lógica”(Patrício,1996, p.18).

Encontrei na casa da minha avó um livro editado em 1943, que pertencia ao meu pai, um livro de Geografia Física e Humana. Curiosa, fui ver o que diziam em 1943 sobre a Geografia Humana, tempo em que a Terra tinha “cerca de 2 bilhões de habitantes” (Pimentel, 1943, p. 206). A primeira unidade, fala da Idéia do Universo, e é nela que encontrei o seguinte parágrafo: “... Ao primeiro lance de vista, temos a impressão de que os pontos brilhantes espalhados pelo firmamento e denominados estrelas, jamais poderão ser reunidos ou agrupados. No entanto, o homem conseguiu juntá-los e dispô-los em grupos: as constelações.” (Pimentel, 1943, p. 26)

Andava eu às voltas com este estudo de dissertação em especial, no que se refere ao momento “Entrando no Campo, e eu não conseguia “ver”, “compreender”, o que havia de mais forte, o que se sobressaía naquele monte de linhas e palavras. Este momento, foi como se houvesse aceso a luz: “As interações!, Cada um é como uma estrela, tenho que juntá-los, a leitura, o que tenho que ver realmente é isso, a relação que se dá nos micro contextos (estrelas) e que fazem o todo (Via Láctea!).

Inspirada nesse insight resolvi denominar os maravilhosos seres humanos que ajudaram na construção deste estudo, com o nome de estrelas e constelações, até porque cada estrela e constelação têm a sua história...

Via Láctea é a comunidade, cuja descrição detalhada encontra-se no capítulo IV.

Pégaso – Agente de Saúde do Centro de Saúde da Via Láctea, contratado pela Secretaria Municipal de Saúde de Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis.

Órion – Presidente da Associação de Moradores (AM) da Via Láctea.

Antares – Assistente Social que trabalha na Via Láctea, contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis.

Belatrix – Enfermeira do Centro de Saúde da Via Láctea, contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis.

Aldebarã – Médica – Clínica Geral do Centro de Saúde da Via Láctea, contratada pela Secretaria Municipal de Saúde de Desenvolvimento Social do Município de Florianópolis.

Ursa Menor – 24 anos, bolsista do TRANSCRIAR - estudante de Direito - primigesta, solteira, com idade gestacional (IG) de aproximadamente 20 semanas. Colaboradora do trabalho. Faz pré-natal em clínica particular.

Ursa Maior – 39 anos, décima segunda gestação, casada, com aproximadamente 20 semanas de IG, trabalha como catadora de papelão. É mãe de Virgo. Realiza pré-natal no CS da Via Láctea. Semi-alfabetizada.

Virgo – 18 anos, primigesta, casada, com aproximadamente 12 semanas de IG. Trabalha com a mãe como catadora de papelão. Faz pré-natal no CS da Via Láctea. Escolaridade primária.

Andrômeda – 33 anos, quinta gestação, vive há cinco anos com o companheiro atual, com quem tem três filhos, separada do primeiro marido com quem teve dois filhos. O filho mais velho vive com ela e o atual companheiro. Não tem ocupação fora do lar. Está com aproximadamente 28 semanas de IG. Faz consultas esporádicas durante a gestação, no CS da Comunidade. Escolaridade primária.

Cassiopéia – 20 anos, segunda gestação, casada, não tem ocupação fora do lar. Faz pré-natal no CS da Via Láctea. Com idade gestacional de aproximadamente 22 semanas. Escolaridade primária.

Cabeleira de Berenice – 31 anos, quinta gestação, com mais ou menos 30 semanas de IG, vive há quinze com o mesmo companheiro. Não faz pré-natal, preocupa-se com o companheiro que é doente. Não exerce atividade fora do lar. Escolaridade primária.

Todas as gestantes deste grupo não haviam planejado esta gestação.

Foram mantidas as falas das mulheres gestantes em sua íntegra, respeitando seu modo de falar, sua cultura e seu saber.

Via Láctea localiza-se às margens da BR 101, logo na entrada da cidade de Florianópolis, próximo a um bairro de classe média-alta, numa área geográfica privilegiada graças a sua localização no morro, de onde se avista a beira-mar norte da Ilha, a ponte Hercílio Luz e parte da costa litorânea do continente.

Chega-se até ela por uma rua principal que serve de entrada e saída oficiais do bairro, e é composta por um emaranhado de ruas, ruelas e becos, que partem dessa rua principal em várias direções da comunidade. Na parte mais baixa, que se situa bem às margens da BR,

localiza-se o Centro de Saúde, a Casa da Comunidade (que é sede da Associação de Moradores) e a Creche.

Esta rua não está totalmente calçada e onde não há mais calçamento observa-se a erosão do solo, com valas, pedregulhos e uma espécie de “areião” extremamente escorregadio, principalmente quando está seco.

As ruas e ruelas dos becos que levam ao alto do morro, onde existe um reservatório de água da Central de Abastecimento da Cidade, também têm erosão, apresentando-se recobertas pelo areião. Próximo a elas encontra-se valas de água parada e um sem número de objetos, desde restos de construção até latas, roupas, papel, móveis abandonados. Os varais de roupas multicoloridas, principalmente em dias de sol, tremulam ao vento, como bandeiras rodeando as casas. Estas, em sua maioria, são mistas (de alvenaria e madeira) e, mesmo inacabadas, abrigam famílias. Algumas dessas casas são sustentadas por pilares de madeira, ou mesmo concreto, tão finos e estreitos que lembram malabaristas sobre pernas de pau! A impressão que passa é de extrema insegurança!

Há muitos bares, a maioria com uma oferta diversificada de mercadorias que vão, desde cigarros e bebidas alcoólicas, a gêneros alimentícios e de limpeza. Em quase todos eles, em qualquer momento do dia, encontramos pessoas bebendo, jogando, ou apenas conversando.

Há um forte ruído musical, proveniente das casas e dos bares. São rádios ligados nas mais diversas estações, que misturados ao burburinho das crianças que correm pelas ruelas, à conversa das pessoas nos bares, ao latido dos cachorros, gera uma cacofonia “sui generis”.

Na medida em que se sobe em direção à caixa d’água, as casas vão ficando mais esparsas e percebe-se um silêncio confortante depois do burburinho. O alto do morro é magnífico, pois a paisagem que se vê enche os olhos, ao mesmo tempo em que realça os contrastes da realidade no morro.

Em relação ao saneamento básico, há fornecimento de água pela CASAN até o alto do morro. A rede de esgoto está somente na rua principal, e percorrendo o morro observei esgoto a céu aberto e também alguns moradores fazendo uma canalização rudimentar para o esgoto das suas casas.

A luz elétrica está distribuída regularmente ao longo da rua principal e também de algumas ruas secundárias, mas no morro

prevalece o sistema de “rabicho”³.

Há telefones públicos tipo “orelhão” na rua principal. No alto do morro não vi telefones.

A coleta de lixo pela Comcap é feita na rua principal e na rua do Centro de Saúde.

Não há escolas, mas funciona uma creche mantida pela Prefeitura e pela Associação de Moradores (AM), anexa à Casa da Comunidade (CC).

Na CC são realizadas as missas e os encontros da Igreja Católica, pois esta não tem um Templo específico na comunidade. É também neste local que são desenvolvidas as atividades dos grupos que atuam na comunidade, como por exemplo o TRANSCRIAR.

Entretanto, observei templos religiosos de outras religiões que não a Católica, tanto no morro quanto na rua principal.

O Centro de Saúde (CS) faz parte da rede pública municipal e nele funciona o Programa de Saúde da Família (PSF). Os profissionais que lá trabalham são: um clínico geral, uma enfermeira, dois auxiliares e um técnico em enfermagem, um agente de saúde e uma faxineira.

A população residente é, em sua maioria, procedente do interior de Santa Catarina, do Paraná e do Rio Grande do Sul.

As profissões mais encontradas entre os homens são as ligadas à construção civil, como: pedreiro, servente, carpinteiro, e outros; e entre as mulheres, são as faxineiras, lavadeiras, empregadas domésticas, balconistas e outras.

Há também um grande número de biscateiros de todo o tipo, desde catadores de papelões e latas a vendedor de produtos do Paraguai⁴.

A Via Láctea é uma típica comunidade de periferia que vem, ao longo dos anos, sofrendo as transformações características dessas áreas, com um crescente aumento populacional que pode significar mais problemas de habitação, infra-estrutura sanitária, desemprego, violência, entre outros.

Entretanto, a comunidade procurou organizar-se para resolver seus problemas mais emergenciais criando a Associação de Moradores.

Acompanhando a história, vemos que os movimentos populares

³ “Rabicho” é o termo utilizado para uma instalação elétrica rudimentar, onde a energia elétrica é canalizada de forma ilegal dos postes, ou então de algum vizinho cuja instalação elétrica é legalizada e “cede” a energia elétrica, mediante pagamento ou não de uma taxa financeira.

⁴ Dados coletados junto ao presidente da AM, com o agente de saúde da comunidade e também a assistente social que trabalha no CS da comunidade.

no Brasil ganham vulto a partir dos anos 70 e têm seu auge nos anos 80, com a ramificação dos partidos políticos ditos de esquerda, fazendo inúmeras reivindicações e movimentos com propostas de mudanças sociais, repercutindo no campo político e econômico cultural (Fantin, 1997).

É no bojo desses movimentos, que nascem os Conselhos Comunitários. Essas entidades organizadas em 1977,

[...] era, estruturas criadas pelo Estado como forma de aproximação dos governantes, cabos eleitorais e a população [...] [...] era concebido como entidade de personalidade jurídica de direito privado, sem fins lucrativos, cuja estrutura e funcionamento deveria adequar-se ao estado padrão. (Fantin, 1997, p. 165).

O atrelamento às instâncias burocráticas do poder municipal ou estadual, acabava por tomar os Conselhos Comunitários como “espaços privilegiados, onde as lideranças encontravam legitimidade, respaldo e recursos financeiros” (Fantin 1997 p. 167).

A atuação da Igreja Católica Progressista aparece forte, pois, por meio das paróquias, mobiliza seus fiéis para a organização das Pastorais como da Criança, da Juventude, da Saúde, do Menor, entre outras, impulsionando deste modo, inúmeras reivindicações nas áreas social, de saúde e política.

Esse processo de organização fortaleceu os bairros diante da cidade e sob a influência de moradores mais politizados ou do trabalho da Igreja, começam a aparecer outros tipos de organização: as Associações de Moradores (AM).

As primeiras AM surgiram por volta de 1983-1984 e foram os meios encontrados para institucionalizar uma forma de organização dos moradores dos bairros, de modo mais livre e desvinculadas do tipo de aparelho que eram os Conselhos Comunitários (Fantin 1997).

A criação da Secretaria Especial de Ação Comunitária, no Governo Sarney, “incentivou a formação de associações de moradores, tendo em vista a possibilidade de repasse de recursos a projetos comunitários, através de entidades locais, legalmente constituídas” (Müller, 1992 apud Fantin, 1997, p.173).

A Via Láctea não fugiu desse processo de organização. Seus moradores uniram-se formando a AM cujo representante, Órion, entre outras atividades, organiza as reuniões, faz articulações políticas junto aos órgãos oficiais (como Prefeitura, Conselho Tutelar, CASAN etc) em

busca de soluções para os problemas da comunidade.

Foi Órion o meu primeiro contato com a comunidade para apresentar minhas intenções de trabalho.

Fui recebida na CC, numa sala que funcionava como escritório, com uma mesa fazendo a vez de escrivaninha, cheia de papéis sobre a mesma, e em um canto algumas caixas, com material de construção e o que pareciam ser roupas. E realmente eram, Orion explicou-me que eram roupas usadas, trazidas por senhoras mais abastadas que não sabiam para quem dar, por isso deixavam ali, para que fossem distribuídas para quem precisasse.

Esse tipo de prática é comum, não só com as doações particulares, mas também com as doações oficiais, tais como merenda para creche, leite e outros auxílios diversos. De acordo com Fantin,

[...] as lideranças, agora representadas por entidades, passam a ser respaldadas e têm a seu encargo o trabalho e as conseqüências de dividir, entre os pobres, os recursos insuficientes a todos, como no caso do leite, moradia, auxílio diversos, etc. É no Governo Sarney que as associações dos bairros mais pobres da cidade decidiam quais as pessoas ganhavam ou não os benefícios. (Fantin, 1997, p. 173).

Essas lideranças, como Órion, muitas vezes detém nas mãos o poder decisório de muitas das ações relacionadas com a comunidade, não só no que concerne às doações. Parece-me explícito isso, quando apresentei em linhas gerais que eu gostaria de fazer na comunidade, e Órion verbalizou:

A comunidade precisa deste tipo de trabalho aqui; a senhora é bem vinda e pode vir na reunião no dia 10/06 que eu falo com os outros. Também pode utilizar este espaço (a casa da comunidade) para realizar seus encontros.

Primeiro, me parece que Orion conhece bem a comunidade e sabe do que ela necessita. Esta idéia se confirma durante a reunião da AM, quando ele colocou os problemas da comunidade, tais como saneamento, financeiros, de violência entre outros. Sua fala foi eloqüente e os demais presentes assentiam.

Quando me apresentou aos representantes da comunidade, precedeu a apresentação com sua aprovação:

A enfermeira aqui (apontou pra mim) vai fazer um trabalho na comunidade com as mulheres grávidas, e vai ser aqui na casa da comunidade, portanto que vocês vão vê-la andando por aí

Essa atitude em relação à permissão ao meu trabalho, não me demonstrou ser imposta por ele aos demais, pois como já citei anteriormente, há muito trabalho com comunidades e sei que o processo é esse, pois a reunião com os representantes é um momento, que foi precedido na maioria das vezes por conversas e acertos “extra oficiais” enquanto reunião da AM; até porque na maioria das vezes essas reuniões são mensais e o espaço para as discussões de todos os assuntos de interesses da comunidade é pequeno.

Por outro lado, a opinião do presidente da AM tem grande peso na decisão dos demais membros.

Pude perceber isso quando da fala de uma das moradoras sobre um projeto para coleta de lixo no alto do morro.

É, Órion, bem que você disse que ia sê bão pra nós se falasse com o “Fulano” lá de cima do arranha-céu, num instantinho parárô de jogá o lixo e os home da Concap até foro lá e dexárum aqueles papel igual que tinha dexado aqui, pra nós na outra reunião, a gente fez bem de aceitá o trabalho aqui

A partir desta reunião e a aprovação dos líderes da AM, o passo seguinte foi de contatar com o Centro de Saúde da Comunidade.

Quero esclarecer aqui, que entrei na comunidade através da AM, e não do CS, pois este seria um “recurso” conforme o referencial do CHE, para o desenvolvimento do meu trabalho. Como já citei anteriormente, alguns integrantes do Núcleo de Pesquisas TRANSCRIAR estavam atuando na comunidade, e foi através deles que estabeleci os contatos necessários para realizar a Prática Assistencial.

Fui ao Centro de Saúde na tarde do dia seguinte, num dia de sol maravilhoso. No CS conheci Pégaso, o agente comunitário. Pégaso conhecia todos os moradores da comunidade. Mora na Via Láctea há mais de 20 anos, e sempre trabalhou dentro da comunidade.

Contou-me que tinha uma escola de cabeleireiro na CC, mas, o projeto funcionou apenas por algum tempo, depois se acabaram os recursos e em seguida ele fez o concurso para agente de saúde, foi aprovado começando a trabalhar no CS. Ofereceu-se para ir comigo conhecer as gestantes e convidá-las para participar do meu trabalho de

Prática Assistencial. Marcamos uma data, dois dias depois, 14/06 para percorrermos a comunidade convidando as gestantes.

Foi através de Pégaso que conheci os demais profissionais atuantes no CS, Belatrix, a enfermeira, atua no CS há pouco tempo. É aposentada pelo Estado, onde desenvolvia atividades burocráticas numa Secretaria. Está contratada pela Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social do Município por um período temporário, e informou-me que ainda não está “muito inteirada com a comunidade”. Convidei-a então para ir junto conosco convidar as gestantes, para participarem do estudo, desculpou-se, pois *“infelizmente não posso porque tenho reunião na Secretaria”*.

Antares, a assistente social, naquele momento estava ocupada. Mas posteriormente, nos encontramos e trabalhamos juntas em algumas situações.

Esperei por mais ou menos duas horas para conhecer Aldebarã, a médica. Aguardei esse tempo, porque não quis interferir na dinâmica das consultas e também porque eu tinha disponibilidade de tempo para tal.

Fiquei conversando com Pégaso. Senti muita empatia por ele. Fiquei ouvindo suas histórias e observando a dinâmica de atendimento do CS.

Naquele dia, havia poucas pessoas, dois homens e três mulheres, duas das quais, com crianças que pareciam ter no máximo três anos de idade.

Todos passavam pela consulta com Aldebarã, e depois retiravam medicamentos com Belatrix que lhes explicava como tomar o medicamento, os horários e possíveis efeitos colaterais entre outras informações.

Quando fui recebida por Aldebarã, esta me agradeceu por ter aguardado o término das consultas para conversar. Disse-lhe que além de ter tempo disponível, considerava que o respeito para com os usuários dos serviços do CS e com o trabalho dela era importante para o desenvolvimento do meu trabalho.

Essa minha postura, que não é apenas profissional, está relacionada àquilo que eu acredito enquanto postura ética do ser humano. Não o respeito apenas como regra, mas sim como uma atitude de amor e compreensão para com o outro. É uma postura que determina uma interação, uma relação humana de compromisso, respeito e consideração. A ética para mim é internalizada e é explicitada pelas nossas atitudes, vem do verdadeiro ethos “que deve emergir da natureza mais profunda do humano. De dimensões que sejam por um lado fundamentais e por outro, compreensíveis para todos” (Boff, 1999, p. 28).

Apresentei minha proposta de trabalho à Aldebarã, e esta se colocou disponível para ajudar-me no que eu precisasse.

Meu passo seguinte foi elaborar o convite a ser entregue às gestantes.

No dia combinado, Pégaso já me esperava com o livro de registro das gestantes do CS embaixo do braço. Cumprimentamo-nos e empreendemos caminhada morro acima.

Como falei anteriormente, o “areião” que recobria as ruelas era extremamente escorregadio, provocando algumas boas escorregadelas, que só não culminaram numa estrondosa queda, por ter sido eu, amparada por Pégaso e inclusive por pessoas que transitavam por ali. Valeram também boas risadas!

Pégaso não exagerou quando disse conhecer todos no bairro! Realmente, não houve sequer uma única pessoa com quem tivéssemos encontrado, que não o tivesse cumprimentado com sorrisos ou convidando-o para entrar na casa.

Considero que a relação que Pégaso têm com os moradores da comunidade, como sendo um recurso para prestar cuidados individuais e coletivos. O seu conhecimento e interação com o ambiente, também fazem parte desse arsenal de recursos. Por outro lado, ele é também um recurso, pois na medida em que ele é elo entre as gestantes e eu; é também entre as gestantes e demais membros da comunidade e o CS. Nesse processo de interações estabelece-se uma rede onde o seu papel é o de mediador destas relações.

De acordo com o referencial do CHE esta é também uma forma de cuidar, pois “atos de cuidar representam a mediação no processo de transformação das necessidades do ser humano de viver saudável” (Patrício, 1996, p.55).

Fizemos contato e convidamos aproximadamente vinte gestantes. Também deixei convites na CC, no CS e na creche, pois algumas gestantes registradas não foram encontradas em casa.

Este primeiro momento foi caracterizado pelas relações estabelecidas no ambiente da comunidade, construindo as articulações nos microcontextos como o do CS, a creche, a AM, e individualmente com as gestantes, dando início às interações.

Segundo o referencial do CHE, o ser humano se constrói pelas interações e este processo de interação “se dá através da troca de energia e de universos culturais, fundamentado na realidade de idéias e na concretude do corpo em relação com o ambiente” (Patrício, 1996, p. 57).

Assim entendo que as interações se fazem nos encontros, na comunicação verbal e não verbal, num processo dialógico em que se

utilizam os componentes do cuidado.

Neste primeiro momento, os componentes do processo de cuidar de acordo com o referencial do CHE, que mais evidentes na concretização das interações foram: *diálogo, atitude ética, empatia, gentileza, simpatia, consideração, paciência, troca de idéias, propor e negociar modos de cuidar, planejar, estar aberto à outra pessoa, momentos de alegria, prazer, ouvir atentamente, organizar com, desenvolver afetividade e compromisso.*

4.2 Ficando no Campo: compartilhando vivências e construindo cuidados

Um encontro de dois: olhos nos olhos, face a face
 E quando estiveres perto, arrancar-te-ei os olhos e
 Colocá-los-ei no lugar dos meus;
 E arrancarei meus olhos
 Para colocá-los no lugar dos teus;
 Então ver-te-ei com os teus olhos
 E tu me ver-me-ás com os meus.

J. L. Moreno.

Neste capítulo são relatados os momentos de interação durante os encontros com as mulheres gestantes, a partir das oficinas de saúde. Cada encontro teve uma dinâmica própria conforme o tema escolhido pelo grupo.

Os momentos que caracterizaram os encontros foram os seguintes:

- Recepção à gestante;
- Momento de diálogo a partir da pergunta: “como você está se sentindo hoje?”
- Discussão do tema proposto;
- Verificação da Pressão Arterial (PA) e dos Batimentos Cárdio Fetais (BCF);
- Técnica de relaxamento físico e mental;
- Avaliação;
- Lanche e despedidas.

As categorias que emergiram dos encontros e que são significativas para responder “qual o significado de ser gestante” e “como cuidar desta gestante propiciando o vínculo materno-fetal” serão analisadas à luz do referencial do CHE e outros autores que preconizam o cuidado integral ao ser humano em especial ser humano mulher gestante.

O primeiro encontro! Foram momentos de muita expectativa da minha parte em relação a esse primeiro encontro! Se por um lado havia a angústia do novo, pelo outro a serenidade de um caminho já trilhado: o trabalho com grupos.

Conforme o referencial do CHE, as oficinas de saúde caracterizam-se por atividades de educação em saúde através de uma metodologia participante. Nessas oficinas, se constróem, se trocam conhecimentos e sentimentos a partir dos trabalhos dos participantes.

As oficinas são elaboradas a partir de cada encontro, e têm o tema central (que foi determinado pelo grupo), e são utilizadas diferentes técnicas para desenvolvê-lo.

Entretanto, alguns preparativos são universais para a realização de qualquer encontro, tais como: escolha do local, material a ser utilizado; a elaboração dos objetivos; os convites dos participantes, entre outros.

Eu incluo nestes preparativos um item que faz parte da minha vivência enquanto ser humano trabalhando com grupos. É o preparo do profissional. Não o preparo técnico inerente as suas funções profissionais, mas o que chamo de “sensibilizar-se para cuidar”. É quando buscamos no mais profundo de nós, na nossa essência, a ternura, o afeto, a predisposição para ouvir, receber o outro como ele é, ou seja, mais que um saber técnico, é buscar e dar um novo sentido para o nosso cuidar.

Neste dia cheguei mais cedo e preparei o ambiente para receber as gestantes; o ambiente físico e o energético conforme também, as minhas crenças.

Segundo o referencial do CHE, “o ambiente é o meio sócio cultural e energético-afetivo-espiritual, e tudo o que ele envolve. Proporciona possibilidades de ser feliz, ter prazeres primitivos ou culturais” (Patrício, 1996, p. 48). É um recurso.

Por isso, no dia do primeiro encontro providenciei:

... músicas suaves, pois de acordo com Gardner, apud Queiroz, 1997:

De maneira sutil ou avassaladora, a música tem grande potencial para produzir mudanças (...) sem

nos damos conta, somos todos afetados pela música a que estamos expostos todos os dias. O fato de saber o que há na música que tem o poder de nos afetar permite que escolhamos conscientemente a música como recurso à cura e ao relaxamento (Gardner, 1994, p. 96).

... aromas de madeira e flores cujos odores proporcionassem acordo, paz, gentileza, harmonia, tranqüilidade, honestidade. A aromaterapia é utilizada desde as culturas mais antigas, segundo Wilson, “registros indicam que os antigos egípcios empregavam óleos como olíbano, cedro benjoim, mirra, rosa, sândalo para perfumar a pele, embelezar o corpo, ajudar nas meditações e manter a saúde física e emocional” (Wilson, apud tisserand 1993, p. 64).

... mesa do lanche com café, açúcar, chá e bolachas para confraternização pois,

No processo de construção de um grupo o educador conta com vários instrumentos que favorecem a interação entre seus elementos e a construção do círculo com ele. A comida é um deles. É comendo junto que os afetos são simbolizados (...), pois comer junto também é uma forma de conhecer o outro e a si próprio. A comida é uma atividade altamente socializadora num grupo porque permite a vivência de um ritual de ofertas. Exercício de generosidade. Espaço onde cada um recebe e oferece ao outro o seu gosto, seu cheiro, sua textura e o seu sabor. Momento de cuidados e atenção. (Madalena Freire, 1992, p. 65).

Recepcionei cada gestante, perguntando-lhe o nome e se gostaria de usar um crachá com ele. Ursa Menor me ajudou nesta tarefa e também em muitas outras, tais como limpar a sala, recolher colchonetes, servir lanche, brincar com as crianças, enfim, foi uma grande colaboradora.

Neste primeiro encontro, participaram quinze gestantes.

A dinâmica do encontro foi a seguinte: Primeiro dei as boas vindas ao grupo, me apresentando, dizendo quem eu era, o que fazia, em seguida, convidei-as a apresentarem-se falando um pouco sobre si, seus nomes, idade, idade gestacional, número de filhos, se a gravidez foi planejada, se faziam pré-natal e porque vieram ao encontro, conforme o

referencial do CHE, o momento de apresentar nossas propostas e conhecer as expectativas.

No grupo havia cinco primigestas, e as demais tinham entre um e onze filhos.

A gestante mais nova tinha dezoito anos e a mais velha, trinta e nove anos. Quanto à idade gestacional, havia quatro mulheres no oitavo mês de gestação, uma no sétimo, três mulheres no sexto mês, três no quinto, duas no quarto, uma no segundo, e uma no nono mês completo, sendo que esta última teve bebê dois dias depois deste encontro. Apenas três delas planejaram a gravidez, com as outras, “aconteceu”.

Ao colocarem suas expectativas, as mulheres sinalizam o que o referencial do CHE identifica como fazendo parte das necessidades do ser humano, ou seja, são os eventos essenciais à vida e ao bem viver (...) têm caráter dinâmico no processo de viver, e estão condicionadas à visão de mundo e podem ter dimensões biológicas como, por exemplo: *vim porque quero fazer laqueadura (3 gestantes); de desejos e valores: espero que os encontros sejam bons, por uma necessidade de busca, vim para ver o que é e também porque tenho perguntas a fazer (o maior número de respostas), ou mesmo como uma alternativa no seu cotidiano: vim porque não tinha nada para fazer.*

Conforme citado no capítulo anterior todos os Centros de Saúde de Florianópolis oferecem consultas de pré-natal, entretanto, duas gestantes não freqüentavam o pré-natal. Segundo uma delas, *porque não é feito por uma ginecologista, e sim por uma médica que atende de tudo, desde criança até velho e grávida* (Cabeleira de Berenice).

Compreendo essa justificativa de Cabeleira de Berenice, porque nela está implícita a sua crença da necessidade de uma “especialização do profissional”. Essa crença nasce da própria história das escolas da área da saúde, que romperam com a integralidade, na figura do clínico geral, do médico da família e criaram a especialidade, a fragmentação do ser humano. Já não se vê o todo, começa-se pela parte. Portanto se você está com dor no peito, vai ao cardiologista, tem tontura, vai para o neurologista, dói o estômago, vai ao gastrologista, e por aí afora. Por mais que haja um empenho em mudar essa visão, com esforços para tal, como por exemplo, o Programa de Saúde da Família, entre outros, faz-se necessário que a população usuária destes programas repadronize a sua crença e possa usufruir um cuidado mais integral.

Por outro lado, essa colocação de Cabeleira de Berenice, me reporta para a questão de como ela vê a sua gravidez, que a faz pensar que precisa de médico especialista? Obtive essa resposta em outra ocasião.

Eu até que queria ir no médico, porque você sabe, o meu marido é doente, ele sofre dos pulmões, e eu tinha medo de saber, assim, que se eu ficasse com ele, passe pro nenê, e daí eu nem sei se a Aldebarã ali do posto⁵, ia sabê me dizê, porque assim prá tratá da gente ela é muito querida, mas para o caso de saber mesmo dessas coisas, isso eu não sei (Cabeleira Berenice).

As crenças, os valores, os modos de vida do ser humano, referem-se a sua cultura, e praticamente todas as culturas têm seus pontos de vista sobre saúde, doença e comportamentos de cuidados próprios (Patrício, 1990).

Assim, fala de Cabeleira de Berenice deixa transparecer que há uma desconfiança relacionada à competência profissional da médica Aldebarã, e ela estabelece uma diferença entre a atitude “querida” e o “saber”; ao mesmo tempo, em que reporta a sua preocupação com o estado de saúde do marido, o desconhecimento de um diagnóstico preciso, (afinal, doença no pulmão pode ser de tosse alérgica à tuberculose ou câncer) a faz ficar amedrontada com a possibilidade de afetar o bebê.

A modificação, a repadronização dos valores e crenças, é um processo dinâmico, mas lento, em algumas situações não se modificam, em especial àqueles relacionados aos aspectos mais subjetivos, como a confiança e a afetividade.

Embora eu tenha feito algumas reflexões críticas com Cabeleira Berenice sobre essas questões, ao término da prática assistencial ela ainda não tinha consultado com Aldebarã, estava aguardando “*a data da consulta marcada com uma ginecologista do posto do centro*”.

Este fato me levou a refletir sobre a prática educativa do referencial do CHE, que “não é centrada nos resultados de mudanças imediatos, mas na promoção da participação dos indivíduos no seu processo de viver e ser saudável” (Patrício, 1996, p. 65). É o auxílio à busca de recursos de que dispõe o ser humano, na satisfação das suas necessidades do momento, já que uma mudança de atitude demandaria um tempo maior de interação.

Em relação à outra gestante que não fazia pré-natal, informou que “*ainda não tinha consultado porque estava recém no começo da gravidez*”.

⁵ “Posto” refere-se à antiga denominação dada aos atuais Centros de Saúde. Culturalmente arraigada, permanece na fala da maioria dos usuários dos Centros de Saúde.

Não tive mais contato com essa gestante, mas a sua fala me leva a refletir ainda mais, o quanto o cuidado com saúde está diretamente relacionado com as crenças que se tem de saúde e doença. A falta de vínculo e o pouco tempo que durou este estudo, não me permitiram realizar o cuidado de repadronização da crença em relação ao pré-natal desde o início da gestação.

A partir da colocação das expectativas, eu retomei a palavra e falei-lhes sobre o trabalho do mestrado, meu interesse em trabalhar com gestantes, em grupo, minha disponibilidade de tempo e os horários. Dialogaram entre si, e me propuseram 6ª feira a partir das 15 horas. Concordei com o horário e a data e prossegui falando sobre o encontro, o que era a “oficina de saúde”. Perguntei-lhes então se gostariam de participar disseram-me que sim. Perguntei-lhes se haviam sentido algum cheiro diferente e se isso as incomodava. Algumas haviam sentido o cheiro, e o acharam agradável. Expliquei-lhes o que era a aromaterapia, para que servia, e solicitei permissão para utilizar nos encontros. Fiz o mesmo em relação à música, e elas concordaram com o uso de ambos os recursos energéticos.

Dando continuidade, pedi permissão para utilizar o gravador e a máquina fotográfica. Expliquei-lhes também que nas Oficinas de Saúde, às vezes fazíamos confidências, ou então expressávamos sentimentos de dor, de mágoa e que eu acreditava que essas manifestações eram importantes para cuidarmos de nós mesmos, eram os “desabafos”. E que todas nós poderíamos desabafar quando quiséssemos, e que para que isso ocorresse o ambiente exigiria respeito, sigilo, compreensão, afetividade, pois muitas vezes não tínhamos com quem compartilhar, portanto, a oficina era também um espaço para compartilhar os sentimentos. À medida que eu falava, elas anuíam com a cabeça, com um olhar, um sorriso, e quando por fim perguntei-lhes se poderíamos firmar esse compromisso, de sigilo, respeito, afetividade entre outros, todas me confirmaram que sim.

Em seguida, convidei-as para tomar o lanche. Durante o mesmo, muitas conversas, perguntas, troca de idéias. Alguém perguntou: *E além de conversas, o que mais vamos ganhar?*

O referencial do CHE preconiza que se resgate dos sujeitos o que eles sabem sobre a questão formulada, valorizando o saber do outro, e também permitindo que expresse suas crenças e valores sobre o que foi falado.

Assim sendo, devolvi a questão para o grupo.

A resposta veio em seguida: *somos pobres, sem recursos, e em outros lugares, a gente ganha enxoval de bebê, roupinha, os cursos têm*

dinheiro para isso. Não é da AM?

Nesta hora, fiquei sem ação, sem referencial, e me sentindo confusa! Minha posição foi de defensiva. Isso aparece na minha fala quando esclareço que eu não teria nada material, enquanto roupas, enxoval para dar; que eu não tinha ajuda financeira para a compra de presentes; que a AM cedeu o local, mas não estava contribuindo financeiramente; e que o lanche era trazido por mim, como uma expressão de afetividade e carinho.

A reação das mulheres foi de silêncio e algumas assentiram com a cabeça. Na ocasião, não explorei mais a situação, acredito que por ter ficado confusa diante dessa inesperada pergunta. São universos diferentes (o meu e o delas).

Diante dessa situação, minha reflexão é de que há, historicamente, um assistencialismo por trás dos programas de saúde, num “toma-lá-dá-cá” que condicionou o cidadão a somente participar do que lhe possa render algo de material. Assim, temos o voto que não é exercido enquanto direito do cidadão, mas é “mercadoria” nas mãos de políticos corruptos que se aproveitam da situação de miserabilidade para, ao invés de sanar problemas na base, ou seja, fazer uma reforma social, política e econômica que devolva a cidadania a quem lhe é de direito, utilizam-se de privilégios para manter a situação de dependência por favores recebidos.

Por outro lado, temos o cidadão que, face às suas crenças e valores, sente-se bem “recebendo o peixe” não querendo aprender a pescar; outros, com tantas limitações de recursos, tão exauridos frente à luta diária pela sobrevivência que já não mais lhes interessa lutar, desde que tenha o mínimo necessário para sobreviver. Essa passividade causada pelo assistencialismo é uma limitação ao crescimento do ser humano a partir do momento em que lhe é negado o direito de cidadania, assim sendo, podemos dizer que:

O assistencialismo é uma forma de ação que rouba aos homens condições à consecução de uma das necessidades fundamentais de sua alma: a responsabilidade. Ele cita Simone Weil, onde esta afirma que a satisfação desta necessidade, referindo-se à responsabilidade, exige que o homem tenha de tomar amíúde decisões em problemas grandes e pequenos, que afetam interesses alheios aos seus próprios, com os quais porém, se sente comprometido (Freire citado por Schuldt et all 1997, p. 15)

Em relação a esse aspecto, o referencial do CHE diz que:

As dificuldades encontradas na práxis acontecem pela complexidade, pela diversidade e dinâmica das situações que ocorrem na unidade de cada indivíduo, família, grupo e comunidade, pois nem sempre encontramos parcerias nos serviços de saúde. (...) Elaboram para essas dificuldades as limitações de recursos dos indivíduos, das famílias, somadas às influências do momento histórico do país. (Patrício, 1996, p. 63)

Fica também explicitado no referencial do CHE que:

[...] nessa realidade, expressam-se como recursos importantes os componentes do cuidar: desenvolver possibilidades de liberdade e também assumir responsabilidades pela sua própria existência e dos outros indivíduos. (Patrício, 1996, p.63).

E mesmo tendo me voltado à literatura para melhor compreender esta solicitação de coisas materiais, o que realmente me marcou foi o quanto me faltou de reflexão, de vivências em realidades menos favorecidas durante minha formação profissional, para melhor compreender esta experiência.

E antes das despedidas deste dia, foi feita a escolha do tema para a próxima reunião. Ursa maior foi quem se manifestou: *Ah! Eu quero é saber da laqueadura*. Andrômeda e Cassiopéia concordaram com ela. Questionei com as demais, que também concordaram, algumas com a expressão: “pode ser”.

Coloquei então, que o primeiro tema seria a laqueadura, mas estava em aberto, para os próximos encontros, qualquer outro assunto que lhes fosse de interesse.

Em seguida, agradei a presença delas, dando início às despedidas, com um abraço.

Há uma dinâmica nos encontros que nos remete à associação com um fractal⁶, pois em cada encontro, há um momento de “entrar, ficar e sair”, ou seja:

⁶ Os fractais são representações de uma equação matemática e estão normalmente ligados aos sistemas caóticos e possuem a impressionante característica de auto-semelhança onde cada mínimo pedaço da figura reproduz o todo.

“Entrando no campo”: preparando-nos para o encontro e recebendo as gestantes.

“Ficando e agindo”: quando desenvolvemos as técnicas, discutimos os temas escolhidos, compartilhamos conhecimentos e sentimentos.

“Saindo do campo”: saímos com as despedidas físicas e o compromisso de novo encontro.

Considero esta dinâmica essencial para o processo do trabalho, pois a cada novo encontro renova-se os laços; a cada despedida, reafirmam-se os encontros, e em ambas circunstâncias, existe a possibilidade de reestruturação do processo, pois cada momento é, em si, uma totalidade que possibilita as subseqüentes.

Atendendo ao objetivo de “como cuidar desta gestante propiciando o vínculo materno-fetal”, programei o segundo encontro, incluindo técnicas que abordassem este cuidado específico com as gestantes.

E mesmo com o desejo de prestar um cuidado “diferenciado” fora do bio morfofisiológico, o primeiro item da minha programação estava lá: verificar pressão arterial (PA) e verificar batimentos cárdio-fetais (BCF).

Não que esses cuidados não sejam importantes, eles o são, o que coloco em evidência é a questão da tradição no aprendizado dos cuidados básicos de saúde, que nos leva, inconscientemente, a repeti-los automaticamente.

A sistematização do fazer o histórico, verificar sinais vitais, pesar e medir; anotar os dados, já está interiorizada de tal forma que, muitas vezes, nem nos questionamos ou fazemos a avaliação do “será mesmo que é preciso isso?” Simplesmente fazemos! Por isso, acredito que o profissional enfermeiro necessita instrumentalizar-se com outros recursos. Segundo o referencial do CHE:

O enfermeiro reflexivo e crítico compreende que as técnicas são adaptadas às circunstâncias, ao contexto, ao processo de interação – ao momento transpessoal e transcultural – que se dá entre o profissional – população, ambos sujeitos do processo. A construção se dá pelas interações, envolvendo encadeamentos de idéias, observação, sentimentos, interpretação, reflexão profunda e crítica, calcados em princípios científicos, éticos e estéticos da vida. É um processo envolvendo razão e sensibilidade. (Patrício 1996, p.59)

Mesmo ciente do “mas eu não quero algo diferente?” lá foi o sonar portátil, o esfigmomanômetro e o estetoscópio e, por via das dúvidas, uma fita métrica junto com slides, gravuras, papel, canetas, revistas, giz de cera e CD’s!!!

Neste dia, das quinze gestantes esperadas, apenas cinco apareceram! Das dez que não vieram, tive as seguintes explicações: uma teve neném dois dias depois da última reunião, outra tinha consulta no posto e outras duas foram na igreja. Em relação às outras mulheres que não vieram não se sabia o motivo.

Possivelmente o maior número de gestantes no primeiro encontro estava estreitamente ligado ao maior percentual da resposta : Vim ver o que é ou seja, a curiosidade. E o que é não satisfaz as necessidades, portanto, não foi do interesse delas retornarem aos encontros. Outro fato que pode ter contribuído, foi a ausência de doações materiais (enxovais e roupinhas).

Minha proposta de trabalho, por não ter recompensa material evidente, possivelmente não atraiu as demais gestantes, que por sua vez, têm total liberdade de escolha, de acordo com suas crenças e valores. Posso inferir que “*ganhar só conversas*” não teria valor para elas e conhecer e compreender as questões sócio culturais que determinam as escolhas que o ser humano faz no sentido de encontrar aqueles recursos que possam suprir a sua necessidade imediata, faz parte da essência ética do cuidado.

Conforme o referencial do CHE:

Numa concepção Holístico–Ecológica, o profissional de saúde precisa conhecer e compreender a realidade em múltiplas facetas, outras dimensões, além da cultura expressa, outros motivadores. Preciso compreender o jeito da pessoa ser e de estar no mundo, para ajudá-la a transcender o que lhe é oferecido, transmitido culturalmente. (Patrício 1996, p.55)

Compreender e aceitar que as pessoas não querem ganhar conversa é pré-requisito para buscar alternativas que possam transformar essa prática. Acredito que isso é possível por meio da educação. Não da educação formal, que só “dá conversas e conhecimentos prontos”, mas daquela educação que nos fala Freire “aprender e ensinar fazem parte da existência humana, histórica e social (...) não é possível ser gente sem, desta ou aquela forma se achar entranhado numa certa prática educativa (...) ninguém nasce feito. Vamos nos fazendo aos poucos, na prática

social de que tomamos parte ... (Freire, 1992, p. 19)

A proposta construtivista de que “a aprendizagem é contínua em todos os momentos do dia-a-dia (...) é essencialmente perpassada pelo outro, grupo, pelo social” (Macadar, 1992, p. 198) nos coloca diante da situação sem volta de que é necessário mudar! Mudar a postura profissional enquanto mantenedora de uma educação “toma-lá-dá-cá” e construir a partir da reflexão crítica com o sujeito, os novos caminhos para a transformação da realidade. E nesse processo educativo de cuidar, que o profissional enfermeiro tem o papel de mediação.

Todos os homens têm seu projeto de vida e podem desenvolver os recursos pertinentes a partir do que crêem importante e significativo para as suas vidas. A tarefa da educação não é dizer-lhes o que é importante, mas facilitar as condições para que vejam eles mesmos a importância das coisas. (Pilon 1986 p.391 apud Patrício 1996, p. 65).

Neste dia, após os momentos iniciais passamos à discussão sobre o tema do dia, a laqueadura. Todos os temas sempre foram discutidos a partir do conhecimento das gestantes sobre o mesmo. Em seguida, falei-lhes sobre os aparelhos de verificação da PA e BCF que eu havia trazido, se elas gostariam que eu verificasse a PA e o BCF. Elas concordaram, e em relação à verificação da PA nada comentaram. Nenhuma das gestantes apresentava níveis pressóricos alterados. Em compensação, em relação à verificação do BCF ouvi expressões tais como: *um trócinho desses assim mesmo piquinininho dá mesmo de escutar o nenê?* (Ursa maior), *pois decerto que dá, né comadre* (Cassiopéia), *o meu não deve de dar, porque eu tô de pouco tempo* (Virgo)

A primeira gestante que verifiquei BCF foi Andrômeda. Deitada no colchonete, com todas as outras ao redor, olhando com curiosidade. Através das manobras de Leopold⁷, localizei a posição do bebê e, à medida que eu palpava o abdome, falava para elas o que eu estava palpando: “Aqui tá molinho, gostosinho, tem um bumbum, aqui parece as costinhas, aqui a cabecinha, tá durinho! Acho que tem um coraçãozinho bem por aqui!” Foram momentos emocionantes e indescritíveis, as expressões nos rostos das mulheres ao ouvir os batimentos cardíacos do bebê! A surpresa no olhar, as trocas de olhares entre elas, o levar a mão instintivamente a sua barriga. O não dito por

⁷ Manobras de Leopold-Zweifel é uma técnica sistematizada em diversas fases, que tem por objetivo, através da palpação do conteúdo uterino, localizar a apresentação e posição do bebê.

elas, traduzo como emoção, surpresa, prazer, descoberta de algo não percebido na concretude dos seus corpos grávidos.

As expressões verbalizadas: *não é que tá ali mesmo?* (Ursa Maior), *tu vê, como é que dá pra ouvir assim mesmo.* (Cabeleira de Berenice), *a gente até sente onde tá duro, mas eu achava que era os pézinhos* (Cassiopéia), *do meu será que vai dar prá ver?* (Virgo), *nossa tá que é um galope.* (Andrômeda)

Perguntei à Andrômeda se ela gostaria de tocar a sua barriga e sentir como estava o bebê. Primeiro de forma hesitante, guiada pelas minhas mãos, ela foi tocando, palpando, imprimindo maior pressão e por fim, abriu um sorriso e disse: *Acho que senti, pelo menos vi onde tava mais mole e mais duro.*

As outras mulheres tocavam suas barrigas também. Era uma manifestação coletiva de toque.

Segundo Auckett (1993), o toque humano provê um nutrimento vital para o bebê, mesmo na vida intra-uterina há um intercâmbio de energias e a ligação de energia é a mais importante da maternidade.

Para Odent (1982, p. 70), “o cérebro emocional quando é ativado devolve ao tato o seu lugar como meio de comunicação, quando ajuda as mulheres grávidas a se porem à escuta de seus corpos, trata-se também de reabilitar o cérebro instintivo”.

Foi neste momento, olhando as mulheres tocarem suas barrigas, lembrando suas feições ao ouvirem os batimentos dos seus bebês, que percebi que a utilização da técnica de relaxamento seria ideal para sensibilizá-las para a afetividade com seus bebês ainda no útero; para despertar o vínculo materno-fetal.

No referencial do CHE, o relaxamento corporal e mental é uma técnica que faz parte dos recursos de que dispõe o profissional para cuidar. É também um dos componentes do cuidado.

Ao auscultar Virgo, que estava com mais ou menos oito semanas de IG, o sonar de bolso que eu utilizava não tinha potência para captar os BCF, apenas captava os ruídos hidroaéreos (RHA) que provocaram risos entre as mulheres.

Expliquei-lhes o que eram os RHA, e que o bebê também os ouvia, assim como o coração da mãe, a sua voz, a voz dos outros. *Bem que eu sinto que quando meu marido chega e fala comigo o nenê às vezes chuta mais ou então fica bem quietinho.* (Cassiopéia)

As outras mulheres também fizeram referências a essa percepção de movimento do bebê intra-útero relacionando-os ao som da voz de outros membros da família como irmãos, tios ou avós.

Desde a Bíblia Sagrada, temos referências às reações do bebê

ainda intra-útero ao som da voz humana. No Evangelho de Lucas encontramos esta passagem: “Pois eis que, ao chegar aos meus ouvidos a voz da tua saudação, a criancinha saltou de alegria no meu ventre” (Lucas I, 44).

A partir da vigésima quarta semana, o bebê intra-útero está atento, e barulhos não lhe faltam. O abdome e o útero de uma mulher grávida constituem um dos lugares mais barulhentos. O gorgolejar do estômago materno se impõe com prioridade. A voz da mãe, do pai e outros barulhos ocasionais são menos sonoros, mas ela os escuta. Todavia o barulho que domina seu universo é o batimento surdo e ritmado do coração da mãe (Verny, 1993, p. 28).

Há também um sem número de referências por parte das mães que cuidam na maternidade, sobre o comportamento do bebê intra-útero ao ouvir a voz do pai e de outros familiares, quando ela canta ou ouve música; e que depois do parto também ocorre mudança no comportamento do bebê ao ouvir estas vozes, as cantigas entoadas pela mãe ou as músicas que ouvia intra-útero.

Aproveitando o momento das conversas, perguntei-lhes: o que vocês acham: *será que a mulher grávida pode ter alguma ligação com o bebê ainda dentro da barriga?*

E suas respostas foram as seguintes: *Sei lá... (Andrômeda), eu acho que sim (Virgo), não é como a gente ali, vendo (Ursa Maior), eu só sinto que ele chuta (Cabeleira de Berenice), da vez eles ficam quietinhos, da vez faceiro que só, pulam pra tudo lado! (Cassiopéia)*

A ligação intra-uterina é sólida, e determina em larga escala o futuro da relação mãe-criança. Tudo o que vier depois dependerá do que se produz agora, e por isso é essencial que a mãe e a criança se comuniquem de maneira harmoniosa. Os pontapés do bebê ainda no útero, são uma forma de comunicação, assim como o toque de mãe na barriga (Verny, 1993).

As gestantes do estudo percebem essa ligação, mas provavelmente não por ter conhecimento formal da importância desta relação na formação do vínculo; mas sim, por uma necessidade primária, pelas suas raízes animais, pela escuta do cérebro instintivo; víscero-afetivo, as raízes da história da vida do ser humano na terra. É anterior ao conhecimento, está na esfera do sentir, do emocional, precisa da sensibilidade materna para emergir.

Michel Odent, citando Dolto, diz que “*nunca é cedo demais para*

se falar com o ser humano. Somos seres da palavra, desde a vida fetal? (Dolto apud Odent, 1982, p. 69).

Perguntei ao grupo de mulheres: vocês costumam conversar com o bebê? E suas respostas foram: Eu não falo (Andrômeda), eu falo! Bato um papo com ele, que só! (Cassiopéia), eu falo e bastante. (Ursa menor), eu também desabafo com ele. (Virgo)

Sabemos que o sistema auditivo é funcional nos últimos meses de gestação, que o nervo auditivo é precocemente mielinizado e que está, portanto apto a levar mensagem ao cérebro. Desde que em 1924 um médico chamado Peiper notou os efeitos sonoros de uma buzina de automóvel na mobilidade fetal, muitas pesquisas têm estudado como as faixas de frequência, timbre de voz, mudança de tons, interferem na mobilidade do bebê intra-útero. Entretanto, Marie-Louise Aucher (apud Odent, 1982) nos alerta para que não seja considerado apenas o ouvido como receptor das vibrações sonoras, mas sim, o corpo como um todo. Daí que a vibração produzida pela mulher grávida ao falar ou cantar, é percebida pelo bebê intra-útero, antes mesmo da mielinização do nervo auditivo, inclusive propõe que o canto entre as mulheres grávidas seja encorajado nas reuniões de grupos de gestantes.

Durante os encontros com as mulheres, não cantamos, mas sempre conversávamos com os bebês intra-útero e refletimos sobre a importância de conversar com o bebê.

- Vocês conversam com o bebê? Tem ligação com ele? Diante de tantas perguntas, falei-lhes que essa era uma forma de saber mais sobre elas, pois era nosso segundo encontro, e conhecendo-as mais e sabendo o que elas pensam e como se sentem, eu poderia cuidar melhor delas. E propus iniciarmos o relaxamento, como um momento de contato com o bebê. Expliquei-lhes como era, e perguntei-lhes se gostariam de experimentar.

Elas aceitaram e iniciei a técnica (ver anexo A).

Ao término da mesma, perguntei se alguém gostaria de falar como foi.

Todas expressaram como perceberam sua experiência: *me senti bem.* (Andrômeda), *gostei demais.* (Virgo), *foi bom sentir o nenê, assim bem de pertinho.* (Cassiopéia), *o meu ficou bem quietinho, faceiro, faceiro.* (Ursa Maior)

Combinamos as atividades para os próximos encontros: o momento de relaxamento, a verificação da PA e do BCF. Estas técnicas

foram as que proporcionaram deliciosos momentos de interação.

Em seguida fomos tomar lanche e como sempre, neste momento de muita interação, é que emergiam os temas para o próximo encontro. O tema escolhido foi dar continuidade aos métodos contraceptivos. Após o lanche nos despedimos com abraços.

No terceiro encontro estavam presentes apenas quatro gestantes. Virgo tinha consulta de pré-natal. Neste dia, conforme combinado, o tema versou sobre métodos contraceptivos.

Dentre as atividades planejadas para esse dia, estava a técnica de desenho, onde as mulheres gestantes desenhariam a si próprias e como percebiam o seu corpo.

Com esta atividade, meu objetivo era dimensionar no aspecto da concretude do corpo percebido grávido o significado de ser gestante, e a partir dessa percepção como cuidar delas.

Distribui papel, giz-de-cera, canetas hidrocor, lápis de cor, e fiquei observando-as desenharem, rirem, compararem seus desenhos.

O período de gestação é um período de crise para a mulher, independente do seu estado de saúde psíquico. Em relação a esse ponto, concordo com Bibring citado por Klaus & Kennel.

[...] crises no nosso entender são momentos críticos na vida de um indivíduo, levando a desequilíbrios súbitos que, sob condições favoráveis, resultam em avanços maturativos específicos em direção a novas funções. Achamos que elas são fenômenos do desenvolvimento, em momentos irreversíveis de passagem de um estágio e o seguinte, quando mudanças decisivas fazem com que as necessidades centrais e os modos de viver prévias percam o seu significado, forçando a aceitação de novos objetivos e de funções de mais alta responsabilidade. (De Bibring, G. L. apud Klaus & Kennel, 1992, p. 31).

Para o referencial do CHE, a crise tem também este aspecto paradoxal, de ser ao mesmo tempo uma limitação ao bem-viver, e um recurso para transcender este momento ou situação. O caráter adquirido por qualquer um dos aspectos dependerá da história de vida desse ser humano; suas crenças, valores, sua interação com o ambiente num processo de transformação contínua. Tendo em vista que a gestação é, em graus variáveis, um momento de crise para a mulher, acredito que o modo como a mulher vivencia esta situação, trará profundos efeitos na relação mãe-bebê.

De acordo com Gandha, (apud Klaus & Kennel, 1992, p. 90) “é um momento único para cada mulher, onde ela não se reconhece mais em seu corpo, em sua alma...”

Essa dualidade de sentimentos, bem como o não se reconhecer no corpo grávido são momentos de crise dentro do período gestacional.

É na explicitação por meio dos desenhos e nas falas das mulheres, *Eu fiz uma bem magrinha, do jeito que eu queria tá, cinturadinha* (Cassiopéia); *Desenhei como eu queria ser, com um corpinho lindo!* (Cabeleira de Berenice) *que aparece a negação do corpo grávido.*

Negação que suscita conjecturas, desde o planejar e desejar esta gestação à veiculação em massa de como deve ser o corpo da mulher. É a estética da forma perfeita, ideal, construída a partir de um ícone que deve ser seguido por todas mulheres, independente da classe social à que pertence ou poder aquisitivo que se tenha, a estética da mulher magra e perfeita povoa o imaginário de todas as mulheres. Importa a forma, a aparência, não a essência.

Diante da ambigüidade de sentimentos em relação ao corpo, que estas mulheres trouxeram: *Eu me desenhei duas, uma barriguda e a outra não tá* (Ursa Maior); *Eu tô aqui, feia, bariguda* (Andrômeda), buscamos refletir sobre a consciência deste corpo, não mais de adolescente, mas de mulher madura, que é belo nas suas formas, que traz nelas uma história, que foi construído com as emoções de cada dia, com suas características individuais, com possibilidades e limitações. E na repadronização desta crença estética, valorizar o corpo enquanto fonte de prazer e de vida.

A concretude do corpo grávido e a intersubjetividade psicológica evidente, podem ser melhores compreendidas a partir do que Verny nos diz:

É o ventre materno que mantém o bebê desde a sua concepção, e, para uma perfeita estruturação desse futuro ser humano, é necessário que essa morada lhe transmita equilíbrio, segurança e harmonia (...) a mulher grávida não é um ser passivo que tem dentro de si apenas um útero que cresce, ocorreu nela transformações e ajustes, tanto no aspecto físico quanto no plano comportamental. E uma nova dinâmica se estabelece da sua relação com o meio em que vive, e com o bebê que traz dentro de si (Verny, 1993, p. xii, xiii).

De acordo com Klaus & Kennel (1992), para a formação do

vínculo afetivo mãe-bebê, alguns aspectos são importantes, entre eles a aceitação da gravidez e a elaboração da tarefa de tornar-se mãe, como a compreensão e a aceitação de que a mulher assumirá um novo papel: o de mãe e não mais moça ou mulher casada. Que seu corpo sofrerá mudanças ao longo do processo de gestar, que irão lhe conferir um novo aspecto, nem mais bonito, nem mais feio, apenas diferente do que era. Amar e aceitar a si mesma nesta nova forma significa reconhecer que “seu corpo já não reage mais como habitualmente, todas as suas necessidades se modificaram, (...) ela precisa aprender a escutar seu próprio corpo, conhecer essa mulher desconhecida que nela está” (Gandha, 1983, p. 171 in Klaus & Kennel 1992).

A partir da compreensão do comportamento materno, talvez possamos visualizar melhor quais intervenções favoreceriam essa mudança.

Fiz essa reflexão com as mulheres e, na técnica de relaxamento, procurei colocá-las mais em contato com a concretude de seu corpo grávido.

A avaliação de uma delas foi de que: “cada dia está ficando melhor” (Ursa maior).

Quero com essas colocações sinalizar que podemos, enquanto profissionais enfermeiros, desenvolver técnicas que favoreçam intervenções mais prazerosas para si e para o ser humano cuidado.

Durante o lanche, a pergunta: *mulher grávida pode dar de mamar?* Gerou o tema para a próxima reunião.

Como sempre, nos despedimos com abraços e “até semana que vem”.

Os momentos dos encontros foram construídos à medida que os membros do grupo tinham maior ou menor interação entre si.

Assim, o momento inicial para responder como você está se sentindo, somente foi significativo no quarto encontro.

Até então, as respostas mais comuns eram: *Bem, Muito bem, Nada diferente.*

Esse movimento de crescimento nas interações é compreendido por mim; como decorrente da prática educativa que o referencial do CHE utiliza, ou seja, não é esperado uma mudança, uma transformação imediata, ela se constrói a partir das crenças, possibilidades, necessidades do ser humano, e também conforme o ambiente ético em que se dão essas interações.

Assim, neste quarto encontro Cassiopéia nos trouxe sua história do final de semana: o padrasto chegou bêbado e quebrou a casa toda. O

tema para discussão mudou de amamentação (previsto) para a violência doméstica, sem que essa alteração rompesse com o processo de cuidar, ao contrário, é integrante do processo, uma vez que este preconiza que se trabalhe as necessidades evidentes do momento.

A partir do diálogo deste momento, emergiram alguns aspectos da história de vida dessas mulheres, tais como a violência doméstica, acompanhada ou não de violência física, as desavenças familiares (também uma forma de violência) a convivência no cotidiano com o companheiro alcoolista, o desemprego, entre outras situações.

Neste momento de interação, utilizei-me principalmente dos seguintes elementos do cuidado: ouvir atentamente, respeitar, não condenar, aceitar expressões de sentimentos negativos, compreender, ter compaixão, compartilhar sentimentos, demonstrar afetividade, ser solidária e propiciar ambiente para catarse.

Foi o encontro mais energeticamente pesado, pela liberação dos sentimentos como raiva, impotência diante dos fatos, dor física e emocional entre outros.

Quando questionados sobre o que pensava: se o bebê intra-útero percebia o que estava acontecendo com elas nesses momentos de violência; recebi as seguintes respostas: *Claro porque quando eu tô nervosa, ele fica paradinho, paradinho, até parece que sente* (Andrômeda); *O meu também, desde a hora que o padrasto começou que ele parou de se mexer, só foi mexer no outro dia de tarde.* (Cassiopéia); *Os coitados já vem a bem dizer, sabendo o que que espera, ficam quieto prá não sobrá para eles.* (Ursa Maior)

As mulheres do estudo percebem nesta situação o que Verny afirma:

[...] num determinado momento da sua gravidez, tanto a criança como a mãe reagem mutuamente aos sentimentos do outro. Ainda segundo esse autor, “a criança, antes do nascimento, é um ser humano consciente e capaz de reações; e que desde o 6º mês (e talvez antes) tem uma vida afetiva ativa. (...) ele poder ver, entender, tocar, degustar mesmo que em um nível muito primitivo e é capaz de sentimentos, menos elaborados que os adultos, mas reais. (Verny, 1993, p. 2).

Ainda segundo Verny,

[...] os hormônios da mãe provocando ansiedade, afluem ao organismo da criança, quase simultaneamente. Estudos recentes mostraram

que, uma fração de segundos após o medo ter acelerado a pulsação cardíaca da mãe, o coração do feto passa a bater muito mais depressa. (Verny, 1993, p. 77).

As catecolaminas, substâncias que têm um papel de sistema móvel de alarme no organismo, uma vez no sangue, produzem reações psicológicas associadas ao temor e a ansiedade. No bebê intra-útero, essas substâncias provêm da mãe quando está perturbada, e atravessando a barreira placentária, afetam o bebê. Isso não significa que qualquer situação de oscilação hormonal da mãe em função de estados de temor altere o bebê intra-útero.

Estudos feitos pelo Dr. Denis Stot, mostraram que perturbações emocionais de caráter efêmero, mesmo intensas, não eram suficientes para tornar o bebê emocionalmente instável após o parto. Ao contrário,

[...] o estresse que a tocava pessoalmente, de maneira durável, tendo por origem uma tensão com pessoa da família, habitualmente o marido, não ameaçavam a segurança afetiva do bebê. (Verny, 1993, p. 36).

Ainda segundo Verny, a intensidade dos sentimentos da mãe em relação ao bebê intra-útero, atenua essas repercussões, diz ele que:

[...] o amor desta importa mais que tudo, e quando a criança percebe esse amor, forma ao seu redor uma espécie de anel protetor que reduz e consegue mesmo neutralizar, em certos casos, os efeitos das tensões exteriores. (Verny, 1993, p.37).

Ou como diz uma das mulheres do estudo:

(...) mais do que eu passei na gravidez desse último, tanto que me incomodei, e ele tá, viçoso, forte, querido que só! (...) E também, eu queria por demais tê esse filho, o resto nem me importava... (Andrômeda)

As múltiplas faces da violência fazem parte do cotidiano de dita vida moderna. À medida que sociólogos, filósofos e outros cientistas sociais esmiuçaram a violência escancarando-a à sociedade, esta vem adquirindo mais consciência do problema. Balas perdidas matam na rua e dentro de casa, pais torturam e abusam seus filhos, pobreza e desigualdade sócio-econômica, dificuldade de acesso à escola, à saúde, à qualidade de vida, são apenas algumas faces da violência. As violências

físicas, sexuais e domésticas atravessam a estratificação social e acontecem desde as camadas menos às mais abastadas.

As relações de poder exigem cada vez mais uma pluralidade de desempenhos e a qualquer momento a pessoa pode ser apanhada no circuito de violências. Nele, a vítima circunstancial seja ela criança adolescente, mulher ou outro subalterno, é sempre um potencial violentador que atua, preferencialmente, sobre os corpos mais fracos (Passeti 1999, p. 10).

Algumas das dimensões, que interligadas entre si, permitem compreender melhor a violência a que estas mulheres estão expostas, aparecem em suas falas. A repetição da violência: “as pessoas vitimizadas tendem a repetir atos de violência com outras pessoas da mesma forma em que foram vitimizadas” (Leal, 1998, p. 10).

Ele apanhava muito do falecido meu pai, o meu pai era muito bravo, deu uma molhada de pinho na cabeça dele, daí então, que ele faz com os outros a mesma coisa (Ursa Maior).

A reincidência: “os violentadores são na maioria das vezes reincidentes” (Leal, 1998, p. 10).

[...] desde que ela veio morar com ele ela já sabia, pois com a outra mulher ele já fazia isso (Cassiopéia).

A impunidade do violentador: “ele é muitas vezes perdoado pela família e pela sociedade por razões culturais e autoritárias” (Leal, 1998, p. 10).

*[...] ela não faz conta de ele fazer isso, ela gosta dele, daí viu, né aceita, perdoa (Cassiopéia).
Quem é que vai se metê com ele, ele “amunta” na gente. (Ursa Maior)*

A fuga da casa: é freqüente, normalmente motivada pelas situações de violência:

Nós vamos voltar para Palmas, assim que o patrão dele arrumá o dinheiro, por enquanto nós tamos na casa do fio da Ursa Maior (Cassiopéia).

O segredo familiar: as relações complexas da família que por inúmeras razões mantém o acontecido em segredo:

*Capaz que a gente vai contar para minha mãe
(...) a gente é pobre, mas tem vergonha na cara
(Cassiopéia).
Lá ninguém fala nada, tudo faz de conta que num
viu (Ursa Maior).*

O referencial do CHE compreende a violência como sendo uma situação de limitação no processo de viver e ser saudável. Preconiza que o profissional enfermeiro tenha o papel de mediador na compreensão do fenômeno e na busca dos recursos (no indivíduo e no ambiente) para transcender o mesmo.

As questões relacionadas à análise mais profunda para compreender o fenômeno da violência necessitariam de um estudo mais aprofundado e específico junto a essa população de mulheres. Tendo em vista a importância da compreensão deste fenômeno, para proporcionar um cuidado de enfermagem integral, sinalizo para a necessidade de um novo estudo com este foco.

Ainda durante o lanche, as conversas giraram em torno das situações de violência das mulheres. Nas despedidas deste dia, a sensação de cansaço, de estar exaurida de energias foi predominante.

4.3 Saindo do Campo: preparando-nos para as despedidas e concluindo o estudo

O quinto encontro, por ser o último com as mulheres, caracterizou o momento “saindo do campo”. Neste dia Antares, a assistente social, participou do mesmo.

As mulheres do grupo já a conheciam pelo seu trabalho no Centro de Saúde, bem como, pelas visitas domiciliares que realizamos juntas.

O compartilhar de universos disciplinares entre Antares e eu, teve início a partir do segundo encontro que fiz com as mulheres gestantes, quando da marcação da primeira visita domiciliar. Nesta ocasião, havia a necessidade de elaborar um encaminhamento solicitando o procedimento de laqueadura em Ursa Maior. Desde então, Antares participou do trabalho acompanhando as visitas domiciliares ou auxiliando na elaboração de documentos para encaminhamentos como o de laqueadura.

A colaboração deste profissional, por ser eventual, considero como sendo um recurso que dispõe o enfermeiro no atendimento das necessidades dos indivíduos ou dos grupos com os quais está

trabalhando.

Diz o referencial do CHE: “há momentos em que os profissionais de enfermagem cuidam sozinhos do outro ser humano, mas há momentos que necessitam de profissionais de outras disciplinas” (Patrício, 1996, p. 58).

Esta participação de outro profissional nos cuidados não é aqui compreendida como interdisciplinaridade, pois para que tivesse essa característica interdisciplinar necessitaria de um trabalho conjunto com objetivos comuns entre outros aspectos. Neste caso, a participação de Antares foi realmente apenas um recurso.

Após a aprovação das mulheres gestantes para a participação de Antares neste encontro, ela tomou conhecimento dos aspectos relacionados à liberdade de expressão, sentimentos, emoções, enquanto posturas éticas desta construção de trabalho em grupo.

A troca de conhecimentos sobre o tema “Amamentação” previsto para esse dia, oportunizou a reflexão do papel do pai no processo de gestação e nos cuidados com o bebê após o parto.

Embora a participação paterna no processo de gestação, parto e puerpério não seja recente, somente há alguns anos (mais especificamente a partir dos estudos de Leboyer) é que os sentimentos de um homem em relação a sua mulher e à criança em seu ventre, têm sido considerados fatores essenciais que determinariam o êxito ou não de uma gravidez (Verny, 1993).

Culturalmente, sempre houve uma distinção do denominado “mundo dos homens” e o “mundo das mulheres”, sendo que a gravidez, o parto e os cuidados do recém-nascido, na maioria das culturas foi delegado ao mundo das mulheres. O encontro entre esses dois mundos esteve sempre na dependência dos rituais próprios de cada cultura. Segundo Odent (1982, p. 50):

[...] é este o sentido da “couvade” que atribui ao pai certas atitudes ou gestos simbólicos enquanto a mulher dá a luz; é esse o sentido da circuncisão, incursão do mundo dos homens no mundo das mulheres; é este o sentido da apresentação do filho ao pai, sete horas após o nascimento, nas sociedades ciganas; é este também o sentido, na China confuciana da apresentação da criança, ao chegar aos três meses, quando o riso é o reflexo de uma alma que já não vem da mãe.

A participação do pai hoje, durante o parto, tem significado

diferente da sua participação no passado, quando sua presença entre as mulheres neste momento era justificada pela necessidade da utilização da força masculina, ou entre os fazendeiros, da experiência destes com os partos entre os animais.

Para Odent, essa participação hoje significa a chave para a fusão dos dois mundos, entendendo “fusão enquanto a descoberta pelo homem do mundo feminino” (Odent, 1982, p. 50).

Inúmeros trabalhos vêm sendo feitos com o objetivo de avaliar as repercussões da participação efetiva do pai no processo de gestação e também da formação do vínculo à priori do nascimento.

Sabe-se, por exemplo, que a participação do pai na formação dos vínculos afetivos do bebê, é essencial, e quanto mais cedo ocorrer, mais benefícios trará ao ser humano.

Essa nova visão sobre a paternidade marca uma mudança radical, (...) no sentido próprio do termo, quer dizer, um corte claro e definitivo com as antigas práticas se quisermos produzir gerações futuras de crianças cada vez mais evoluídas e efetivamente seguras. (Verny, 1993, p.21).

Por outro lado, essa mudança de comportamento, gera nos pais conflitos,

[...] o homem se vê forçado a reavaliar o seu papel como provedor da família, como um adulto do sexo masculino pronto a ajustar-se à responsabilidade de um dependente, como um modelo para o aprendizado do novo filho acerca da masculinidade, e como um apoio importante para a esposa, enquanto ela se ajustara ao seu papel de mãe. (Brazelton apud Klaus & Kennell, 1992, p. 36).

Frente a essas mudanças, faz-se necessário ponderar que são poucos os recursos existentes para subsidiar um pai disposto a ajudar. Na maioria das consultas pré-natais, o pai como acompanhante, ainda é ouvinte das queixas da mulher e das explicações do profissional. Estudos mostram que nem sempre esse comportamento seja diferenciado em classes mais abastadas ou com clientes com mais escolaridade que conseguem compreender a linguagem técnica utilizada por muitos profissionais nestes momentos.

A realidade onde fiz este estudo se diferencia radicalmente da realidade onde trabalho, pois não houve participação dos pais nos

encontros propostos, e não há expectativas do acompanhamento do pai no trabalho de parto, segundo referência das próprias mulheres: *Capaiz que ele vai, já nenhum dos outros ele viu, nem do que eu tive em casa, porque não deu tempo, ele não ficô junto, foi a comadre... que me ajudô a apará a criança* (Ursa Maior). *Ainda é capaz de caí lá na sala de parto de tão frouxo que é!* (Cassiopéia). *Eu até falei de ganhá no “universitário” que daí ele podia ficá junto, mas ele não qué* (Andrômeda).

Por outro lado, se impõem as limitações inerentes ao cotidiano dessas mulheres. *E mesmo que ele fosse, com quem ia ficá as outras crianças, óia que é brabo, são duas criança pequena* (Cabeleira de Berenice). *Se ele faltá o serviço arrisca de ir prá rua daí mais um filho e sem emprego, não dá* (Cassiopéia).

Antares explicou sobre o direito às licenças maternidade e paternidade, e quais os trâmites legais para obtê-las.

Sendo este dia o último dos encontros, agradecei-lhes pela oportunidade de compartilhar tantos momentos de suas vidas, dizendo-lhes o quanto foi para mim prazeroso estar com elas.

Confraternizando-nos durante o lanche, perguntei-lhes o que tinha significado para elas os nossos encontros.

A avaliação do trabalho conforme o referencial do CHE, é vista no processo. Há situações em que ocorrem transformações imediatas. *Foi bom, porque que nem eu que achava que a laqueadura deixava a mulher fria, agora sei que não é assim* (Ursa Maior); por meio da análise e sentimentos em relação ao trabalho: *É, e vocês são bem queridas e a gente ficou bem à vontade* (Cabeleira de Berenice); é dinâmica, um processo de ir e vir constante do conhecimento-análise-reflexão-transformação da realidade com os indivíduos, *assim, trocando as idéias a gente vê que os problemas da gente são igual dos outros e a gente pode se ajudar se sabe...* (Andrômeda); e é esperado que ambos fiquem satisfeitos: *nossa, foi muito bom, a gente se encontrar assim, até esquece do resto dos problemas* (Cassiopéia). *Deu pra rir um bocado* (Virgo); *Foi bão, o lanche então, nem se fala* (Ursa Maior); *Foi um prazer estar com vocês* (Carin).

Ursa menor não estava neste encontro, por isso não há a referência dela para este momento de avaliação.

Foi um encontro alegre, despedimo-nos fisicamente com abraços e beijos, com desejos mútuos de felicidades, sorte, alegria, como se diz *Tudo de bom para você.*

Fazendo parte ainda do momento saindo do campo, estive na casa da comunidade para conversar com Órion, agradecendo-lhe, e falando-

Ihe do término dos encontros, solicitando a ele que, como presidente da AM, transmitisse meus agradecimentos aos membros da mesma.

Também estive no Centro de Saúde conversando com todos, agradei a Aldebarã por ter sido um “recurso” a mais ao assinar os encaminhamentos para laqueadura. Também a Pégaso por sua disponibilidade, apoio, afetividade, e à Antares, por estar presente.

V CUIDANDO E RECRIANDO O PROCESSO DE VIVER: PERSPECTIVAS PARA UMA ECO-OBSTETRÍCIA

“Talvez não seja por acaso
que, em francês,
as palavras mãe (mère) e mar (mer)
tenham o mesmo som”

D. Rapoport in Odent, 1982, cap.10

O processo de cuidar de mulheres gestantes em uma comunidade de periferia foi construído em cada encontro, em cada momento destes encontros, em cada reflexão.

No primeiro momento, o que emerge de mais forte é a necessidade de estabelecer contatos, na medida em que eles acontecem, vão se esbalecendo as interações. O primeiro momento fica então caracterizado por essas interações.

No segundo momento, passamos a conhecer as mulheres gestantes do estudo e um pouco das suas histórias de vida.

A curiosidade e as expectativas gerando necessidades de cuidado são os pontos que mais se destacaram neste primeiro encontro.

Diante da pergunta “e o que mais vamos ganhar além de conversas?” aflorou o sentimento de impotência, como se eu sentisse meu estudo escapando por entre os dedos das mãos, por não ter algo material para dar.

Nesta realidade, que proposta de cuidado é essa que não dá coisas?

Acredito que muitos colegas profissionais já passaram por esta situação de “toma-lá-dá-cá”, principalmente trabalhando com grupos em comunidades de periferia. Quando refletimos sobre esta situação, nos damos conta da miserabilidade que assola a grande maioria da população brasileira. A situação de passividade que os torna “zêninguês”, destituídos de vontade, de cidadania, são números! Números em estatísticas de mortalidade e morbidade; de filas de espera de bancos, para marcar consultas, fazer exames; estão à espera de viver!

Esse processo que permitiu que fosse expressa a expectativa: “e o que eu ganho a mais do que conversas” possibilita também que se faça a reflexão: por que conversas não trazem nada? Então como ficam os trabalhos em grupo, onde o profissional decide o que um grupo de

mulheres gestantes precisa saber, o que precisa ouvir? A que estará vinculada a participação nestes grupos? São perguntas que ainda precisamos responder.

A partir desta experiência e do conhecimento que busquei para compreendê-la, acredito firmemente que só poderemos mudar essa situação de assistencialismo, por meio da educação para a cidadania, construída pela reflexão crítica e pela repadronização das crenças e valores, da busca da transformação das limitações em recursos, em possibilidades de participação ativa no contexto político no qual está inserido o ser humano. Acredito que o profissional enfermeiro, reflexivo e crítico pode intervir neste processo enquanto co-responsável pela melhoria na qualidade de vida do cidadão.

E que significado traz a percepção dos corpos grávidos?

É a partir de técnicas como o exame físico da gestante que emergem as percepções do corpo grávido e do ambiente do bebê intra-útero.

A experiência de tocar o próprio ventre como uma maneira de comunicar-se com o bebê, de fazer-lhe um carinho, deu início a uma outra forma de interação entre aquelas mulheres e seus bebês no ambiente intra-útero.

As reflexões sobre como o bebê se comporta, sente, tem prazer e desprazer, recebe mensagens e que ela, a mãe, é a principal fonte dessas mensagens, oportunizou para aquelas mulheres uma nova experiência no seu processo de gestar; e para mim, uma nova alternativa de cuidado neste processo.

É no desenvolvimento de técnicas de cuidados individuais e coletivos, no encontro com crenças, valores, práticas, na troca de universos, alegrias, tristezas, que emergem as confidências sobre suas dores, a violência, o sofrimento físico e emocional e sua repercussão para o bebê no seu ambiente intra-útero.

É no desvendar dessas pequenas facetas, na diversidade e complexidade de vida dessas mulheres que surge o significado de estar grávida sem assim planejar ou desejar, de ter que se sujeitar a frequentar vários grupos de preparo de pré-natal para ter roupas para vestir esse filho, de esperar em filas para marcar consultas e fazer exames, de ter a angústia de não confiar no seu cuidador, de não se aceitar no corpo grávido, no querer ter de volta seu corpo jovem; no desconhecimento do próprio corpo; na distância afetiva desse corpo e do bebê que ele carrega! Tem ainda o significado da violência física, do corpo machucado, da ausência da família como suporte, da presença da família como limitante; do alcoolismo, da miséria, ...

Mas, paradoxalmente, tem também o significado de aceitação desse filho mesmo sem ter sido planejado, da preocupação em buscar recursos para mantê-lo, de cumplicidades para enfrentar esse duro cotidiano de violências, de encontrar “respiradouros” para suportar essas vivências.

E esse ser que está sendo gerado: Que ambiente é esse em que estás sendo gerado?

Como te sentes aí dentro? Ouvindo tudo, sentindo tudo? Que repercussões terão para o teu crescimento, para a tua felicidade, para a tua afetividade?

Que ser humano nascerá de um ambiente assim?

São respostas que ainda não temos para esse grupo; mas podemos perceber indícios a partir da análise de sociedade em que vivemos: o aumento da violência, da miséria, do despotismo dos que se encontram no poder, do desemprego, das guerras, da falta de recursos na saúde, na educação, da falta de amor.

Então me questiono: o que herdarão aqueles que virão?

O que construímos e deixamos para os seres humanos, estamos deixando para o universo. Nada, absolutamente nada do que fizermos, nos deixará impunes; pois tudo está em íntima relação, o que está em cima, ao mesmo tempo está embaixo, diz o Tao; e no Avatamsaka Sutra está escrito:

Dizem que no céu de INDRA há um colar de pérolas disposto de tal maneira que se a gente olhar para uma verá todas as outras nela refletidas. Assim também, cada objeto no mundo não é apenas ele mesmo, mas envolve todos os outros e, de fato, é todas as coisas. (Grof, 1987, p. 51).

Dentro de uma concepção holístico-ecológica, o microcontexto em que vivem as gestantes do estudo, reflete o macrocontexto em que elas estão inseridas, não há como dissociar.

E a partir da compreensão desse universo, da vivência que tive, acredito que precisamos refletir e mudar nosso modo de cuidar.

Será que, às portas do novo milênio, ainda pensamos em cuidar no pré-natal apenas para uma gestação sem riscos e um “parto normal”?

O que precisa mudar na nossa compreensão para “gestarmos” seres humanos para o universo?

Michel Odent (1982, p. 57), nos sinaliza um caminho:

Esta nova obstetrícia, nós a chamaremos de eco-obstetrícia. Esta obstetrícia pode ser evocada,

pode ser abordada, podemos penetrá-la, podemos explorá-la (...) porque ela aceita a improvisação e a escolha.

Precisamos de uma obstetrícia que resgate a humanização nos serviços de pré-natal, que propicie a formação dos laços afetivos, que resgate os ritos de nascimento, entendendo aqui, que nascer é a priori de ser parido.

Que respeite nossas raízes mais profundas, que compreenda que a criança, no útero, refaz o caminho que outrora percorreu a vida, então, que essa obstetrícia contribua profundamente para alterar a qualidade do ambiente humano onde esta vida é gerada.

E nós, enfermeiros críticos e reflexivos, podemos contribuir para essa nova obstetrícia.

Precisamos redirecionar o nosso olhar para a necessidade de prestar cuidados que propiciem o despertar da memória ancestral do ser humano mulher: a sua sensibilidade materna, a sua capacidade para estabelecer vínculos.

Que sejam os cuidados de pré-natal em grupo a oportunidade de inspirar novos valores e atitudes não só para com essa nova vida, mas para com toda a vida que virá depois dela.

Que, na cumplicidade do grupo, a mulher gestante possa sensibilizar-se para reencontrar o seu instinto materno, a sua capacidade criativa de estabelecer vínculos vitais à priori do parto: no nascimento.

REFERÊNCIAS

AUCKETT, Amelia D. **Massagem para Bebê**. Rio de Janeiro: Ao Livro Técnico, 1993. 75p.

BETHÉA, D. C. Alterações normais do corpo durante a gravidez. In BETHÉA, D. C. **Enfermagem obstétrica básica**. 3 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1982. cap. 4, p. 41-4.

BÍBLIA SAGRADA – Tradução na linguagem de hoje. São Paulo: Sociedade Bíblica do Brasil, 1988.

BLUMENFELD, L. **Relaxamento holístico**. São Paulo: Cultrix, 1994. 185p.

BOADELLA, D. **Correntes da vida**- uma introdução à biossíntese. São Paulo: Summus, 1992. 198p.

BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano – compaixão pela terra**. Petrópolis: Vozes, 1999. 199p.

CANESQUI, A. M. **A saúde da mulher em debate: saúde em debate**. Rio de Janeiro: 15/16:29-36, 1983.

CHAMBERLAIN, Geoffrey. **Manual de assistência pré-natal**. São Paulo: Santos, 1993. 147p.

DI BERNARDI, Ricardo. **Gestação – Sublime intercâmbio**. 3ª ed. Londrina: Livraria e Editora Universalista, 1996. 215p.

FANTIN, M. **Construindo cidadania e dignidade**. Florianópolis: Insular, 1997. 280p.

FREDERICKSON, H. L. & WILKIN-HANG, L. **Segredos em ginecologia e obstetrícia**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 404p.

FREIRE, M. Escol, grupo e democracia. In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. Paixão de aprender, 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 164p.

GANDHA, M. A. **Yoga e maternidade**. São Paulo: Tao, 1983. 230p.

GIDE, A. **Os frutos da terra**. Rio de Janeiro: Rio Gráfica, 1986. 218p.

GONÇALEZ, H. **Enfermagem em ginecologia e obstetrícia**. São Paulo: SENAC, 1994. 142p.

GROF, Stanislav. **Além do cérebro** – nascimento, morte e transcendência em psicoterapia. São Paulo: McGraw-Hill, 1987, 327p.

IOVINE, Vicke. **De mulher para mulher** – tudo o que você precisa saber sobre gravidez e seu médico não lhe diz. Rio de Janeiro: Objetiva Mulher, 1996. Tradução de Heliete Vaitsman .

KLAUS, M. ; KLAUS, P. **O surpreendente recém-nascido**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989. 141p.

KLAUS, M. H & KENNEL, J. H. **Pais/bebê** – a formação do apego. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992. 360p.

KUNTZE, Tânia Denise. **A assistência de enfermagem planejada à mulher gestante, fundamentada nos estudos de Liliana Felcher Daniel**. Florianópolis, UFSC, 1991, 175p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.

LEAL, M. de F. P. et all. **Indicadores de violência intra familiar e exploração social comercial de crianças e adolescentes**. Brasília: CECRIA, Ministério da Justiça, CESE, 1998. 137p.

LEBOYER, Frédérick. **Nascer sorrindo**. 16ªed. (1ª reimpressão). São Paulo: Brasiliense. Traduzido por MÉDIA – Assessoria, Planejamento e Execução Editorial Ltda. 1996. 154p.

_____. **Se me contassem o parto**. São Paulo: Ground. Traduzido por Ivone Castilho Benedetti. 1998. 284p.

_____. **Shantala** – uma arte tradicional massagem para bebês. 5ª ed. São Paulo: Ground, 1995.

MACADAR, R. Projeto arquitetônico para a escola construtivista. In: GROSSI, E. P.; BORDIN, J. Paixão de aprender, 8ª ed. Petrópolis: Vozes, 1996. 164p.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**. 6ª ed. Petrópolis: Vozes, 1984. 164p.

_____. et all. **Nós estamos grávidos**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Bloch, 1987. 94p.

MARANHÃO, M. A. S. A. et all. **Atividades da enfermeira obstetra no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: EPU, 1990. 40p.

MARCON, Sônia Silva. **Vivendo a gravidez**. Florianópolis, UFSC, 1989, 382p. Dissertação (Mestrado em enfermagem) Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. 1989.

MONTICELLI, Marisa. **O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos**. Florianópolis, 1994, 260p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

MORENO, J. L. **Psicodrama**. 2ª ed. São Paulo: Cultrix, 1975.

MORETTI, E. Saúde da mulher – Passo Fundo: UFP: **Caderno I**. 1992. 107p.

_____. Saúde da mulher – Passo Fundo: UFP: **Caderno II**. 1992. 91p.

_____. Saúde da mulher – Passo Fundo: UFP: **Caderno III**. 1992. 57p.

ODENT, M. **Gênese do homem ecológico – mudar a vida – mudar o nascimento**. São Paulo: Tao, 1982. 163p.

_____. **Água e sexualidade**. São Paulo: Siciliano, 1991. 198p.

PATRÍCIO, Zuleica Maria et al. **Representações de adolescentes/família sobre sexualidade-reprodução na adolescência: marco para educação social**. Florianópolis: UFSC, 1993a. Relatório de pesquisa encaminhado ao Departamento de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina. Apresentado na Semana de Pesquisa da UFSC/1993.

_____. **Ser saudável na felicidade- prazer:** uma abordagem ética e estética pelo cuidado holístico ecológico. UFPel. Ed. Universitária; Florianópolis, Programa de Pós-graduação em enfermagem UFSC, 1996 (Tese em enfermagem), 153p.

_____. **TRANSCRIAR:** Núcleo de estudos participantes do processo de viver e ser saudável/ UFSC. Florianópolis: 1993b. Projeto de Ensino-Pesquisa. Extensão Interdisciplinar encaminhado ao CNPq.

_____. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? **Texto & contexto – Enfermagem.** Florianópolis, v. 3, n.1, p. 58-74, jan/jun.1994.

_____. **A prática do cuidar/cuidado a família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido, através de um marco conceitual de enfoque sócio-cultural.** Florianópolis: UFSC, 1990, 232p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

PASSETI, E. **Violentados** – crianças, adolescentes e justiça. São Paulo: Imaginário, 1999. 170p.

PEDROSO, F. et all. **A violência que oculta a favela.** Porto Alegre: L & PM, 1990. 104p

PIMENTEL JR. M. **Geografia física e humana.** Rio de Janeiro: Editores J.R. de Oliveira e Cia, 1943. 304p.

PINOTTI, J. A. **Saúde da mulher.** São Paulo: Contexto, 1998. 133p.

POLI, M. E. H. SILVEIRA, G. P. G. e cols. **Ginecologia preventiva** – Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 1994. 245p.

QUEIROZ, Gregório José Pereira de. **O Equilíbrio do Temperamento Através da Música.** São Paulo, Cultrix, 1997. 120p.

QUEIRÓS, Bartolomeu Campos. **Escritura.** São Paulo: Quinteto Editorial, 1990.

REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia Fundamental.** 5 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1987.

ROCHA, Ruth. **Minidicionário**. São Paulo: Scipione, 1996.

RODRIGUES, Livia Pena Firme. **Dar à luz... Renascer - gravidez e parto**. São Paulo: Agora, 1997. 108p.

SERRANO, C. V. Programa regional de desenvolvimento de saúde materno infantil no Brasil. Bol. Of. Sanit. Panam., Whashington, 56 (3):243-60,1977.

SHULDT, E. J. et all. Assistencialismo na dimensão cidadania saúde. Curitiba: UFPR, **Cogitare Enfermagem**. V. 2, n. 1. p. 15-17, jan./jun. 1997.

SOIFER, Raquel. **Psicologia da gravidez, parto e puerpério**. 3ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1984. 124p.

TISSERAND, Robert. **A Arte da Aromaterapia**. 13ª ed. São Paulo: Roca, 385p.

VALENTE, M. A; RAMAZZINI, E. C. **Grupo de gestantes**. 3ª ed. São Paulo: USE, 1995. 222p.

VERNY, T. & KELLY, J. **A vida secreta da criança antes de nascer**. 3ª ed. São Paulo: C. J. Salmi, 1993. 214p.

ZIEGEL, Erna E. & CRANLEY, Mecca S. **Enfermagem Obstétrica**. 8ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. 696p.

ANEXO

Anexo A - Técnica de Relaxamento

Deitadas na posição que for mais confortável, com os olhos fechados, ouvindo a música, comecem a respirar lentamente, inspira o ar pelo nariz, solta pela boca, deixem a boca entre aberta. Sintam o ar penetrando nos pulmões, chegando nos vasos sanguíneos e sendo espalhado pelo corpo. Devagar, sintam os pés de vocês, que suportam o peso do corpo, sintam como eles vão ficando pesados; as pernas também vão ficando pesadas, as coxas, continuem respirando devagar, e sentindo agora a região da bacia, os genitais, a barriga, tudo bem pesado. Sintam agora como os braços de vocês estão pesados, as mãos, o peito, a cabeça, o corpo inteiro está colocado no colchonete. Vocês sentem o corpo relaxado, a respiração calma, agora acompanhem o ar que está entrando no pulmão de vocês, vão com ele, até os pés, agradeçam aos pés, as pernas por levarem vocês a todos os lugares; agora ainda com o ar passem pelos genitais, pela barriga, peito, braços, pescoço, cabeça; vocês estão se encontrando com este corpo lindo que vocês têm. Agora devagarinho cheguem perto do coração de vocês, ouçam como ele bate forte, ritmado, agradeçam a ele por bater tão maravilhosamente. Ainda ouvindo o coração de vocês, comecem a se afastar em direção à barriga. Encontram o útero de vocês. Olhem para ele, estendam a mão e o toquem devagar, façam um carinho, passem para ele o amor que vocês têm. Se tiver vontade de conversar com o seu bebê, faça-o agora, enquanto escuta o som do coração; fale, cante, ou então apenas olhe para ele, se reconheçam no olhar quando ele estiver nos seus braços será este mesmo olhar que unirá vocês. (dar o tempo de mais ou menos um minuto). Agora, lentamente comecem a despedir-se, dê um abraço, um beijo, faça um carinho, comece a se afastar voltando para o coração. Agora imagine que você está saindo do coração, sentindo-o leve, você está relaxada, sente o corpo todo envolto por uma luz cor-de-rosa, cheia de amor. Devagar sintam os pés, as pernas, a barriga, braços, mãos... você está de volta no seu corpo. Então, sem abrir os olhos, comece a mexer os dedos dos pés, os pés, as mãos, comece a tocar no seu corpo; e ainda sem abrir os olhos se espreguice, estique as pernas, os braços, como um gato, como se você acabasse de acordar. Agora dê um sorriso, abra os olhos bem devagar e bem vinda de volta conosco.