

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE-CCS**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
**MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**VIVENCIANDO O PROCESSO EDUCATIVO EM**  
**ENFERMAGEM COM GESTANTES DE ALTO**  
**RISCO E SEUS ACOMPANHANTES**

**MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI**

**ORIENTADORA: Profa. Dra. ALCIONE LEITE DA SILVA**

**FLORIANÓPOLIS, 01 DE SETEMBRO DE 1998**

**MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI**

**VIVENCIANDO O PROCESSO EDUCATIVO EM  
ENFERMAGEM COM GESTANTES DE ALTO  
RISCO E SEUS ACOMPANHANTES**

*Dissertação apresentada como requisito parcial  
para a obtenção do grau de Mestre em  
Assistência de Enfermagem. Programa de Pós-  
Graduação em Enfermagem, Centro de Ciências  
da Saúde, Universidade Federal de Santa  
Catarina.*

*Orientadora: Profa. Dra. Alcione Leite da Silva*

**FLORIANÓPOLIS**

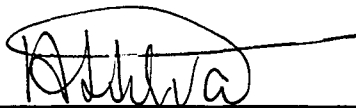
**1998**

**MARIA DE FÁTIMA MOTA ZAMPIERI**

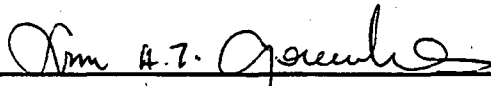
**VIVENCIANDO O PROCESSO EDUCATIVO EM  
ENFERMAGEM COM GESTANTES DE ALTO RISCO E  
SEUS ACOMPANHANTES**

**Dissertação submetida à banca examinadora como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Assistência de Enfermagem, no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.**

**Banca Examinadora:**



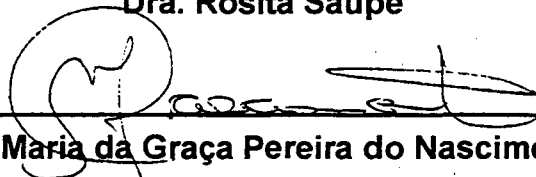
**Dra. Alcione Leite da Silva (Orientadora)**



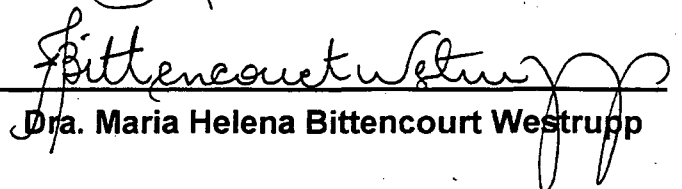
**Dra. Lúcia Hisako Takase Gonçalves**



**Dra. Rosita Saupe**



**Dda. Maria da Graça Pereira do Nascimento**



**Dra. Maria Helena Bittencourt Westrupp**

**Florianópolis, 01 de setembro de 1998.**

## ***DEDICATÓRIA***

***Dedico este estudo a minha família, que acompanhou esta trajetória, permanecendo sempre ao meu lado, ouvindo-me, aconselhando-me e amando-me.***



*Amigo é coisa pra se guardar  
Debaixo de sete chaves  
Dentro do coração (...)*  
*(Miltom Nascimento e Fernando Brant  
Canção da América, 1994).*

### ***Os meus agradecimentos***

*À Deus, que iluminou e orientou a minha caminhada, dando-me forças e ajudando-me a perseverar naqueles momentos de dúvida, de desânimo, de tristeza, de angústia, mostrando-me alternativas que me levaram a desenvolver este trabalho com maior tranquilidade, alegria e satisfação.*

*Aos meus pais, que sempre estimularam meus novos projetos de vida, ensinaram-me o valor do estudo, acompanharam meu crescimento pessoal e profissional, compartilhando das minhas dificuldades e progressos, tristezas e alegrias e estiveram sempre ao meu lado ouvindo, aconselhando, incentivando e demonstrando seu carinho.*

*As minhas filhas, por compreenderem a minha ausência em determinados momentos e meus impedimentos para participar ativamente de suas brincadeiras e, sobretudo, pelo carinho dado, pelos seus lindos sorrisos e abraços que me*

*auxiliaram a transpor as situações difíceis, motivando-me a continuar a minha trajetória.*

*A meu marido, por me estimular a realizar este curso, pelo apoio, pelo incentivo, por dividir comigo as tristezas e alegrias, as dúvidas e esperanças, pelo seu companheirismo e, sobretudo, pelo seu carinho.*

*A minha orientadora Dra. Alcione Leite da Silva, que compartilhou comigo, durante quase dois anos desta trajetória, seus conhecimentos técnicos e suas vivências, contribuindo para o meu crescimento pessoal e profissional. Obrigado por suas importantes orientações, que enriqueceram a construção deste estudo, por sua competência e dedicação.*

*À Dra. Lúcia Takase Gonçalves, à Dra. Rosita Saupe, à Doutoranda Maria da Graça do Nascimento e à Dra. Maria Helena Westrupp, por aceitarem compor a banca para avaliar este estudo, por suas valiosas contribuições e atenção humanizada.*

*À professora Dra. Zuleica, pela atenção e conhecimentos partilhados como orientadora acadêmica.*

*À chefias e funcionários do Departamento de Enfermagem, pelo apoio.*

*Aos professores do curso de mestrado, pela experiência e conhecimentos compartilhados e pelos momentos de construção coletiva.*

*Aos professores do Departamento de Enfermagem, em especial à Mariza, Ivonette, Miriam, Tony, Vitória, Graça, Itayra, Olga, Dalva e Sílvia, pela amizade e apoio.*

*À Professora Kenia e ao professor Dr. Ivo Gelain, pelas importantes contribuições a este estudo.*

*A todos os meus colegas de mestrado que sempre demonstraram amizade, disponibilidade, solidariedade e parceria.*

*Às amigas, Odaléa, Mila, Elfy, Rosângela, Marília, Roseli, Karem, Carol, Luizita e Fátima, por escutarem meus desabafos, por me motivarem, incentivarem e*

*repassarem energia positiva, e principalmente, por me propiciarem momentos de alegria, de entrosamento e amizade.*

*Aos meus amigos do Hospital Universitário, pela calorosa recepção, disponibilidade, apoio e amizade e por me oportunizarem participar da implantação da maternidade, facilitando o desenvolvimento deste estudo.*

*Às gestantes de alto risco e acompanhantes, que me enriqueceram com suas vivências, experiências, conhecimentos e aceitaram participar da construção deste processo educativo, expressando seus sentimentos e dificuldades, possibilitando ampliar meus conhecimentos sobre o processo ser e viver das gestantes de alto risco.*

*Aos(as) funcionários(as) da pós-graduação, pelas orientações, encaminhamentos e contribuições dadas ao longo deste processo.*

*Ao grupo de casais do Movimento de Emaús/São Pedro, que me acompanhou durante este tempo, pela amizade e solidariedade.*

*À Carmem e Beatriz, pela amizade durante todos estes anos.*

*À Lurdinha, Lindaura e Rose, pela confiança depositada.*

*Ao José Ricardo, por me auxiliar na preparação do material para a apresentação.*

*A todos que de forma direta ou indireta, contribuiriam para que esta etapa de minha vida se concretizasse.*

## SUMÁRIO

<b>RESUMO.....</b>	<b>X</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>XI</b>
<b>1. DELINEANDO MINHA TRAJETÓRIA E PROPONDO UMA NOVA PRÁTICA.....</b>	<b>1</b>
<b>TRAÇANDO OS OBJETIVOS DO ESTUDO .....</b>	<b>9</b>
OBJETIVO GERAL.....	9
OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	9
<b>2. EXPLICITANDO ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO NORMAL E A DE ALTO RISCO.....</b>	<b>10</b>
2.1. ENFOCANDO A CONCEPÇÃO E A GESTAÇÃO NA PERSPECTIVA HISTÓRICA E SOCIAL.....	11
2.2. DELIMITANDO AS CONCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ NORMAL .....	26
2.3. CONTEXTUALIZANDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO.....	33
2.3.1. <i>RELACIONANDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E HOSPITALIZAÇÃO.....</i>	<i>40</i>
2.4. COMPREENDENDO O PROCESSO EDUCATIVO E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO .....	52
<b>3. DELINEANDO O REFERENCIAL TEÓRICO .....</b>	<b>58</b>
3.1. CONCEITOS.....	59
3.2. PRESSUPOSTOS.....	71
<b>4. BUSCANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO .....</b>	<b>74</b>
4.1. CONTEXTUALIZANDO O AMBIENTE DO ESTUDO .....	76
4.2. CARACTERIZANDO A POPULAÇÃO ALVO .....	82
4.3. CONSTRUINDO O PROCESSO EDUCATIVO .....	84
4.3.1. <i>PLANEJANDO O PROCESSO EDUCATIVO.....</i>	<i>84</i>
4.3.2. <i>PROCURANDO NOVAS ALTERNATIVAS.....</i>	<i>88</i>

<b>5. DESCREVENDO AS ETAPAS DO PROCESSO EDUCATIVO.....</b>	<b>91</b>
5.1. DESCOBRINDO- SE.....	92
5.2. DESVELANDO A SITUAÇÃO .....	93
5.3. PROPONDO E AGINDO.....	98
5. 4. REVENDO E REDIRECIONANDO .....	103
<b>6. INTERLIGANDO AS MALHAS DA REDE .....</b>	<b>107</b>
<b>7. TEMATIZANDO AS SITUAÇÕES DO CUIDADO .....</b>	<b>126</b>
7.1. VIVENCIANDO AS EXPECTATIVAS E PREOCUPAÇÕES COM O PROCESSO DE SER E DE VIVER DO BEBÊ .....	128
7.2. VIVENCIANDO O PROCESSO DE SER E VIVER A GRAVIDEZ, O PARTO E PUERPÉRIO.....	135
7.3. REFLETINDO SOBRE O SEU VIVER, VISLUMBRANDO O FUTURO.....	144
7.4. VIVENCIANDO O PROCESSO DA HOSPITALIZAÇÃO .....	149
7.5. TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES EM RELAÇÃO AOS TEMAS.....	157
<b>8. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>161</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>167</b>

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes.** Florianópolis, UFSC, 1998. 179p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

## RESUMO

Este estudo teve por objetivo desenvolver um processo educativo com gestantes de alto risco e seus acompanhantes, tendo como base em um referencial teórico, fundamentado em idéias próprias e de autoras como King e Haguette. Estudos nesta área são fundamentais, principalmente, por ser a gestação de risco um processo extremamente complexo, envolvendo transformações pessoais, sociais, econômicas, psicológicas, espirituais e culturais, mudanças de papéis, além de riscos para a mãe e feto. A hospitalização e o repouso, aos quais estão submetidas as gestantes, podem contribuir, ainda mais, para aumentar a crise e o estresse vividos não só por elas, mas também pelos familiares. Este estudo foi desenvolvido na maternidade do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de primeiro de maio a trinta de junho de 1997, utilizando-se como metodologia a observação participante. Constituiu-se de treze encontros, com a participação de dezessete gestantes e nove acompanhantes. O processo educativo foi construído, a partir da interação e transação entre gestantes, acompanhantes e enfermeira, os quais partilharam conhecimentos e experiências, objetivando o crescimento mútuo. Compreendeu quatro etapas intimamente relacionadas, ocorridas de forma simultânea e contínua, denominadas: descobrindo-se, desvelando a situação, propondo e agindo e, revendo e redirecionando. Nos encontros, a partir das falas das gestantes e acompanhantes, emergiram os seguintes temas: vivenciando as expectativas e preocupações com o processo de ser e viver do bebê; vivenciando o processo de ser e viver da gravidez, do parto e do puerpério; refletindo sobre o seu viver e vislumbrando o futuro e, vivenciando o processo de hospitalização. As etapas descritas e os dados foram analisados e interpretados à luz do referencial adotado e com base nas idéias de diversos autores nacionais e internacionais. O estudo permitiu-me concluir que a educação é um suporte para a gestante e familiares, possibilitando-os compreender suas vivências em relação à gestação e riscos. Neste sentido, defendo o processo educativo como uma dimensão fundamental do cuidado, devendo ser mais enfatizado pela enfermagem, com o objetivo de auxiliar a gestante e acompanhante no resgate de seus papéis de protagonistas do processo de gestação e do nascimento e, propiciar a vivência deste processo de forma mais tranqüila e feliz. Espero que este estudo, além de poder contribuir para a construção de conhecimento nesta área, possa subsidiar a prática de enfermagem, a partir de um refletir e repensar as condutas que vem sendo adotadas no cuidado a esta clientela.

Palavras chaves: Processo educativo, gestantes, alto risco.

ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota. **The being-and-living education in nursing process with high-risk gravids and their escorts.** Florianópolis, UFSC, 1998. 179p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1998.

## ABSTRACT

The study sought to develop an educative process with high-risk gravids and their escorts, based on a framework developed with the author's own ideas and also with those of King e Haguette. Studies in this area are fundamental, mainly because high-risk pregnancy is an extremely complex process, implicating personal, social, economical, psychological, spiritual and cultural transformations, and role changes, in addition to risks incurred by mother and fetus. Hospitalization and rest to which gravids are submitted, may contribute still more to increase crisis and stress lived not only by them but also by their family members. This study was conducted at the University Hospital Maternity, the Federal University of Santa Catarina, from May first to July 30, 1977, the adopted methodology being that of participant observation. Thirteen meetings were held, 17 gravids and 9 escorts having participated. The educative process was built on interaction and transaction congregating gravids, escorts, and nurse, all of them showing knowledge and experiences, seeking mutual growth. Four stages, closely related, are comprized, happening simultaneously and continuously, namely: discovering oneself, unveiling the situation, recommeding and acting, and reviewing and redirectioning. At the meetings, based on gravids and escorts discourse, the following themes emerged: living through the expectations and concerns regarding the newborn being-and-living process; experiencing the being-and-living process of pregnancy, of delivery and puerperium; reflectioning on her own living process and disclosing the future; and living through the hospitalization process. Stages, as described above, and data, were analysed and interpreted according to the adopted framework and based on the ideas of various national and international authors. We come to the conclusion that education becomes a support to the gravid and her family, allowing them to understand their living process as related to the pregnancy an its risks. In that sense, I am for the education process as a fundamental dimension of care, to be more emphasized by nursing to aid the gravid and her escort to be conscious of their roles in pregnancy and birth. In this way, the protagonists will live through the process in a placid and happy way. It is our hope the present study, in addition to offering a contribution to the build-up of knowledge in this area, may be able to offer ways and means to the practice of nursing. The starting point would be a reflectioning and renewed thinking of those conducts presently adopted in the care for these clients.

Key Words: education process, high-risk gravids.

## **CAPÍTULO 1**

### **DELINEANDO MINHA TRAJETÓRIA E PROPONDO UMA NOVA PRÁTICA**

*Somos o que são nossos pensamentos, sonhos e aspirações...  
Traduzidos em gestos concretos no chão da realidade  
(Roque Schneider, 1998).*



Inicialmente, a vida me levou a navegar em mares que não almejava, a psiquiatria. Lembro com clareza, a fragilidade e a insegurança da recém-formada, em contraste com a credibilidade daqueles que viviam as mazelas da vida, em busca da sanidade mental. Cresci pessoal e profissionalmente, no que se refere às relações interpessoais e à questão da empatia, tão preconizadas por Travelbee (1979). Recordo suas citações, as quais enfatizavam que as relações existentes entre a enfermeira e o cliente propiciavam a ambos, a troca de experiências e conhecimentos que, conseqüentemente, poderiam gerar mudanças em seus comportamentos. O cliente poderia ampliar sua capacidade de enfrentar a realidade e a enfermeira poderia crescer como ser humano, compreendendo o pouco que sabia e o muito que tinha a aprender, com relação ao conhecimento de si e dos outros.

Esta bagagem teórico-prática foi de fundamental importância no trabalho que desenvolvi posteriormente, em meados de 1985, ocasião em que surgiu a oportunidade que sempre sonhara, a de trabalhar em uma maternidade. Trabalhar com mulheres que, como eu, tinham uma história de vida, compartilhada com outras mulheres, no contexto sócio-cultural e histórico, no qual estavam inseridas. Trabalhar com gestantes, puérperas e parturientes que, segundo Maldonado (1990), vivem uma situação natural, porém, permeada de mudanças, de alterações de papéis e de formação de identidade, uma situação de "crise".

Os anos transcorreram, porém, durante todas aquelas vivências, sempre tive consciência da importância do período gestacional, considerando-o como uma ocasião propícia para a enfermagem atuar, a fim de evitar prognósticos desfavoráveis e favorecer a passagem da mulher por este processo, de forma mais prazerosa e feliz.

Enquanto enfermeira assistencial, ou enquanto supervisora e chefe de Enfermagem da Maternidade Darcy Vargas de Joinville- Santa Catarina, observava as ansiedades e expectativas das gestantes de alto risco e detectava a necessidade premente de um suporte educacional, que as auxiliassem na condução da gravidez. Entretanto, a burocracia, as rotinas existentes e a falta de recursos humanos impediam-me de desenvolver um trabalho educativo, mais inovador. Deste modo, quase tudo se restringia às orientações individuais. Contudo, mesmo com tais dificuldades, tive a oportunidade de desenvolver um trabalho multidisciplinar, com uma terapeuta ocupacional e uma psicóloga, envolvendo as gestantes de alto risco, no qual introduzimos a praxiterapia. Lembro-me de que aquele trabalho contribuiu muito para o restabelecimento das gestantes, lá hospitalizadas. Naquela ocasião, também ministramos um curso para as gestantes da rede básica, no qual desenvolvemos assuntos ligados ao processo de nascimento. Aproveitávamos aquele momento para realizar visitas às unidades da Maternidade, buscando familiarizar as gestantes com aquela realidade, o que propiciava, na opinião delas, maior segurança.

Em 1994, comecei a desenvolver atividades no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em nível estadual, agora não mais com gestantes, mas com profissionais, para instrumentalizá-los nas questões relativas às mulheres. Posteriormente, no final de 1994, ingressei na Universidade, como docente da disciplina de Enfermagem Obstétrica e Ginecológica, enfocando a assistência primária.

Naquela ocasião, discutia-se a implantação da Maternidade do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, tendo sido convidada a desenvolver, em conjunto com uma equipe interdisciplinar, os trabalhos de estruturação da mesma. Tornava-se realidade o sonho de contribuir para a criação de uma maternidade, que contemplasse a vivência do processo de nascimento de forma mais humanizada. Assim surgiu, em 24 de outubro de 1995, a referida maternidade, cujas vigas mestras eram e continuam sendo até hoje, a humanização e a interdisciplinaridade. Conquistava-se o direito do pai acompanhar a gestante e participar de todo o processo, da gestação ao puerpério, a possibilidade de escolha de outras formas de parir e a liberação de visitas para os filhos no Alojamento Conjunto (AC), buscando-se fortalecer o vínculo familiar.

Paralelo a este trabalho, implantei, em parceria com uma equipe multidisciplinar, um curso de extensão para gestantes e casais grávidos, através do qual a clientela partilhava sua experiência, adquiria novos conhecimentos sobre o processo de nascimento, bem como tinha a oportunidade de conhecer os espaços da maternidade.

Mesmo realizando todas estas atividades, a necessidade de desenvolver um trabalho com gestantes de alto risco inquietava-me. Certo dia, quando aguardava uma enfermeira para combinar alguns detalhes a respeito de uma outra atividade a ser implementada na área, uma gestante ali hospitalizada entrou subitamente, sentou-se ao meu lado e expôs suas ansiedades em relação à gestação e à hospitalização. Naquele instante ocorreu-me: por que não desenvolver um trabalho com gestantes de alto risco?

Contribuiu para esta decisão o fato de ter vivenciado o processo de gestação de alto risco, quando fui internada com o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Minha situação diferia das demais gestantes, uma vez que estava familiarizada com o ambiente, o pessoal, as condutas e detinha conhecimentos sobre o processo de gestar e parir, o que, certamente, dava-me maior tranquilidade e confiança. Contudo, sentia, como todas elas, o afastamento do domicílio e dos familiares e enfrentava os riscos inerentes a minha condição. Aquela experiência oportunizou-me um novo olhar para as gestantes de alto risco, o que serviu de estímulo para o aprofundamento de meus conhecimentos na área. As vivências, no âmbito pessoal e profissional, foram os primeiros impulsos motivadores para o desenvolvimento deste estudo, que tem como focos centrais, o desenvolvimento do processo educativo com gestantes de alto risco e acompanhantes e as questões do processo de ser e viver das gestantes de alto risco.

Estudos sobre estas questões são fundamentais em nosso meio. Na enfermagem brasileira, a gestação de alto risco e suas intercorrências são pouco abordadas e, quando o são, enfatizam a dimensão biológica, centrando-se nos riscos. Esta perspectiva já era esperada, na medida em que ainda se privilegia o modelo de assistência biologicista e curativo. Destaco também o percentual significativo de gestantes nestas condições, que necessitam de um suporte que as auxiliem a vivenciar esta experiência de forma mais tranqüila. Em nível internacional e nacional, as gestantes de risco representam de 10 a 20% do total

das mulheres grávidas (Kemp & Hatmaker, 1989). Estas gestantes apresentam maiores probabilidades de ter uma evolução desfavorável na gravidez, quer para o feto, quer para si, por estarem expostas aos fatores de risco, sejam eles: sociais, econômicos, demográficos, comportamentais, psicológicos, clínico-obstétricos ou por sofrerem de alguma patologia que surge ou se agrava durante a gestação.

A vivência da gestação de alto risco caracteriza-se por um processo complexo, subjetivo, sendo extensivo a toda a família e meio social. Pode gerar situações de crise, que envolvem transformações fisiológicas, psicológicas, sociais, econômicas, culturais, espirituais e alterações de papéis, implicando na aceitação ou não da gravidez; aspectos estes, também inerentes ao processo de gestação normal. Associado a todas estas mudanças, ocorrem situações de tensão na vida das mulheres e familiares, podendo tornar este período extremamente estressante. Dentre os aspectos estressantes relatados pelas gestantes de alto risco e também descritos por especialistas da área (White & Ritchie, 1984; Loos & Julius, 1989; Clauson, 1996), destacam-se: o temor, decorrente da dúvida em relação a sobrevivência do filho e medo pela própria vida; o distanciamento do bebê e preparativos relacionados ao nascimento, com o intuito de evitar o sofrimento; o sentimento de culpa por não conduzir a gravidez de forma normal; falta de controle da gestação e do corpo. Em decorrência da hospitalização, podem também ocorrer alterações no ritmo familiar e problemas para as gestantes e familiares, entre eles: o afastamento da mulher do seu domicílio, dos familiares, das atividades profissionais e domésticas; adaptações da gestante ao novo ambiente, às rotinas, às condutas hospitalares, aos hábitos culturais; solidão, ansiedade, tédio, depressão e medo; sobrecarga de funções para alguns familiares, normalmente, o marido, que passa a assumir o cuidado com os filhos e com a casa (White & Ritchie, 1984; Loos & Julius, 1989; Maloni & Ponder, 1997). O repouso parcial ou total, conduta terapêutica normalmente adotada e aceita para tratamento das intercorrências na gravidez de alto risco, pode, por sua vez, gerar nas gestantes alterações musculares e emocionais, alterações de peso e sono, ociosidade e falta de concentração, que podem aumentar, ainda mais, a situação de estresse vivenciada por estas mulheres (Maloni, 1993a/b, 1994, 1996).

Devido a toda esta complexidade, entendo que a gestação de alto risco deva ser vista de forma mais ampla. Não deve ser reduzida apenas ao aspecto biológico e ao tratamento das intercorrências, enfocando os riscos e a sobrevivência do bebê, esquecendo-se de que a mulher e familiares, também, estão vivenciando o processo da gravidez e crises ligados a ele. Além disso, não se pode esquecer que as gestantes e acompanhantes são seres humanos, que precisam ser compreendidos, informados e fortalecidos, para que desta forma, possam tornar-se agentes deste processo. Considero ainda, que a gestante e familiares, mesmo vivenciando a gestação de alto risco, podem vivê-la de maneira mais tranqüila e com mais segurança se compartilharem e trocarem experiências e conhecimentos com outras gestantes e profissionais de saúde, sendo isto possível, através de uma prática educativa.

Nesta perspectiva, o processo educativo é um dos caminhos que pode ser utilizado para dar suporte às gestantes de risco, diminuindo o estresse e crise decorrentes das implicações da gestação e dos riscos, minimizando os efeitos da hospitalização e repouso, na medida em que facilita o enfrentamento destas dificuldades, a partir da troca de conhecimentos e experiências e busca de respostas para as dúvidas encontradas. O processo educativo pode propiciar, assim, o desenvolvimento das potencialidades dos envolvidos, gestantes e acompanhantes, estimulando-os a tornarem-se protagonistas, sujeitos ativos do processo do nascimento. Este período é um momento primordial para se tratar de assuntos e partilhar vivências relativas à gravidez, aos riscos, ao preparo para o parto, puerpério e aos cuidados com o bebê. Isto porque, esta clientela apresenta um grande número de questionamentos, tem mais disponibilidade de tempo e está bastante envolvida com a gestação. Assim sendo, é de fundamental importância que a enfermagem desenvolva trabalhos com esta clientela, não se fixando à patologia, como vem comumente sendo realizados e sim, procurando vê-la em sua totalidade, nos mais diversificados aspectos deste processo. O enfoque educativo é uma das principais alternativas que a enfermagem dispõe, que pode auxiliar a mulher a resgatar seu papel ativo na condução da gestação, tratamentos e cuidados com sua pessoa.

A gestação de alto risco é, portanto, uma ótima oportunidade para a enfermagem desenvolver ações de promoção à saúde e prevenção das doenças.

A melhor compreensão, pela (o) enfermeira (o), das percepções, ansiedades e preocupações das gestantes de alto risco e familiares, favorece sua avaliação, plano e prescrição, propiciando cuidados mais adequados e condizentes com as expectativas e reais necessidades da clientela, o que enfatiza ainda mais a relevância e necessidade do aprofundamento deste tema, em nosso meio.

Com base no exposto, desenvolvo, neste estudo, um processo educativo com gestantes de alto risco e seus acompanhantes, tendo como referencial teórico conceitos e pressupostos fundamentados em crenças e valores próprios, bem como em idéias de alguns autores como King (1981) e Haguette (1990). Dando prosseguimento, enfatizo que a interação contínua e dinâmica dos seres humanos consigo, entre si e com o meio social é condição essencial para a implementação do processo educativo.

Este estudo, realizado na maternidade do Hospital Universitário, da Universidade Federal de Santa Catarina, no período de 01/05 a 30/06/97, requisito para obtenção do título de mestre, consiste de um processo educativo, construído em co-participação com a clientela, através da interação dinâmica entre os participantes. Busco, através dele, compartilhar conhecimentos e experiências, com vistas ao crescimento mútuo e a maior autonomia dos envolvidos.

Nesta perspectiva, abordo neste capítulo os motivos que me levaram a desenvolver esta dissertação, a justificativa da relevância desta tema para a prática de enfermagem. A seguir, proponho os objetivos deste estudo. No segundo capítulo realizo uma revisão bibliográfica, abordando a concepção e a gestação numa perspectiva histórica e social, evidenciando como era compreendido o risco em determinados momentos históricos. As diversas concepções e representações da gestação normal e de risco, bem como a relação entre a gestação de alto risco e a hospitalização e o repouso, também são abordadas no referido capítulo. Tento ressaltar que a concepção que se tem da gestação, seja ela de alto risco ou não, influencia o cuidado prestado e necessário à clientela. Enfoco também os efeitos decorrentes da hospitalização e como estes podem influenciar a condução da gestação de alto risco. A seguir contextualizo o processo educativo e evidencio sua importância como suporte na condução da vivência da gestação de alto risco, auxiliando a todos os envolvidos

à vivenciá-la de forma mais tranqüila e segura. Ressalto o papel importante da enfermeira ao cuidar-educando, na medida em que tal ação pode vir a favorecer a socialização de novos conhecimentos e fortalecer os seres humanos para que possam desenvolver um papel ativo em seu meio. No terceiro capítulo, descrevo o referencial teórico que direcionou o processo educativo, estabelecendo os conceitos e relacionando-os entre si. O estabelecimento deste sistema organizado de conhecimento possibilita um olhar específico para a realidade da gestante de risco e seu acompanhante e facilita o desenvolvimento do processo educativo. A sistematização deste estudo, enfocando a metodologia, a contextualização do ambiente e população, é abordada partir do quarto capítulo. Nos capítulos seguintes explico os resultados que incluem a descrição, a análise e a discussão do processo realizado. No quinto capítulo, descrevo o processo educativo construído pelo grupo, enfocando as suas etapas e como estas se interpenetraram, além de identificar e descrever as tecnologias do cuidado e as estratégias utilizadas nos diversos encontros. A interrelação dos conceitos e a sua operacionalização na prática são demonstradas e analisadas no sexto capítulo, intitulado "Tecendo as malhas da rede". Dando prosseguimento, a partir das falas dos participantes no processo educativo são categorizados os temas que mais emergiram durante o processo educativo, os quais são analisados e discutidos à luz das idéias de diversos autores nacionais e internacionais. Finalmente, no último capítulo ressalto as facilidades, contribuições e recomendações para que se dê continuidade e se elabore outros trabalhos com esta parcela da população.

## **TRAÇANDO OS OBJETIVOS DO ESTUDO**

*Somente chega quem caminha  
(Autor desconhecido, 1998).*

### **OBJETIVO GERAL**

Desenvolver um processo educativo em enfermagem, com gestantes de alto risco hospitalizadas e seus acompanhantes, tendo como base um referencial teórico, fundamentado em idéias próprias e de autoras como King e Haguette.

### **OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

- a) Propor e operacionalizar um marco referencial para direcionar o processo educativo vivido com gestantes de alto risco e seus acompanhantes, com base em idéias próprias e de autoras como King e Haguette;
- b) Refletir sobre a experiência de aplicar o referencial teórico, procurando analisar a adequação deste com a prática;
- c) Desenvolver e analisar o processo educativo com gestantes de alto risco e acompanhantes, buscando contribuir para a vivência dos aspectos saudáveis da gestação;
- d) Contribuir para a construção do conhecimento acerca do processo de ser e viver da gestante de alto risco e do acompanhante, com base na análise dos temas emergentes no processo educativo.



## CAPÍTULO 2

### EXPLICITANDO ALGUMAS CONCEPÇÕES SOBRE A GESTAÇÃO NORMAL E A DE ALTO RISCO

*Grávida*

*Ávida*

*Pávida*

*Grá... vida*

*À... vida*

*Dá... Vida*

*Com desejo ou com medo*

*Há vida na grávida*

*Que ora ávida pela*

*Vida*

*Ora com medo da*

*Vida*

*Não da própria*

*Vida*

*Mas da Nova*

*Vida*

*Que nela gera*

*(Paloma Pacheco, 29/09/97).*

Neste capítulo busco, na literatura nacional e internacional e em várias áreas do conhecimento, subsídios para fundamentar este estudo. Inicialmente, abordo a concepção e gestação no contexto histórico e cultural, desde a antigüidade até os dias atuais, expondo determinados aspectos sociais, religiosos e políticos, que influenciaram e continuam influenciando este evento na vida das mulheres. Enfoco, sobretudo, os riscos vividos na gestação, nos diversos períodos da história. Na seqüência, apresento as diferentes concepções e representações sociais, referentes à gravidez normal, com o objetivo de melhor compreender este processo e subsidiar o entendimento sobre a gestação de alto risco. Dando prosseguimento, evidencio as diferentes concepções e classificações sobre a gestação de alto risco, relacionando-as com a hospitalização. Finalmente, enfatizo o processo educativo como instrumento de socialização do conhecimento e de experiências para uma maior autonomia da clientela nas decisões, buscando contribuir para uma vivência mais tranqüila, menos traumática do processo da gestação de alto risco.

## **2.1. ENFOCANDO A CONCEPÇÃO E A GESTAÇÃO NA PERSPECTIVA HISTÓRICA E SOCIAL**

*História é a reconstrução do caminho percorrido pelas pessoas, em diferentes tempos e lugares. Explica o passado, auxilia a compreender o presente e a prever o futuro.*

A gestação e a fecundação do ser humano, desde os primeiros tempos, eram envolvidas por mistérios, tabus, preconceitos e rituais, que buscavam explicar o incompreensível, o não visto, a causa geradora do ser humano, bem como o seu desenvolvimento. Os mitos em relação à gravidez eram e continuam sendo incontáveis, remontando desde os tempos mais antigos, alterando-se de acordo com cada cultura e momento histórico.

Os mitos gregos transmitiam, na visão de gênese do mundo, a crença de que a criação dos seres humanos dava-se em um mundo sem mulheres. Assim sendo, a gestação era assunto dos homens. Nesta perspectiva, no século II da era cristã, Luciano de Samosata (125-195?), escritor grego da Ásia, inventou um mundo sem mulheres, em que os casamentos ocorriam entre machos e as crianças eram gestadas na barriga da perna dos homens (gastêr). Quando estava na hora de nascer, eles faziam uma incisão e retiravam a criança morta, restituindo-lhe a vida, expondo-a ao vento, de boca aberta. Ainda segundo ele, havia uma raça chamada dentrites, que nascia a partir de um corte no testículo direito do homem, que plantado na terra, gerava uma grande carne parecida com um falo. A árvore, por sua vez, tinha folhas e frutos grandes, que quando maduros, ao serem descascados, deles surgiam os homens (Roussele, 1990).

Por outro lado, os seres humanos tentavam também compreender a fecundação e a gestação, atribuindo como causa das mesmas a ação de animais, plantas e espíritos divinos. Numerosos relatos e mitos de determinadas tribos, oriundos dos tempos mais remotos, testemunhavam que a lua era capaz de engravidar as mulheres. O homem primitivo estabelecia, certamente, uma relação causal entre o fato de uma mulher fazer oferendas, invocar o auxílio de astro noturno, de dormir expondo-se à luz da lua nova e o fato de estar grávida. Achava-se que a função do homem limitava-se a romper o hímen ou a dilatar a passagem que permitia a penetração dos raios da lua, pois ela era o agente procriador. Além da lua, os vegetais também estavam ligados ao fenômeno da concepção. As narrativas mitológicas comprovam a crença na fecundação da mulher pela planta. Assim sendo, as mulheres ficavam grávidas por tocarem ou abraçarem uma árvore, por terem respirado e aspirado o ar, por terem entrado em contato com o aroma exalado por uma flor, por terem ingerido fruto ou legume (Barbaut, 1990).

Em relação aos animais, os mitos também eram numerosos. Desta forma, a serpente representava, para numerosas civilizações que admitiam a metempsicose, a reencarnação de um antepassado no mundo dos vivos. Eram e são, comumente, o símbolo da fertilidade e da fecundidade. Em certas regiões da Europa, as mulheres receavam que uma serpente entrasse na sua boca durante o sono, sobretudo na época das regras, e as engravidassem. Contudo, se o folclore

universal era pródigo de histórias que relatavam acasalamentos entre uma mulher e uma serpente, era também ao atribuir, já na Modernidade, na Europa, à cegonha, e na China, à garça real, o poder de ser a causa da concepção, pelo simples efeito do olhar. Havia também, na antigüidade, a idéia da concepção, através da geração espontâneo-heterogênica, nascimentos de seres vivos sem progenitores, convicção partilhada por Aristóteles, Virgílio e Ovídio (Ibidem, 1990).

Na Antigüidade, a gravidez era extremamente valorizada, em razão de sua finalidade, a perpetuação da espécie. Em determinadas culturas as mulheres grávidas eram colocadas acima da humanidade vulgar, escolhidas por um Deus para dar continuidade à vida humana, sendo respeitadas e cultuadas através da religião. Eram esplêndidas caixinhas que encerravam uma jóia inestimável, as magníficas incubadoras da progeneritura humana (Barbaut, 1990). Na Grécia antiga, em Atenas, a casa de uma mulher grávida era considerada um lugar de asilo inviolável, um santuário sagrado, onde até os criminosos encontravam refúgio seguro. Em Esparta, evitava-se que a gestante participasse de espetáculos de lutas e de circunstâncias violentas, ou seja, de todo acontecimento ou imagem que pudesse causar-lhe má impressão. Entre os romanos, as mulheres grávidas tinham prioridade em relação aos homens mais honrados, os magistrados, não necessitando atravessar a rua conforme norma estabelecida. Isto ocorria, para evitar que houvesse uma queda ou transtornos prejudiciais ao seu estado. Na casa, na qual morava uma mulher grávida, suspendiam-se grinaldas ou coroas de louro, para evitar qualquer visita incômoda, ficando sua casa interdita aos próprios oficiais de justiça e credores (Barbaut, 1990).

Em relação às vestimentas das gestantes, havia também alguns tabus. Durante os últimos meses de gravidez, isto já na época Romana, a mulher grávida usava vestes largas para não prejudicar o desenvolvimento do filho. Naquela época, a mulher não devia usar anel, nem laços, assim como não deveria dar laços ou nós. Estas proibições simbólicas destinavam-se a proteger o nascituro, facilitando-lhe o caminho de saída e evitando complicações ou riscos. Nesta perspectiva, em numerosas regiões do mundo, se uma mulher grávida usasse colares, o filho poderia nascer com o cordão enrolado em torno do pescoço, levando ao risco de sufocação. Por outro lado, para outras civilizações

aconteciam o contrário, era comum o uso de correntes em torno do ventre. A mulher grávida sudanesa usava e usa até hoje uma cinta de pele de píton, dada as suas virtudes mágicas para preservação de todos os males (Barbaut, 1990).

As visões a respeito da gestação e concepção representavam crenças da população, em seu contexto histórico, social e cultural. Além de tabus, as condutas também eram regidas por estas visões e evoluíam na medida em que a sociedade também evoluía. Os riscos vivenciados pelas mulheres que gestavam eram, assim, explicados empiricamente.

Na Antigüidade, na época romana, o casamento tinha por finalidade apenas a reprodução do ser humano. A gestação, além de visar a manutenção da espécie, era meio utilizado para aumentar o legado, uma vez que o nascimento do filho representava a efetivação da união e dava direito a um dote. Além disso, a gestação gerava mais homens, o que fortalecia os exércitos. Contudo, as mulheres tinham seu destino determinado pela maternidade, uma vez que, no mundo romano, a primeira certeza era o risco mortal da gravidez e, principalmente, dos partos, em todas as classes sociais. Cerca de 5 à 10% das mulheres morriam de parto e de suas seqüelas. Nem parteiras, nem médicos estavam seguros de levar um parto a um final feliz. Daí, inventou-se um perigo mortal para as gestações e os partos de 8º mês, tanto para a mãe quanto para o filho, enquanto a criança de sete meses tinha um prognóstico favorável, sendo o feto viável e o nascimento um acontecimento feliz. Os casamentos, na era greco-romana, eram pré-pubertários, aumentando os riscos na gravidez, uma vez que o corpo não estava totalmente preparado. Somava-se a isto, o grande número de gravidezes, já que a procriação e a maternidade eram iniciadas muito cedo. As gestantes e aquelas que as rodeavam temiam os partos e pediam conselhos aos médicos, que em decorrência dos riscos inerentes a esta fase da vida, preconizavam a abstinência sexual na gravidez (Roussele, 1990). A gravidez naquela época era considerada uma situação de grande risco ao binômio mãe e filho, sendo pouco compreendida pelos *experts* da área.

Desta forma, na Antigüidade, a concepção e a gestação foram alvos de dúvidas e de inquietações, que se estenderam também para a Idade Média. Da Idade Média (séc.V ao XV) até o século XVIII, novas especulações surgiram em torno da concepção. Alguns inscritos expressavam a opinião de que as mulheres

poderiam ser fecundadas através do ar dos ventos. Avicena difundiu esta idéia no mundo árabe, o que fez da mulher uma companheira e uma cúmplice do ar, do sopro e dos gênios eólicos (Barbaut, 1990). Alguns intelectuais e médicos, acreditavam na idéia de que uma mulher poderia engravidar, mesmo sem que o ato sexual se completasse. A gravidez poderia ocorrer através da água do banho, na qual um homem tinha lançado sua semente. Averróis, filósofo e médico, dizia que não havia prazer, nem emissão de semente por parte da mulher, porém a fecundação ocorria (Thomasset, 1990).

Na Idade Média, no séc. VII, teólogos acreditavam na fraqueza física da mulher, garantia de submissão ao homem e tinham a idéia de que a gestação não era determinada pela mulher. Acreditavam que esta era um ser governado pelo seus órgãos sexuais, sendo um instrumento para continuidade da raça humana, da procriação. Estudiosos buscavam explicações para a procriação através de estudos da anatomia feminina, havendo grandes progressos nesta área. Surgiram as enciclopédias medievais, que permitiram a vulgarização e difusão deste assunto junto a um público mais vasto de pessoas cultas, além dos médicos. A primeira delas foi a "*Dragmaticon*" de Guilherme de Conches (morto em 1150), seguida, na segunda metade do século XIII, pela "*Speculum Naturale*", de Vicente de Beauvais, pelo gênero enciclopédico, "*De Proprietatibus Rerum*" de Bartolomeu, o inglês, e o "*De Naturis Rerum*" de Alexandre Neckham. Todas estas obras estudavam o processo da procriação, da gravidez e tratavam, em particular, do cuidado da anatomia e fisiologia materna, porém, como um produto inferior ao homem. Naquela época, o pensamento medieval, servindo-se de Aristóteles, mas sobretudo de Galeno, abarcava a idéia de uma semelhança inversa dos órgãos masculinos e femininos. No *Cânone de Avicena* esta proposta enunciava-se assim:

*Eu digo que o instrumento da geração na mulher é a matriz e que ela foi criada semelhante ao instrumento de geração do homem, quer dizer o pênis e o que o acompanha. No entanto, um destes instrumentos é acabado e voltado para o exterior, e o outro diminuído e retido no interior, constituindo-se, de certa maneira, o inverso do instrumento viril (Thomasset, 1990, p.69).*

Em contrapartida, discutiu-se também, entre os intelectuais e médicos, a concepção, utilizando a teoria seminista. A existência do esperma feminino, que definia o papel da mulher na gestação, não foi confirmada através da observação

imediate. Tornava-se por isso espaço de controvérsia científica e teológica. Posteriormente, a existência do esperma feminino pode ser admitida, porém a ele, era negada qualquer utilidade. Não se atribuía a este humor nenhuma parcela de virtude formativa na construção do embrião. Nas entrelinhas, lia-se a dicotomia aristotélica, “*a matéria é construída de mênstruos, a forma da semente viril*” (Thomasset, 1990, p.81). A idéia da semente feminina, debatida e conquistada na Idade Média, ocupou lugar central no pensamento das casuísticas.

Na Idade Média, os cientistas buscavam através de seus estudos descobrir os responsáveis pela concepção e reprodução humana. Tais idéias sobrepunham-se as suas preocupações em relação aos riscos advindos da gestação. Acredito que o fato de se considerar a mulher como um ser inferior ao homem, contribuiu para que se adotasse tal postura.

No século XIII, a procriação e educação da prole constituíam um dos bens do casamento, mas gerar filhos representava também para as mães, a condenação pelo pecado de Eva. A obrigação primeira da mãe em relação à prole era, portanto, a de pôr no mundo os filhos. Gerar continuamente e até a morte, segundo expressão do dominicano Nicolau de Gorran. O risco e a morte, decorrentes da gestação, eram considerados como castigos de Deus às mulheres, em virtude do pecado original. Francisco Barberino, em *Regimento*, citava o receio das mulheres gerarem filhos doentes ou deformados, o que sustentava e reforçava os interditos sexuais. Nesta perspectiva, a gravidez e parto, lidos na óptica da condenação bíblica, apareciam como os momentos mais trágicos de uma vida miserável para todos, mas de modo especial para as mulheres. Menos trágica, era a visão de Francisco de Barberino, que via o período da gravidez como um momento de cautela, meramente humano e de atenções mais do tipo médico do que da moral. Segundo ele, no início da gravidez, a mulher deveria evitar correr, saltar e fazer qualquer movimento que fosse demasiadamente brusco. No momento em que sentisse o movimento do feto esta deveria comer e beber com temperança, viver amiga de Deus e viver alegre, pois, só assim, a sua alma ganharia gentil hábito. Deveria abster-se das relações sexuais, depois da concepção e do parto e amamentar pessoalmente o recém-nascido (Vecchio, 1990).

Entre 1250 e 1500, a gravidez e o parto ainda constituíam um verdadeiro risco de vida para a mulher. A demografia descrevia altos índices de mortalidade durante a fase fértil, devido a estes fatos. Contudo, dar a luz e criar os filhos, ainda eram as tarefas principais, a profissão das mulheres casadas, sobretudo, nas regiões mediterrâneas, isto, apesar da importância e do significado cada vez mais reduzidos da gravidez e da educação dos filhos, tanto entre as famílias artesãs da cidade como entre a nobreza, haja vista, a transferência dos cuidados com os bebês para as amas de leite (Opitz, 1990).

No final da Idade Média, a gravidez, o parto e todas as práticas e conhecimentos a eles relacionados permaneciam, ainda, no domínio exclusivo das mulheres. Aqui, os homens não tinham experiência, nem direito de se pronunciar. O acesso ao quarto da parturiente era oculto, sob o véu e veredicto do pudor e aos homens este espaço era vetado. Os meios de intervenção das parteiras, porém, eram limitados. As cesarianas, por exemplo, apenas puderam ser praticadas ocasionalmente, a partir do século XIII e só em mulheres mortas. As intervenções mais fáceis, como a episiotomia e as poções para fazer aumentar as contrações ou o fórceps, eram bastante desconhecidas, razão das inúmeras mortes. Um problema especialmente difícil era, neste caso, a detecção precoce da gravidez, ficando a critério da própria mulher, a definição deste estado, sendo considerado diagnóstico seguro, o momento a partir do qual o feto movimentava-se pela primeira vez. Mesmo os especialistas não poderiam diagnosticar sem equívocos, a não ser num estado já de evidente avanço da gravidez. Na maioria das vezes, o volume da barriga, eventualmente somado ao exame do colo do útero da mãe, eram os fatores que conduziam a um diagnóstico seguro, porém tardio. Estes métodos de diagnóstico foram descritos, casualmente, nas atas dos tribunais, no discurso de processos, durante os quais mulheres condenadas à morte eram examinadas para detectar uma possível gravidez, para que uma vida inocente não fosse destruída juntamente com a da culpada (Opitz, 1990). Naquela época, eram grandes os riscos enfrentados pelas mulheres grávidas, uma vez que não estavam claros nem o tempo e nem como se desenvolvia todo o processo, dificultando as medidas de intervenção.

No final do século XIV, médicos e teólogos passaram a questionar as práticas das mulheres em relação ao tratamento de doenças, uso de poções e



cuidados em relação à gravidez, ao parto e ao puerpério. O medo de que a mulher pudesse exercer prerrogativas masculinas, o ressentimento da medicina masculina contra um medicina popular e feminina e o medo da igreja perder o poder, culminaram com a perseguição destas mulheres, denominadas pelos homens de bruxas (Frugoni, 1990). O período de caça às bruxas, abarcou mais de quatro séculos, do século XIV ao séc. XVII. Nos finais de século XV e princípio do século XVI registraram-se milhares de execuções na Alemanha, Espanha, Itália e nos meados do século XVI, na França, estendendo-se à Inglaterra. Os inquisidores, tanto católicos como protestantes, realizavam tais acusações e procedimentos, amparados por lei. As bruxas, segundo eles, empregavam o uso de ergotina contra as dores de parto, em uma época em que a igreja considerava a dor como castigo de Deus e pecado original de Eva. As bruxas e curandeiras também empregavam a beladona para inibir contrações, quando existia o risco de ocorrer um aborto espontâneo, indo contra os desígnios de Deus. No final do século XVI, a campanha dos médicos contra as curandeiras urbanas havia conseguido seu propósito, praticamente em toda a Europa. Os homens haviam conquistado um absoluto monopólio sobre as práticas da medicina, entre as classes superiores, a exceção da obstetrícia que continuaria sendo capítulo exclusivo das parteiras, durante outros três séculos (Ehrenreich & English, 1984).

No período do Renascimento, na baixa Idade Média, os textos médicos, em relação à concepção e à gravidez, apoiavam as regras teológicas, difundindo a moderação da paixão e a posição mais favorável para o coito, ameaçando que o desvio à norma poderia resultar numa descendência deformada e deficiente e uma gestação com problemas. Estipulavam que deviam ser evitadas as relações durante o período menstrual, na gravidez ou durante os 40 dias de impurezas que se seguiam ao nascimento do bebê. Assim sendo, os riscos inerentes à gestação tinham explicações fundamentadas em princípios religiosos. No entanto, muitas mulheres esgotadas por sucessivas gravidezes e pelos cuidados com seus filhos, de boa vontade tiravam partido da oportunidade que lhes era concedida pelo direito medieval, de recusar o *debitum conjugale*, sobretudo, porque a castidade era desejável, uma vez que já havia sido constituída uma família bem dimensionada. Naquela época, a gravidez e os filhos dela gerados representavam

a perpetuação da propriedade, a proteção derradeira dos pais idosos, num mundo conturbado e violento (Hufton, 1990).

Do século XIV ao século XVI, o papel da mulher na gestação foi pouco considerada. No final do século XVI e início do XVII, porém, alguns intelectuais, entre eles, Pierre de La Primaudaye, tentavam comprovar que ambos os sexos eram perfeitos, cada um com seu valor intrínseco e afirmavam que a imperfeição apregoada ao sexo feminino constituía-se em uma blasfêmia e heresia. No entanto, apesar destes defensores da identidade feminina considerarem a mulher como um ser acabado e singular, mantinha-se no discurso científico a legitimação de que o papel de cada sexo estava inscrito na natureza, cabendo ao homem o de maior destaque. Assim, para todos os precursores da ginecologia e obstetrícia, seja o alemão Rösslim, o italiano Marinello ou o Francês Liébault, a melhor justificação da mulher e a sua proteção consistiam em explicar a especificidade de seu órgão, através do qual ela seria definida na sua globalidade. Isto porque, a matriz (o útero) era o receptáculo onde se formava uma pequena criatura de Deus, era o órgão que estava em conexão com todas as outras partes do corpo, através do fluxo sangüíneo e do sistema nervoso. O útero era o órgão mais necessário, o mais nobre, enfim, era o órgão detentor de toda a feminilidade. A importância que os médicos e os anatomistas conferiram à matriz, anulava a teoria antiga, porém, condenava a mulher a ser prisioneira do estranho órgão dentro de si. Estava reafirmada a teoria da mulher-útero (Berriot-Salvadore, 1990).

A multiplicidade das obras de ginecologia e de obstetrícia, desde o século XVI, atestava a evolução médica, mas também um nova consciência dos clínicos, ou seja, de que a mulher era um ser valetudinário, sendo que a função do médico era tentar aliviar sua dor, tentar fazer com que ela aceitasse, sem revolta, a sua condição desfavorável e frágil (Berriot-Salvadore, 1990).

Esta situação não permaneceu assim durante muito tempo. Depois de um imobilismo de dezessete séculos, a partir das sucessivas descobertas da biologia, o sistema de geração se revolucionou completamente. Com o novo tratado dos órgãos genitais da mulher (*Mulierum inservietibus tractatus novus*), o holandês Regnerus de Graff deu forma, em 1672 (Século XVII), à teoria ovista, graças as primeiras observações do inglês Harvey e as pesquisas do dinamarquês Stenon.

Tal teoria colocou por terra a teoria seminista, afirmando que alguns animais, e mesmo o homem, têm sua origem num ovo que existe antes do coito, nos ovários da mulher e não num ovo formado na matriz pela cocção de sementes. O fato da mulher contribuir com o óvulo na concepção do ser humano, segundo o holandês, não implicava na necessidade do prazer (Berriot-Salvadore, 1990).

No momento em que a controvérsia ovista atinge o seu auge, o alemão Luiz de Hamm e os holandeses Huyghens e Leuwenhoeck descobrem os espermatozóides. Este fato poderia ter restituído ao homem o seu poder criador. Contudo, a tese “animalculista” chocou os cientistas, que não admitiam que o homem surgisse de um verme. Assim sendo, no final do século XVIII, reafirmam o apego ao sistema “hipocrático seminista” (Berriot-Salvadore, 1990).

A teoria seminista, triunfante até o século XVII, e a ovista, difundida no século XVIII, faziam da mulher uma genitora com poder sagrado e perigoso. O médico, mais consciente da importância de seu discurso, no final do Renascimento até o século das Luzes, intervinha mais diretamente na moral privada e pública, sendo conselheiro da mulher e do casal, além de continuar intervindo nas questões de saúde. Passa também a ver a mulher, não só em suas fragilidades e desordens, mas também busca preservar a sua beleza, sinal de sua perfeição. Seu papel passa a ser ainda mais reforçado após o reconhecimento, pela ciência, de uma anatomia, fisiologia e patologia, especificamente femininas, sendo então, necessário elaborar uma higiene e um estética próprias à mulher. O médico, na sua prática, tornava-se, por vezes, aliado da mulher, contra os preconceitos que a ameaçavam (Berriot-Salvadore, 1990). Foi justamente, naquele período, no século XVIII, que os homens começaram a invadir o último campo forte das curandeiras, a obstetrícia (Barbaut, 1990).

Alguns nomes mais influentes da história da obstetrícia, como Rösslin, Paré e Castro, referiam-se ao estado de gravidez e parto como momento de sofrimento, de dor e de risco. Entendiam que a gravidez, mesmo quando sem complicações era, aos olhos do médico, um estado patogênico que perturbava violentamente o sistema humeral e desregulava o equilíbrio psicológico da mulher. A descrição de síndromes tais como: manchas escuras no rosto, seios inchados e a ansiedade deram origem à narrativas fantásticas, que eram relacionadas com os desejos, com os apetites depravados e com os nascimentos

monstruosos. Segundo a expressão de Louys de Serres, citada por Berriot-Salvadore (1990, p.445), a mulher grávida era como um “terceiro sexo racional, entregue a todas as infelicidades de uma fisiologia desordenada”. A compaixão dos obstetras exprimia-se em recomendações que visavam minorar o estado de perturbação perigoso, tanto para a mãe quanto para o filho; minimizar, sobretudo, a crise do parto; melhorar o conforto da gestante e parturiente e apaziguar os seus receios. A história da operação cesariana remonta daquela época. Durante muito tempo, a operação foi praticada apenas na gestante morta e o cirurgião, ao retirar o bebê, já havia cumprido sua finalidade. Em 1581, François Rousset, o cirurgião francês, publicou um *Traitté Nouveau de L’hysterotomotokie, ou Enfantementt Caesarien*, motivado pela súplica das mulheres que não queriam morrer. Ele defendia a extração da criança pela incisão lateral do ventre e da matriz. Contudo, só em 1630, através de Théophile Raynaud, a cesárea foi anatomicamente demonstrada como possível, a partir dos escritos de Rousset (Berriot-Salvadore, 1990).

Os progressos médicos e os progressos na deontologia dos parteiros contribuíram para a valorização da preparação psicológica das parturientes e a influência do meio no desenvolvimento das potencialidades de resistência à dor. Tais progressos estenderam-se à formação de parteiras, que passaram a aprender em manuais, redigidos em sua intenção, as regras elementares de higiene e anatomia. No entanto, a compaixão do médico, segundo Berriot-Salvadore (1990), era ambivalente, ele salvava a mulher do desprezo e da maldição, mas, por outro lado, avalizava todas as representações das debilidades femininas. Em contrapartida, a mulher, instável fisiológica e psicologicamente, tinha a responsabilidade de levar a bom termo sua missão de procriadora, vital para o gênero humano. Acredito que naquele período iniciou a medicalização da gestação. A mulher deixava de ter controle sobre o seu corpo, repassando a responsabilidade pelo nascimento e pela sua vida ao profissional médico, que passou a conduzir todo o processo de gestar e parir.

No século XVIII, século das Luzes, as mulheres constituíam metade do gênero humano. Naquela época, a mulher era, essencialmente, esposa e mãe, sendo a gravidez um evento de grande importância. Desta forma, os iluministas eram contrários à vida conventual e internatos para mulheres, visto que

acreditavam que esta reclusão poderia impedir que estas compreendessem o significado da gravidez, o significado de ser mãe e esposa (Crampe-Casnabet, 1990).

No século XIX, resolvidas as dúvidas em relação à fecundação, os médicos passaram a se preocupar com os sinais e sintomas de gravidez e tempo de duração da mesma. Para eles, a gestação da mulher não tinha duração fixa, podendo durar, sete, oito, nove, dez e onze meses (Crampe-Casnabet, 1990).

Paralelo aos avanços médicos, a cultura católica do século XIX fundamentava a valorização do papel materno e instituiu este século como século da mãe. A maternidade da virgem apagava o pecado de Eva. Contudo, a elevada mortalidade materna e infantil tornava a maternidade uma situação de risco natural (Giorgio, 1990). Sendo assim, as mulheres grávidas deviam se tornar objeto de uma vigilância ativa, de um respeito religioso, de uma espécie de culto, que visava beneficiar o binômio. Assim, a medicina propunha a proteção da mulher, isentando-a de trabalhos pesados. Vigia todas as suas atividades, limitando seus passatempos nas festas, controlando a gravidez e a mulher. A preocupação com os riscos oriundos da gravidez tornava-se evidente, naquele século, na medida em que foram estabelecidos cuidados preventivos visando prevenir complicações na gravidez. Apesar dessas intenções, a proteção das mulheres só foi verdadeiramente organizada no final daquele século. Observava-se, no entanto, que sob a ótica do moralismo vitoriano, a gravidez tornava-se tabu. Assim sendo, a mulher que se encontrava neste “estado interessante”, saía pouco de casa, mostrava-se o menos possível. De forma similar, falar sobre o processo do nascimento tornava-se proibitivo. Na Alícia, uma cegonha trazia o bebê, noutras regiões este nascia na couve. Tratava-se de poupar a inocência da criança e mascarar a animalidade humana (Knibiehler, 1990).

A medicalização do parto e da gestação, iniciada no século XVIII, impunha-se maciçamente no século XIX. Contudo, não havia garantia de que a intervenção do homem e da arte da medicina tivessem diminuído a mortalidade materna e infantil, como também não garantiam a diminuição do sofrimento materno. No século XIX, as estatísticas demonstravam que a mortalidade feminina era superior à masculina (Knibiehler, 1990). Em 1862, foi realizado um importante trabalho em relação aos riscos na gestação, pelo médico londrino W.J. Little, relacionando o

trabalho de parto normal e prematuro à morbidade do bebê (Aumann & Baird, 1996).

Os grandes progressos da obstetrícia não se processaram no domicílio das parturientes, mas nos hospitais. Com o aperfeiçoamento dos princípios da antisepsia e anestesia, tornava-se mais seguro dar a luz no hospital, do que em casa. Durante aquele tempo, a clientela das parteiras domiciliares diminuiu, sendo assim, esta prática liberal deixou de ser rentável. Desta forma, as parteiras tiveram que ingressar nos hospitais e nas clínicas privadas, ocupando aí uma posição subalterna, sob as ordens dos médicos. Paralelamente a estas mudanças, a solidariedade feminina existente havia se desorganizado e as mulheres haviam perdido toda a autonomia e domínio sobre a reprodução. As barreiras do pudor cediam rapidamente, sendo doravante o médico o protetor natural da mulher no trabalho de parto e não mais o marido e/ou as mulheres. A mulher do século XIX era tratada como uma eterna doente. A medicina das luzes apresentava as etapas da vida feminina como outras tantas crises temíveis, mesmo independente de qualquer outra patologia (Knibiehler, 1990).

Entretanto, no final do século XIX, as mulheres começaram a se perceber melhor, estabelecendo uma imagem mais real e total de seu corpo, até então fluida e fragmentada. Passaram a estabelecer meios para controlar as gestações e os nascimentos, penetraram no meio cultural e social e desenvolveram alguns trabalhos sob a orientação paterna. A gestação, de certa forma, passou a ser parcialmente controlada pelas mulheres, porém, ainda subjugada ao médico (Knibiehler, 1990). Posteriormente, no início do século XX, com o advento dos métodos anticoncepcionais, parte do contingente feminino passou a ter maior autonomia e controle sobre a concepção. A prática do aborto também passou a ser uma realidade, em alguns países. A liberação da contracepção e do aborto nestes países, no século XX, após as lutas das feministas, permitiu a muitas mulheres a reapropriação do seu corpo e da sua sexualidade, dando-lhes o domínio da fecundidade e proibindo ao Estado as formas mais constrangedoras de manipulação da família (Thèbaud, 1990). No entanto, apesar destes avanços, o processo do nascimento ainda continuava sob o domínio médico. As mulheres continuavam (e ainda continuam) visitando os médicos com mais freqüência do que os homens. Apesar de não se descrever explicitamente como enfermidade, a

gravidez era e ainda é tratada como um problema médico, exatamente nas mesmas instalações e com o mesmo pessoal empenhado para tratar os transtornos patológicos. Em contrapartida, os últimos decênios registraram a ascensão social, profissional, cultural, econômica e política das mulheres que, insatisfeitas com os padrões tradicionais do relacionamento médico-paciente, passaram a exigir da medicina, nova postura que lhes atendessem as necessidades de saúde. Tal transformação social passou a influenciar, de modo nítido, a ação médica (Rezende, 1991).

No século XX, a preocupação com os bebês também foi enfocada pela medicina. Pesquisas foram realizadas nos períodos pré-natal e intraparto, buscando os efeitos adversos em relação ao bebê. Nas décadas de 60 e 70, dois estudos avançaram na identificação de fatores de risco, o de *British Mortality Survey* e o *Collaborative Perinatal Study*, pelos quais foram identificados 21 fatores de risco (históricos e relacionados à gestação) que contribuíam para o aumento significativo da mortalidade e morbidade perinatais (Aumann & Baird, 1996).

No final do século XX, a fecundação e a procriação deixaram de ser ações apenas inerentes às mulheres. Foi introduzida a concepção assistida pelos médicos, em laboratório, através da fecundação *in vitro*. A gestação passou a ser algo não apenas restrito à mulher que concebeu, uma vez que se tornou possível a gestação de aluguel. Estes avanços trouxeram em seu bojo grandes implicações éticas.

Desde o final do século XIX, uma série de descobertas e de progressos científicos e tecnológicos abalaram os fundamentos tradicionais da divisão do trabalho e do poder entre os sexos, fazendo recuar a mortalidade e diminuindo, consideravelmente, a parte ocupada pela gestação e amamentação no ciclo de vida das mulheres. Os riscos de mortalidade e de morbidade maternas e infantis associados à procriação foram fortemente reduzidos no discurso desde século (Costa-Lascoux, 1990).

No entanto, apesar das conquistas femininas e avanços da medicina, hoje enfrentamos ainda grandes dificuldades. Ainda morrem gestantes por falta de medidas de promoção da saúde e prevenção da doença e a gestação, não

raramente, é vista como uma doença. As gestações de risco, em nível nacional e internacional, ainda representam um percentual de 10 à 20% (Kemp & Hatmaker, 1989; Cunha et al., 1989). As mulheres ainda buscam autonomia, através do auto conhecimento e conhecimento do próprio corpo, evitando a dependência médica. Os avanços tecnológicos vêm possibilitando a detecção de intercorrências e patologias em fase cada vez mais precoce da gestação, buscando-se a manutenção da gestação e a sobrevivência do ser humano, objetivos de todos nós profissionais. É inegável a importância da tecnologia, da monitorização, da medicina fetal, entre outras, na diminuição da mortalidade infantil e materna. Entretanto, é importante estarmos alertas para a medicalização da gestação, para a objetificação da mulher e fragmentação de suas experiências, na medida em que as tecnologias e condutas hospitalares podem criar um ambiente desumano, além de poder reduzir a mulher a uma incubadora do novo ser, não a considerando como um ser gente que gera mais gente.

Busca-se, atualmente, um atendimento humanizado, em que se cuide das mulheres em sua totalidade. Assim sendo, a equipe interdisciplinar poderá acompanhar a gestação como um processo de evolução natural, oferecendo subsídios para que a mulher e familiares conduzam a gravidez, além de poder detectar os riscos. Esta postura poderá favorecer a vivência deste processo pela mulher e familiares de forma mais tranqüila, menos traumática e feliz.

Esta retrospectiva histórica evidenciou que os riscos na gestação, a prevenção e tratamento dos mesmos, sempre foram "a tônica" em todas as épocas. Intelectuais e cientistas buscaram, incansavelmente, compreender os enigmas da procriação e, gradativamente, perseguiram medidas que diminuíssem a mortalidade materna e infantil. Facilitou a compreensão de alguns conceitos e representações, hoje existentes sobre a gestação, os quais têm raízes em determinados momentos históricos, tais como: a gestação como doença, como amadurecimento, como desígnio de Deus, a gestação e as relações de poder, a gestação normal e de risco. Além disso, explicitou a transferência e o controle do processo da gestação pela medicina e a luta das mulheres para recuperarem o papel ativo no processo do nascimento. Lembrou quantas "verdades" já foram superadas e anteviu quantas ainda o serão.



## 2.2. DELIMITANDO AS CONCEPÇÕES E REPRESENTAÇÕES DA GRAVIDEZ NORMAL

*Gestar-se,  
nascer de si mesma,  
infinitas vezes,  
em múltiplos seres  
dentro do mesmo ser  
(Maldonado, 1995).*

A gravidez sempre fascinou a todos, homens e mulheres, pois traz no seu bojo a questão da vida, do nascimento, da perpetuação da espécie, enfim, da continuidade da vida humana.

Entendo a gravidez como um evento no ciclo de desenvolvimento humano; um evento em uma cadeia de ocorrências, ligadas entre si direta ou indiretamente, a qual denominamos de processo. Nesta perspectiva, todas as etapas vivenciadas pela mulher, as quais englobam as fase pré-gestacional, intergestacional e intragestacional, devem ser consideradas no cuidado de saúde à mulher grávida. As experiências que a mulher vivenciou no seu nascimento e infância influenciarão, por sua vez, a sua gravidez e a relação com seu filho intra-útero e após o nascimento.

Compreendo, ainda, a gravidez como uma experiência humana complexa, que extrapola a dimensão biológica. A gravidez envolve a mulher em sua totalidade.

Neste momento vital, vários fatores interagem, entre eles: a história pessoal, os antecedentes gineco-obstétricos, o momento histórico da gravidez, a aceitação da gravidez pela gestante e família, as condições sócio-econômicas, culturais e espirituais (Zampieri, Santos, Goulart, Custódio, 1997), além do acesso à assistência pré-natal e a qualidade do cuidado prestado. A gestação tem um caráter individual, já que cada mulher vivencia de forma única este evento, podendo, ainda, uma mesma mulher divergir perante cada nova gestação. Contudo, a gravidez também é um evento social; envolve o coletivo, uma vez que mobiliza a atenção do meio onde a mulher está inserida e de uma forma mais ampla, o sistema social.

*Não é um apanágio da mulher ou do casal, mas também de outras pessoas que integram o grupo familiar e meio social. (Lemos, 1994, p.62).*

É uma situação social, principalmente porque os valores sociais, a cultura, a contextualização histórica, os interesses da sociedade, os aspectos educacionais e religiosos atuam como determinantes importantes na formação do conceito de gestação. A gravidez é um fenômeno normal, natural, podendo ser encarada de forma saudável ou patológica, embasada na concepção que a mulher tem de saúde, de acordo com os seus valores culturais, relações interpessoais e representação que ela tem da gravidez. Lemos (1994) acrescenta que a conceituação da gravidez depende da representação social deste evento, pela família e sociedade. A gravidez envolve grandes transformações de ordem física, psicológica, espiritual e sócio-econômica e alterações de papéis na família e sociedade, podendo levar ou não ao crescimento pessoal.

Em nosso meio há uma divergência na conceituação da gravidez. A gravidez pode ser vista como um episódio isolado ou um evento em um processo, como doença ou algo natural e saudável. Pode ter um caráter estritamente biológico ou pode ser considerada um evento que envolve o todo da mulher. Pode ser apenas uma experiência pessoal ou, então, uma experiência social. Pode levar ao crescimento pessoal ou a desagregação mental. Finalmente, a gravidez pode ser a somatória de todas estas diversidades.

A literatura a respeito da gravidez, no que se refere a conceituação, também reflete opiniões significativamente diferentes. Rezende (1991) define gravidez como episódio fisiológico na vida normal da mulher. Para ele, o organismo da mulher vai lentamente preparando-se e adaptando-se ao longo da vida, através das modificações gerais e locais, levando a jovem, da etapa da puberdade à maturidade sexual, culminando com a gestação. Considera que após a fecundação, as transformações são tão intensas e importantes que poderiam ser interpretadas, fora do ciclo gestatório, como fatores patológicos.

Segundo Magalhães (apud Rezende, 1991), a prenhez seria o ovo em evolução ou regressão, vivo ou morto, transformado ou degenerado, colocado fora ou dentro do aparelho genital. Por outro lado, Rezende (1991) afirma que alguns biólogos entendem a prenhez como fato ocorrido após a nidificação do ovo. Clinicamente, seria o período do desenvolvimento do ovo fecundado, que duraria 280 dias, ou 40 semanas, ou 10 meses lunares aproximadamente (9 meses lunares e 10 dias).

Nesta perspectiva, Delascio e Guariento (1987), autores clássicos de obstetrícia, conceituam a gravidez como o estado peculiar à mulher que concebeu e na qual se dá a evolução do produto desta concepção. Representa para eles, um período de completo desenvolvimento funcional na mulher, do qual participa toda a economia maternal, pondo à prova todos os tecidos do organismo.

Peixoto (1981) compartilha desta idéia, ao definir a gravidez como uma prova funcional para a economia materna, com sobrecarga anabólica e catabólica, ajuste às novas condições endócrinas e amplas modificações de permeabilidade capilar, representando verdadeira reação de estresse. Já Slemons, citado por Delascio e Guariento (1987), entende a gestação como um problema essencialmente de nutrição, no qual predominam as forças metabólicas que favorecem o crescimento.

Todos são unânimes em considerar a gravidez como um episódio que merece cuidados médicos, reduzindo-a apenas aos aspectos biológicos. Assim, a gravidez é considerada como uma função instável, intranquã e frágil, necessitando de preparo para atingir o seu termo (Rezende, 1991). Magalhães, citado por Delascio e Guariento (1987, p.35), reforça tal afirmação ao definir a gestação como:

*Mar escapelado sobre a qual a grávida e o filho navegam nove meses, e o parto, único porto, tão cheio de escolhos, que muito freqüentemente, depois de terem alcançado e nele haverem desembarcado, têm ambos necessidade de auxílio para se livrarem de numerosos incômodos que ordinariamente sucedem aos trabalhos padecidos.*

As considerações acima nos levam a constatação de que a gravidez é, de certa forma, encarada como doença, que deve ser tratada por profissional habilitado. A compreensão deste fato remete-nos à própria história da obstetrícia. As descobertas biológicas e tecnológicas, nos séculos XVII e XVIII, somados a necessidade de mão de obra abundante para poder suprir a demanda de recursos humanos, solicitado pelos meios de produção do capitalismo, fizeram com que houvesse uma maior valorização da gestação, havendo um grande empenho da sociedade para diminuir a mortalidade infantil e materna. Tais fatos, aliado à luta pelo poder entre o sexo masculino e feminino e a caça as bruxas, mulheres que exerciam os cuidados na gestação, parto e puerpério, contribuíram

para gerar mudanças na condução da gravidez. A gestação, a partir daí, deixou de ser um assunto de mulheres, passando às mãos dos homens, os obstetras, que atribuíam um significado diferente à gravidez, encarando-a como uma doença a ser tratada. Estes consideravam a mulher como um ser valetudinário, que necessitava de proteção constante. Desta forma, a mulher perdeu a autonomia de seu corpo e da gestação, ficou subserviente ao médico, o qual passou a definir o seu destino. Ocorreu o que chamamos de medicalização da gravidez, situação em que o médico é a autoridade que controla o processo de nascimento.

Assim, não são estranhas as colocações dos obstetras que reduzem a gravidez estritamente ao biológico e à doença, colocando-se como salvaguardadores das mulheres, sem os quais estas não poderiam levar a termo sua própria gestação.

Ainda nesta perspectiva, Lemos (1994), ao levantar as representações sociais dos familiares frente a gestação, também detectou a visão de gravidez ligada à doença. Segundo ela, a gravidez como doença está vinculada ao mal estar gerado por algumas intercorrências físicas e psicológicas neste período. Lemos (1994) acrescenta ainda, que as representações dos familiares em relação à gravidez são produtos da consciência social, impostas pelo saber oficializado. A sociedade influencia a família, que por sua vez influencia a mulher. A mulher introjeta esta condição de doente, tende a ficar mais ansiosa e dependente, gerando mais distúrbios de saúde. Em contrapartida, na mesma sociedade existem aqueles que consideram a gravidez como algo natural e saudável. Canguilhem (apud Lemos, 1994, p.38), expressa claramente esta dicotomia ao dizer:

*Se o normal não tem a rigidez de um determinativo para todos os indivíduos da mesma espécie e sim a flexibilidade de uma norma, que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que, o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso.*

Ao considerarmos a gravidez como uma condição subjetiva e diversa, torna-se possível uma maior flexibilidade entre o saudável e o patológico. Nesta perspectiva, quando a gravidez é encarada como crise também pode ser considerada sobre os dois ângulos, o patológico e o saudável. Maldonado (1990) refere que, no ciclo vital da mulher, há três períodos críticos de transição, que

constituem verdadeiras fases de desenvolvimento da personalidade e que possuem vários pontos em comum, a adolescência, a gravidez e o climatério. Para ela, estas fases são períodos de transição biologicamente determinados, caracterizados por mudanças metabólicas complexas, mudanças psicológicas, sócio-econômicas, culturais e espirituais. A gravidez, nesta perspectiva, é vista como um momento de transição, que faz parte do desenvolvimento humano, no qual podem ocorrer a reestruturação e o reajustamento de identidade e de papéis, levando ao crescimento ou não. A gravidez também é entendida como um período temporário de desorganização do funcionamento de um sistema aberto, uma verdadeira crise, precipitada por circunstâncias que, transitoriamente, ultrapassam as capacidades do sistema para se adaptar interna e externamente. Esta crise pode ser precipitada por mudanças internas (normais do desenvolvimento, doenças ou traumas) ou externas (perda ou ameaças), ou por acúmulo de tensões, que ameaçam romper o equilíbrio funcional, constituindo-se uma verdadeira encruzilhada em saúde mental, podendo representar perigo ou oportunidade (Maldonado, 1990; Macy & Falkner, 1981).

Assim sendo, Maldonado (1990) considera a crise do ponto de vista patológico, quando esta gera desagregação mental, desintegração, desorganização, desajuste da personalidade e desequilíbrio na relação do casal, no caso deste relacionamento ser frágil e neurótico. Em contrapartida, entende a crise como algo saudável, quando propicia mudança e crescimento pessoal.

Noronha, Lopes & Montgomery (1993), afirmam que a crise não é apenas pessoal, é também familiar e social. Neste sentido, ampliam a visão da gravidez, entendendo-a como uma experiência individual e coletiva. Para os autores, gestante não é só uma futura parturiente, mas também uma futura mãe, membro formadora de uma família, fazendo parte da sociedade. No momento do parto nasce não apenas um filho, mas também uma mãe, um pai e uma família, fazendo-se necessário um certo equilíbrio entre seus papéis biológicos e valores ditados pela sociedade. Na experiência da gravidez nascem vários papéis, sendo importante que as pessoas envolvidas no processo interajam, através deles, com tranquilidade e alegria, de modo a não produzirem traumas. Os autores encaram a crise como uma situação saudável, na medida em que propicia uma reformulação de situações, que por algum motivo tornaram-se insatisfatórias. Um

momento em que, obrigatoriamente, faz-se uma escolha por um, entre vários caminhos que se delineiam. Momento de tomar este ou aquele rumo, mobilizando recursos de crescimento, de recuperação e de nova diferenciação.

Lemos (1994) também entende a gravidez como um fato social e natural, ligado à vida e à sobrevivência humana. Acrescenta, também, que a gravidez é um instrumento de utilidade social. Assim sendo, não assegura apenas a reprodução da espécie humana, mas também supre as necessidades do sistema social, ao fornecer elementos essenciais a sua manutenção. Conforme Macy e Falkner (1981), em algumas culturas, especialmente naquelas em que a família extensa constitui a base da sociedade e recurso para produção de bens, os filhos são valorizados e, conseqüentemente, a gravidez é extremamente considerada. No âmbito coletivo, é necessário salientar a importância dos aspectos culturais e religiosos em relação à gestação, a maternidade como algo místico e sagrado. Lemos (1994), ao abordar esta perspectiva, enfatiza a gravidez em termos de devotamento e obediência aos desígnios de Deus, através do “crescei e multiplicai-vos”. Além disso, as idéias, os tabus e preconceitos em relação à gravidez e ao parto, existentes em algumas culturas, ora endeusam estes momentos, envolvendo-os em alegrias e prazeres, ora os consideram como situações de sofrimento, trabalho árduo, com riscos e dores intensas. Tudo isto “cantado em verso e prosa”, divulgado de geração após geração, como um rito de passagem para ultrapassar um estágio da vida.

No âmbito individual, é interessante ressaltar que as mulheres também estabelecem seus próprios conceitos sobre a gestação, sendo este processo único e diferente para cada mulher. É um momento de revisão do passado para repensar o futuro; é um momento de reflexão sobre a condição de ser mulher, sobre as relações consigo, com os familiares e o companheiro, um repensar sobre as crenças e valores. Um momento que pode viabilizar o amadurecimento pessoal. Tais considerações são compartilhadas por Macy e Falkner (1981), que comparam a gravidez, sob o ponto de vista psicológico, à puberdade e à menopausa, considerando-a como mais uma etapa no desenvolvimento pessoal. Porém, os autores deixam claro que algumas mulheres podem não sentir nenhum impulso de amor, seja voltado para a criança ou por qualquer outra pessoa, não se vendo nenhum amadurecimento e nenhum aperfeiçoamento no modo de

cuidar do filho, além de uma rotina mecânica. Partilho desta opinião, ao acreditar que a gravidez e o nascimento do filho nem sempre são passaportes para a maturidade, haja vista o grande número de mulheres com comportamento infantil, trazendo nos braços ou caminhando de mãos dadas com seus filhos. A gravidez, para os autores, é a culminação de uma etapa de busca, que tem por fim a reprodução da espécie, meio pelo qual a natureza pretende completar a vida das mulheres. Tal posicionamento induz que a mulher só seria plena após o nascimento de um filho, o que no meu entender não é verdadeiro, já que em nosso cotidiano temos mulheres que afirmam estarem realizadas pessoalmente, sem haverem tido a experiência da gestação. No entanto, observa-se que a sociedade, de um maneira velada, exige e cobra que a mulher vivencie esta experiência. Badinter (1985) corrobora com esta opinião, ao colocar que a maternidade não é um sentimento inato e não faz parte intrínseca da natureza humana; é um sentimento que se desenvolve ao sabor das variações sócio-econômicas da história e pode existir ou não, dependendo da época e das circunstâncias materiais em que vivem as mulheres.

Diante do exposto, podemos notar o quanto a gravidez é complexa, havendo grandes divergências na sua conceituação e significado, tanto por parte dos autores que detêm o conhecimento na área, como também em relação às mulheres e familiares que vivenciam o processo. A gravidez é um momento em que ocorrem grandes transformações, no âmbito individual e coletivo; um momento adequado para uma reflexão individual e conjunta. Diante desta problemática, a educação torna-se um instrumento importante, uma vez que pode auxiliar aqueles que vivenciam a gravidez a enfrentarem suas dificuldades e sanarem suas dúvidas, além de auxiliar no desenvolvimento de potencialidades e aquisição de outros conhecimentos. Embora a gravidez seja um evento biologicamente normal, segundo Ziegel & Cranley (1985), ela é um acontecimento especial na vida da mulher e da família, sendo um ótima oportunidade para a promoção da saúde e prevenção de doenças.

### 2.3. CONTEXTUALIZANDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

*Semente fomos e somos,  
sementes que ao florescer  
as outras sementes deixamos  
possibilidades de ser  
Porque VIDA é crescimento,  
e crescimento é tornar  
contínuo nosso nascimento  
multiplicando nosso ser.... (OPAS, 1991).*

A gestação é um fenômeno fisiológico e natural, sendo que a sua evolução se dá, na grande maioria das vezes, sem intercorrências patológicas. No entanto, há uma parcela de gestantes que devido a algumas características (idade, hábitos, aspectos nutricionais, aspectos psicológicos, aspectos clínicos, hereditários, entre outras) ou por sofrerem de alguma patologia, apresentam maiores probabilidades de terem uma evolução desfavorável na gravidez, quer para o feto, quer para si. Tais gestantes constituem um grupo denominado de “gestantes de alto risco”.

O termo risco, entretanto, é muito genérico, podendo apresentar uma diversidade de significados e conotações. A sua conceituação torna-se, portanto, pertinente para que haja uma melhor compreensão do processo vivenciado pela gestante.

Há mais de um século, o conceito de risco tem sido extremamente utilizado no cuidado à saúde e em outros campos, caracterizando-se por uma situação de perigo eminente ou possibilidade de perigo em futuro próximo. A epidemiologia e a clínica o incorporaram e o desenvolveram amplamente (Sarue et al., 1984).

Segundo Sarue et al. (1984) e dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1991), o termo risco, em nível epidemiológico, é oriundo de uma visão do processo saúde-doença, denominado enfoque de risco. Este se fundamenta no fato de que nem todos os indivíduos, famílias e comunidades têm a mesma probabilidade ou risco de adoecerem e morrerem. Entretanto, uns tem mais probabilidade que outros. Desta forma, o enfoque de risco facilita o processo de investigação e a tomada de decisões no setor de saúde, permitindo mensurar as necessidades de atenção a grupos específicos, além de determinar prioridades de saúde, definir necessidades de reorganização de serviços e, portanto, melhorar a equidade de



saúde da população (Torvar Acosta et al., 1993). Nesta perspectiva, tem um caráter essencialmente preventivo, sendo fundamento epidemiológico da regionalização da assistência de saúde.

A possibilidade de medir o risco, de acordo com Sarue et al. (1984), está relacionada com a identificação, com a seleção e análise de fatores de risco, vinculados a uma maior probabilidade de danos em indivíduos ou grupos. Pereira (1997) acrescenta que esta probabilidade se dá pela própria presença de um fator ou pela sua falta, pela intensidade com que ele está presente ou por sua combinação com outros fatores. Os fatores de risco, abordados por Sarue et al. (1984), são definidos como características ou circunstâncias pessoais, ambientais, biológicas, clínicas, sócio-culturais e econômicas de indivíduos ou grupos, que predispõem, favorecem e/ou indicam o aumento da probabilidade ou risco de doença ou morte. Cunha et al. (1989) definem risco como uma classificação usada para indicar fatores psicológicos, fisiológicos e individuais, existentes durante a gravidez, os quais implicam no tratamento da mãe e do feto. Schroeder (1996) acrescenta, ainda, os fatores demográficos, os quais incluem as idades extremas, etnia, *status* sócio-econômico (baixo *status*), o comportamento de risco (uso de drogas, álcool e fumo), as condições médicas (absenteísmo ao pré-natal, condição da gravidez, múltiplas gravidezes) e complicações gravídicas, entre elas, infecções, hemorragias e hipertensão. Zugaib & Sancovski (1991), por sua vez, classificam os fatores de risco, relacionando-os em três categorias:

- a) fatores sócio-econômicos, que incluem a pobreza, nível educacional, ambiente social, estado civil e fatores psicológicos;
- b) fatores demográficos, que incluem educação, idade, estatura, peso, entre outros;
- c) fatores de ordem médica, pacientes com complicações obstétricas ou fetais e antecedentes obstétricos.

As gestações, segundo o enfoque de risco, são classificadas de acordo com o grau, em gestação de alto e baixo risco. O grau de risco visa medir, com antecedência, as probabilidades de ocorrência, no futuro, de um resultado não desejado, geralmente um dano. O risco de que um evento ocorra pode variar de uma probabilidade zero, que significa que nada ocorrerá, denominada de baixo risco, até a probabilidade hum, que significa que ocorrerão problemas em todos

os casos, denominada de alto risco. Quanto mais próximo do dano, maior o risco e mais próximo da escala hum, ou seja, de máximo risco (alto risco) (Sarue et al., 1984).

A gravidez de alto risco representa, em nível internacional, 10 a 20% de todas as gravidezes, sendo que este grupo representa mais da metade de todas as mortes fetais e neonatais (Kemp & Hatmaker, 1989). A insuficiência útero-placentária figura como a causa principal deste quadro, nos Estados Unidos (Cunha et al., 1989). Contudo, Benson (s.d.) alerta que esta incidência depende, exclusivamente, da comunidade a ser analisada, sendo assim, os parâmetros tendem a divergir. Em Florianópolis, a Secretaria do Município adota a taxa de 10 a 20%, taxa similar à utilizada em todo o Brasil. Fazendo-se uma estimativa sobre o número total de gestantes (IBGE, 1996 e Secretaria de Saúde, 1997), alcançamos um número estimado, em torno de seiscentos a mil e duzentos gestantes de risco.

Historicamente, observamos que a detecção de situações de risco sempre foi uma preocupação de cientistas e intelectuais, que incessantemente buscaram explicações e tomaram medidas com o intuito de diminuir a incidência de morbidade e mortalidade materna e infantil, além de caracterizar a clientela denominada de gestante de alto risco. A caracterização e conceituação da gravidez de alto risco diverge, de acordo com o momento histórico, contexto social e cultural e de acordo com as visões de mundo, tanto de profissionais envolvidos na área, quanto das próprias mulheres, diretamente envolvidas no processo. Acerca do que pensam as gestantes, observo que muitas delas, mesmo com o diagnóstico de gravidez de risco, sentem-se saudáveis, não conseguindo visualizar os riscos expostos pelos profissionais. Conseqüentemente, elas parecem ter mais dificuldades em aceitar o tratamento proposto. Em contrapartida, existem aquelas que se consideram extremamente doentes, não podendo nada fazer para melhorar o seu quadro, repassando toda a responsabilidade do seu corpo e da gestação para os profissionais de saúde. Isto parece decorrer do conceito que estas mulheres têm a respeito do processo saúde-doença e de como compreendem a gestação de alto risco. Como as mulheres, os profissionais também divergem em relação à conceituação do que é gestação de risco.

O conceito de gravidez de alto risco, segundo Burrow & Ferris (1989), Belfort (1991), tem evoluído nas duas últimas décadas, enfocando além de aspectos maternos, também os aspectos fetais. Assim, definem a gestação de alto risco como qualquer gravidez, na qual mãe e/ou feto apresentem distúrbios que predisponham a um aumento de risco de morbidade e mortalidade para um ou para ambos. Da mesma forma, Zugaib & Sancovski (1991) conceituam este estado da mulher como aquele na qual mãe e feto, ou ambos, apresentam chances aumentadas de morte ou morbidade. A gestação de alto risco, segundo eles, é aquela motivada por condições anormais, que surgem ou se agravam durante o período gestatório, entre elas destacam-se as patologias crônicas, infecções agudas intercorrentes ou patologias associadas à gravidez, que podem colocar em risco a vida da mulher e de seu concepto. Benson (s.d.) amplia esta definição, ao conceituar a gravidez de alto risco como aquela que impõe risco definitivo ou provável ao feto, mãe e inclusive ao lactente durante o processo neonatal.

Peixoto (1981), bem como Montenegro & Amin Júnior (1991), ao analisarem a gestação de alto risco, sob o ponto de vista clínico, enfocam principalmente o risco fetal, considerando que a interferência de múltiplos fatores na gestação são geradores de ambiente inadequado ao desenvolvimento e maturidade fetal. Neste contexto, a gestação de alto risco, segundo eles, caracteriza-se pela:

Detecção precoce de processo mórbido materno e suas implicações à unidade feto-placentária, ou seja, quadros diretamente ligados ao período gravídico que, direta ou indiretamente, comprometem o normal desenvolvimento do concepto e predisõem ou determinam aumento da mortalidade perinatal. (Peixoto, 1981, p.285).

Diversos autores citados por Peixoto (1981), como é o caso de Gruenvald e de Kubli, preocuparam-se com o desenvolvimento do feto e ressaltaram a importância de detectar o feto de risco, passando a correlacionar a este risco as patologias maternas. A partir de então é que, alguns centros, segundo Peixoto (1981), passaram a considerar a gestação de risco, envolvendo nesta terminologia os componentes materno e fetal. Neste contexto, enquadraram-se Delascio e Marcondes de Almeida (1974) que chamam de risco gravídico, os agravos físicos, psíquicos e sociais a que se expõem gestante e feto, ressaltam,

porém, a gravidez de alto risco como aquela que é acompanhada de mortalidade perinatal.

A classificação da gestação de alto risco divergiu nas últimas décadas, na medida em que um grande número de critérios e fatores foram estipulados, para considerar o risco. Surge a classificação de Effer, em 1968; Nesbitt e Aubry, em 1969; de Hobel, em 1973; do Departamento Nacional de Saúde Materno Infantil, em 1978; de Peixoto, em 1973 e 1975; de Aktar e Sehgal, em 1978; de Wilson e Sill, em 1978, entre outros. Na realidade, a intenção dos obstetras, ao realizarem estas classificações, era caracterizar adequadamente a gestação de risco, selecionando fatores maternos e fetais que viessem a intervir no curso normal da gestação (Peixoto, 1981; Knuppel & Drukker, 1996).

Atualmente, segundo Aumann & Baird (1996), não se considera nenhum instrumento de avaliação, em particular, como sendo o ideal. Contudo, os obstetras utilizam uma combinação de fatores pré-concepcionais, pré-natais e intra-parto, que podem contribuir para o estabelecimento de risco à díade mãe e filho.

No Brasil, a classificação adotada pelo Ministério da Saúde (Brasil, 1991), de acordo com o enfoque de risco, considera como gestante de alto risco, para estudo didático, aquelas com intercorrências obstétricas e clínicas. Nesta classificação, no que diz respeito às intercorrências obstétricas temos: as gestações múltiplas, gemelares, prolongadas e gestações isoimunizadas, os polidrâmnios, as molas hidantiformes, as hemorragias na gravidez, a aminiorrexe prematura, a doença hipertensiva específica da gravidez, a doença hemolítica perinatal, o trabalho de parto prematuro, o crescimento intra-uterino retardado. Além das citadas, temos aquelas com intercorrências clínicas, tais como: hipertensão arterial crônica, infecção urinária, anemias, diabete mellitos, cardiopatias, disfunções tiroideanas, nefropatias, hemopatias e anemias. Somam-se a estas, as gestantes primigestas adolescentes e idosas (Brasil, 1991). Zieguel & Cranley (1985) acrescentam, ainda, a hiperemese gravídica, patologia, freqüentemente, encontrada na gestação.

Grande parte das bibliografias revisadas, entre elas, Rezende (1991), Delascio e Guariento (1987), Resende & Montenegro (1992 e 1996), Tourris &

Delecour (1979), Burrow & Ferris (1989), enfocam a gravidez de alto risco, do ponto de vista técnico, descrevendo as patologias, morfologia e tratamento, além de adotar medidas para preveni-las.

Contudo, a gravidez de alto risco é um processo extremamente complexo, que envolve transformações e adaptações físicas, sociais, econômicas, psicológicas, espirituais, culturais e mudanças de papéis inerentes à gravidez, além da ansiedade e medo, decorrentes da situação de risco a que estão submetidos o feto e a mãe, os quais repercutem em todo o contexto familiar. Neste sentido, Snyder (1979) considera que a gestante de alto risco pode enfrentar duas situações de crise. A primeira, ocorre em razão das modificações fisiológicas, psicológicas, sócio-culturais e alterações de papéis, inerentes a gravidez. A segunda, relaciona-se aos riscos que podem comprometer o curso normal da gravidez. Estas duas situações podem gerar uma sobrecarga para a gestante e familiares, os quais precisam de um apoio mais efetivo e atendimento holístico para vivenciarem este evento com menos estresse. Snyder (1979) tenta demonstrar esta complexidade, ao lembrar um desenho animado que representava a gestante de alto risco como uma mulher que tinha uma bolsa nas costas etiquetada "GRAVIDEZ", encurvada com o peso, subindo uma inclinação íngreme, mas certa de alcançar o cume. Posteriormente, com o acréscimo dos diversos fatores de risco este peso ou fardo tendia a aumentar ainda mais e esta ficava cada vez mais encurvada. A mulher que, até então, acreditava chegar ao término da caminhada, sente-se pouco confiante para completar a subida, apesar de seus esforços. Tal representação evidencia as dificuldades e os conflitos emocionais vividos pela gestante, que necessita ser compreendida, apoiada e auxiliada para completar a trajetória da gestação de risco.

A gravidez, aqui mais especificamente a gravidez de alto risco, não pode ser encarada apenas como um evento biológico, mas sim como um processo complexo, dinâmico e diversificado. Além disso, sendo a gravidez um evento social, que se estende ao companheiro e família, torna-se necessário incluí-los desde o início do processo de cuidado. Neste sentido, Kemp & Page (1986) afirmam que a gravidez é uma experiência que envolve toda a família, sendo assim o pai, irmãos e avós devem preparar-se psicologicamente para inclusão de um novo membro na família. A mulher, o companheiro e a família têm os seus

ritmos alterados, apresentam, assim, situações de estresse e crise relacionadas com o próprio estado de gravidez e agravos decorrentes da condição de risco, necessitando de um suporte social que inclui o suporte educativo. O estar próximo, compreender e respeitar as necessidades e preocupações da gestante, o ouvir, o partilhar conhecimentos e experiências a respeito da gravidez, parto e puerpério complicações e, preparação para um parto eminente são alguns aspectos que devem ser contemplados no processo de educar e educar-se, na medida que são essenciais para que a gestante de alto risco e a família possam ultrapassar esta etapa de suas vidas, com mais autonomia, maior tranquilidade, alegria e prazer.

Kemp & Hatmaker (1993) salientam também a importância de práticas educativas de promoção e proteção à saúde, tanto para a mulher com gravidez de baixo como de alto risco. Porém, constatam que esta diretriz representa um ponto crítico a ser trabalhado na gestação de alto risco. Isto é evidenciado no estudo realizado pelas referidas autoras, com uma população de vinte e nove gestantes de alto risco e trinta e cinco gestantes de baixo risco, no qual detectaram que as gestantes de alto risco preocupam-se pouco com o seu aperfeiçoamento, desenvolvimento pessoal e auto-avaliação, tendo mais dificuldade em estabelecer propósitos, objetivos de vida, visão de futuro, além de ter dificuldade de expressar sentimentos de contentamento, alegria e otimismo, quando comparadas às gestantes de baixo risco. As autoras sugerem que isto acontece em decorrência das gestantes concentrarem suas forças na sobrevivência do filho, minimizando seu próprio desenvolvimento pessoal.

Esta constatação vem a corroborar com o estudo de Kemp & Page (1987), ao observarem que as gestantes de alto risco têm menor auto-estima do que as de baixo risco. Kemp & Hatmaker (1993) também detectaram que as gestantes de alto risco, em relação às de baixo risco, tiveram dificuldades em aumentar seus esforços no sentido de assumir a responsabilidade por sua saúde e demonstraram menor empenho em adquirir novos conhecimentos, ao participarem das atividades de promoção e proteção à saúde, entre os quais: leituras, participação de programas de cuidado à saúde, discussão e solicitação de informações de saúde às profissionais da área específica. Isto ocorreu, segundo as autoras, graças ao fato das gestantes acharem que seus esforços, ao

empregarem práticas positivas de saúde, não afetariam o curso de sua gravidez, um vez que os fatores determinantes do seu estado de risco fugiam ao seu controle.

Tal fato me parece uma percepção equivocada, porém compreensível, já que durante muito tempo e, ainda, atualmente as mulheres tendem a depositar a gestação e suas implicações nas mãos dos profissionais de saúde, reduzindo a sua participação na condução deste processo. Neste sentido, é inegável a importância do desenvolvimento de práticas educativas com gestantes de alto risco, visando promover e proteger a saúde desta clientela, bem como facilitar a participação ativa destas mulheres em todo o processo de gestação, independente do trimestre. Esta constatação deve-se em grande parte a escassez de estudos referentes ao processo educativo dirigido a esta parcela da população. Considero ser este um dos períodos mais propícios para tratar de assuntos relevantes à gravidez, uma vez que as gestantes têm mais disponibilidade, estão mais ansiosas e cheias de questionamentos. Estão, sobretudo, mais envolvidas e vivenciando a gravidez de forma mais intensa. Da mesma forma, é importante uma melhor compreensão, por parte dos profissionais, das dificuldades enfrentadas pela mulher, na condição de gestante hospitalizada, internada em uma unidade de alto risco, para que assim possam prestar um cuidado mais condizente com as reais necessidades da gestante.

### 2.3.1. RELACIONANDO A GESTAÇÃO DE ALTO RISCO E HOSPITALIZAÇÃO

*Nem só de abrolhos e pedras  
é feito o chão que pisamos...  
Que bom ouvir do poeta...;  
-é pelo sonho que vamos  
(Eduardo Rego, 1996).*

A gestação de alto risco pode gerar situações ou momentos de crise e estresse às gestantes, devido ao temor por sua vida e, principalmente, pela vida do bebê. Somado a isto, encontramos situações de crise vivenciadas pelas gestantes e familiares, inerentes à própria gravidez, sendo ela de risco ou não. Dentre estas situações podemos citar: aceitação da gravidez, as mudanças de papéis, as transformações e adaptações bio-psíquico-sócio-econômicas e culturais, bem como temor pela higidez do bebê, medos em relação ao parto e em relação à incapacidade de cuidar do recém-nascido; aspectos estes,

denominados por White & Ritchie (1984), de crise maturacional. Associados a todas estas implicações decorrentes da gestação e do risco, encontramos ainda os efeitos frente a hospitalização e repouso no leito, parcial ou total, sob a ação ou não do suporte social. Neste caso, a crise relaciona-se ao ambiente, sendo denominada de crise ambiental (White & Ritchie, 1984).

Neste contexto, observo que, em torno da década de setenta, diversos estudos, na literatura internacional, passaram a enfocar a experiência da hospitalização e o estresse vivenciados pela gestante de alto risco, o estresse e a crise da gestante de alto risco frente aos efeitos do repouso em nível hospitalar ou não e a ação do suporte social para gestantes hospitalizadas. Outros estudos, por sua vez, têm abordado o significado da experiência de gestação de alto risco, aliada ou não ao repouso, sob a ótica das gestantes e familiares.

A hospitalização das gestantes de alto risco pode gerar algumas alterações pessoais e transtornos familiares, decorrentes do desconhecimento do ambiente, do afastamento da mulher de suas atividades e dos familiares, dos temores gerados pela hospitalização, dos riscos identificados, através do diagnóstico médico, dos temores frente as rotinas, e procedimentos médicos e de enfermagem, dos aspectos culturais divergentes, além dos custos financeiros da internação, quando a mesma é privativa.

Nesta perspectiva, White & Ritchie (1984) desenvolveram um estudo com sessenta gestantes de alto risco, entre vinte e trinta e oito semanas de gestação, com diagnósticos diversos, internadas na maternidade de um hospital escola, sendo que trinta e nove delas estavam em repouso parcial, podendo se deslocar até o banheiro. No estudo, descreveram e mensuraram quarenta e sete estressores nomeados em sete categorias: a) separação (estar longe de casa, de seu companheiro e família, do trabalho, das atividades e dos amigos); b) ambiente (ruídos do hospital, rotinas, compartilhamento de quarto, cama estranha); c) estado de saúde (preocupação com sua saúde, com a saúde do bebê e das companheiras, duração da internação); d) comunicação com os profissionais (entender explicações e termos médicos e ser informada); e) auto-imagem (inatividade, pensando em ser mãe e a respeito do parto, dependência); f) emoção (solidão, depressão, preocupação, irritação, medo) e; g) estado familiar (pensando no companheiro, filhos e despesas). Seus achados revelaram três



grupos de estressores experienciados pelas gestantes hospitalizadas. Os estressores relativos à separação da família e domicílio e distúrbios emocionais foram os mais pontuados, seguidos daqueles ligados ao estado familiar, preocupações com o estado de saúde e mudanças da auto-imagem. As preocupações em relação à comunicação com os profissionais de saúde e ambiente hospitalar, pertencentes ao último grupo, geraram menos estresse. Os resultados apurados, segundo as autoras, não ficaram restritos apenas à vivência hospitalar, foram também decorrentes do efeito da crise maturacional da gravidez, que acontece simultaneamente à crise ambiental. Além disso, afirmaram que estes achados interferem na habilidade da mulher em desempenhar seus papéis em relação à gravidez.

Acerca da questão da separação da gestante de seu círculo familiar e dos amigos, White & Ritchie (1984) citam Rubim, que ressalta que esta separação e conseqüente falta de significação e aceitação da gravidez pelos familiares e amigos, podem ser uma ameaça para a própria mulher, que devido a este fator poderá ter dificuldade em aceitar seu filho, quando ele nascer. Além disso, a falta de confiança em sua capacidade de gerar uma criança saudável e o afastamento inconsciente da mesma pelo medo de perdê-la, além dos riscos potenciais decorrentes da patologia, desenvolvem verdadeiros nós, entraves, em relação à criança, tornando-se ameaça, na medida em que diminuí o vínculo intra-uterino e o vínculo mãe-filho no pós-parto. As autoras revelam, ainda, em seu trabalho, que as gestantes que permaneceram por mais de duas semanas hospitalizadas, tiveram sua tensão aumentada. Além da hospitalização, contribuíram para o aumento desta tensão, segundo elas, o fato destas mulheres estarem no terceiro trimestre de gestação, o que aumentou seu temor frente ao nascimento e parto e acentuou as incertezas a respeito do que é melhor para ela e o bebê, além de estarem sujeitas às mudanças hormonais, que poderiam gerar ainda mais ansiedade.

Já Snyder, citado por Clausom (1996), encontrou cinco categorias de estressores em relação à gestação de alto risco: a natureza da condição de alto risco, confinamento no hospital, estresse nas relações familiares, estresse pela perda da experiência normal da gravidez, estresse em relação a sua saúde e do bebê e estresse nas relações com os profissionais de saúde. Loos & Julius

(1989), ao realizarem pesquisa com onze grávidas de alto risco, constataram que estas mulheres sentiam saudades de seus filhos e amigos, experienciavam sentimentos de tédio, isolamento e perda do poder ou controle sobre a gestação.

Em relação à hospitalização, Clauson (1996) relata que o tempo de permanência no hospital faz com que as gestantes de alto risco vivenciem períodos fisiológicos e emocionais de estabilidade e instabilidade, sugerindo que esta imprevisibilidade pode levar à incerteza, que por sua vez, exacerba o estresse gerado pela situação de risco, podendo influenciar as maneiras de enfrentamento e resultados de saúde para a mãe e o feto. Assim sendo, elaborou estudo sobre as incertezas, dúvidas e estresse das gestantes de alto risco hospitalizadas. A autora utilizou uma amostra de cinquenta e oito gestantes de risco, hospitalizadas pela primeira vez, com idade gestacional em torno de vinte e uma à trinta e oito semanas, com diversos diagnósticos. Os resultados do estudo sugeriram que a mulher hospitalizada, com gravidez de alto risco, percebe moderado ou baixo nível de incertezas na admissão e, significativamente, menor nível de incertezas, ainda, na hora de alta. O moderado e baixo nível de incerteza na admissão deve-se ao fato de que, neste momento, ocorrem intercorrências e sintomas assustadores, como contrações, sangramentos etc., facilmente interpretados pela gestante, não restando dúvidas a respeito. As incertezas diminuem ainda mais em razão do suporte social e educativo dado às gestantes envolvidas no estudo, somado às informações e suporte fornecidos pela equipe de saúde. De acordo com Clauson (1996), a gravidez para a gestante apresenta profundas mudanças de vida que envolvem os ajustamentos, fisiológico, cognitivo, emocional e interpessoal, que mudam diariamente e, principalmente, a cada trimestre. Deste modo, a adição de sintomas relacionados à condição de alto risco, pode não significar aumento da percepção das incertezas, além do que é universalmente esperado. A maior incerteza na admissão, segundo a autora, dizia respeito à causa da condição de risco, sendo que este achado é coerente com a necessidade da mulher de determinar o significado de sua situação e as mudanças da trajetória de sua gravidez. Um outro item, que gerou alta incerteza, estava relacionado com chances do bebê ser saudável. A classificação da gravidez como alto risco traz ameaça ao bebê, na forma de doença ou imaturidade ou ainda a possibilidade de perda do recém-nascido, o que explica a incerteza das gestantes. A constatação de baixo nível de incertezas na alta,

resultado não esperado, talvez seja devido à facilidade das mulheres interpretarem seus sintomas, à familiaridade com os eventos da hospitalização, a mais acurada interpretação do ambiente, associada à maior idade gestacional e melhor prognóstico. Contudo, houve variações entre as mulheres, havendo altas incertezas para algumas gestantes, no que se refere à imprevisibilidade de sintomas e duração dos mesmos. A chance do bebê ser saudável continuou a ser a preocupação maior na alta, apesar da estabilização do quadro e maior idade gestacional. Clauson (1996) revelou, ainda, que quanto maior o tempo de permanência da gestante no hospital e contato com o estresse e incertezas de outras gestantes, maior a possibilidade de aumentar as suas incertezas. A mulher com maior idade gestacional tem, segundo ela, significativamente, menor índice de incertezas.

A questão da gestação de alto risco e da hospitalização, até então pouco explorada, mereceu aprofundamento por parte dos profissionais de saúde, levando alguns autores a realizarem estudos avaliando outras variáveis. Assim, Hodnett & Ford (1990), mesmo considerando a internação da gestante como uma conduta que favorece a segurança física da mãe e do bebê, afirmam que há evidências de que estas mulheres podem experimentar dificuldades em adaptar-se a esta situação de risco, o que pode levá-las à depressão e ansiedade. Ao estudarem os fatores que predizem a adaptação da mulher à hospitalização, detectaram que a percepção do estresse está negativamente relacionada à adaptação. No entanto, o suporte social foi considerado um preditor, um fator importante que favorece a adaptação da gestante de risco. Entendem suporte social como uma importante variável que afeta a saúde da mulher. Neste sentido, compreendem o suporte social como transações interpessoais que fornecem segurança, sentimentos de capacidade de contar com ou confiar em outra pessoa (suporte emocional), informação ou aconselhamento que ajuda o indivíduo na solução de seu problema (suporte educacional) e principais caminhos ou serviços de apoio às pessoas (suporte tangencial). Seus estudos também sugerem que a adaptação diminui à medida que aumenta o tempo da internação e da evolução desta, e que a maneira com que a gestante encara o risco da gravidez influencia a sua adaptação à hospitalização.

Os efeitos da hospitalização, na gestação de alto risco, foram também abordados por Heaman (1992), ao estabelecer uma relação entre os eventos estressantes, suporte social e distúrbios de humor da mulher grávida. Sua amostra constava de sessenta gestantes, no terceiro trimestre de gravidez, dividida em três grupos: hipertensas internadas no hospital, hipertensas com tratamento supervisionado em casa e o último grupo composto por gestantes de baixo risco. Os resultados de seu estudo sugerem que a internação durante a gestação é um significativo estressor para a mulher grávida, visto que estas mulheres apresentam altos índices de manifestações de estresse. Além disso, sugerem que as gestantes hipertensas, hospitalizadas têm maior ansiedade, distúrbios de humor e depressão do que as gestantes com a mesma patologia, cuidadas em casa, mediante um programa pré-estabelecido, sendo que os resultados daquelas tratadas no domicílio são similares as que apresentam gestação de baixo risco. Um outro achado desta pesquisa foi a ação relevante do suporte social como instrumento para enfrentar ou evitar situações de estresse e, conseqüentemente, distúrbios de humor.

A despeito da gravidez de alto risco, seguida de hospitalização e repouso, ser normalmente encarada como uma experiência estressante, que altera o ritmo familiar e gera ansiedades para algumas gestantes, ela pode para outras se constituir em um momento de reflexão dos seus objetivos de vida. Tentando melhor compreender estas divergências, alguns pesquisadores preocuparam-se em abstrair o significado desta experiência, para aquelas (es) diretamente envolvidas(os) com a gestação de risco.

Neste contexto, a experiência da gravidez de risco, sob a ótica de casais grávidos, foi pesquisada por McCain & Deatrick (1994), através de estudo retrospectivo, envolvendo nove pais e doze mães, cujas gravidezes eram de risco e tiveram filhos pré-termos. O motivo da internação destas mulheres foi: prematuridade, ruptura de membranas, doença hipertensiva da gravidez, sangramento vaginal e incompetência cervical. Segundo as autoras, os problemas básicos sociais e psicológicos identificados pelos pais estavam relacionados as suas respostas emocionais aos eventos da gestação, entre eles: o medo de que o bebê fosse afetado em decorrência do tratamento obstétrico e complicações da gravidez, a ansiedade e medo das mães frente ao tratamento e

a restrição. As respostas emocionais ante a gravidez de alto risco estavam relacionadas com a progressão de eventos durante a gravidez e incluíam três estados que ocorriam respectivamente, um derivando do outro, tais como: a vulnerabilidade, a altíssima ansiedade e a inevitabilidade. A vulnerabilidade foi percebida mediante a compreensão de que a gravidez era de risco, podendo haver dificuldade de curso e resultados incertos. Assim sendo, as gestantes, buscavam o hospital para diagnosticar, confirmar sintomas e descobrir as causas de sua condição. A altíssima ansiedade foi decorrente da restrição das atividades, associada às patologias e intercorrências da gravidez e preocupações com os cuidados com os outros filhos e saudade dos mesmos. A inevitabilidade foi percebida através da compreensão de que o trabalho de parto prematuro era eminente, deixando-se progredir o trabalho de parto sem qualquer intervenção. Diante destes fatos, as autoras sugerem algumas intervenções de enfermagem à gestante de alto risco, as quais incluem: fornecer suporte emocional e físico, respeitar as necessidades da mulher e compreender as preocupações delas em relação ao feto e aos outros filhos, fortalecer a presença e contribuição do marido na hospitalização, auxiliar na busca de causas do seu estado, além de levar em consideração a esperança da mulher em relação a um bom prognóstico da gravidez.

Kemp & Page (1986), por sua vez, estudaram o impacto da gravidez de alto risco na família. As autoras consideraram a gravidez como uma experiência importante para toda a família, desde os filhos aos avós. O arcabouço conceitual proposto por Kemp & Page (1986) para avaliar o impacto da gravidez de risco na família, incluiu quatro conceitos principais que a enfermeira deve considerar na determinação de como a família está integrando-se, adaptando-se e interpretando a gestação de alto risco. O primeiro deles é o conhecimento da família a respeito da condição de saúde relacionada à gestação, ou seja, dos fatores de risco associados à gravidez. Neste sentido, o plano de cuidado de enfermagem à família deve incluir informações sobre a gestação de risco e sobre as medidas terapêuticas, utilizadas para tratamento da gestação, minimizando o estresse familiar. O segundo conceito diz respeito à percepção da família sobre a gravidez de risco. A enfermeira, ao identificar os medos e sentimentos da família em relação à situação de risco, pode compreender melhor e explicar, de forma detalhada, as intercorrências da gravidez, para que, assim, a família possa

desenvolver uma percepção mais realística sobre a situação vivida. O terceiro conceito refere-se ao suporte social que seria útil à família e a gestante, auxiliando-os a superarem suas dificuldades. Finalmente, as autoras relatam a necessidade da enfermeira conhecer os mecanismos que a família utiliza para o enfrentamento do estresse, frente a gestação de risco, fortalecendo aqueles que são positivos e identificando outros que podem gerar um afastamento do bebê. Concluindo, Kemp & Page (1987) referem que as famílias com claro entendimento, aceitação das ameaças da gravidez e que apresentam percepções realísticas da situação, bem como aquelas que dispõem de suporte social positivo e mecanismos efetivos de enfrentamento, necessitam somente de assistência limitada. Contudo, segundo elas, existem famílias que necessitam de grande apoio de enfermagem para o enfrentamento da gestação de risco e da hospitalização.

A hospitalização de uma gestante em uma unidade hospitalar implica, na grande maioria das vezes, na necessidade de longo tratamento médico, que normalmente inclui, na sua prescrição, o repouso no leito, seja ele total ou parcial. Preocupada com a efetividade desta conduta, Maloni (1993a, 1994, 1996) fez uma revisão detalhada da literatura, em relação ao assunto. Os efeitos do repouso, segundo ela, entre eles os problemas psicológicos, musculares, circulatórios e excreção de cálcio, foram encontrados em algumas gestantes de alto risco. Os problemas psicológicos, conforme a autora, podem ter decorrido do isolamento, confinamento e mudanças do funcionamento do sistema nervoso, devido às alterações nas descargas de ondas eletromagnéticas. Além disso, ressaltou que a prolongada restrição poderia levar a distúrbios mentais, diminuição de energia, diminuição da capacidade mental, reações inapropriadas às situações externas, tais como: tensão, exaustão e diminuição da capacidade de concentração.

Atentas a toda esta problemática, Maloni e colegas (1993b) estudaram dez grávidas em repouso absoluto e sete com repouso parcial, ambos os grupos internados no hospital, e dezoito mulheres que eram gestantes de baixo risco, que nunca haviam sido hospitalizadas. Os resultados sugeriram que os efeitos do repouso podem ou não ocorrer em todas as mulheres grávidas e que os mesmos estão diretamente relacionados com o grau de restrição. Neste sentido, aquelas que permaneceram hospitalizadas, em repouso absoluto, foram mais afetadas do

que as outras em repouso parcial. Os dois grupos de mulheres grávidas, em repouso, sofreram de atrofia do músculo gastrointestinal. Contudo os efeitos foram maiores naquelas que estavam em repouso absoluto. Durante a gestação, a mulher em repouso perde peso quando comparada aquela que não está, sendo que no pós-parto pode apresentar tédio, cefaléia, ansiedade, hostilidade, dificuldade de concentração, respiração breve ao esforço, perturbação e desmaio, sensibilidade muscular e dor lombar, nas pernas, braços, calcanhares e joelho. Maloni (1993a) questiona a efetividade do repouso, devido às possibilidades de efeitos decorrentes da hospitalização antes e após o parto, não negando que muitas vezes, esta conduta prolonga o tempo de maturação fetal, diminuindo a incidência de morbidade e mortalidade infantil.

Esta mesma perspectiva foi trabalhada por Schoroeder (1996), ao detectar a percepção de doze gestantes de alto risco, entre vinte e quatro e trinta e quatro semanas de gestação, em repouso por um período superior ou igual a três semanas, por no mínimo vinte horas/dia, em nível hospitalar e domiciliar. Schoroeder (1996) categorizou os resultados em três grandes temas: percepção da gravidez de alto risco, percepção do repouso na gravidez e experiência do tempo. O cuidado dispensado à gravidez de alto risco, segundo a autora, é grandemente afetado pela tecnologia médica, através de exames invasivos ou não, monitorização de contrações e administração de medicamentos. Desta forma, de acordo com a percepção da gravidez, as mulheres descrevem um sentimento de profunda falta de controle da gravidez e de seu corpo, uma vez que depositam sua vida na mão do *expert*, que maneja sua gravidez, seu corpo e sua vida. Para as gestantes, não lhes é dada outra alternativa ou possibilidade de escolha, uma vez que a única solução que garante a sobrevivência de seu filho é a restrição do movimento, fazendo-as se sentirem culpadas quando não conseguem fazê-lo. Acerca do repouso no hospital, as gestantes relataram que se sentiam, não raramente, abandonadas a sua própria sorte, aparentemente abandonadas do cuidado profissional, além de terem que deixar de trabalhar e arranjar-se com os cuidados da casa e dos filhos. Em contrapartida, aquelas com repouso em casa, com monitorização supervisionada, com acompanhamento e suporte educativo, bem como em contato telefônico com outras mulheres na mesma situação, sentiram-se mais satisfeitas e seguras. No entanto, todas que faziam uso de tocolíticos, queixavam-se de distúrbios e interrupção do sono. A

restrição do movimento, segundo as gestantes, afetava profundamente a vida familiar e também a relação matrimonial, devido à restrição da atividade sexual. Sem exceção, as mulheres se sentiram inseguras com os resultados da conduta, desejavam retomar os cuidados com a casa e com os filhos e apresentavam alto nível de estresse físico, emocional, familiar, econômico e sofrimento. Com referência ao tempo, as mulheres em repouso vislumbravam apenas o futuro, tendo dificuldade de discutir o presente e a situação que estavam vivenciando, exceto em relação ao objetivo a ser alcançado, um bebê saudável. O tempo era extremamente significativo para a mulher, pois este determinava as chances e a sobrevivência de seu filho, haja vista que quanto mais semanas mantivessem a gestação, melhor o prognóstico do bebê. Todas as mulheres estavam cientes da transitoriedade natural da restrição do movimento e o resultado da gravidez era muito mais significativo do que o presente, quase intolerável de ser vivido. Todas as mulheres concordavam que antes de atingir vinte e oito semanas, o tempo passava lentamente, porque anterior a este período, o prognóstico era desfavorável ao bebê. Medo e ansiedade foram, predominantemente, fatores gerados pela gravidez de alto risco. O medo pela sobrevivência do filho foi real, sobretudo, para aquelas que haviam tido fracassos em outras gravidezes. Utilizavam como mecanismo de defesa para enfrentar o medo, o distanciamento do bebê. Não falavam sobre o bebê, não compravam enxoval ou não se preparavam para a sua chegada.

Mais recentemente, Maloni & Ponder (1997) desenvolveram um estudo, com o objetivo de estudar as preocupações, estresses ou problemas e tipo de suporte dos companheiros das gestantes de alto risco que estavam em repouso, no hospital e em casa. Este estudo retrospectivo foi realizado com cinquenta e nove homens que tinham passado por esta experiência, sendo que a maioria de suas mulheres haviam realizado repouso tanto em hospitais, quanto em casa e apenas vinte e uma delas realizaram repouso apenas em casa. As maiores preocupações paternas, relacionaram-se com a sobrevivência do bebê e com o estado físico e psicológico da mulher, seguidos de preocupação a respeito de seu próprio estado físico e psicológico, diante dos efeitos do repouso e do *status* financeiro. Dado ao prolongado repouso de sua companheira, o pai apresentava alguns problemas: assumia múltiplas tarefas, tinha dificuldade em manejar respostas emocionais e de cuidar de sua esposa. Tais fatos, segundo elas, os



levavam ao estresse. Os pais também relataram que não tinham ninguém para falar a respeito de suas ansiedades (20%), e que apenas 20% deles recebiam suporte social e emocional. Maloni & Ponder (1997) mencionaram a possibilidade do homem esconder o seu estresse para reduzir o da companheira, além de detectarem que os cuidados de saúde não contemplavam o pai e as suas dificuldades.

O repouso, na perspectiva das gestantes de alto risco, em nível hospitalar e domiciliar, foi focado também por Gupton & Heaman (1997). A amostra foi composta de vinte e quatro mulheres, sendo que vinte e duas delas haviam realizado repouso exclusivamente no hospital, três delas haviam cumprido com a prescrição de repouso em casa e nove tinham permanecido em repouso em ambos os locais. O número de dias de repouso girava em torno de sete a cinquenta dias e a idade gestacional entre vinte e seis e trinta e nove semanas. Os autores, ao descreverem as experiências das gestantes de alto risco, identificaram temas, classificados-os de acordo com os estressores, mediadores de estresse e resultados ou manifestações de estresse. Acerca dos estressores, os temas foram agrupados em três categorias: situacional, ambiental e familiar. A categoria situacional referiu aos estressores decorrentes das complicações da gravidez, determinados ou reforçados pelo repouso. Incluiu o papel de doente imposto à gestante (a maioria das mulheres não se sentiam doentes, segundo os autores), as incertezas em relação à duração de tempo de repouso e utilidade do mesmo, a falta de controle do seu corpo e da gravidez, preocupações com o bem-estar fetal e fadiga pela espera infundável. A categoria de estressores ambientais referiu-se ao confinamento em casa ou no hospital. As gestantes descreveram que se sentiam prisioneiras, entediadas, irritadas e demonstravam sentimento de perda de tempo e de coisas. A preocupação com os filhos e reversão de papéis, ou seja, o companheiro assumindo as atividades da mulher, encontravam-se na categoria de estressores familiares. Em relação aos mediadores de estresse, Gupton & Heaman (1997) detectaram duas categorias: o suporte social e o enfrentamento. O suporte social (emocional e tangível) foi obtido através do marido, familiares, amigos e profissionais de saúde. Em relação a ação da enfermeira, as mulheres enfatizaram que esta deveria estar sempre ao lado da cliente, tendo disponibilidade de tempo para ouvir e dialogar, sendo amiga, fornecendo sugestões e respondendo aos questionamentos. As estratégias de

enfrentamento, que levavam a diminuição de estresse incluíram a manutenção de atitudes positivas, suporte religioso, possibilidade de se manter ocupada e ter suporte educativo.

O estresse frente ao repouso, segundo as autoras supra citadas, era manifestado pelas gestantes através de reações emocionais, tais como: choque, confusão, solidão, ansiedade, depressão, mudanças de humor e indisposição. Somado a isto, temos as alterações nas relações familiares com os filhos e companheiro e as alterações físicas (alteração do ritmo do sono, perda de peso, dores articulares e perda de tônus). As autoras concluíram que os estressores e manifestações de estresse, exacerbam-se e alteram-se com a experiência do repouso no leito. Enfatizam que a intervenção de enfermagem mais importante, consistia em ouvir as preocupações destas gestantes.

*Ser tratada como pessoa era, particularmente importante para as mulheres durante este momento estressante (Guptom & Heaman, 1997, p.429).*

A descrição de trabalho educativo ou pesquisa, que incluísse os elementos psicológicos não foi encontrada ou descrita pelos autores até agora mencionados, no entanto, todos eles salientam a importância da educação, tanto para a gestante como para o companheiro e familiares. Assim sendo, Maloni (1993) salienta que a preparação para o nascimento, bem como a oportunidade para interagir com mulheres em repouso, pode ajudar a reduzir o tédio e mudanças de humor destas mulheres. Maloni & Ponder (1997) consideram de vital importância a inclusão do pai no cuidado, ressaltando a sua educação e da esposa, em relação à gestação, às complicações da gravidez, aos sintomas do trabalho de parto e ao tratamento médico, bem como em relação aos conhecimentos sobre os efeitos do repouso e da hospitalização, podendo levar a diminuição de estresse para ambos. Clauson (1996) salienta a importância da informação à gestante, bem como sugere que os profissionais de saúde proporcionem oportunidades para que se estabeleçam grupos de gestantes, nos quais haja compartilhamento de idéias, de preocupações, de ansiedades e nos quais se busque estratégias, em conjunto com as mulheres, que possam reduzir as incertezas e o estresse.

O processo educativo é um dos caminhos que pode ser utilizado para dar suporte às gestantes de risco, diminuindo seu estresse decorrente das

implicações da gestação e dos riscos, minimizando os efeitos da hospitalização e repouso, fatores estes que tornam tão complexo este processo.

Em contrapartida, em razão da complexidade do processo de gestação de alto risco, torna-se importante que haja compreensão, por parte dos profissionais, das suas múltiplas facetas, para que estes fiquem alertas, não só para as situações de risco e efeitos da hospitalização, mas também para o processo da gravidez e suas implicações. Assim, poderão esclarecer as mulheres e familiares tanto em relação aos riscos, como também no que diz respeito às transformações e papéis que estes vivenciam, buscando reforçar os aspectos saudáveis, que facilitam a vivência deste processo de forma mais tranqüila, menos traumática e mais feliz.

#### **2.4. COMPREENDENDO O PROCESSO EDUCATIVO E SUAS IMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO**

*Sábio é quem aprende  
que pode sempre aprender alguma coisa  
(Autor desconhecido).*

A educação, como hoje é desenvolvida, foi fundamentada em princípios filosóficos e estruturada de acordo com os momentos históricos vividos pela sociedade. A educação tem um papel importante na humanização do ser humano e na sua transformação pessoal e social.

A minha concepção sobre educação apoia-se em algumas idéias de intelectuais e educadores, como as descritas por Gadoti (1996) que, mesmo com doutrinas pedagógicas diferentes, têm alguns pontos importantes, que acredito não se contradizem, mas se complementam. Começando com Sócrates, que achava que o auto conhecimento era o início do caminho para o verdadeiro saber; estendendo-se por Feltre, que entendia a escola e educação também como um espaço alegre; passando por Rousseau, que dizia que educar era formar o ser humano; por João Devey, que compreendia a educação como um processo de reconstrução e reconstituição de experiência, um processo de melhora da eficiência individual; por Roger, que tinha como princípios básicos do processo da educação, a confiança nas potencialidades do ser humano, a ênfase na aprendizagem participativa, reforçando a importância das relações pessoais, da

afetividade e do amor; por Freire, que acreditava não existir educador (a) ou educando, porém uma educação mútua, com vistas à transformação da sociedade. Por uma visão pós-moderna, que visa a autonomia do ser humano, exercendo sua cidadania. Gadoti (1996) diz que o novo brota do velho. O presente se faz mediante a retomada de alguns recortes do passado.

A aprendizagem de aspectos ligados à educação deu-se ao longo de minha vida, embasada em algumas idéias do passado e nas idéias e conhecimentos compartilhados no presente.

Entendo que a educação, enquanto processo histórico, evolui à medida que a sociedade evolui. É um processo dinâmico e flexível, que possibilita ao ser humano, diverso e singular, no âmbito individual e coletivo, o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo atingir autonomia e decidir sobre seus objetivos e ações. O educar-se dá-se com base no conhecimento de si e através das relações com os outros seres humanos, mediante o compartilhamento de conhecimentos e ações, sendo que a afetividade, o envolvimento, a comunicação, a alegria, a empatia são fatores essenciais para que se inicie e se mantenha o processo educativo.

Freire (1986, p.39) também compreende o ser humano, como *“um ser de relações e não de contatos, um ser que não está apenas no mundo, mas com o mundo.”* Para ele, estar no mundo significa estar aberto à realidade, o que faz este ser o ente de relações que é. Acrescenta ainda que há uma pluralidade nas relações do ser humano com o mundo, na medida em que este responde a uma ampla variedade de desafios.

Brandão (1995, p.10), por sua vez, afirma que não há uma forma única, nem um modelo de educação;

*A Educação pode existir livre, pode ser uma das maneiras que as pessoas criam para tornar comum, como saber, como idéia, como crença, aquilo que é comunitário, como o bem, como o trabalho, como a vida.*

Nesta perspectiva, segundo ele, a educação instala-se em um domínio propriamente humano de trocas, de símbolos, de intenções, de padrões de

cultura e das relações de poder. Ao seu modo, ela continua no ser humano o trabalho da natureza de fazê-lo evoluir, de torná-lo mais humano.

Sant'anna (1976) também defende o processo educativo como resultante das relações humanas. Desta forma, entende que o processo educativo é de natureza interativa, pois há ações combinadas, transações entre os envolvidos no processo. Para ela, o processo pedagógico, de cunho interacionista, enfatiza as relações entre os seres humanos e a sociedade, ou relação direta entre os seres humanos. Reflete uma visão da natureza humana, que dá prioridade às relações sociais e à criação de uma sociedade melhor. Projeta o desenvolvimento pessoal e enfatiza os processos pelos quais o ser humano constrói e organiza sua realidade. Acentua, freqüentemente, o psicológico e a vida emocional daqueles que estão envolvidos, propiciando sua relação com o ambiente e consigo mesmo. Entende a dinâmica grupai, principalmente nos modos em que afeta e refleta as diferenças individuais, como fonte básica para aumentar a flexibilidade interpessoal, habilidade para responder às mudanças e as possibilidades de resposta na vida social mais ampla (Sant'anna, 1976). Isto nos permite afirmar, que o processo educativo se dá a partir da interação, seja consigo, com os outros ou com o meio ambiente. No processo de interação humana entre duas ou mais pessoas, cada uma traz consigo seus conhecimentos pessoais, experiências, necessidades, percepções e experiências passadas, crenças e valores que influenciam esta interação (King, 1981). As interações são recíprocas, interpenetram-se, cada um tem algo a dar ao outro o que este quer e necessita, só sendo possível a partir da participação dos envolvidos. Há uma mutualidade, uma interdependência na qual todos podem alcançar suas metas (King, 1981).

O processo educativo, entendido como um processo relacionai, segundo Brandão (1995), ocorre em todos os cantos do mundo. Primeiro a educação existe como um inventário amplo, de relações interpessoais diretas, no âmbito familiar, sendo esta rede de trocas de saber, a mais universal e persistente. Depois a educação passa a existir entre educadores e educandos.

A educação dá-se em qualquer lugar, na escola, no trabalho e, inclusive, nos hospitais, onde as relações se estabelecem entre os (as) profissionais da saúde, clientes e familiares.

No âmbito hospitalar, a enfermagem exerce o cuidar, sendo o educar, uma dimensão fundamental do cuidar. Waldow (1995) compartilha desta idéia ao explicitar que o cuidar pode ser exercido na enfermagem, através da educação, do cuidar-educando. Educar enquanto aprende e aprender para educar, havendo troca e crescimento mútuo, a partir da realidade vivenciada.

A mutualidade acrescida da autonomia foram consideradas por Sadala (1996) como elementos essenciais no cuidado de enfermagem, o qual deve contemplar os valores humanísticos. Autonomia, significando autodeterminação e independência e mutualidade, significando interagir num *continuum*. Entendo que a educação, como dimensão do cuidado, também deve contemplar tais elementos, sendo viável quando há uma verdadeira participação dos envolvidos.

A abordagem compreensiva da cliente como ser humano, dotado de conhecimento próprio, resultante de sua experiência de vida, permite que o profissional aprenda com ele, havendo um crescimento pessoal e profissional, uma vez que, deixará de lado a posição de detentor de todo o conhecimento. Na medida em que seja estimulado a participação da cliente na conservação de sua saúde e prevenção da doença, fica explicitado o que já deveria estar introjetado por todos, que cabe ao cliente grande parte da responsabilidade por sua saúde (Silva, 1992). Contudo, sabe-se que, muitas vezes, o sistema no qual está inserido o impede de exercer este direito, mesmo tendo conhecimento dele.

O processo educativo pode ser um instrumento de capacitação, no âmbito individual ou coletivo, no que tange as questões relativas à saúde, contribuindo para a autonomia no agir e aumentando a capacidade de enfrentar situações de estresse e de crise, tornando os envolvidos sujeitos do processo. Segundo Freire (1986), a premissa básica daqueles que realizam o processo educativo é propiciar o fortalecimento pessoal dos seres humanos com quem interagem. O importante, continua dizendo, é ajudar o ser humano a ajudar-se. Fazê-lo agente de sua recuperação, com postura comumente crítica de seus problemas. Conclui também, que a aquisição de conhecimento é um processo social e não simplesmente individual, no qual a participação do indivíduo é indispensável.

Na enfermagem, tem sido desenvolvidas experiências educativas sob várias óticas pedagógicas, desde a mais diretiva para a mais construtivista (dialógica).

Estas são realizadas no âmbito individual ou em grupo, com as mais variadas clientela, entre elas, diabéticos, hipertensos, mulheres, entre outras. A enfermagem também desenvolve a educação continuada com profissionais de saúde, grupos terapêuticos com alcoolistas e dependentes químicos, grupo de mulheres, etc. Nos últimos anos tem sido estimulada, entre os profissionais de saúde, a prática educativa com gestantes, trabalhando seus sentimentos em relação aos aspectos e intercorrências, de acordo com os trimestres da gestação. Neste sentido, desenvolvi, durante a minha vida profissional, trabalhos educativos com gestantes, usando a dinâmica de grupo. Em um destes trabalhos utilizei como metodologia, a execução de oficinas que estimulavam a participação, a troca de saberes e a reflexão sobre as experiências destas mulheres. A partir das expectativas das gestantes, foram trabalhados, entre outros temas, o entrosamento do grupo, cuidados com o recém-nascido, sinais e sintomas de trabalho de parto, técnicas de relaxamento, respiração e exercícios físicos. Em outro, optamos por encontros com casais grávidos, em uma perspectiva interdisciplinar.

Estudos sobre o processo educativo com gestantes são escassos na área de enfermagem. Destaco o estudo de Said (1995), realizado com um grupo de gestantes, no qual descreve o significado dos saberes e das experiências das mesmas. Para a realização dos encontros, utilizou uma metodologia dialógica e compartilhada, através da qual buscava re-significar o cotidiano da mulher em gestação, oportunizando-lhe novas apropriações em termos de imagens, valores, sentimentos e linguagens, acerca de si mesma e do mundo.

Em relação ao processo educativo com grupo de gestantes de alto risco, identifiquei na literatura o estudo de Evazian et al. (1995). Este estudo aponta alguns temas importantes ligados a esta clientela, tais como: afastamento da família, laqueadura, medo do parto, prematuridade, morte, hospitalização e aspectos da gravidez. As autoras realizaram, simultaneamente, um estudo exploratório com as vinte e sete mulheres, participantes destes grupos, com idade entre vinte e um e quarenta e cinco anos, com diagnósticos mais frequentes de: hipertensão, cardiopatias e diabetes, procurando identificar a opinião daquelas mulheres sobre a atividade desenvolvida. A pesquisa demonstrou que a totalidade das gestantes consideravam importante a realização de grupos, sendo

que 37% justificaram a sua importância em razão de obterem aprendizado sobre sua situação de saúde e gestação; 26% consideraram que o grupo lhes propiciou apoio emocional e 15% optaram pelas duas justificativas anteriores. Quando alegadas sobre as preocupações anteriores à participação no grupo, 25% informaram preocupações com a saúde, 11,1% preocupações em relação a assistência, 11,1% preocupações com o recém-nascido e 11,1% com o tempo da internação. Constatou-se que as gestantes internadas foram unânimes em afirmar que gostavam de participar dos grupos, considerando-os extremamente importantes, principalmente, pelo fato de receberem informações e aumentarem os seus conhecimentos, sentindo-se mais seguras e conscientes da situação vivenciada, propiciando às mesmas o estabelecimento de uma atitude mais ativa e consciente no decorrer do tratamento.

Finalmente, ressalto que o processo educativo deve conter alguns elementos que julgo primordiais, tais como: o respeito, a participação, a integração, a harmonia, a confiança, a alegria, a sensibilidade, a valorização e o compromisso. Além disso, as (os) enfermeiras (os), como educadoras (es), precisam educar-se continuamente para agirem como facilitadoras (es) e buscar meios para alterar as condições geradoras de doença, bem como para estimular ações que visem a promoção da saúde. Devem facilitar o acesso do cliente às informações necessárias para que tenha um melhor dimensionamento dos problemas de saúde: ouvindo, refletindo e propondo conjuntamente, respeitando, orientando, conhecendo, compreendendo e amando (Valia & Stotz, 1994).



## CAPÍTULO 3

### DELINEANDO O REFERENCIAL TEÓRICO

*Um tom pra cantar*

*Um tom pra falar*

*Um tom pra viver*

*Um tom para a cor*

*Um tom par o som*

*Um tom para o ser*

*Um tom pra gritar*

*Um tom pra calar*

*Um tom pra dizer*

*Um tom para a voz*

*Um tom pra mim*

*Um tom pra você*

*Um tom pra todos nós*

*(Caetano Veloso,*

*Um tom, 1997).*

Neste capítulo busco delinear o referencial teórico, que norteia o desenvolvimento deste estudo. Para estruturar este referencial elejo alguns conceitos, cujas conceituações são fundamentadas em idéias próprias, bem como nas de autoras como King (1981) e Haguette (1990). São eles: ser humano, *self*, percepção, interação, comunicação, transação, ambiente, saúde-doença, estresse, enfermagem, educação e ética. Com base na articulação destes conceitos, estabeleço alguns pressupostos. Deste modo, proponho um sistema organizado de conhecimento, que permite um olhar específico para a realidade da gestante de risco e seu acompanhante, auxiliando-me na compreensão de questões inerentes ao seu processo de ser e viver e, conseqüentemente, no desenvolvimento do processo educativo. Naturalmente que este referencial não dá conta de explicar este processo na sua totalidade. Isto porque, este processo é extremamente complexo, não podendo ser explicado por uma única visão de mundo, por mais abrangente que ela seja. Apresento a seguir os conceitos selecionados.

### 3.1. CONCEITOS

*SER HUMANO* “é um sistema pessoal aberto; ser social, racional e sensível, que no processo de interação humana age conforme suas percepções, expectativas, crenças, necessidades, valores e [estilo de vida]. É um ser orientado no tempo, tem raízes e atua de acordo com as experiências passadas. A sua consciência do passado e do presente, influencia as opções do futuro” (King, 1981, p.19, 20). Ampliando o conceito de King (1981), acredito que o ser humano é um ser histórico, uma vez que suas experiências passadas estão diretamente relacionadas com suas vivências no presente e no futuro. Vive a história, cria e faz a história. Segundo King (1981, p.26,27), ser humano é um ser dinâmico, tendo capacidade de perceber, de pensar, de sentir e selecionar alternativas dentre situações diferentes. Fixa metas, seleciona meios para alcançá-las, podendo tomar decisões. Age. Pode participar e, sendo assim, pode transformar as pessoas com as quais se relaciona e também a realidade e vice-versa. É um ser

*único, diverso [plural], no que se refere à herança genética, experiências e percepções do mundo externo. [Um ser com conflitos, contradições, dificuldades, limitações, medos, mas também um ser com propostas, soluções, oportunidades, possibilidades, facilidades e esperanças]. No processo de crescimento, este ser adquire valores e crenças, necessidades e objetivos, que dão a consciência de interdependência pessoal. É um ser que pode relacionar-se, interagir com os outros seres humanos e com o meio, estabelecendo trocas, partilhando experiências e buscando suas metas (Ibidem, 1981). É um ser que procura aprender mais, que pode desenvolver suas potencialidades, com o objetivo de ser mais gente.*

Neste estudo, seres humanos são as gestantes de alto risco, internadas na maternidade de um Hospital Universitário da região sul, bem como seus acompanhantes.

As gestantes são seres humanos diferentes e singulares, que têm suas próprias crenças, valores, expectativas, necessidades, estilo e história de vida. Situações ocorridas durante o nascimento das gestantes, em sua infância ou adolescência podem influenciar o processo de gestação, ora vivenciado.

As gestantes e acompanhantes são seres históricos, na medida em que criam, fazem e vivem sua história e dão continuidade a história de outros seres humanos. São sistemas abertos. As pessoas e ambiente influenciam o seu pensar e viver. Assim, a representação da gestação é determinada pelo contexto social, podendo ser encarada como doença, como sofrimento, como alegria, como fato natural, como meio de amadurecimento e meio para perpetuar a espécie, dentre outros aspectos.

As gestantes são seres que passam por profundas modificações físicas, psicológicas, sociais, espirituais, entre outras, e alteração de papéis, tomando-se além de mulher e filha, esposa ou companheira e mãe. Além disso, são seres que enfrentam situações de estresse e crise, decorrentes da hospitalização, repouso e do medo pela sobrevivência de seu filho e pela sua própria vida. São sensíveis, vivem uma grande instabilidade emocional, estando ora alegres e otimistas, ora tristes e deprimidas. Necessitam compartilhar suas experiências e conhecimentos, serem ouvidas, serem orientadas e compreendidas. São responsáveis por sua saúde. Tem potencialidades que necessitam ser cada vez mais desenvolvidas, para melhor agirem no período de gravidez e tratamento,

podendo assumir o lugar que lhes pertencem, como protagonistas do processo de gestação.

O acompanhante é aquele ou aquela que está ao lado da gestante, sendo também um ser único, diverso, com crenças, valores, expectativas, conhecimentos e experiências próprios (as). Eles (as) também experenciam a gravidez e ansiedades decorrentes desta, bem como os medos e efeitos gerados pela hospitalização. São sensíveis, choram, sofrem quando ocorrem problemas e se alegram quando não há intercorrências. Tentam encorajar, apoiar e fortalecer a gestante nesta caminhada. Desejam também partilhar suas idéias, aprender e ensinar e desenvolver-se pessoalmente.

A enfermeira também é um ser único, um ser diverso. Tem conhecimentos científicos e habilidade técnica, tem medos e esperanças. É um ser criativo e sensível. Tem contradições. É um sistema aberto, que ao interagir com o grupo de gestantes, adquire novos conhecimentos, desenvolve-se pessoal e profissionalmente.

*SELF é o conjunto de pensamentos e sentimentos que constitui a percepção que a pessoa tem da sua existência individual, sua concepção do que é, de quem é. O self de uma pessoa é tudo que ela pode chamar de seu. O self inclui entre outras coisas o sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos. O self é o ambiente subjetivo, completo de uma pessoa. Trata-se de um centro distinto de experiências e significados. Ele constitui o mundo interior de uma pessoa, como distinto do mundo exterior, que consiste em todas as outras pessoas e coisas. O self é o indivíduo, tal como é conhecido pelo próprio indivíduo, aquilo que nos referimos quando dizemos "Eu" (Jelsild citado por King, 1981, p.27). "A formação do self, assim como a do ato humano, tem uma fundamentação social. O self não é estático. Ele evolui ou modifica-se, de acordo com as mudanças nos padrões e nos conteúdos das interações que o indivíduo experiencia, não só com os outros mas consigo mesmo" (Haguette, 1990, p.28).*

Neste estudo, entendo que todos, gestantes, enfermeiros e acompanhantes têm seu self. Cada um tem uma idéia a respeito de si; tem seus próprios sentimentos e pensamentos; tem seu próprio mundo. Considero ser esta diversidade, o que torna os seres humanos tão interessantes. Contudo, a percepção que temos de um ser humano pode ser contrária à idéia que ele faz de si mesmo, ou diferente do que transparece ser. Além disso, ocorrem situações em que o ser humano não tem claro o que realmente é, ou repassa a imagem de

como gostaria de ser, mas não se mostra como é na realidade. Nesta perspectiva, considero importante que cada um se conheça para poder melhor interagir com os outros. A enfermeira, ao interagir com a gestante, deve tentar captar como esta percebe seu self e seu estado atual de saúde, auxiliando-a enfrentar o estresse, decorrente da hospitalização e do medo frente a possibilidade de perda de seu filho, ou do risco de perder sua própria vida, bem como ajudando-a a compreender os fenômenos inerentes à gestação. Acredito que isto é possível, a partir da criação de espaços que favoreçam a expressão de sentimentos, pensamentos e ansiedades, através da educação em saúde. Por outro lado, a enfermeira também deve se colocar, estabelecendo um clima de confiança com aqueles com quem se relaciona.

*PERCEPÇÃO é "o processo de organizar, interpretar e transformar os dados obtidos através dos sentidos e da memória. É um processo de transação humana com o meio ambiente, que dá significado à experiência do ser humano; representa sua imagem da realidade e influencia o seu comportamento" (King, 1981, p.24). A percepção é universal, pessoal, social e seletiva. A percepção é universal, uma vez que todos percebem os outros seres humanos e objetos no meio ambiente. A percepção é pessoal, porque difere de ser humano para ser humano, de acordo com seus valores, crenças, experiências, conceito de self e estilo de vida. A percepção é social, já que a mente é social (Haguette, 1990), tanto em sua origem quanto em sua função, pois surge de um processo social de comunicação. A percepção é seletiva, porque neste processo, o ser humano seleciona aqueles estímulos que são relevantes para suas necessidades, rejeitando os que considera irrelevante (Haguette, 1990).*

Neste estudo, as enfermeiras, gestantes e acompanhantes têm experiências distintas. O agir e o interagir entre eles (as) se dá de acordo com a percepção, com a imagem que cada um/a tem da realidade, de acordo com suas crenças, sua cultura, sua educação e situação sócio-econômica. Estes podem ter a percepção de determinadas situações, consideradas como doença pelos especialistas, como sendo situações saudáveis ou vice-versa. Assim, é importante que ao interagir, cada um dos envolvidos consiga perceber o que o outro sente, o que o outro pensa, para que se trace objetivos que englobem as reais necessidades do grupo.

Além disso, entendo que as gestantes, acompanhantes e enfermeira, ao compartilharem experiências e conhecimentos entre si, através do processo educativo, podem alterar suas percepções, na medida que selecionam o que é

importante para elas (es). Acredito que este fato pode levar ao crescimento dos envolvidos, possibilitando mudanças em suas ações e melhor compreensão do processo vivenciado.

*INTERAÇÃO é o ato que ocorre entre dois ou mais seres humanos, em presença mútua. É o processo de percepção e comunicação entre os seres humanos e o meio ambiente e entre os próprios seres humanos, manifestado por condutas verbais e não verbais, orientados para o alcance de objetivos (King, 1981). A interação envolve e é influenciada pelos aspectos culturais, valores e crenças. A interação pressupõe pessoas em ação, que se relacionam e dão respostas umas as outras, mediadas por um processo comunicativo, no qual os seres humanos, em nível individual ou coletivo, compartilham experiências, expectativas e significados. A interação pode dar-se consigo mesma, além de se dar com os outros (Haguette, 1990). A interação revela como os seres pensam, como se sentem e quais as suas expectativas. É uma relação recíproca, o que significa dizer, que os envolvidos crescem, trocam experiências e conhecimentos, desenvolvem-se pessoalmente e transformam-se. Relação em que cada um tem algo para dar para o outro, que outro quer e necessita, sendo facilitada e determinada pela participação ativa de ambos na situação. (King, 1981) A experiência da interação é única, dinâmica e irreversível, no sentido que, o tempo, lugar e pessoas não se repetem jamais, sendo influenciada pela diversidade de necessidades, objetivos, experiências passadas e percepções de cada ser humano.*

A interação, neste estudo, consiste de ações, relações recíprocas que ocorrem entre gestantes, gestantes e acompanhantes e destes com a enfermeira. Para esta relação, todos trazem consigo seus conhecimentos, necessidades, valores, aspectos culturais, experiências, percepções, expectativas e significados, que se interpenetram através do compartilhar, do trocar e do estabelecimento de transações, podendo levar a um crescimento mútuo. Caracteriza-se por um processo de percepção e comunicação entre os membros do grupo, que favorece o equilíbrio das gestantes e acompanhantes consigo, entre si e com o meio ambiente, possibilitando-as (os) viverem o processo gestacional, de maneira tranqüila, menos traumática e feliz.

Ao trabalharem juntas (os), enfermeira, gestante e acompanhante podem experimentar uma nova espécie de relação no sistema de cuidados de saúde, na qual a gestante, a partir de sua efetiva participação, pode assumir o papel de protagonista do processo de gestação e a enfermeira, por sua vez, age como facilitadora deste processo e não como detentora de todo o conhecimento. Nesta

perspectiva, as interações, levam os seres humanos a aprenderem e ensinarem, culminando no processo educativo.

**COMUNICAÇÃO** é a troca e intercâmbio de pensamento e opiniões entre os seres humanos. Estrutura de sinais e símbolos importantes que dá ordem e significado às interações humanas, incluindo condutas, tanto verbais (linguagem falada), como não verbais (linguagem escrita, desenhos e atividades artísticas, contato físico, postura, expressão facial, aparência física). A comunicação é eficaz quando satisfaz as necessidades básicas de reconhecimento, participação e auto-realização, devendo acontecer numa atmosfera de respeito mútuo e desejo de compreensão (King, 1981). É um processo dinâmico, interacional, irreversível, pessoal e cultural, podendo ser intrapessoal e interpessoal. A comunicação é um processo social fundamental, que facilita as funções ordenadas entre os grupos humanos e a sociedade (Ibidem, 1981). Comunicação significa estar em relação com, representa a ação de por em comum, de compartilhar as nossas idéias, nossos sentimentos e atitudes. A comunicação envolve comportamento recíproco entre pessoas, dentro do contexto de um relacionamento, envolvendo empatia e confiança.

Neste estudo, a comunicação é um fator essencial para que se estabeleçam as interações, as transações e o processo educativo. As gestantes, acompanhantes e enfermeira podem comunicar-se entre si, de forma verbal ou ainda de forma não verbal, ou seja, por meio da escrita, de desenhos e atividades artísticas, de gestos, expressões faciais, posturas, tato, olhares, símbolos, dentre outros aspectos. Ao comunicarem-se, as gestantes e acompanhantes podem participar efetivamente do processo educativo, na medida em que expõem suas preocupações, ansiedades, sentimentos, questionamentos e contribuem com seus conhecimentos, idéias e experiências. Nesta perspectiva, podem adquirir novos conhecimentos, quando interagem com a enfermeira, outras gestantes e acompanhantes. Assim sendo, de acordo com o exposto, a comunicação efetiva e a compreensão das percepções, nas diversas situações, podem oportunizar a aprendizagem e crescimento da enfermeira e das gestantes.

**TRANSAÇÃO** é o conjunto de experiências únicas, no qual emergem as diferenças qualitativas entre seres humanos, que interagem entre si e com o ambiente, em busca de conhecimentos comuns, a fim de alcançarem metas comuns. As transações são consideradas como componentes de valorização das interações humanas, implicam em acordos, tratos e intercâmbios sociais (King, 1981). Propiciam o desenvolvimento pessoal e social.

Neste estudo, busco efetivar as interações com gestantes e acompanhantes, através das transações, com o objetivo de vivenciar a gravidez

de forma mais saudável. São acordados o horário e local para realização dos encontros, as tecnologias de cuidado, as estratégias implementadas, os temas trabalhados e os objetivos propostos. As transações são essenciais para o compartilhamento de experiências e conhecimentos, as quais podem auxiliar no enfrentamento de situações de estresse e de crise, provenientes da hospitalização e da gravidez. A transação é requisito fundamental para que o processo educativo estabeleça-se.

*AMBIENTE* refere-se ao contexto interno do ser humano, ao micromundo onde está inserido e ao macromundo com o qual interage, que o influencia e o transforma. O ambiente representa as dimensões micro e macro do seres humanos com todos os fatores sócio-político-econômico-cultural que os influenciam; o contexto interno e social e relações existentes. É o espaço físico, emocional, cultural, político, econômico, social, religioso, os quais compõem o contexto onde se dá as interações, transações e o processo educativo. É o contexto onde se troca, partilha-se, cresce-se, cria-se e recria-se todas as dimensões físicas, emocionais, espirituais e culturais do ser humano.

Neste estudo, o ambiente inclui o ambiente interno da clientela e da enfermeira, o ambiente hospitalar, o ambiente do próprio grupo e estende-se também à sociedade. O ambiente, enquanto sistema aberto, influencia e determina o comportamento dos seres humanos, envolvidos no processo educativo. É o espaço no qual os participantes relacionam-se, crescem e desenvolvem-se, criando e recriando, fazendo suas próprias histórias. //

*SAÚDE-DOENÇA* faz parte do processo vital. Saúde é um processo dinâmico que implica na busca do equilíbrio consigo (interno), com as outras pessoas e com o meio, em que está inserido (externo), permitindo o pleno desenvolvimento de atividades e de potencialidades do ser e caracterizando o viver bem. Depende da visão de vida de cada ser, de seus valores, suas crenças e estilo de vida. É um conceito subjetivo, uma vez que cada ser apresenta uma percepção diferente a respeito, ou seja, situações consideradas como doença para uns, não são vividas como tal por outros. Nenhum ser humano está totalmente livre de desequilíbrios ou transtornos físicos, mentais, sociais, culturais e espirituais e/ou outros, podendo estes serem transitórios, impedindo, momentaneamente, a capacidade deste ser agir, de participar e desenvolver suas potencialidades. Contudo, depende de sua percepção a caracterização deste estado como doença, ou não. Neste sentido, a caracterização de se sentir doente, ou não, dependerá da percepção do ser humano. Assim, é possível viver de forma saudável, mesmo quando se tem um diagnóstico de alguma doença.

Nesta perspectiva, “VIVER SAUDÁVEL” é entendido como um estado de equilíbrio com o seu self, com o self dos outros e com o



*ambiente, tendo como base as percepções, as expectativas, os valores, as crenças e os objetivos de vida. É um estado de tranquilidade, paz, felicidade, em que se é capaz de participar, criar, decidir e agir, atingindo metas pessoais e profissionais.*

Neste estudo, saúde é um processo dinâmico, no qual a gestante de alto risco e acompanhante buscam um equilíbrio consigo, com aquela/es com quem se relacionam e com o ambiente em que estão inseridas (os). O viver de forma mais saudável implica na possibilidade das(os) envolvidas(os) atingirem um estado no qual possam desenvolver suas potencialidades, criar, decidir, agir e enfrentar situações de estresse e crise decorrentes da gestação de alto risco, podendo tornar-se protagonistas (os) dos momentos vivenciados.

O conceito de saúde e doença podem ser percebidos e encarados de forma diferente para cada gestante e/ou acompanhante, podendo ser divergentes daqueles assumidos pela equipe de saúde, uma vez que todos tem suas próprias crenças, valores e estilos de vida. Daí, a importância de nós enfermeiras/os, termos o cuidado de não impormos nossas visões, assim como também tentarmos perceber aquilo que a gestante e acompanhante acreditam, para podermos ajudá-las (os) de forma eficaz. No entanto, é necessário refletirmos com a clientela, quando suas ações podem acarretar prejuízo para si e para seu filho, para que possam, desta forma, decidir e agir livres de riscos.

A gestante, mesmo com o diagnóstico indicando probabilidade de risco, pode ser capaz de vivenciar este período de forma tranquila, agradável e feliz, vivendo de maneira saudável a gravidez.

*ESTRESSE é um estado de tensão provocado por um estímulo físico, emocional, social ou espiritual, resultado de algum evento que ameaça, que prejudica ou exceda a capacidade de resposta do ser humano, podendo dificultar a interação consigo, com os outros e com o meio em que está inserido. Pode ter um caráter não tão transitório, levando ou não ao amadurecimento. Neste sentido, o estresse está associado à crise, entendida esta como um estado transitório de desequilíbrio emocional, o qual poderá oportunizar crescimento ou levar a distúrbios mentais.*

Neste estudo, considero que a gestante possa apresentar situações de estresse, haja vista as intensas alterações físicas, psicológicas, sociais e econômicas, vivenciadas por ela na gravidez, além da ampliação de papéis que ela assumirá após o nascimento do recém-nascido. Ressalto ainda o estresse

proveniente do afastamento de seu domicílio, de seus costumes, valores, ocupação e, principalmente, dos seus familiares, bem como o estresse decorrente da hospitalização e do repouso absoluto e/ou relativo. Soma-se a isto, a ansiedade, a insegurança, o medo da gestante ao temer pela morte de seu filho e pela própria vida e a angústia por não estar vivenciando o processo da gravidez de forma normal.

O acompanhante, por experimentar toda a gravidez, alguns efeitos dela e da hospitalização, embora de forma diferente da gestante, tendem a absorver e vivenciar situações de estresse e crise, similares àquelas vividas pela gestante. Associado a isto, o estresse deste (a) pode aumentar em decorrência da sobrecarga, por ter que assumir as funções da mulher (se for o marido), além das suas, bem como o fato de ter que prestar cuidados e apoio emocional à companheira.

A enfermeira ao interagir com ambos também vivencia momentos de estresse, quando o quadro complica-se, quando tem dúvidas em relação aos questionamentos, quando não consegue compreender a gestante e acompanhante.

A falta de informação pode contribuir para o agravamento da situação. O processo educativo pode propiciar a reflexão e compartilhamento de conhecimentos e experiências, auxiliando na diminuição ou superação do estresse e da crise, favorecendo, assim, o crescimento pessoal.

*ENFERMAGEM é uma profissão do cuidado, sendo que este cuidado é um fenômeno complexo, dinâmico, flexível, criativo, que envolve interações e transações humanas. Neste processo, os seres envolvidos cuidam e são cuidados simultaneamente.*

*Neste sentido, o cuidado enquanto processo dá-se de forma horizontal, na medida em que ambos tem conhecimentos e experiências prévias que devem ser valorizadas. (Silvia, 1996). Neste processo, aquele que cuida participa com suas habilidades e conhecimentos, sensibilidade e criatividade. Por outro lado, o ser que é cuidado traz, por sua vez, suas experiências de vida, conhecimentos adquiridos, além da sensibilidade e criatividade. A enfermagem é uma profissão que tem por finalidade promover e favorecer o equilíbrio de ser humano consigo, com os outros e com o meio em que está inserido. Objetiva, também, ajudar os seres humanos a desenvolverem as suas potencialidades e a enfrentarem as suas dificuldades, estimulando a capacidade de agir e decidir. Este processo favorece, ainda, que estes se tornem participes do processo de saúde, possibilitando-os a vivência*

*saudável das diversas situações consideradas como doença, caracterizando, assim, o viver bem. A enfermagem é uma profissão, pela qual se estabelece uma relação ética, criativa, compartilhada, podendo ser terapêutica. Terapêutica, na medida em que auxilia os seres humanos a enfrentarem situações de estresse e crise. Compartilhada, uma vez que propicia a troca de experiências, conhecimentos, emoções, sentimentos, energia e idéias, de forma criativa. Ética, por primar pelo respeito à individualidade, às crenças e valores do ser humano e pelo estabelecimento de compromissos que possibilitem o crescimento e transformação da clientela. Ética por primar pela valorização do ser humano, protegendo, preservando e aumentando a sua dignidade.*

Neste estudo, a cuidadora é a enfermeira e aquelas(es) que são cuidadas (os) são as gestantes de alto risco e acompanhantes. Contudo, na medida em que a enfermeira cuida, ela também recebe energia e é fortalecida, sendo também receptiva ao cuidado. A enfermagem é uma profissão que tem a finalidade de promover a saúde, prevenir a doença e restabelecer a saúde às gestantes de alto risco e seus acompanhantes. Os profissionais de enfermagem, ao compartilharem experiências e conhecimentos, ajudam as gestantes a desenvolverem suas potencialidades, bem como a enfrentarem as situações de estresse e crise, decorrentes da gravidez e hospitalização, possibilitando a elas resgatarem a responsabilidade por sua saúde e papel principal no processo de gestação. Ao interagirem, enfermeira, gestantes e acompanhantes modificam-se e crescem pessoalmente.

***EDUCAÇÃO** é uma dimensão do processo de cuidar. É um processo flexível, dinâmico, complexo, social, histórico, reflexivo, que se constrói a partir das interações entre os seres humanos, no qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências mútuas, uma vez que cada ser que interage, o faz com suas idéias, valores, atitudes e experiências. É um processo estético, ético, criativo, que possibilita ao ser humano diverso e singular, no âmbito individual e coletivo, o desenvolvimento de suas potencialidades, podendo atingir autonomia sobre suas ações, tornando-se sujeito das situações vivenciadas. Pode ser terapêutico, pois facilita o enfrentamento de situações de estresse e crise, favorecendo viver de forma saudável a gravidez. É um processo, no qual se estabelecem transações para o alcance de metas, com participação ativa dos envolvidos, no qual aqueles que participam desta experiência crescem pessoalmente e transformam a si e ao meio em que estão inseridos. Finalmente, é um processo que envolve e exige disponibilidade, respeito, capacidade de ouvir, afetividade, confiança, alegria, sensibilidade, compromisso e responsabilidade.*

Neste estudo o processo educativo resulta de uma construção coletiva, ou seja, no conjunto das relações entre as gestantes de alto risco, acompanhantes e enfermeira, com suas experiências, idéias e conhecimentos.

Em se tratando de uma clientela com características e diagnósticos diversos, vivenciando situações diferentes e complexas, acredito ser necessário, uma flexibilidade maior, em relação aos horários e composição de grupos.

Acredito que ao construir o processo educativo, através da reflexão e do compartilhamento de experiências e conhecimentos, ligados à gravidez, a gestante adquira novos conhecimentos. Além disso, a gestante pode melhor compreender que não é a única a atravessar situações de estresse e crise, decorrentes da gestação e hospitalização, o que a auxilia a enfrentar de uma forma diferente tais situações. Este processo pode enriquecer os acompanhantes que esclarecem suas dúvidas, ajudando-os a entender mais claramente o processo vivenciado pela gestante. Pode, também, enriquecer a enfermeira que crescerá pessoal e profissionalmente, ao adquirir novas experiências e conhecimentos.

O processo educativo pode ainda auxiliar as gestantes e acompanhantes a desenvolver suas potencialidades e detectar suas dificuldades, facilitando a tomada de decisão, permitindo a estes assumirem o seu real papel, como responsáveis por suas vidas e saúde. Acredito, ainda, que o processo educativo pode auxiliar a gestante, mesmo com diagnóstico de risco, a viver de forma saudável a gestação.

*ÉTICA é uma atitude, ação que permeia todas as outras ações do processo de cuidar, emergindo do interior de cada ser humano, de acordo com suas crenças, valores e formação educacional. Depende do tempo e do espaço. É histórica.*

*Seu objeto de estudo é constituído dos atos conscientes e voluntários dos seres humanos, que afetam os outros seres humanos. (Vasquez, 1992). É a reflexão filosófica do agir humano. Ações que realizamos de modo consciente, em que nós somos os autores, protagonizamos-nos como pessoas (Lopes & Nunes, 1995). É a compreensão daquilo que é justo, verdadeiro e bom, que favorece o desenvolvimento das potencialidades daqueles que interagem e transacionam entre si e com o meio, possibilitando a autonomia, o crescimento e a transformação do seres humanos, podendo estes participarem ativamente das questões relativas à sua saúde, exercendo a sua cidadania. Envolve o respeito consigo e com os outros seres humanos, o respeito à individualidade e à dignidade, a liberdade de agir, a*

*responsabilidade nas relações, ações propostas e estabelecidas. A ética diz respeito ao compromisso assumido com a vida, com o ser humano, que é racional e sensível e com sua humanização (Santini, 1995), sendo, portanto, um compromisso com a nossa própria humanização.*

Neste estudo os aspectos éticos permeiam todas as ações do processo educativo. O partilhar experiências e conhecimentos depende do respeito, do compromisso e da responsabilidade que se estabelece entre gestantes, acompanhantes e enfermeira. O processo educativo, na medida em que é flexível, dinâmico e reflexivo, pode possibilitar meios para que tanto gestantes, como profissionais desenvolvam suas potencialidades, exerçam seus direitos, cresçam, tornem-se ainda mais gente, mais humanos.

Resumindo o exposto diria, conforme figura 1, p.73 que as gestantes, acompanhantes e enfermeira, apresentam seu próprio self e percepção, os quais são influenciados pelos seus valores, crenças, formação educacional, conhecimentos, experiências e estilo de vida. Estes seres humanos interagem entre si e com o meio, mediados pela comunicações, isto é através do intercâmbio de pensamentos e opiniões, por meio de sinais e símbolos verbais ou não, que dão ordem e significado as suas ações. Estabelecem acordos, transações, no qual emergem diferenças qualitativas, que levam ao crescimento pessoal e alcance de objetivos.

Nestas interações e transações, gestantes, acompanhantes e enfermeira partilham e refletem sobre as experiências e conhecimentos. Aprendem e ensinam, podendo desenvolver as suas potencialidades, crescer e transformar-se, tornando-se sujeitos de suas vivências. Educam-se. Assim sendo, podem melhor enfrentar as situações de estresse e crise.

Este processo pode favorecer o equilíbrio consigo, com os outros e com o meio em que estão inseridos. Pode possibilitar um estado de tranquilidade, paz e felicidade, permitindo aos envolvidos participarem, criarem, decidirem e agirem, atingindo metas profissionais e pessoais. Permeando todo o processo e as relações entre os envolvidos, estão presentes alguns componentes éticos, entre eles, o compromisso, o respeito, a liberdade, a responsabilidade.

### **3.2. PRESSUPOSTOS**

O referencial teórico, constitui-se de conceitos e pressupostos que, em conjunto, propiciam a construção de novos conhecimentos. Os conceitos são unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria, operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, focalizando determinados fenômenos (Minayo, 1996). Os pressupostos consistem de afirmações que explicam os conceitos, proposições ou seja afirmações logicamente interrelacionadas que norteiam a obtenção de dados e análise dos mesmos (George, 1993). A ponto, a seguir os pressupostos adotados para o desenvolvimento do processo educativo com gestantes de alto risco e acompanhantes.

- a) O ser humano tem direito de receber informações claras a respeito de sua saúde e da saúde de seus familiares;
- b) O ser humano tem o direito de participar efetivamente das decisões que influenciam sua vida, sua saúde e daqueles que lhe são caros;
- c) A gestante de alto risco e acompanhante podem viver a gravidez de maneira saudável, tranquila e feliz;
- d) As situações de estresse e crise são melhor enfrentadas através do conhecimento de si (seu *self*) e das potencialidades inerentes ao ser, bem como através das interações com os outros seres humanos e com o ambiente;
- e) A enfermagem é uma profissão do cuidado, sendo que o processo educativo é uma dimensão inerente a ele;
- f) As (os) enfermeiras (os) têm a responsabilidade e dever ético de refletir e compartilhar conhecimentos e experiências, que auxiliem o ser humano a crescer e a desenvolver suas potencialidades, para viver de modo saudável sua vida;
- g) As (os) enfermeiras (os) têm o dever de tratar o ser humano com dignidade, respeitando sua autonomia e defendendo-o em sua vulnerabilidade;

- h) O processo educativo é de natureza interativa, pois sempre há transações e ações combinadas, entre quem aprende e ensina, sendo que se aprende ensinando e ensina-se aprendendo, oportunizando o crescimento e a transformação dos envolvidos;
- i) O processo educativo se dá em um sistema intrapessoal, interpessoal e social;
- j) O processo educativo pode contribuir para tornar o ser humano em sujeito do processo, na medida em que o auxilia a perceber suas potencialidades e dificuldades, capacitando-os a tomar decisões em relação à saúde e,
- k) O processo educativo auxilia as gestantes de alto risco a tornarem-se protagonistas do processo da gravidez, buscando alternativas para vivenciá-la de forma mais agradável, tranqüila, segura e feliz.

Esta rede de conceitos e pressupostos norteiam o processo educativo com gestantes e acompanhantes, objetivando compreender melhor esta clientela, auxiliá-la na vivência deste fenômeno e, em co-participação com ela, ampliar os conhecimentos sobre o processo de ser e viver da gestação.



# REPRESENTAÇÃO DO REFERENCIAL TEÓRICO

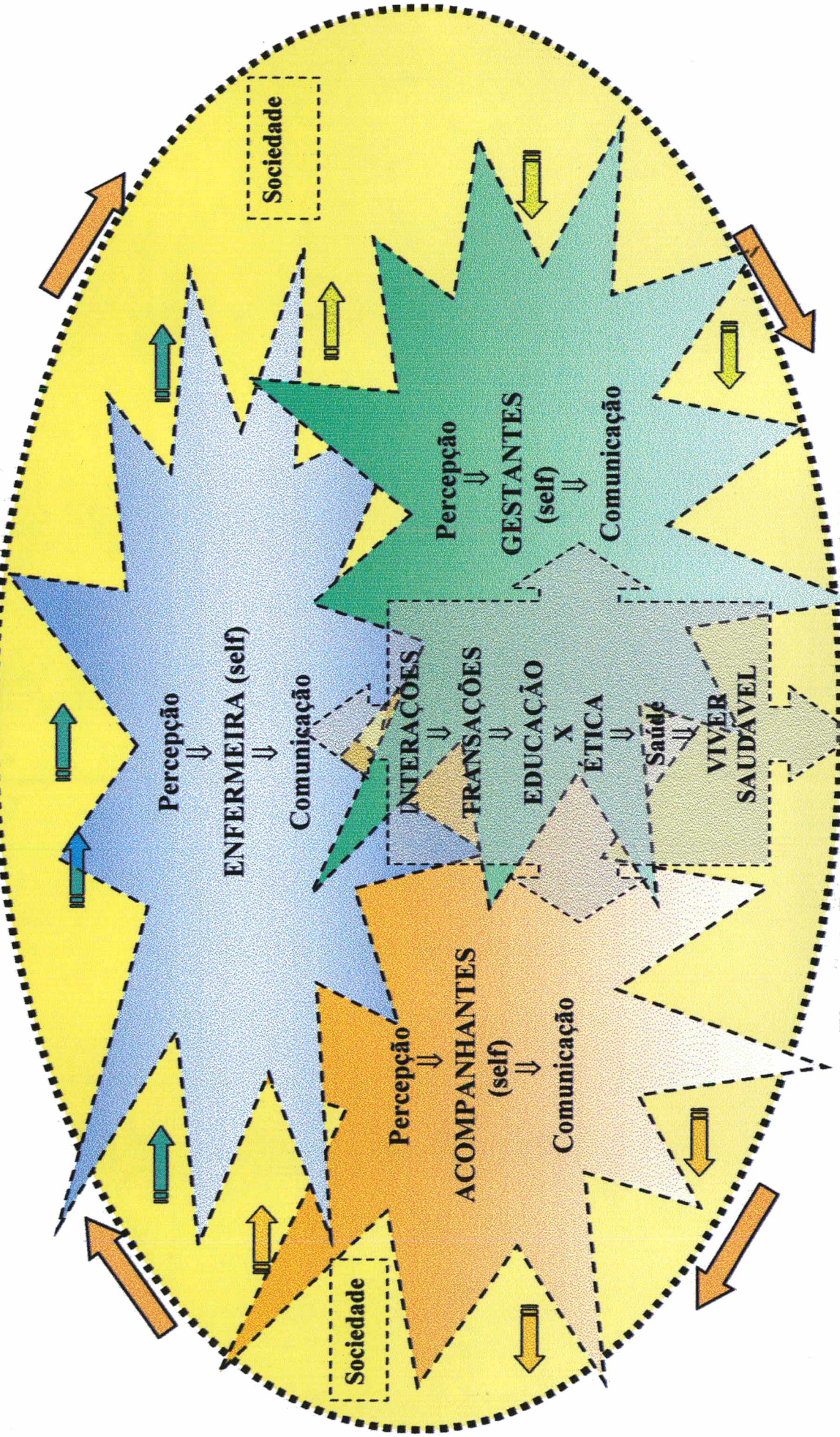


Figura 1. Representação do referencial teórico



## **CAPÍTULO 4**

### **BUSCANDO CAMINHOS PARA A CONSTRUÇÃO DO PROCESSO EDUCATIVO**

*Sem farol, dentro da noite, os barcos se perdem.*

*Sem bússola, os navios se desnorream*

*(Roque Schneider, 1998).*

O processo educativo se caracterizou pela sua dinamicidade e flexibilidade. Constituiu-se de um conjunto de ações, visando a socialização de conhecimentos e experiências, com vistas a propiciar uma maior autonomia a clientela e favorecer a vivência da gestação de alto risco de maneira mais tranqüila, segura e feliz. Este processo foi construído a partir da interação e transação com gestantes e acompanhantes e favoreceu a ordenação e sistematização das atividades educativas implementadas na prática, tendo como eixo norteador um referencial teórico, baseado em concepções próprias e de autoras como King (1981) e Haguette (1990). O processo educativo compreendeu quatro etapas intimamente relacionadas, as quais ocorreram, quase sempre, de forma simultânea e contínua, denominadas: Descobrimo-se; Desvelando a situação; Propondo e Agindo; e, Revendo e Redirecionando.

Utilizei como metodologia de trabalho, o método da observação participante, proposto por Pearsall (1965) e Haguette (1990). Segundo Adams e Herskovits, citados por Pearsall (1965), a observação participante é um conjunto de técnicas que inclui qualquer ou todos os meios apropriados para coletar, registrar, verificar e analisar os dados sobre os participantes do estudo. Já Haguette (1990) define a observação participante como um processo, no qual o observador está em relação face a face com os observados e, participando com eles em seu ambiente natural de vida. Bruyn, citado por Haguette (1990), afirma que os axiomas e corolários relacionados com o papel de observador participante são: a) o observador participante compartilha da vida ativa e dos sentimentos das pessoas em termos de relações face a face. Desta forma, o papel do observador participante requer ao mesmo tempo desprendimento e envolvimento pessoal; b) o observador participante é uma parte normal da cultura e da vida das pessoas sob observação. Sendo assim, o papel científico do observador participante é interdependente do seu papel social na cultura do observado; c) o papel do observador participante reflete o processo social de vida em sociedade. Para Pearsall (1965), o papel do observador participante deve seguir um "continuun":

a) observador total, b) observador como participante, c) participante como observador, d) participante total.

Com base neste método, as observações foram registradas em diário de campo e alguns diálogos gravados, mediante consentimento prévio dos participantes e, posteriormente, transcritos. A maioria dos diálogos, no entanto, não foram gravados, sendo registrados no mesmo dia do encontro, de forma detalhada, através de anotações de campo e memorizações, primando pela fidedignidade das falas e fatos. O nome dos participantes foi substituído por nome de flores para manter o anonimato, propiciando maior liberdade ao grupo.

Os dados coletados em cada encontro foram sistematicamente organizados, a partir de uma abordagem descritiva e reflexiva. A categorização dos dados permitiu a emergência de temas, cuja análise se consubstanciou na construção de um conhecimento novo em relação à experiência vivenciada por gestantes de alto risco e acompanhantes. Descrevo, a seguir, a contextualização do ambiente e clientela, bem como a sistemática de operacionalização do processo educativo.

#### **4.1. CONTEXTUALIZANDO O AMBIENTE DO ESTUDO**

Este estudo foi desenvolvido com gestante de alto risco e acompanhantes, na Unidade de internação da maternidade do Hospital Universitário (HU), da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O Hospital Universitário (HU) é uma unidade pública de grande porte, de complexidade terciária, estando vinculado ao Ministério da Educação (MEC). É um centro de referência para o cuidado, ensino, pesquisa e extensão na área de saúde.

O Hospital Universitário, órgão integrante da UFSC, localiza-se no Campus Universitário. Possui um área total construída e ocupada de 25.185m<sup>2</sup>, distribuídos em dez unidades de internação, entre elas: Clínica Médica, Cirúrgica, Pediátrica, Neonatologia e Obstétrica. Somam-se a estas unidades, 19 leitos de apoio, distribuídos em Unidades de Tratamento Intensivo, Centro Obstétrico e Emergência. Tem capacidade para 304 leitos de internação. Contudo, 58 deles ainda não estão ativados, por falta de recursos financeiros, humanos e materiais.

Atende a uma grande demanda de clientes, provenientes da sua área de abrangência, de todo o município de Florianópolis e da grande Florianópolis, bem como dos demais municípios de Santa Catarina. No ano de 1996, foram realizadas no HU, 7.689 internações e 124.534 consultas ambulatoriais. Possui um lotação de 1224 funcionários, distribuídos em 75 categorias (HU, 1996a), incluindo pessoal administrativo, serviços gerais, profissionais da área de saúde, entre outros. Somados aos funcionários permanentes, temos aqueles contratados pela Fundação de Amparo a Pesquisa e Extensão (FAPEU), empresas tercerizadas ou funcionários colocados a disposição do HU pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e UFSC, totalizando 546 pessoas (HU/1996a) e (HU, 1996b). Dentre os funcionários lotados, 563 deles pertencem a categoria de enfermagem, representado um percentual de 35,8%. A enfermagem está subordinada à diretoria de enfermagem que tem como filosofia:

- a) todo ser humano tem direito à vida, liberdade e segurança pessoal, igualdade em dignidade e direitos, sem distinção de qualquer espécie, seja raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política e classe social;
- b) a saúde é uma condição de bem-estar do ser humano, em que ele está em equilíbrio consigo mesmo e com meio ambiente;
- c) a enfermagem é um serviço prestado ao homem, e assim, a prática de enfermagem é uma arte e o seu exercício exige conhecimentos científicos próprios, a serem consolidados e ampliados. Na atualidade, a natureza deste serviço prestado ao homem é o atendimento das necessidades básicas, sempre visando a independência do homem desta assistência, em situações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, e
- d) a enfermagem, pelas suas características pode somente ser exercitada em equipe, levando ao compromisso da prática cooperativa na enfermagem. O enfermeiro, como coordenador da equipe de enfermagem, deve implementar este sistema cooperativo, através do exercício de liderança autêntica, em que encontra um equilíbrio das ações expressivas e instrumentais, agindo de forma deliberada e não automática (HU, 1980).

A Maternidade foi inaugurada em outubro de 1995, concretizando um sonho de mais de 10 anos, inovando em termos de assistência obstétrica e neonatal em Florianópolis. Os princípios fundamentais que norteiam a sua filosofia são a Humanização e a Interdisciplinaridade. A filosofia da maternidade contempla algumas premissas:

- a) é direito da mulher, do concepto, recém-nascido e familiares receberem atendimento personalizado, no processo de gravidez, parto e puerpério;
- b) é de extrema importância a presença e participação do pai em todo o processo de nascimento;
- c) o alojamento conjunto facilita a criação e aprofundamento de laços Mãe/RN/família, favorecendo o vínculo afetivo, a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento, a participação ativa e educação de saúde dos elementos mencionados;
- d) a mulher, concepto, recém-nascido e familiares devem ser assistidos de forma adequada por uma equipe interdisciplinar qualificada;
- e) o respeito ao ser humano deve estar refletido nas atividades de ensino, pesquisa, extensão e na assistência prestada à mulher, concepto, recém-nascido e familiar;
- f) a equipe interdisciplinar deve exercer papel atuante na educação de saúde da mulher/acompanhante e família, em relação ao processo do nascimento (gestação, parto e puerpério), aleitamento materno, cuidados com o RN, desenvolvendo a capacidade e confiança de gestantes e acompanhantes para cuidarem de seu filho e executarem cuidados básicos de saúde;
- g) as rotinas hospitalares das unidades deverão ter flexibilidade, favorecendo a assistência das gestante, parturientes, puérperas e recém-nascidos;
- h) as unidades da maternidade, bem como aquelas com quem se relacionam, trabalharão de forma integrada, e
- i) O tempo de internação será de acordo com as necessidades de assistência e educação da clientela.

Neste contexto, a maternidade garante atendimento personalizado às gestantes e acompanhantes, bem como a participação do pai ou acompanhante escolhido pela gestante, desde a triagem obstétrica até a alta no alojamento conjunto ou na unidade de internação neonatológica. Procura resgatar o papel da mulher como protagonista do processo de nascimento. Oportuniza a gestante a possibilidade de escolha do tipo de parto (horizontal ou vertical), além de propiciar a visita dos filhos, favorecendo o vínculo familiar. A maternidade conta com uma equipe multiprofissional para atender a demanda que a procura, composta da equipe de enfermagem, constituída de trinta e três enfermeiras/os, noventa e seis técnicas/os de enfermagem e auxiliares de enfermagem, obstetras (vinte e seis), anestesistas (quatro) e neonatologistas (quatorze), assistente social (hum), nutricionista (hum) e psicóloga (hum). Atuam também junto aos clientes, docentes e discentes de enfermagem, psicologia e medicina.

Na maternidade funciona um grupo de assessoria à maternidade, denominado de Grupo Interdisciplinar da Maternidade, composto de docentes do Departamento de Enfermagem, Medicina, Bioquímica e Nutrição da UFSC, bem como profissionais lotados na instituição, entre eles, médicos (neonatologistas e obstetras), enfermeiros, assistente social, nutricionista, psicóloga, com o objetivo continuar os trabalhos da comissão de implantação da maternidade, de realizar estudos e desenvolver projetos ligados à área, avaliar a assistência prestada e lutar pela manutenção da filosofia implantada.

Outras atividades desenvolvidas na maternidade abrangem: grupo de puérperas, grupo de casais grávidos e de gestantes do terceiro trimestre.

Dois programas do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) foram considerados prioritários para serem implementados nesta maternidade: o primeiro deles, que visou implantar os dez passos em favor do aleitamento materno, já foi alcançado no final de 1997, com a obtenção do título "Hospital Amigo da Criança"; o outro denominado "Maternidade Segura", que busca implantar os oito passos de uma maternidade livre de riscos para o binômio, também está em andamento. Em março de 1998 foi designada uma comissão para agilizar o desenvolvimento deste trabalho.

No que se refere às gestantes de alto risco são desenvolvidas atividades de terapia ocupacional, atendimento individual e coletivo, realizadas pela psicologia e reuniões de estudo de caso, envolvendo acadêmicos de medicina, médicos residentes, profissionais de enfermagem, entre outros.

A Maternidade é constituída de cinco unidades: Unidade de Triagem Obstétrica, Centro Obstétrico, Unidade de internação Obstétrica, Unidade de Neonatologia e Central de Incentivo ao Aleitamento Materno.

A Triagem obstétrica, anexa à unidade de internação ginecológica, engloba duas salas, uma de exames e outra de preparo para o parto, além do consultório.

O Centro Obstétrico é composto de duas salas de pré-parto, contendo dois leitos cada uma, sala de observação, posto de enfermagem e de medicação, uma sala de parto horizontal e vertical, sala de recuperação pós-anestésica, sala cirúrgica, sala de cuidados ao recém-nascido, vestuário, salas de chefia e anestesia.

A Unidade de Neonatologia funciona com dezesseis leitos distribuídos em quatro salas, de acordo com os cuidados, que são: sala de cuidados mínimos, unidade de terapia intensiva, observação e isolamento. As salas foram estrategicamente construídas para garantir a segurança do atendimento, com visores de vidro laterais externos, que permitem a observação dos recém-nascidos, mesmo quando o funcionário está fora do ambiente. A mãe e o pai têm o direito de acompanhar o seu filho durante toda a internação, nas vinte e quatro horas, favorecendo o vínculo familiar e o fornecimento de orientações individualizadas a respeito dos cuidados e evolução do quadro de saúde do bebê.

A Central de Incentivo ao Aleitamento Materno funciona em sala próxima a unidade de internação, sendo referência para todas as mulheres e profissionais que apresentam algum questionamento sobre o aleitamento. Tem por objetivo prestar assistência individual e em grupo às gestantes e puérperas, no que tange ao aleitamento; estendendo seus serviços a comunidade, através do ensino, extensão e pesquisa.

A Unidade de Internação Obstétrica é constituída de sete quartos com dois, três ou quatro leitos, sala de exames tocoginecológicos, sala de cuidados ao RN,

sala de exames ao RN, além das demais estruturas comuns a todas as unidades de internação. É composta de vinte e dois leitos, sendo que dezesseis deles destinam-se ao binômio (Mãe/RN) e seis são destinados à gestantes de alto risco. O local de internação de gestantes de alto risco, composto de dois quartos com três leitos, foi o contexto utilizado para o desenvolvimento desta prática assistencial. A localização destes quartos foi organizada, de forma que as gestantes de alto risco, face à gravidade de seu quadro, situassem-se próximas ao posto de enfermagem, facilitando o atendimento em caso de emergências e propiciando a observação constante. Estes quartos foram decorados com figuras suaves em tons pastéis e paredes pintadas com a tonalidade azul clara, com a finalidade de propagar tranqüilidade às suas ocupantes e harmonizar o ambiente. A equipe de enfermagem, que atende a demanda que interna nesta unidade, é constituída de oito enfermeiros, dez técnicos de enfermagem e sete auxiliares de enfermagem (HU, 1997).

Com relação a demanda atendida na Maternidade, segundo dados fornecidos pela direção geral do HU, em 1997 nasceram mensalmente uma média de 145 crianças, 68,53% via parto normal e 31,47% via cesariana. Em 1996, foram realizados 1743 procedimentos, dos quais 1034 foram partos normais, 475 foram partos cesáreos, 219 foram curetagens e 15 foram cirurgias ginecológicas. No período de maio a dezembro de 1996, foram atendidas 178 mulheres com diagnóstico de ameaça de aborto ou aborto, 224 mulheres com diagnóstico de gestação de alto risco e 694 mulheres com diagnóstico de trabalho de parto, totalizando 1096 atendimentos. De acordo com o levantamento realizado no período de 08/96 à 02/97 no HU, houve 86 internações de gestantes de alto risco, sendo que os diagnósticos mais freqüentes nesta época, foram: trabalho de parto prematuro, doença hipertensiva da gravidez e infecção urinária. Semanalmente, uma equipe de profissionais se reúne para discutir as situações de saúde-doença, os casos das gestantes de alto risco internadas, propondo novas condutas e prescrevendo novos cuidados.



## 4.2. CARACTERIZANDO A POPULAÇÃO ALVO

A população alvo, deste estudo, foi constituída de dezessete gestantes, internadas na Unidade de Internação da Maternidade e nove acompanhantes, de acordo com os seguintes critérios:

- a) gestantes com diagnóstico de alto risco, sem prescrição de repouso absoluto;
- b) gestantes, cujo diagnóstico inicial estabelecia a viabilidade fetal;
- c) gestantes e acompanhantes lúcidas (os), orientadas (os) no tempo e espaço, que conseguissem comunicar-se, viabilizando o processo de comunicação, interação e transação;
- d) gestantes e acompanhantes que aceitassem participar do processo educativo, no âmbito grupai e/ou individual.

Participaram dos encontros entre quatro a doze pessoas, incluindo gestantes, acompanhantes e em alguns encontros, uma estagiária de psicologia. As dezessete gestantes participaram de vários encontros em tempos e momentos diferentes, havendo uma grande rotatividade entre os elementos dos grupos, devido as características da clientela (interrupção da gravidez ou prescrição de repouso absoluto) e alta. As gestantes e acompanhantes tiveram seus nomes substituídos por nome de flores, com o objetivo de manter a privacidade das (os) mesmas (os).

Antes da realização dos encontros foram feitas entrevistas individuais e pesquisa em prontuário, através das quais foi possível estabelecer as características da clientela atendida:

As gestantes apresentavam ocupações diferenciadas. Constatei que 41,2% delas exerciam as funções de doméstica; 29,4% executavam atividades no lar, que incluíam os cuidados com os filhos e com a casa; 11,8% desempenhavam a função de balconista; 11,8% eram professoras e apenas uma não trabalhava, representando um percentual de 5,9%.

Acerca da faixa etária, detectei que suas idades se concentravam na faixa dos 30 aos 44 anos, representando 64,7% do total. A grande maioria das

gestantes provinham de bairros de Florianópolis, perfazendo um total 70,5%, sendo que apenas 29,5% eram procedentes do interior do Estado de Santa Catarina. Com relação ao estado civil, 58,8% delas eram casadas, 29,4% eram solteiras, 5,9% eram separadas e 5,9% divorciadas.

Com referência ao grau de instrução, 58,8% das gestantes tinham o 1º grau incompleto. Apenas 11,8% tinham o 3º grau completo. Observei também, que apenas 29,5% eram primigestas.

Um outro dado interessante, foi o fato de que 88,2% das gestantes realizavam o pré-natal, sendo que quatro delas, o realizavam no Centro de Saúde (CS) II da Costeira, quatro no Hospital Universitário, uma no CS II da Rio Branco, uma no CS II do Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social (INAMPS) e outra no CS II do Centro. As demais faziam pré-natal em postos de saúde do interior do Estado de Santa Catarina. Quanto ao uso de contraceptivos, 64,7% das gestantes nada utilizavam para evitar a gravidez. 47,1% das gestantes não aceitaram, inicialmente, a gravidez. Posteriormente, notei que ficaram felizes com a gestação, a ponto de 100% delas desejarem amamentar seus filhos com leite materno.

Os diagnósticos apresentados, motivo da internação das gestantes, também eram diversos, não havendo uma patologia específica que incidisse mais. Dentre as patologias consideradas de risco, a doença hipertensiva da gravidez e o oligodrâmnio apresentaram um percentual de 21% cada uma, seguidas da infecção urinária com 15,8%, diabetes com 10,5% e placenta prévia, cólica renal, ameaça de aborto e trabalho de parto prematuro com 5,3% cada.

Quanto a idade gestacional, houve uma concentração de gestantes que encontrava-se entre trinta e quarenta semanas, perfazendo um percentual de 59,7%. O tempo de internação variou de cinco dias a um mês e meio.

Os acompanhantes, na maioria, eram os companheiros das gestantes perfazendo 66,6%, ou suas mães ou filhos com um percentual de 33,4%. Os companheiros, na sua totalidade, trabalhavam, permanecendo pouco tempo junto as gestantes. Dentre as suas profissões temos: garçons, representante comercial, pedreiros e engenheiro.

### 4.3. CONSTRUINDO O PROCESSO EDUCATIVO

*Um tijolinho hoje, outro amanhã.  
As paredes sobem, a construção prossegue  
(Roque Schneider, 1998).*

O Processo Educativo ocorreu na maternidade do HU-UFSC, no período de primeiro de maio ao final de junho de 1997, num total de 100 horas. Constituiu-se de 13 encontros, com a participação de dezessete gestantes de alto risco e nove acompanhantes, sendo que quatro destes ocorreram no âmbito individual. O número de participantes oscilou entre quatro e doze pessoas, havendo rotatividade dos componentes, com exceção de dois deles, que participaram de todas as reuniões.

Nenhum encontro foi igual ao anterior, mesmo porque mudavam os temas, as pessoas, tempo e lugar. As necessidades, perspectivas e interesses eram outros. Descrevo, a seguir, o planejamento e desenvolvimento do processo educativo.

#### 4.3.1. PLANEJANDO O PROCESSO EDUCATIVO

Durante a minha vida profissional, já havia realizado atividades educativas com gestantes de baixo risco e com casais grávidos, no âmbito grupai. Utilizava como estratégia para o desenvolvimento daquelas atividades, a realização de oficinas, bem como usava algumas técnicas de grupo (vivências, técnica de cartazes, colagens, demonstrações práticas, atividades físicas, relaxamento, entre outras). Assim sendo, aproveitei algumas das experiências adquiridas, acrescentando novos conhecimentos e adaptei-as a nova realidade.

Na primeira semana, procurei fazer o reconhecimento do campo. Observei a dinâmica da unidade; conversei informalmente com algumas gestantes e com o pessoal da equipe de saúde, solicitando sugestões. Elaborei um convite para as gestantes e acompanhantes para motivá-las/os a participar do grupo, bem como confeccionei um cartaz sensibilizando-as (os) para as atividades, anexando o mesmo, próximo aos quartos. Confesso que a entrega dos convites deixou-me um pouco ansiosa, pois selava um compromisso com aquela clientela. Apesar de planejar mentalmente algumas propostas, tudo dependeria das transações

realizadas e, portanto, da participação efetiva da clientela envolvida. Felizmente, o interesse foi imediato. A estagiária do Curso de Psicologia procurou-me para participar das atividades, informada e estimulada pelas próprias gestantes, que lhe mostraram o convite.

Ao coletar dados a respeito das pacientes, junto à equipe de saúde, constatei que várias gestantes tinham como prescrição, o repouso absoluto, sendo, provavelmente, liberadas do mesmo, na sexta-feira. Caso houvesse a concordância das gestantes e acompanhantes, esta seria a primeira oportunidade para reunir o grupo. Tinha pouco tempo, uma vez que já era quinta-feira. Precisava preparar os materiais, rever algumas técnicas de relaxamento, de motivação de grupo e aguardar o desenrolar do encontro, no dia seguinte. Isto porque, os passos do encontro só seriam, realmente operacionalizados após transação com a clientela, a partir de seus interesses, preocupações e expectativas.

Constatei também que, além de tomar conhecimento do quadro obstétrico da gestante, por meio do prontuário e das informações fornecidas pela equipe de saúde, era importante a minha participação nas reuniões multidisciplinares, das quais participavam: acadêmicos/as do curso de medicina, plantonistas, enfermeiras/os e nutricionista. Isto me oportunizava fornecer importantes contribuições que pudessem auxiliar na evolução do quadro das gestantes, na discussão dos casos e tomada de decisões. A partir de então, comecei a participar das reuniões de estudos de caso, nas 4<sup>a</sup> feiras pela manhã, nas quais se estabeleciam algumas condutas, avaliavam-se a situação das gestantes, definiam-se as altas e exames. Isto facilitou acordar com as gestantes os dias dos encontros, não alterando o andamento da unidade. Tinha a consciência que era um trabalho de curta duração e, desta forma, teria que me adaptar à rotina existente.

Objetivando delinear as características da clientela, aproveitava a entrega dos convites dos encontros para realizar uma entrevista com a gestante. Chegava ao seu quarto, olhava-a nos olhos, cumprimentava-a e identificava-me. Demonstrava meu interesse em desenvolver um trabalho com ela e com seu (sua)acompanhante, transmitindo simpatia, tranquilidade, disponibilidade em conhecê-los/as. Expunha os meus objetivos de forma clara e sucinta. A entrevista,

constava de alguns dados pessoais, dados obstétricos e sentimentos em relação às suas vivências. Esta oportunidade me possibilitava identificar, sobretudo, suas preocupações e percepções imediatas frente à hospitalização. Em diversas ocasiões, as gestantes, individualmente e de forma espontânea, expressaram as suas preocupações em relação à gravidez e às expectativas frente ao grupo. Desta forma, quando realizava o encontro, já tinha algumas diretrizes que eram discutidas e validadas pelo grupo.

Naqueles contatos individuais, estabelecia-se um ambiente propício para o desenvolvimento de práticas educativas. Dependendo do estado de saúde da gestante, suas necessidades e tempo para a realização do próximo encontro, já eram trabalhadas algumas idéias naquele momento, sendo aprofundado o tema nos encontros posteriores, individuais ou em grupo. Percebi que se este espaço não fosse aproveitado, poderia perder a oportunidade ímpar de interagir, de trocar conhecimentos e experiências e de crescimento mútuo, além de poder favorecer a vivência dos aspectos saudáveis da gestação de alto risco. Perderia a oportunidade de dar o primeiro passo rumo ao processo educativo. É importante salientar que todas as gestantes que receberam alta foram convidadas a participar do grupo. Contudo, nenhuma gestante se deslocou de seu domicílio para participar dos encontros. Acredito que isto se deu pelo fato de que o afastamento do lar implicaria em custos financeiros decorrentes do transporte e alimentação, bem como devido a problemas pessoais (falta de recursos humanos para cuidar dos filhos, fadiga decorrente do deslocamento e, principalmente, a interrupção do repouso, entre outros). Em diversas ocasiões fui ao ambulatório de gestantes de alto risco para acompanhar as gestantes que haviam recebido alta da unidade, agendadas para o pré-natal e constatava que estas, muitas vezes, também não compareciam às consultas, agendadas pelo médico.

Além da receptividade das gestantes, da equipe, de acadêmicos e plantonistas, fiquei extremamente satisfeita e feliz com o apoio, carinho e cooperação da equipe de Enfermagem, sentido-me em casa. É bem verdade que me considero parte daquela maternidade, uma vez que auxiliei na sua implantação e no seu funcionamento, mas, sem dúvida, esta integração foi um elemento facilitador e motivador para o desenvolvimento do processo educativo nesta instituição, devido ao seu carácter humanizador.

O reconhecimento da área permitiu-me observar a sistemática da unidade e confirmar a percepção que já tinha, a de que no período matutino o movimento da unidade era mais intenso. Um movimento complexo de vai e vem, de entra e sai, de enfermeiros, médicos, estagiários, acadêmicos, docentes, psicólogos, nutricionistas e assistentes sociais. Constatei também que, das 9:30 horas até às 11 horas (hora do almoço), as gestantes eram submetidas aos procedimentos obstétricos (ultra-sonografia, tococardiografia, entre outros). Além disso, confirmei que o horário das visitas ocorria no período vespertino, a partir das 14:30 horas até às 17:30 horas.

Considerando toda esta dinâmica, estabeleci transações com as gestantes para definir um horário mais conveniente para elas, mas que não entrasse em choque com a rotina da unidade, uma vez que o trabalho que iria desenvolver tinha um caráter transitório e na minha concepção, não poderia modificar o andamento das atividades da unidade. Contudo, percebi que se o trabalho tivesse caráter permanente, teria um espaço aberto para negociar com a equipe esta atividade, tornando-a parte da rotina, o que não era minha intenção naquele momento.

Nesta perspectiva optei, em comum acordo com as gestantes, por realizar os encontros no período vespertino das 13:00 às 14:30 horas, nas 3ª e 6ª feiras, uma vez que, empiricamente, notei que nestes dias havia maior concentração de gestantes na unidade. Algumas alterações nos horários dos encontros ocorreram em decorrência das condutas estabelecidas pela equipe e, principalmente, pela solicitação das próprias gestantes, dada a flexibilidade nas transações.

A preparação para os encontros dava-se nos dias anteriores ao grupo. Na primeira semana busquei aprofundar algumas tecnologias do cuidado e técnicas de grupo, tais como: técnicas de colagens, pinturas e desenhos, técnicas de relaxamento, técnicas de motivação, já realizadas por mim em outras ocasiões. As tecnologias seriam instrumentos facilitadores da expressão de sentimentos, expectativas e emoções do grupo, trazendo à tona elementos interiores e até inconscientes que gerassem ansiedade, angústias e estresse. Paralelo a isto, tentava delinear algumas estratégias para desenvolver o processo educativo. Porém, nunca perdia de vista que caberia ao grupo decidir como iriam transcorrer as atividades.

Assim, reservei todos os materiais que poderiam auxiliar-me no desenvolvimento das atividades: revistas, folhas, cola, lápis coloridos, canetas, cartolinas, tesoura, fotos, transparências, álbum seriado, fitas de vídeo e cassete, CDS e livros, organizando-os, para melhor utilizá-los. Procurei deter-me um pouco na leitura de novas tecnologias que facilitassem o entrosamento dos membros do grupo e, por outro lado, aquelas que propiciassem relaxamento. Reservei o local para o desenvolvimento dos trabalhos, solicitei almofadas e colchões para acomodar as gestantes no local e ventiladores para refrescar o ambiente. Providenciei aparelho de som e reservei o videocassete e televisão. Paralelo a isto, apresentei minha proposta à comissão de assessoria da maternidade, grupo interdisciplinar, da qual também faço parte. Preparado o ambiente e tendo disponíveis os recursos materiais, restava aguardar a clientela, para em conjunto, desenvolver o processo educativo.

#### **4.3.2. PROCURANDO NOVAS ALTERNATIVAS**

A formação dos grupos deu-se através de convite oral e escrito, de maneira formal ou de forma espontânea. Em duas oportunidades, na ocasião em que iniciava um diálogo com uma das gestantes que havia participado do encontro anterior, outras gestantes de alto risco aproximaram-se e o tema que estava sendo compartilhado de forma individual, estendeu-se a todo grupo. Implicitamente, havia-se estabelecido uma transação entre todos, criando-se a oportunidade para compartilhar conhecimentos, trocar experiências, bem como criou-se um espaço de reflexão sobre as novas vivências, iniciando, assim, o processo educativo

O local, onde se deu o processo educativo, foi transacionado com o grupo, ficando estabelecido que o mesmo seria realizado na sala de neonatologia, onde foram colocadas almofadas para acomodar a clientela. No entanto, tanto no primeiro, como no segundo dia, percebi que as gestantes estavam insatisfeitas por terem que sentar em almofadas, uma vez que tal posição gerava dificuldade respiratória, era desconfortável e contrariava os costumes do grupo. As gestantes sugeriram a utilização de um sofá, que permanecia na sala, o que prontamente foi acatado. Posteriormente, os encontros foram realizados em outros locais, adaptando-se às necessidades da clientela. Foram realizados encontros na sala

de reuniões de enfermagem e na sala de neonatologia. Quando havia gestantes em repouso relativo (não podiam deambular), mas que desejavam participar do processo educativo, os encontros eram realizados nos seus quartos. Sendo assim, convidava as outras gestantes e acompanhantes para se dirigirem a este local, acomodava-os em cadeiras reclináveis, cadeiras de rodas e poltronas. Percebi que as gestantes sentiam-se mais seguras e menos inibidas quando os encontros eram realizados em seus quartos. Tinham maior controle das visitas de familiares e dos membros da equipe de saúde e podiam deitar-se ou recostar-se em seus leitos.

Acerca da clientela que vivenciou o processo educativo, tive como preocupação inicial a reduzida demanda de gestantes internadas na instituição, uma vez que apenas seis leitos eram destinados a esta clientela e na primeira semana, apenas quatro estavam ocupados. Contudo, no decorrer das atividades este fator não se constituiu em um empecilho. No entanto, foi motivo de inquietação e preocupação, as alterações constantes, nos quadros obstétricos, apresentadas pelas gestantes e condutas dispensadas às mesmas. Inicialmente, senti um certo desânimo em relação a este aspecto. Planejava algumas propostas, em conjunto com as gestantes, em determinado dia e no dia posterior, ao chegar à unidade, a realidade era totalmente outra. Gestantes que estavam com o quadro estabilizado haviam tido complicações. Algumas gestantes que não tinham repouso absoluto, agora tinham esta orientação. Outras gestantes que tinham como prescrição a permanência na unidade para observação e acompanhamento, já haviam tido alta hospitalar. Outras gestantes já haviam entrado em trabalho de parto ou ainda algumas apresentavam uma depressão intensa em decorrência de complicações com seu filho. Minha experiência anterior com gestantes de alto risco, já me havia apontado tais dificuldades. Porém, por ser o local da prática uma instituição de ensino, com presença constante de alunos, pesquisas, dinamicidade de ações e reformulações de condutas diárias, a dificuldade tornou-se ainda maior. Assim sendo, logo percebi que a minha prática deveria ser altamente flexível e que, provavelmente, poderia preparar algumas atividades acordadas com as gestantes e não as realizar, devido a estes contratemplos, diminuindo a minha ansiedade. De fato, isto ocorreu em alguns dias, levando a mudanças radicais no encaminhamento dos encontros, inclusive com mudanças de temas e local.



Ainda com relação à clientela, observei que parte das gestantes não tinham acompanhantes, o que contrariava parcialmente a proposta inicialmente formulada, que estabelecia como clientela, gestantes de alto risco e seus acompanhantes. A princípio, mesmo não explicitando claramente em meu projeto, pretendia priorizar como população alvo deste estudo, o casal. Contudo, algumas gestantes escolhiam como acompanhantes suas mães e irmãs e não seus companheiros. Acredito que tal dificuldade ocorreu, em decorrência de dois fatores. Um deles refere-se a própria representação do hospital universitário, enquanto instituição hospitalar e sua abrangência no atendimento, que se estende ao âmbito estadual. Sendo considerado como centro de referência estadual, sua clientela, no caso as gestantes, procediam de diversos municípios de Santa Catarina, as vezes distantes da capital, o que impossibilitava a permanência dos companheiros, devido aos custos financeiros acarretados por esta ação. O outro fator, refere-se ao tempo de permanência da gestante na instituição, que é longo. Este fato impossibilitou a permanência em tempo integral do companheiro, uma vez que o mesmo precisava desempenhar atividades profissionais que garantissem a manutenção da família. Acresceu-se a isto, a necessidade de permanência no lar para cuidar de outros membros da família. Em virtude disso, optei por desenvolver o processo educativo com gestantes de alto risco, com ou sem acompanhantes, independente de estes serem companheiros ou outras pessoas da escolha da gestante.

## **CAPÍTULO 5**

### **DESCREVENDO AS ETAPAS DO PROCESSO EDUCATIVO**

*Sem o esforço da busca é impossível a alegria do encontro*

*(Autor desconhecido).*

O processo educativo deu-se de forma dinâmica, flexível, criativa e reflexiva, procurando facilitar a vivência da gravidez de alto risco de forma mais saudável. Buscou favorecer o desenvolvimento das potencialidades das gestantes e acompanhantes e facilitar o enfrentamento de suas dificuldades. As trocas de experiências e conhecimentos, o aprender e ensinar mutuamente, acredito, podem ter contribuído para a transformação das/os envolvidas/os e, conseqüentemente, do meio em que estão inseridas/os.

O processo educativo foi sistematizado, por questão didática, em quatro etapas, que se interpenetraram, mesclaram-se ao longo do processo, as quais foram denominadas de: Descobrimo-se; Desvelando a Situação; Propondo e Agindo; Revendo e Redirecionando (Ver figura 2, p.106). Em cada encontro tentava trabalhar o objetivo proposto, porém a reflexão sobre os temas e situações vividas, prosseguia ao longo da internação e, acredito, após a alta, dando continuidade ao processo de educar-se. Durante o desenvolvimento dos encontros, estabeleceram-se interações, transações, que passaram a influenciar a percepção e *self* dos participantes, podendo levá-los à mudanças no âmbito pessoal e/ou profissional. Passamos a seguir para a apresentação das etapas.

### **5.1. DESCOBRINDO- SE**

Foi o momento no qual se deram, entre os participantes do grupo, as primeiras percepções, as primeiras interações, mediadas pelas comunicações. Nesta etapa, estabelecemos os primeiros contatos e apresentamo-nos. inicialmente, identificava-me como enfermeira, docente, mestranda e apresentava alguns dados pessoais. Aproveitava este espaço para expor de forma sucinta a razão da atividade proposta. A gestante por sua vez, dizia o seu nome, a sua procedência, sua idade, estado civil, profissão, número de filhos, idade gestacional e outros dados que julgasse serem necessários. Relatava o motivo de sua internação e expressava as suas primeiras impressões em relação à

hospitalização. Da mesma forma, o/a acompanhante apresentava-se e expressava o que representava a gravidez para ele (ela) e para a família. Quando o grupo já se conhecia, esta etapa era suprimida. Após a apresentação do grupo, esclarecia as propostas do trabalho, explicava os possíveis caminhos para o desenvolvimento do processo educativo e, de forma resumida, expunha o referencial teórico, que fundamentava e norteava as ações. Aproveitava o momento para solicitar o consentimento para transcrever e gravar os encontros. Nesta oportunidade também era estabelecida a transação entre os envolvidos, em relação ao período, horário e local da realização dos encontros, tomando-se o cuidado de não interferir com a rotina da instituição, uma vez que o trabalho tinha um caráter temporário.

Esta etapa, oportunizava a expressão das primeiras preocupações e expectativas pelas gestantes e acompanhantes. Aqui, também, desvelava-se a situação, que corresponderia a segunda etapa, caso estivéssemos falando em um processo vertical. Esta etapa ocorria, comumente, no início dos encontros, porém, não raramente, com a entrada de novos elementos reiniciávamos este processo, para que estes pudessem inteirar-se da dinâmica e continuar participando. Desta forma, o encontro era interrompido, rapidamente, para a apresentação de seus membros e para colocar o novo elemento a par do assunto tratado. O processo era retomado. Eram estabelecidas novas transações, que validavam os objetivos existentes ou nos propúnhamos a novos objetivos, o que possibilitava a participação efetiva do novo integrante. Seguindo a dinâmica, passo a segunda etapa que denominei “Desvelando a Situação”.

## **5.2. DESVELANDO A SITUAÇÃO**

Nesta etapa, foram relatadas e identificadas as preocupações, interesses, expectativas, percepções e necessidades dos participantes do processo, em relação ao momento vivenciado, à gestação, aos riscos, à hospitalização e aos efeitos do repouso. Tais dados emergiram, também, em outras etapas do processo educativo. Neste momento é que realmente foram explicitadas e percebidas as reais ansiedades, dificuldades e potencialidades das gestantes e acompanhantes, o que se deu de maneira espontânea, através da comunicação verbal e escrita e de conduta não verbal, através de gestos, posturas, toques, expressões e símbolos (desenho, formas, colagens). Sendo assim, a observação

das ações e comportamentos permitiram-me detectar o que estava implícito, as questões subliminares. Durante a entrevista inicial, realizada na primeira etapa, já havia detectado alguns sentimentos e subsídios que me auxiliaram na condução do processo educativo, levando-me a propiciar espaços para que estes fossem expressados em grupo. No período em que não estava sendo realizado o encontro, procurei ampliar informações sobre as características da clientela, através de prontuário e informações fornecidas pela equipe de saúde. Os dados foram levantados de forma contínua, ao longo do processo, em qualquer uma de suas etapas.

Normalmente, quando um participante do grupo era motivado a expor os aspectos que os inquietavam, os demais sentiam-se mais a vontade e também colocavam-se. Contudo, houve momentos nos quais se estabeleceu um clima de silêncio, quebrado por monossílabos, até que retomasse a questão e expressasse meus sentimentos, criando um clima de descontração e confiança. A partir das expectativas, interesses, necessidades e preocupações dos envolvidos, acordávamos temas a serem trabalhados no próximo encontro. No entanto, à medida que trabalhávamos estes temas, outras preocupações, dúvidas, necessidades, angústias, expectativas e interesses surgiam, dando origem a novos temas, que poderiam ser transacionados explicitamente ou não, podendo ser trabalhados naquele encontro ou no próximo. Durante os encontros e na transcrição dos dados, percebi que as preocupações e interesses eram comuns aos diversos componentes do grupo. Posteriormente, após o desenvolvimento dos encontros, estas preocupações, percepções e interesses foram agrupadas, de acordo com o foco principal em: preocupações com o bebê; com a gravidez; consigo mesma; com o pós-parto, preocupações relacionadas à hospitalização (efeitos e atendimento) e à situação familiar, percepções dos aspectos culturais, formas de atendimentos, bem como interesses relacionados ao afastamento da condição de paciente.

Acerca da preocupação com os bebês, os acompanhantes e, sobretudo, as gestantes, na sua grande maioria, expressavam temor pela vida e sobrevivência de seus filhos; uma vez que tinham consciência de que as intercorrências da gravidez, certamente, poderiam gerar problemas de saúde ao RN (recém-nascido). Tinham medo de que seu filhos adoecessem ou fossem a óbito.

Contavam os dias, sendo que cada dia somado, significava mais chances de vida e bem-estar para o bebê. Expressavam esta preocupação, quando partilhavam com as companheiras suas angústias, quando ficavam atentas aos resultados dos exames, quando questionavam, nos grupos, sobre o desenvolvimento do bebê e sobre as repercussões no seu crescimento, decorrente das patologias.

A questão do nascimento prematuro e do parto eminente eram preocupações freqüentemente enfocadas pelas gestantes e acompanhantes, sobretudo para aquelas gestantes com idade gestacional entre vinte e seis e trinta e seis semanas. Buscavam, através do processo educativo, preparar-se para a prematuridade. Neste sentido, solicitavam olhar fotos e vídeos sobre o recém-nascido prematuro e unidade neonatológica de cuidados intensivos. Expressavam seus sentimentos, questionavam e partilhavam experiências sobre o desenvolvimento fetal e funcionamento dos órgãos do recém-nascido, bem como sobre o aleitamento materno e sucção do bebê prematuro. Duas gestantes tinham revistas e livros a respeito da evolução do bebê e trocavam conhecimentos com as outras gestantes. Algumas gestantes já haviam passado pela experiência de ter um bebê prematuro e dividiam esta sua vivência com as companheiras. As gestantes preocupavam-se também com a educação destes filhos (recém-nascidos prematuros), pois acreditavam que poderiam superprotegê-los, poderiam continuar a manter aquela imagem de fragilidade e, desta forma, o mimariam demais.

A preocupação com a má formação fetal também estava em pauta. Uma das gestantes, que tinha apenas um metro e vinte, ficou extremamente preocupada com a informação dada por um acadêmico, afirmando que seu bebê poderia ter uma má formação. Esta gestante pensou até em interromper a gravidez, em decorrência deste fato. Contudo, o assunto foi discutido em grupo, foi esclarecido que o bebê tinha as mesmas características físicas da mãe e do avô (nanismo), sendo um bebê também de pequena estatura, o que, provavelmente, contribuiu para a sua maior tranquilidade.

Por outro lado, as gestantes que estavam quase a termo, mostravam ansiedade em relação aos cuidados com o bebê, principalmente no que tange ao banho e curativo umbilical. Expressavam o medo de dar banho antes da queda do umbigo, de manipular o coto umbilical, alegando risco de infecção.

As modificações físicas, emocionais, sociais e culturais, decorrentes da gravidez, bem como os distúrbios gravídicos, dúvidas e medos em relação ao trabalho de parto e preconceitos ligados à gravidez, foram alvo das preocupações das gestantes e acompanhantes. Acredito que tais preocupações só foram superadas pelas preocupações em relação ao bebê. Frequentemente, as gestantes trocavam idéias em relação aos sinais e sintomas de parto, solicitavam orientações com relação à rotina da maternidade, relatavam suas vivências em relação ao parto e à gravidez. Acerca das modificações na gravidez, o maior enfoque dava-se em torno dos aspectos emocionais. A labilidade emocional, decorrente das transformações corporais e psicológicas, alterações do ritmo de vida e medos relativos aos novos papéis, o de ser mãe e esposa e a própria aceitação da gravidez, constituíam-se em grandes inquietações. A aceitação da gestação pela gestante, dependia também da aceitação da gravidez pela família e estava ligada aos preconceitos de medo e vergonha por engravidar solteira ou numa idade avançada. Uma das gestantes relatou estar deprimida porque sentia-se culpada pela gravidez, uma vez que os filhos já estavam crescidos, bem como devido à pressão dos vizinhos, familiares e amigos que a rotulavam de louca por permitir uma nova gestação, em sua idade. Os preconceitos e mitos giravam não só em torno da idade, mas também diziam respeito às questões da sexualidade. Partilhavam-se idéias e conhecimentos em relação ao sexo e desejo na gravidez. Algumas gestantes relatavam que sua libido havia diminuído na gravidez, pois estavam centradas apenas na gestação. Em contrapartida, outras se sentiam mais excitadas e apresentavam maior desejo. Um dos companheiros, por sua vez, queixou-se, de maneira sutil, da falta de atenção da esposa. “Ela não gosta mais de mim, não deixa eu chegar perto”. Todas estas trocas de experiências entre eles, somado aos meus conhecimentos técnicos, facilitavam a maior compreensão da questão vivida pelos envolvidos.

O momento da gravidez e todas as modificações e alterações de papéis, advindas da mesma, levavam as gestantes a refletirem, ainda mais, sobre suas vidas, sobre seu corpo, enfim, refletirem sobre si. Assim sendo, a auto-imagem, auto-estima, sexualidade, a anticoncepção, a saúde e a morte figuravam entre as preocupações consideradas importantes pelas gestantes de alto risco. A preocupação com a anticoncepção serviu de pano de fundo para as gestantes abordarem algo que as inquietava realmente, a questão da sexualidade e a

questão da auto-estima. A preocupação consigo mesma envolveu também a preocupação com a morte e o medo de enfrentá-la. Uma das gestantes tinha um hemangioma no cérebro, segundo ela, uma bomba relógio que poderia explodir a qualquer momento. Compartilhou sua ansiedade com o grupo, que a apoiou, fornecendo-lhe subsídios para aliviar suas angústias, o que a ajudou a ultrapassar aquele momento, com mais confiança e esperança.

Ainda referente à gravidez, detectei preocupações das gestantes e acompanhantes relacionadas ao diagnóstico e exames realizados. As gestantes expressaram a necessidade de conhecer e compreender as doenças, as causas que geraram sua internação, bem como de serem informadas dos riscos e preparo dos exames realizados, principalmente os invasivos, para poderem participar ativamente dos cuidados. Aqui, vale a pena ressaltar que a preocupação delas/es era específica ao quadro apresentado. Assim, foram objeto de preocupação: a doença hipertensiva da gravidez, diabetes, cardiopatias, oligodrâmnios, polidrâmnios, placenta prévia, ameaça de parto, trabalho de parto prematuro. Quanto aos exames, as preocupações centraram-se na cardiocotografia e amniocentese. Enfocando ainda o processo de nascimento, as gestantes relataram preocupações acerca do pós-parto, em especial, sobre o aleitamento e depressão pós-parto.

As gestantes são seres humanos abertos, que se relacionam com o meio e com os outros seres humanos, sendo influenciadas por eles. Desta maneira, preocupam-se com aqueles com quem convivem. Diante disso, foram reveladas no encontro as preocupações ligadas à situação familiar. As gestantes, expressavam, freqüentemente, ansiedades, no que concerne ao seu emprego, à condição sócio-econômica da família, a situação educacional e cuidados com os filhos, bem como anseios referentes aos problemas nas relações familiares. Enfatizavam, constantemente, a saudade do companheiro e, sobretudo, dos outros filhos, as dificuldades e o sofrimentos vividos por estarem afastadas dos mesmos.

Além das preocupações com os familiares, grande parte das gestantes também demonstraram suas preocupações em relação ao desconhecimento das rotinas hospitalares e condutas da equipe. Sentiam-se entediadas, sem terem o que fazer, em um mundo estranho ao seu. As gestantes também manifestaram



preocupação e indignação com relação a conduta tomada por alguns profissionais. Uma gestante ficou sem ação, quando um profissional de saúde, ao detectar, através de um exame, uma infecção obstétrica que colocava em risco o bebê e a mãe, transmite a notícia da necessidade de interromper a gravidez de um maneira brusca e extremamente técnica, completando: “temos que preservar a incubadora, a mãe”. Reduzia a gestante a um útero, postura que me deixou extremamente angustiada. A mesma mensagem poderia ter sido dita de uma maneira mais suave, observando os sentimentos daquela mãe, permitindo a ela elaborar e enfrentar melhor o novo momento. Em contrapartida, as gestantes teciam grandes elogios ao atendimento humanizado prestado pela maioria dos profissionais. Questionaram, porém, a dinâmica relativa à assistência prestada pelos acadêmicos sentindo-se, as vezes, como objetos de estudo. Finalmente, as gestantes expressaram algumas percepções em relação a sua saúde, à condição de paciente e às diferentes características culturais existentes entre elas. Algumas delas enfatizaram que não estavam doentes. Neste sentido observei, em diversas ocasiões, principalmente quando ia convidá-las para o grupo, que as gestantes realizavam atividades no quarto, como arrumar os leitos. Tal fato foi confirmado nos grupos, ocasião em que as mesmas partilharam que se sentiam úteis fazendo alguma coisa. Uma das participantes do grupo, professora de antropologia, revelou que aproveitava aquele momento para refletir sobre os aspectos culturais, sobre os comportamentos das gestantes. Isto a fazia sentir-se melhor, pois desta forma afastava-se da condição de doente. Enfatizou ainda que pretendia escrever algo sobre aquela experiência vivida.

Podemos assinalar, então, que todas estas preocupações afloraram na medida em que íamos construindo o processo e eram adotadas algumas tecnologias de grupo e algumas estratégias de ações transacionadas no grupo, implícita ou explicitamente, como veremos na próxima etapa.

### **5.3. PROPONDO E AGINDO**

A partir das expectativas, interesses, preocupações e informações partilhadas conjuntamente, estabelecemos os temas, os quais trabalhamos, posteriormente, no grupo. Esta etapa seria, então, o trabalhar a situação desvelada, o ato de aprender e ensinar, de ensinar aprendendo. Os temas

definidos pelo grupo (gestantes, acompanhantes e enfermeira) podiam emergir em encontros individuais e depois validados em grupo, ou então emergirem no próprio encontro. Por outro lado, observei também que alguns temas eram específicos a apenas um membro do grupo e, neste caso, este tema era trabalhado individualmente. Em diversas situações, os temas abordados não refletiam as reais necessidades do grupo, apesar dos elementos do mesmo terem transacionado para que fossem desenvolvidos. Conseqüentemente, no decorrer dos encontros emergiam outros temas decorrentes do primeiro, que explicitavam de fato a necessidade emergente do grupo e, como havia a participação efetiva dos envolvidos, entendia que deveria dar continuidade ao processo, apesar de se desviar da proposta inicialmente acordada. Exemplificando este fato, contatei que em um encontro, no qual estávamos trabalhando a questão da contracepção, o tema foi mudado para a sexualidade. Em outro em que discutíamos a questão do RN normal, o tema foi alterado para a prematuridade. Em um encontro posterior, no qual falávamos sobre o fluxo da maternidade surgiu a questão da humanização no atendimento. Ocorreu também uma situação em que houve a divergência total do tema, na qual deixou-se de falar do aleitamento para tratar as questões relativas às modificações da gravidez e à aceitação da mesma. No entanto, caso eu percebesse que haviam ficado vazios, incompreensões ou detectasse que o grupo tinha necessidade de desenvolver o tema inicial, retomava, em comum acordo com eles, a proposta acordada. Acredito que, esta dinamicidade permitiu a troca e compartilhamento de idéias e conhecimentos de forma autêntica, permitindo a expressão de questões pessoais e grupais que condiziam com as reais necessidades da clientela.

Uma preocupação que tive em relação aos temas abordados foi a de tentar evitar que algum destes temas, de alguma forma, pudessem gerar situações de desconforto e tristeza, de mais estresse para determinadas gestantes. Procurava sempre trabalhar os temas solicitados, buscando extrair os aspectos saudáveis da gestação, mas sempre tentando atender as expectativas e questionamentos levantados. Do mesmo grupo, participavam gestantes com histórias de vida diferentes, problemáticas, idades gestacionais e diagnósticos diversos. Havia aquelas, cujo RN evoluía normalmente e que ali estavam apenas para serem observadas. Havia aquelas gestantes, cujo bebê tinha grande risco de vida, ou havia situações em que elas próprias tinham este risco. Ainda havia aquelas

situações, em que o feto não tinha viabilidade. As gestantes eram seres humanos diferentes, com histórias e necessidades diferentes, teriam, portanto, que ser compreendidas de forma singular. No entanto, tinha que conciliar todos os anseios, o que não foi fácil. Contudo, ali todas eram iguais, quanto a possibilidade de participar de sua gravidez e decidir em relação a sua saúde.

Diante daquela realidade surgiam alguns impasses. Como poderia falar de cuidados ao recém-nascido a todas as gestantes, indiscriminadamente, criando esperanças em demasia para aquelas que estavam sofrendo, sentindo-se deprimidas, preocupadas, não em relação ao cuidado com seu filho no pós-parto, mas com a sobrevivência e bem-estar deste, no agora?

Considerando tais conflitos, criei um espaço, no qual elas/es pudessem trocar conhecimentos e experiências, um espaço para que as gestantes e acompanhantes expressassem seus sentimentos, suas ansiedades para poderem melhor vivenciar aquela situação. Fazia um grande esforço tentando conciliar estas diversidades. Ao mesmo tempo que eu as (os) encorajava, expunha os riscos inerentes aos quadros apresentados, tanto para elas quanto para os bebês.

Felizmente, as próprias gestantes e acompanhantes tinham esta percepção, buscando se confortarem e se ajudarem, trocando informações e emoções, permitindo a todas/os enfrentarem, de uma forma mais saudável, aquelas situações de estresse e de crise.

Os temas foram trabalhados, a partir dos conhecimentos e vivências das gestantes e acompanhantes, acrescidos de meus conhecimentos e experiências, no âmbito pessoal e profissional, com vistas a um objetivo comum. Foram compartilhados conhecimentos e experiências que contribuíram para o crescimento mútuo e transformações pessoais e profissionais. Assim, a grande maioria das condutas das gestantes foram mantidas. Contudo, outras que poderiam gerar agravos à saúde dos recém-nascidos ou da própria gestante foram objetos de reflexão, no sentido de serem alteradas. Em todo o processo educativo, incluindo as etapas anteriores, foram estabelecidas estratégias, que facilitaram o andamento dos trabalhos. As estratégias utilizadas foram as mais diversas e decorreram do estabelecimento de transações entre os envolvidos. Muitas vezes propunha aos outros membros do grupo algumas ações, oriundas

de minha experiência profissional ou advindas apenas da intuição, que foram acatadas ou não pelas gestantes e acompanhantes.

As estratégias consistiam de ações propostas pelo grupo. Compreendiam: o apresentar-se; o ouvir; o refletir sobre as vivências relatadas no grupo; o sugerir; o questionar; o informar; o expressar as preocupações, os interesses, os sentimentos e as necessidades dos envolvidos; o buscar soluções, a partir de experiências e conhecimentos dos componentes dos encontros; o trabalhar temas referentes às preocupações levantadas, tanto pessoais quanto aquelas relacionadas à gestação ou ao risco diagnosticado. Incluiu ainda, o estimular, o motivar, o partilhar, o trocar, o alertar, o avaliar, o solicitar e o orientar.

Para o desenvolvimento dos temas, foram transacionadas algumas tecnologias do cuidado, uso de recursos didáticos e técnicas de grupo, as quais deram maior dinamicidade ao processo educativo, favorecendo a expressão das ansiedades e outros sentimentos e emoções, possibilitando o alcance do objetivo principal, ou seja, buscar viver de forma mais saudável a gestação de alto risco.

A expressão das vivências deu-se através da confecção de cartazes, oficina de colagens, desenhos representativos e esculturas com argila, depoimentos e relaxamentos. Como recurso didático, foi utilizado a exibição de vídeos, a apresentação de transparências, fotos e álbum seriado.

A técnica de colagem foi desenvolvida pela maioria das gestantes. Eram dadas a cada uma das gestantes (acompanhantes não quiseram participar) várias flores, confeccionadas em papel cartão, que não estavam completamente acabadas. Havia várias formas e cores. Todas elas estavam sem os miolos, caules ou folhas. Propunha, então, a elas acabarem de construir uma das flores. Posteriormente, solicitava a elas que desenhassem um rosto, representando-se. Eu também participava do momento proposto. Além disso, após o término da atividade, estimulava a todas que expusessem ao grupo, o que aquela flor estava sentido, e refletíamos, em conjunto, sobre as colocações. Findadas aquelas ações, colocávamos as flores no vaso que permanecia no quarto. Em diversas ocasiões, as gestantes que não haviam feito a atividade, ao verem as flores, pediam para executá-la.

A argila foi utilizada com objetivo similar. Sugeri às gestantes que fizessem uma escultura de uma mulher grávida e que expressassem os sentimentos delas oralmente. Esta atividade deu-se de forma muito descontraída e alegre. Dela emergiram temas que ainda não haviam sido ventilados: auto-estima, a aceitação da gravidez, os cuidados com o RN. Outra técnica utilizada foi a confecção de cartazes. Num determinado encontro, no qual havia sido acordada a reflexão sobre questões relativas aos sinais e sintomas do trabalho de parto, sugeri ao grupo que respondesse algumas perguntas para termos subsídios para desenvolvermos o tema. No primeiro momento, o grupo não aceitou a proposta, mas logo em seguida uma dos participantes pediu que eu escrevesse algumas de suas idéias e tudo “deslanchou”. No cartaz, constavam questionamentos que poderiam ser feitos pelo bebê, com os seguintes dizeres:

*Eu vou nascer. O que a minha mãe sente? O que fazem no pré-parto? O que acontece comigo e com a mamãe?*

Paralelo a isto, foram mostradas algumas transparências sobre o desenvolvimento fetal. Observei que esta estratégia possibilitou a expressão de conhecimentos e das ricas experiências, no que diz respeito aos sinais e sintomas de parto e desenvolvimento do bebê, o que surpreendeu a elas mesmas.

A técnica do desenho foi utilizada após a exibição de um vídeo sobre a humanização no processo de nascimento. Ao sentir que havia um clima de muita emoção entre as gestantes e acompanhantes, sugeri que aquela/es que desejasse expressar seus sentimentos, poderiam fazê-lo, através do desenho. Todos concordaram prontamente, parecendo refletir uma necessidade premente. Contudo, alguns membros do grupo optaram por expressar seus sentimentos, através do registro de frases ou oralmente.

Normalmente, a utilização das tecnologias auxiliavam as gestantes e acompanhantes a expressarem seus sentimentos e preocupações, dos quais surgiram temas que eram trabalhados concomitantemente, com o tema central. Os temas propostos e trabalhados compreenderam questões relativas:

a) ao recém-nascido: prematuridade, seus riscos e educação; a esperança e desesperança; cuidados com o recém-nascido e desenvolvimento fetal;

- b) à gravidez: a aceitação da gravidez; modificações bio-psico-sociais e culturais; preconceitos; trabalho de parto (sinais e sintomas); direitos da gestante; patologias; pós-parto, no que diz respeito ao aleitamento e depressão pós-parto;
- c) à hospitalização: a internação (afastamento e ociosidade); rotinas obstétricas e fluxo da gestante nas diversas unidades e relações no atendimento e,
- d) à si própria: sexualidade, auto imagem, auto-estima, contracepção e morte.

A reflexão conjunta sobre os temas fortaleceu o conhecimento dos envolvidos, possibilitando a estes decidirem e agirem melhor frente à situação vivenciada. Além disso, favoreceu o enfrentamento de situações de crise e de estresse.

#### **5. 4. REVENDO E REDIRECIONANDO**

Didaticamente, foi considerada como a última etapa. No entanto, ela apareceu nas diversas etapas, já relacionadas, favorecendo a viabilização das mesmas. Esta etapa se deu de duas formas distintas. A primeira aconteceu durante os encontros, quando os temas, tecnologias e estratégias eram redirecionados de forma espontânea, pelo grupo, com vistas a aprofundar um outro tópico que, inicialmente, não havia sido acordado.

Neste caso, não havia interrupção do processo para validar o novo tema. Contudo, quando percebia que o tema inicial ainda continuava sendo do interesse do grupo, após desenvolvermos o tema emergido, retomava a questão anterior. A segunda forma ocorreu ao final de cada encontro e consistiu da avaliação do processo vivido. Consistiu em avaliar o plano traçado, as reflexões estabelecidas, a partir de trocas de experiências e compartilhamento de conhecimentos. Esta etapa contribuiu para avaliar se os encontros possibilitaram aos envolvidos uma participação efetiva. Contribuiu, também, para se verificar se aquele processo estava favorecendo a vivência da gestação de forma mais tranquila, menos traumática e feliz. Isto ficava explícito, quando ouvíamos os depoimentos, sentíamos as emoções e captávamos as expressões dos envolvidos. Nesta etapa, também foi observado se as tecnologias e estratégias (ações adotadas após as transações) atendiam as necessidades do grupo e contribuíam para facilitar a expressão de seus sentimentos, de suas dificuldades e para o

desenvolvimento de suas potencialidades. Desta forma, quando percebíamos que os objetivos não estavam sendo alcançados, redefiníamos as transações, dando continuidade ao processo.

Em alguns encontros, utilizei um instrumento para avaliar as propostas, porém, na grande maioria das vezes, solicitava as/aos participantes que expressassem suas percepções em relação aos mesmos, ao seu término. Através de algumas falas, observei que as gestantes e acompanhantes demonstravam maior segurança e tranquilidade, à medida em que desenvolviam os temas e ampliavam seus conhecimentos e experiências. Isto, certamente, davam-lhes maiores subsídios para decidirem sobre seu tratamento e as (os) auxiliavam a assumirem um postura mais ativa frente ao processo de nascimento. As gestantes ao refletirem sobre o seu corpo e sobre a sua pessoa, tendiam a aumentar sua auto-estima e, sentindo-se mais fortalecidas, puderam melhor enfrentar as dificuldades decorrentes de sua condição.

*Olha, Fátima, acho que o emocional também ajuda. Que bonita a Miosótis (Violeta ao falar de uma gestante que se mantinha sempre no leito, queixosa e após um encontro, pintou-se para aguardar as visitas).*

*Estou emocionada, gostei de tudo no vídeo, eu nunca tinha visto um parto (Mãe de Violeta).*

*Me senti mais segura após ver o filme (Rosa).*

*Achei muito legal. Tá bom, o encontro (Betúnia).*

*A gente fica mais segura (Dália).*

*Foi ótimo. A gente entende melhor (Tulipa).*

*Aumentou o conhecimento e esclarecimento. A gente faz trabalhos (Margarida).*

*Eu aprendi muita coisa junto. Gostaria de aprender sobre o cuidados com o bebê (Rosa).*

*Me disseram que a criança não estava formada. Eu vi que não é assim (Hortênsia).*

*Gostei de tudo conversando. Sou mãe há tanto tempo e tinha coisa que não sabia. Tinha pessoas para conversar. A gente se distraiu, saiu a coisa ruim. Lá onde eu morava acharam um horror quando eu engravidei. Vocês me ajudaram a superar aquilo. Me levantaram o astral. Estou com vontade de ir para casa e me arrumar (Papoula).*

*Que interessante. Ganhei todos os filhos em casa e não sabia como era. Posso assistir ela ganhar o filho? (mãe de Dália).*

*O importante foi visualizar os métodos (falando dos contraceptivos). O encontro é sempre bom, esclarece, relaxa, ajuda (Violeta).*

*É muito legal este trabalho (Flor de Campo).*

Aqui cabe ressaltar, que muito mais que o expresso em palavras foi aquilo que sentimos. Acredito que houve um crescimento pessoal dos envolvidos no processo. As vivências compartilhadas, creio, ajudaram as gestantes e acompanhantes a agirem com mais segurança e tranquilidade. Quanto a mim, após cada encontro sentia-me fortalecida, satisfeita por ter contribuído para que as gestantes e os acompanhantes pudessem viver, de maneira mais saudável, a gravidez de alto risco.



# PROCESSO EDUCATIVO



Figura 2. Etapas do processo educativo

## **CAPÍTULO 6**

### **INTERLIGANDO AS MALHAS DA REDE**

*O pescador faz suas redes com fios  
O cientista [ou pensador] faz suas redes com palavras  
Estas redes construídas com palavras  
têm o nome de teorias  
(Rubens Alves, 1982).*

Neste capítulo, exponho como o referencial teórico foi implementado na prática. Esta tarefa não foi tão fácil, haja vista, a abstração dos conceitos utilizados, difíceis de serem relatados, por serem sentidos, percebidos e principalmente vividos.

Na elaboração do referencial teórico, minha preocupação sempre foi a de manter um fio condutor único, não existindo divergências entre os conceitos adotados, tentando sempre manter uma linha única de pensamento, em uma mesma abordagem filosófica.

Considerando, desde o início, o ser humano como sistema aberto, acredito que todas as situações por ele vivenciadas e meio no qual está inserido, influenciam suas ações e pensamentos. Portanto, acredito que mesmo tentando galgar uma trilha já pré-estabelecida, o/a pesquisador/a ou cuidador/a ainda absorve parte de outras visões existentes, elaborando a sua própria, o que permite o salto, o crescimento, evoluindo enquanto gente.

Parto do princípio, de que as linhas filosóficas e teorias adotadas por determinados/as pensadores/as são adaptáveis a determinados tipos de trabalhos ou recortes de uma realidade. Não acredito que esta ou aquela seja melhor, mas sim que determinada linha, de forma integral ou parcial, sirva de fundamento e instrumento para desenvolver determinadas propostas. Alves (1982) ratifica esta idéia ao fazer uma analogia entre as redes do pescador, construída de fios e a rede do cientista construída com palavras. As teorias ao serem lançadas, pescarão alguma coisa, novos conhecimentos. Porém o mesmo alerta:

*Não se deixe hipnotizar, mistificar, enganar pelas repetidas afirmações acerca das maravilhas do método científico e [arcabouço teórico]. Ela é importante. Sem anzóis não há peixes. Cuidado, entretanto, com a arrogância do pescador que, com um peixinho na mão, pretende haver desvendado o mistério da lagoa escura (Alves, 1982, p.106).*



Não existem verdades absolutas, ou um método único ou ainda uma teoria única, porém a escolha desta predetermina o resultado da prática. Sendo teorias, enunciados acerca do comportamento dos objetos de interesse do/a cientista, este/a, por sua vez, utiliza as redes teóricas para apanhar as entidades que lhe causam curiosidade (Alves, 1982).

Tendo em vista que o referencial teórico que direciona a prática e a pesquisa, não é uma verdade absoluta e nem é imutável, isto é, depende da visão do mundo que temos, em um determinado tempo e espaço, é que optei por reformular meu referencial teórico durante a minha prática. Inicialmente, utilizei como fio condutor alguns conceitos de King, bem como alguns conceitos embasados em minhas crenças, percebi, porém, que não contemplavam integralmente a minha visão de mundo, mas que se aproximavam. Estando insatisfeita com a conceituação de alguns termos que não condiziam com a minha visão, principalmente, os conceitos de enfermagem e saúde, iniciei minha prática utilizando o referencial elaborado, porém, mentalmente, já havia idealizado algumas alterações que se refletiram na prática.

As críticas ao projeto corroboraram com estas premissas. Paralelo ao desenvolvimento das atividades práticas, aproveitando as novas vivências, aprofundando conhecimentos, embasados em minhas crenças e de outras/os autoras/es, dentro de uma mesma linha, aprimorei o referencial, que não contradiz o anterior, porém, acrescenta, fortalece e expressa aquilo que realmente acredito e vivo.

Os conceitos, que a princípio pareciam isolados, não se relacionando uns com os outros, relacionaram-se de tal maneira que pareciam imbricados, sendo que a supressão de um deles levaria a uma “solução de continuidade”. Era como se fosse uma rede com as malhas interligadas. Nesta malha estavam os conceitos de ser humano, *self*, percepção, interação, comunicação, transação, ambiente, saúde-doença, estresse, enfermagem, educação e ética.

O conceito de ser humano esteve presente durante todo o processo educativo.

*Ser humano como sistema pessoal aberto, ser social, histórico e complexo, dinâmico, sensível... com capacidade de perceber, pensar e sentir, selecionar alternativas dentre situações*

*diferentes. Ser único e plural, no que se refere à herança genética, experiências e percepções do mundo externo (vide conceito p.59 e 60).*

As gestantes participavam do processo com suas percepções, com suas expectativas, necessidades, valores e crenças, de acordo com sua história de vida, experiências passadas e presentes. Agiam e interagiam com outras gestantes, acompanhantes e meio. Seres sensíveis, complexos, com conflitos, quase sempre dispostos a enfrentar as dificuldades.

*Um ser com conflitos, contradições, dificuldades, limitações, medos, mas também um ser com propostas, soluções, oportunidades, possibilidades, facilidades e esperanças (vide conceito p 59 e 60).*

Na convivência que tivemos, percebi as diferenças existentes entre elas, umas sorridentes e otimistas enfrentando as dificuldades e as situações de estresse e as situações de alegria. Outras queixosas, pessimistas, demonstrando estar de “mal com a vida”, negando a situação, ou buscando desculpas para si mesmas e para às situações vivenciadas. Algumas vestindo a “roupagem” de paciente, outras ativas e reivindicativas, conscientes de suas potencialidades e direitos. Umas preocupadas, algumas alheias, outras dependentes, tristes, outras felizes e amigas. Porém, na sua maioria, buscando respostas para viver de maneira saudável este momento, inteiramente novo para elas. Umas apegavam-se à religião, algumas tentavam explicar o que sentiam através da racionalização, outras através da emoção, ou mesclando todas estas matizes, de acordo com a situação vivida. O importante e comum a todas era justamente este potencial inerente a cada uma delas, a capacidade de enfrentar novas situações, utilizando a própria criatividade.

Um ser no mundo, que pretende ir além de onde está, isto é, das áreas de apropriação, para avançar em conhecimentos, a partir do própria experiência (Martins, 1992).

Enquanto profissional, também com minhas crenças e valores, conhecimentos, conflitos, história de vida, em outra condição, ouvia suas vivências e tentava compreendê-las (os). À medida que escutava as suas vivências, envolvia-me cada vez mais com aqueles seres humanos e buscávamos juntas (os) alternativas, principalmente as educativas que as (os) ajudassem nesta caminhada. Por vezes, meu *self* abalava-se, estremecia e adotava uma



postura ora de introspecção e reflexão, ouvindo, estando ao lado, apoiando, ou então extravasando, através do diálogo. O conceito de ser humano ainda transpareceu nas ações dos envolvidos no grupo.

*Ser que pode se relacionar, interagir com os outros e com o meio, estabelecendo trocas, compartilhando experiências e buscando metas... No processo de crescimento, adquire valores e crenças, necessidades e objetivos que dão a consciência de sua interdependência pessoal (vide conceito p.59 e 60).*

Seres que se confortavam, ouvindo, falando e trocando, através de um afago, de um carinho; que se estimulavam, que sofriam com as dificuldades e conflitos da (o) outra (o); que se alegravam com os progressos alcançados, com a solução de problemas; que cresciam e transformavam-se quando interagiam; que tinham percepções diferentes à respeito da vida, da saúde-doença e da gravidez.

*Ser que busca, através de trocas de experiências e troca de conhecimentos, crescer como pessoa. Ser que busca aprender mais, que pode desenvolver suas potencialidades com o objetivo de ser mais gente (vide conceito p.59 e 60).*

Seres que conseguiam se colocar no lugar da (o) outra (o), não vivendo o que a (o) outra (o) vivia, mas tentando compreender a vivência da(o) outra (o), de tal modo, que através daqueles encontros, estabelecia-se uma relação de ajuda, que favorecia a todos os envolvidos enfrentarem as novas situações de uma forma diferente, mais tranqüila e menos traumática.

O interior de cada um, seu *self*, era exteriorizado, através de suas ações, de seus sentimentos, de suas falas, as quais influenciavam a percepção que tinham das coisas, situações ou fatos. Com o desenvolvimento dos encontros, no interagir com os outros, compartilhando novas experiências, todos nós passamos a refletir sobre o nosso "eu", o que possivelmente levou a alteração, expansão e reestruturação em nossos *selfs*, diversificando nossas relações pessoais e com os outros.

*O self não é estático. Ele evolui ou se modifica de acordo com as mudanças nos padrões e nos conteúdos das interações que o indivíduo experimenta, não só com os outros, mas consigo mesmo (vide conceito p.61).*

As percepções assim como os *selfs* também modificavam-se. O compartilhamento de experiências e conhecimentos levaram os participantes do

grupo a mudarem algumas de suas percepções em relação ao parto, cuidados com o recém-nascido e em relação a seu estado.

*A percepção é social, já que a mente é social, tanto em sua origem quanto em sua função, pois surge de um processo social de comunicação. A percepção é universal; é pessoal e seletiva (vide conceito p.62).*

O momento que estavam vivenciando e o diagnóstico também eram percebidos de maneira diferente pelas gestantes e equipe de saúde, uma vez que cada um tinha suas próprias crenças, costumes, valores e uma história de vida. Assim, as gestantes e acompanhantes apresentavam, as vezes, uma percepção divergente da minha ou da de outros membros da equipe, em relação à gravidade do seu caso. Desta forma, em algumas situações, as gestantes deixavam de cumprir com parte da prescrição proposta. Não realizavam o repouso ou burlavam a dieta prescrita. Em contrapartida, algumas gestantes assumiam o rótulo de doentes, permaneciam inertes no leito, deprimidas e cooperando pouco com o seu tratamento, deixando tudo nas mãos da equipe médica e de Deus. As concepções sobre os cuidados com o RN, os cuidados com o corpo e com a gestação também divergiam, de acordo com as percepções de cada uma. Contudo, buscava, através da troca de experiências e conhecimentos, compreender e manter aquelas percepções expressadas pelas gestantes e tentava alterar outras percepções que poderiam resultar em prejuízo para ela ou para seu filho. As percepções, desta maneira, modificavam-se durante o processo educativo.

*A percepção é pessoal porque difere de ser humano para ser humano, de acordo com suas experiências, valores, crenças, conceito de self e estilo de vida,... porém se pode modificá-las (vide conceito p.62).*

As relações existentes entre os envolvidos, a criação de vínculos, a reciprocidade de ações, caracterizavam as interações, que transpareciam em todo o processo.

*As interações são atos que ocorrem entre dois ou mais seres, em presença mútua. Relações recíprocas,... nas quais os seres humanos revelam suas expectativas e como pensam.... Crescem, compartilham experiências, conhecimentos e significados, desenvolvem-se e transformam-se (vide conceito p.63).*



Estas interações se evidenciavam nos momentos em que o grupo buscava, em conjunto, soluções para seus problemas e naqueles em que ocorriam questionamentos sobre diversos assuntos e tabus. As interações mostravam-se quando os participantes expressavam seus sentimentos, seus medos, suas preocupações e suas expectativas. Evidenciavam-se através da troca apoio e atenção, busca de pontos positivos e através das histórias de otimismo com vistas a superação das dificuldades. Estavam presentes quando as gestantes e acompanhantes enriqueciam todo o grupo com seus relatos, recortes de sua vida, quando eu expressava meus conhecimentos pessoais e científicos e quando os relacionávamos com as suas experiências. Além disso, as interações extrapolaram inclusive o tempo e o espaço da gestação, estendendo-se ao trabalho de parto, parto ou cesárea e pós-parto. A interação entre os elementos do grupo gerou um vínculo, um compromisso entre todos, fato este observado através das visitas ou dos contatos telefônicos.

*Interação pressupõe pessoas em ação, as quais dão respostas umas as outras (vide conceito p.63).*

A interação era percebida através do afeto recíproco, preocupação e acompanhamento do quadro de saúde da companheira de quarto e de seu filho, bem como quando tentavam compreender a maneira de ser, de agir e sentir dos membros do grupo. A interação evidenciava-se pela participação efetiva no processo educativo, através de questionamentos, reflexões, dos depoimentos, experiências e significados a elas atribuídos. As interações foram mediadas através de um instrumento essencial no processo educativo, a comunicação.

*A interação é mediada por um processo comunicativo, no qual os seres humanos, em nível individual ou coletivo, compartilham experiências, expectativas e significados (vide conceito p.63).*

A comunicação evidenciou-se através de algumas posturas (braços cruzados sobre a barriga, sentar-se num canto do sofá, braços abertos e aproximar-se dos outros participantes), através de olhares (vivos, alegres, tristes, temerosos, confiantes, com medo, com dúvida), através de faces alegres, angustiadas e apreensivas, de confiança, de perplexidade, através do choro, do sorriso, através de símbolos expressos nos desenhos e colagens, através das falas, dos depoimentos e reflexões sobre as situações.



*A comunicação é o intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os seres humanos,... dá ordem e significado às interações humanas. Inclui condutas, tanto verbais como não verbais (vide conceito p.64).*

A comunicação mediou as interações, as quais foram influenciadas pelo *self* e percepção de cada um, no caso, gestantes, acompanhantes e enfermeira e por suas crenças, valores e experiências. As interações efetivaram-se através de acordos e intercâmbios realizados entre gestantes, acompanhantes e enfermeira.

Os participantes dos encontros tinham idéias próprias a respeito da vida e do nascimento, lidavam com a gravidez e o risco de maneiras diversas, tinham níveis culturais, costumes, percepções e experiências distintas. Estas diferenças não impediram, mas ao contrário favoreceram o crescimento pessoal e grupal e propiciaram a busca de objetivos comuns. Assim, ao compartilhar suas diferenças, a clientela buscou melhor viver e compreender o processo de nascimento e enfrentar as situações de estresse e risco.

*Transações como experiências únicas, na qual emergem as diferenças qualitativas entre os seres humanos, que interagem entre si e com o ambiente, em busca de objetivos comuns. Implicam em acordos, tratos e intercâmbios sociais". Propiciam o desenvolvimento pessoal e social (vide conceito p.64).*

As interações e transações ocorreram no ambiente hospitalar, ora em salas de reuniões, ora nos quartos das gestantes. A bagagem cultural, as emoções, valores e crenças, as vezes contrapunham-se ao ambiente físico e influenciavam as relações.

*Ambiente representa as dimensões micro e macro do ser humano...; o contexto interno e social e relações existentes. É o espaço físico, emocional, cultural, político, econômico, social, religioso..., o contexto onde se dá as interações, transações e o processo educativo, no qual... cresce-se, cria-se e recria-se todas as dimensões físicas, emocionais, espirituais e culturais do ser humano (vide conceito p.65).*

O mundo pessoal das gestantes mostrava-se quando estas estabeleciam estratégias para adaptar-se ao meio hospitalar e aos costumes das outras gestantes e para enfrentarem situações externas relacionadas ao momento vivido. As gestantes procuravam preservar seus costumes. No entanto, precisavam aprender a conviver, adaptar-se as rotinas hospitalares e procedimentos médicos e de enfermagem. Queixavam-se, burlavam algumas regras. Criavam espaços próprios. Sonhavam com o retorno para casa.

Entendiam este espaço como algo temporário, mas necessário para se chegar a um prognóstico satisfatório. O grupo era um espaço de descontração, de entrosamento, de trocas com as (os) colegas e enfermeira, de crescimento pessoal, de criatividade e reflexão.

As relações entre os participantes envolveram confiança, disponibilidade e empatia, propiciando troca de idéias, de experiências, de conhecimentos, de significados entre todos os envolvidos, culminando no processo reflexivo do educar-se. Neste processo educativo, enfermeira, gestantes e acompanhantes aprenderam e ensinaram e ensinaram enquanto apreendiam.

*Educação é uma dimensão do cuidar,... um processo que envolve e exige disponibilidade, respeito, capacidade de ouvir, afetividade, confiança, alegria, sensibilidade, compromisso e responsabilidade. Um processo, no qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, havendo troca de conhecimentos e experiências mútuas (vide conceito p.68).*

É fato que, como enfermeira, tinha alguns conhecimentos científicos que divergiam dos conhecimentos das gestantes e acompanhantes. No entanto, o fato das experiências e conhecimentos serem tão diferentes foi o que tornou este processo tão interessante, uma vez que o compartilhamento de idéias tão diversificadas possibilitou o educar-se, isto é o crescimento pessoal e profissional de todos os envolvidos. Educação aqui, não referiu-se apenas à troca de conhecimentos acadêmicos sedimentados e validados, referiu-se, também, ao educar-se enquanto ser humano, ao formar-se.

Envolveu o reconhecimento de uma primazia própria ao ser humano, o de desenvolver talentos e capacidades, que se fundamentam na liberdade de agir (Martins, 1992).

Percebo que estes dias de convivência me modificaram profundamente. A perseverança daquelas gestantes, seus comportamentos diversificados, aspectos culturais apresentados e, principalmente, a luta para preservar a vida de seus filhos, foi algo que fez alterar alguns de meus conceitos e até me levaram a repensar alguns aspectos da minha vida, o que, repercutiu em minha vida profissional. Por outro lado, acredito que as gestantes e acompanhantes também sofreram transformações ao refletirem sobre os conhecimentos e experiências, os



quais lhes possibilitaram melhor decidir sobre o seu tratamento, gravidez e seu corpo. Tais fatos ratificam o conceito proposto:

*Educação é um processo, no qual há participação ativa dos envolvidos, favorecendo a transformação pessoal e meio em que estão inseridos (vide conceito p.68).*

Para o estabelecimento deste processo, houve concessões, acordos, transações. Em alguns momentos, o encontro transcorria sem intervenções, um tema gerava outros temas. Ao perceber que havia, implicitamente, a aceitação das/os envolvidas/os e vontade de continuar com o novo tema, já que todos participavam e davam andamento à nova proposta, não interrompia o processo. O local, as tecnologias do cuidado e estratégias também foram transacionadas pelo grupo. Esta experiência propiciou a participação daquelas/es que interagiam, facilitando o estabelecimento e a consecução dos objetivos comuns e a autonomia de suas/seus participantes.

*Educação é um processo, no qual se estabelecem transações para o alcance de metas, com participação ativa dos envolvidos... (vide conceito p.68).*

O meu papel era, na maioria da vezes, o de facilitadora. Neste sentido, busquei motivar a participação, facilitar o extravasamento das ansiedades dos elementos do grupo, estimular um clima de reflexão, de colaboração e de ajuda mútua. Em diversas ocasiões, o grupo aproveitava o momento para me questionar sobre os diversos assuntos ligados ao ciclo grávido-puerperal. Tal espaço me oportunizava partilhar conhecimentos científicos que pudessem contribuir para o crescimento do grupo ou intervir quando as colocações ou ações do grupo se constituíssem em situações de risco para o bebê e a mãe, ou violação de seus direitos. A reflexão sobre as experiências pessoais, tanto das gestantes e acompanhantes, bem como a reflexão sobre a minha experiência pessoal e profissional, deu-se durante todo o processo. Aqui a educação é reafirmada enquanto:

*...processo complexo, histórico, social e reflexivo (vide conceito p.68).*

Durante o processo educativo, emergiram situações de estresse e crise, as quais foram trabalhadas junto ao grupo ou individualmente. Ressalto o estresse da gestante em relação a sua saúde e do RN, a tensão gerada pela permanência

no hospital e necessidade de repouso. Somado a isto, temos o estresse decorrente do afastamento da família, de seus costumes, bem como aqueles decorrentes das adaptações as rotinas e condutas hospitalares e ociosidade. Tudo isso, tendeu a agravar ainda mais a situação de risco e gestação vivenciada.

*Estresse um estado de tensão provocado por um estímulo físico, social ou espiritual, resultado de algum evento que ameaça, que prejudica ou excede a capacidade de resposta do ser humano (vide conceito p.66).*

As gestantes demonstravam o estresse decorrente da saudade dos familiares, através da comunicação verbal, através dos desenhos e esculturas, do choro e mostrando fotos. Demonstravam estar felizes com a presença de familiares e a visita dos filhos e com a participação destes no processo educativo e choravam quando estes iam embora.

Com relação à sobrevivência de seus filhos, contavam os dias, perseguiam o tempo, que significava mais chances de sobrevivência do bebê, choravam, ficavam tristes e deprimidas, desanimavam, lutavam, questionavam sobre os riscos, sobre as patologias e exames, rezavam, buscando forças. Acerca das rotinas hospitalares, tentavam adaptar-se, criando um ambiente próprio em cada quarto, trazendo televisão, som e revistas.

Para evitar a depressão gerada pela tensão, as gestantes desenvolviam atividades manuais e educativas. Desenhavam, davam forma a argila, expunham suas vivências, suas angústias, ansiedades e refletiam sobre as mesmas. Situações de crise, em relação à gestação, ocorriam freqüentemente, e da mesma forma eram trabalhadas. Desta forma, em diversas ocasiões, estas expressavam dúvidas a respeito dos distúrbios e modificações gravídicas (enjôo, pirose, ingurgitamento mamário, labilidade emocional, dores lombares, contrações, alterações corporais, problemas em relação auto-estima, medos), bem como questionavam sobre o aleitamento, a contracepção, os cuidados com o bebê e os cuidados no puerpério.

O processo educativo contribuiu, por vezes, para a criação de um ambiente terapêutico, onde se refletia sobre as situações estressantes e de crise, o que



permitia as gestantes e acompanhantes elaborarem melhor suas vivências, para poderem decidir e agir com mais clareza.

Todo o processo educativo tinha como finalidade maior, viver de maneira mais saudável a gestação de risco e suas implicações. Um momento de interação, que levasse a clientela a um estado de maior tranquilidade, que propiciasse meios para que esta compreendesse melhor o processo da gravidez, diminuindo o estresse e os riscos. Um outro ângulo do conceito de educação é aqui abordado.

*A educação pode ser terapêutica, pois facilita o enfrentamento de situações de estresse e de crise, favorecendo viver de forma mais saudável a gravidez (vide conceito p.68).*

O cuidar na dimensão educativa extrapolou, por vezes, o previsto, fazendo com que em diversas situações ficasse atenta à meus “*insights*” e por pura intuição propusesse outras ações que levavam a clientela a um estado de tranquilidade. Como exemplo deste fato, temos uma situação ocorrida na manhã anterior à reunião do grupo. Havíamos acordado que desenvolveríamos uma atividade educativa à respeito dos cuidados com o bebê. Ao chegar ao quarto, onde estavam deitadas as gestantes, encontrei um clima tenso, “exalando” angústia, uma vez que uma das gestantes, pertencente ao grupo havia sido informada que seu filho poderia estar com complicações, sendo, talvez, necessária, a interrupção da gravidez. Todos estavam tristes. Tentei ouvir a gestante, apoiá-la, juntamente com as companheiras de quarto. Ao final da manhã, indaguei ao grupo, inclusive àquela gestante, se desejariam ainda realizar o encontro no período da tarde e o que gostariam de nele desenvolver. Algo diferente, diferente e alegre -responderam. Sugeri a exibição de um filme, não de cunho científico, ou sobre o nascimento, mas uma comédia ou um desenho animado. Todos concordaram. Coincidentemente, tinha as fitas no carro. Pareceu-me que naquele momento criou-se a possibilidade de um novo espaço para extravasar as ansiedades. Assim, acompanhantes e gestantes sentaram-se abraçados, como num cinema, permitindo-se desfrutar daquela possibilidade, quebrando a rotina hospitalar, na busca de forças para enfrentar suas dificuldades.

O educar, aqui, extrapolou o trocar e o partilhar conhecimentos. Envolveu o viver mais humanamente, através da busca de alternativas que resgatassem um ambiente prazeroso e alegre (trazendo o viver do meio externo para o meio interno, o hospital), através de recursos como vídeo, relaxamento, música. Ao oportunizar um clima menos rígido e limitante, facilitou a expressão de sentimentos, conflitos, fortalecendo as gestantes e acompanhantes para agirem e decidirem, para assim, tornarem-se partícipes de sua internação e gestação.

*Educação como processo, no qual o ser humano desenvolve suas potencialidades, podendo agir e tornar-se sujeito das situações vivenciadas (vide conceito p.68).*

É interessante reforçar que o trabalho educativo somente pôde acontecer, devido a uma característica fundamental, estabelecida no conceito de educação, a flexibilidade.

*Educação é um processo flexível, dinâmico e criativo (vide conceito p.68).*

A flexibilidade possibilitou a troca de horários, de temas, o desenvolvimento de diversas tecnologias do cuidado, de forma individual ou coletiva, progressos e retrocessos. Isto favoreceu a dinamicidade de ações, sem o que, acredito, seria impossível desenvolver esta prática, devido as características apresentadas pelas gestantes, tratamentos e condutas dispensadas às mesmas (dificuldade de locomoção, problemas, patologias e idade gestacional, riscos diferenciados, viabilidade ou não do feto). Abriu novas alternativas para cuidar das gestantes de alto risco e para compreendê-las melhor.

Contudo, ao observar meu referencial teórico constatei que a questão da interdisciplinaridade, não foi contemplada. Minha proposta era a de trabalhar com gestantes e acompanhantes, porém não excluía a participação de outros profissionais, que partilhassem da visão de mundo estabelecida no referencial teórico e, que desejassem assumir o processo conjuntamente. Percebi durante o andamento dos trabalhos, que a participação de um outro profissional, no caso a estagiária de psicologia, enriqueceu a prática educativa, pois propiciou uma outra visão e complementou o cuidado prestado, sendo, portanto, interessante a participação de outros profissionais. Acredito que para isso seria necessário um tempo maior, o estabelecimento de outros objetivos, bem como a manutenção do



trabalho, haja vista que seria necessário discutir o referencial teórico com todos os envolvidos, o que demandaria grande tempo. Entendo assim que o processo educativo pode ser ampliado a partir de uma perspectiva interdisciplinar.

O processo educativo, enquanto experiência interdisciplinar, é algo que não pode ser esquecido. Entretanto, é importante frisar, o papel importante que a enfermagem tem com esta clientela, no que se refere à dimensão do cuidar-educando, no sentido de promover a saúde, prevenir a doença, recuperar e restabelecer a saúde. A enfermagem é uma profissão, na qual a profissional, a enfermeira, permanece ao lado da clientela as 24 horas do dia, tendo a responsabilidade e o compromisso de compartilhar conhecimentos e experiências, estimular a reflexão, prestar informações, quebrando tabus em relação à gravidez, riscos, repouso, hospitalização, cuidados com o bebê, preparo para parto, orientações sobre os tipos de partos, cuidados no puerpério, propiciando subsídios para as gestantes e os acompanhantes alcançarem a autonomia para melhor agirem. Paralelo a isto, a enfermeira tem a oportunidade de adquirir novos conhecimentos e vivências que a motivam a continuar seu trabalho.

Enquanto enfermeira, percebi que somos facilitadoras/es e elementos fundamentais no processo educativo. Temos o dever ético de favorecer ambientes em que os envolvidos desenvolvam suas potencialidades. Notei que depois do compartilhamento e reflexão das idéias a respeito de determinado tema, os envolvidos reformulavam, mantinham ou criavam outras noções a respeito de uma idéia ou tema, o que favorecia o seu agir e o exercício de seus direitos, exercendo sua cidadania. Percebi que valorizando as experiências e conhecimentos daqueles que cuidamos podemos melhor atendê-los e compreender suas dificuldades. Assim sendo, podemos prestar um cuidado de acordo com suas reais necessidades, favorecendo o equilíbrio destes consigo, com aqueles com quem interagem e meio no qual estão inseridos.

Assim, acredito que o conceito de Enfermagem esteve sempre presente na dinâmica deste processo educativo, sendo entendida como:

*Profissão do cuidado, no qual, os seres envolvidos cuidam e são cuidados simultaneamente. Tem a finalidade de favorecer o equilíbrio do ser humano consigo mesmo, com os outros e com o*

*meio em que está inserido, além de ajudá-lo a desenvolver suas potencialidades e a enfrentar suas dificuldades, estimulando sua capacidade de agir. Este processo favorece que este se torne partícipe do processo, possibilitando a ele viver de maneira saudável as diversas situações consideradas como doença, caracterizando assim o viver bem (vide p.67e 68)*

Durante o processo educativo deparei com situações e componentes éticos que foram valorizados, refletidos e trabalhados. A responsabilidade frente a clientela emergiu como um componente ético essencial, tanto no estabelecimento dos objetivos e desenvolvimento do processo, quanto no cumprimento de acordos e horários e cuidados prestados; estes fundamentados em conhecimentos e habilidades técnicas. O processo educativo desenvolvido significou, para mim, não só um compromisso com a clientela, um compromisso com a instituição, com a minha profissão e principalmente comigo, na medida em que ampliou e gerou novos conhecimentos em relação a gestação de alto risco, possibilitou uma nova abordagem teórica e prática para cuidar de gestantes e acompanhantes hospitalizadas, não se constituindo em uma mera atividade acadêmica.

*A enfermagem é uma profissão pela qual se estabelece uma relação ética, criativa, compartilhada, podendo ser terapêutica (vide conceito p.67 e 68).*

Além da responsabilidade, transpareceu um outro elemento ético importante, o respeito. O respeito, incluiu não só a privacidade física da clientela, mas também o respeito em se manter o sigilo, quando confidências foram segredadas; o respeito e a valorização dos seus conhecimentos, das suas crenças, dos seus hábitos culturais e dos seus valores religiosos, sociais, éticos e morais, a menos que afetassem o bem-estar da mãe e do bebê. Acresce-se a isto, o respeito pela sua decisão de aceitar ou não o tratamento, não me eximindo, porém, de colocar as conseqüências que poderiam advir desta decisão; o respeito à sua dor, ao seu espaço físico e às opiniões dos familiares, bem como à liberdade de escolha de querer ou não realizar a atividade proposta, o processo educativo. O respeito ainda abrangeu a equipe de saúde e suas condutas, exceto aquelas condutas que pudessem vir em prejuízo da clientela. Estas situações eram discutidas e após reflexão conjunta, alteradas.

O respeitar, significou ainda tratar a gestante e acompanhante como seres humanos, chamando-os pelo nome, respeitando seus sentimentos, angústias,



participando de suas alegrias e tristezas, respeitando o seu silêncio ou seu desabafo, ouvindo-os sempre que necessário. Significou estar atenta para as suas necessidades; estar disponível, escolher o momento certo de falar, de escutar, de sorrir, de apoiar, de estimular, de questionar, de avançar ou parar (Freire, 1997); respeitar a liberdade de participarem ou não do processo educativo. “O respeito a autonomia e dignidade de cada um é um imperativo ético e não um favor que podemos ou não conceder uns aos outros” (Freire, 1997, p.66).

*A enfermagem é uma profissão, pela qual se estabelece uma relação ética, por primar pelo respeito à individualidade, às crenças e valores do ser humano e pelo estabelecimento de compromissos que possibilitem o crescimento e transformação da clientela. Ética por primar pela valorização do ser humano, protegendo, preservando e aumentando a sua dignidade (vide conceito p.67 e 68).*

As questões éticas permearam todo o processo educativo. Estas manifestaram-se quando os participantes agiram, expressaram suas posições em relação aquilo que entendiam como melhor a ser realizado para que evitassem riscos e pudessem vivenciar a gravidez de forma mais saudável. As interações e transações existentes entre os envolvidos tentaram se dar num clima de respeito, de cooperação, de amizade, de aceitação das diferenças. As opiniões não eram omitidas ou negligenciadas, porém eram refletidas de acordo com os valores, crenças, formação cultural e momento histórico de cada um. As participantes teciam comentários a respeito do cuidado prestado e a respeito das ações das colegas de quarto, de uma maneira construtiva. Enfim, tentava-se estabelecer um ambiente no qual todos tivessem liberdade de ser e agir, buscando crescer e ser mais gente.

*Ética é uma atitude, ação que permeia todas as outras ações do processo de cuidar, emergindo do interior de cada ser humano, de acordo com suas crenças, valores, formação educacional e contexto histórico. É a compreensão daquilo que é justo, verdadeiro e bom, que favorece o desenvolvimento das potencialidades daqueles que interagem e transacionam entre si e com o meio, possibilitando a autonomia, o crescimento e a transformação do seres humanos. Compromisso com a humanização de todos (vide conceito p.69 e 70).*

O Educar, como dimensão do cuidar, contribuiu para a promoção, prevenção e recuperação das gestantes de alto risco e acompanhantes,

favorecendo o equilíbrio consigo, com o meio e com os outros seres humanos, caracterizando o processo que conceituei como saúde.

*Saúde é o processo dinâmico, que implica na busca do equilíbrio consigo, com as outras pessoas e com o meio em que está inserido, que permite o desenvolvimento de atividades e de potencialidades, que caracterizam o viver bem (vide conceito p.65 e 66).*

As gestantes eram, na sua maioria, internadas e tratadas como doentes, uma vez que, na concepção da equipe, sua gravidez e o produto de sua gestação estavam sujeitos a um comprometimento. No entanto, não raramente, algumas gestantes mesmo com o diagnóstico de risco, referiam sentir-se bem. Estavam confiantes e tinham a expectativa de uma boa evolução do seu quadro. Isto denota que os conceitos de saúde e doença entre aqueles que cuidam e são cuidados são divergentes.

*Saúde é um conceito subjetivo, uma vez que cada um apresenta uma percepção diferente a respeito, ou seja, situações consideradas como doenças para uns, não são vividas como tal por outros seres humanos (vide conceito p.65 e 66).*

As gestantes e acompanhantes não centravam-se apenas nos riscos. Refletiam também sobre as vivências da gravidez e sanavam suas dúvidas, parecendo adquirir maior tranqüilidade, segurança e felicidade. É certo, que haviam momentos de esperança e desesperança, momentos de altos e baixos. Contudo, por estarem mais fortalecidas (os), por terem acesso a outros conhecimentos, por terem compreensão de que não eram apenas elas (es) que viviam aquela situação, tinham condições de superar e enfrentar com maior facilidade as dificuldades que pudessem advir. O processo educativo foi fundamental para que a gestante e acompanhante, em situação de risco, pudessem vivenciar de forma mais segura e tranqüila este processo tão complexo, a gestação de risco.

*Viver saudável é um estado de tranqüilidade, paz e felicidade, em que se é capaz de decidir, agir, atingindo metas pessoais e profissionais (vide conceito p.66).*

Através do diagrama (p.125), observamos que o referencial teórico, utilizado para guiar e direcionar esta prática, orientou efetivamente o cuidar, na



dimensão de educar, na medida em que os conceitos elaborados se interrelacionaram de forma harmônica, permeando todas as etapas do processo.

Foi representado neste estudo sob a forma helicoidal (ver figura 3, p.125), tentando demonstrar o movimento, a dinamicidade. Os conceitos emergiram em todas as etapas do processo, representados no diagrama por cores diferentes, com o objetivo de evidenciar que num segundo momento, uma mesma etapa pode ter características diferentes. Isto porque, após iniciarem as interações, as transações e o cuidar na dimensão do educar, a clientela envolvida pode modificar-se.

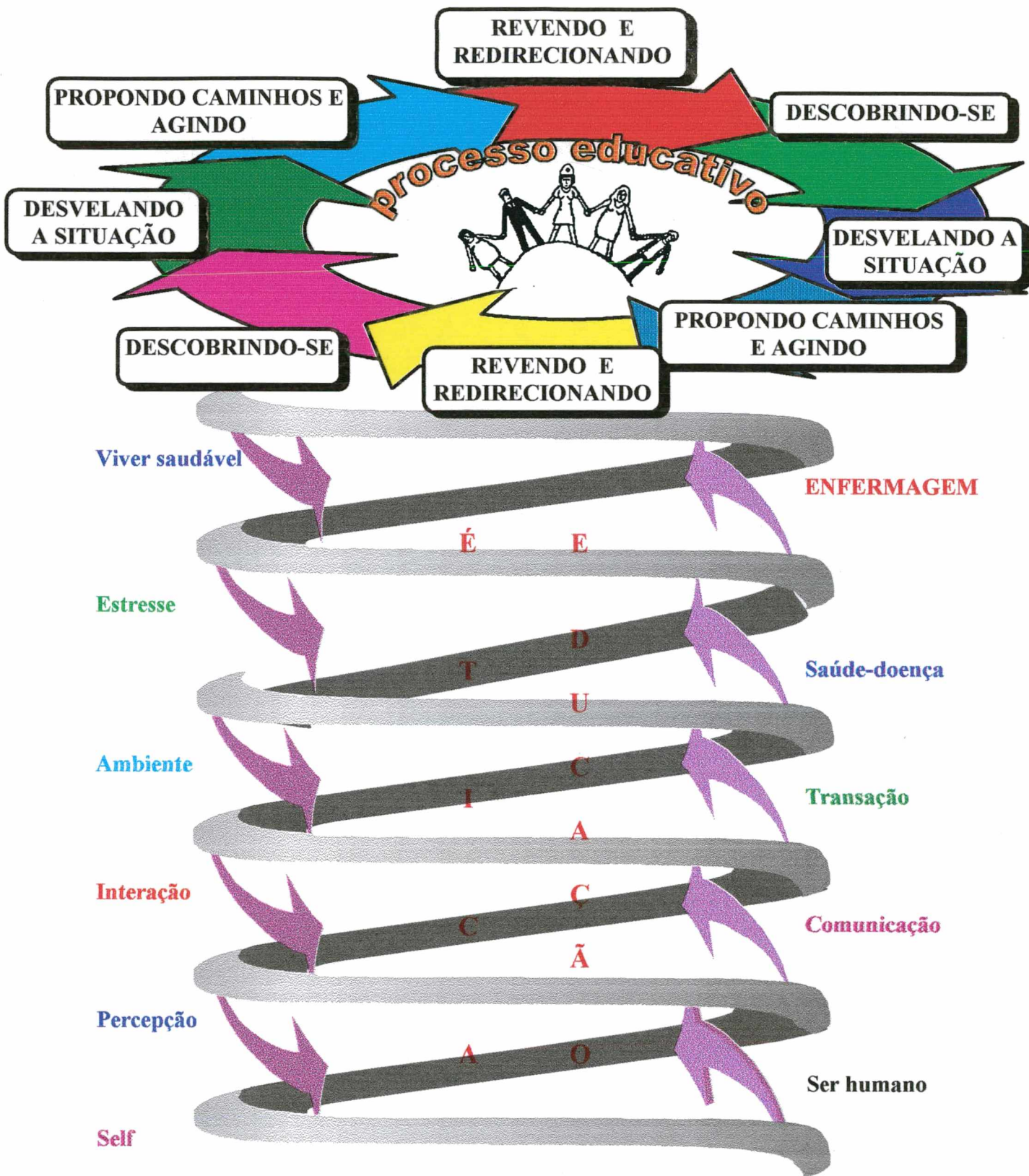


Figura 3. Representação do processo educativo norteador pelo referencial teórico

## **CAPÍTULO 7**

### **TEMATIZANDO AS SITUAÇÕES DO CUIDADO**

*Depois de cada noite  
há um amanhecer.*

*De cada flor brota uma esperança  
(Autor desconhecido).*

*A semente é como um bebê que vai nascer  
O broto, a esperança de um novo amanhecer  
E a pétala, a cor do arco íris,  
que a luz vai fazer aparecer.  
(Juliana e Gabriela Zampieri, 1997).*

Neste capítulo, categorizo e reflito sobre os temas emergentes no processo educativo, fundamentando-os com as idéias de diversos autores, já abordados neste estudo. Amplio, assim, o conhecimento a respeito do processo de ser e viver da gestante de alto risco e acompanhante.

Os encontros transcritos foram ordenados de acordo com as etapas que compunham o processo. Os dados foram pinçados e agrupados em colunas referentes aos conceitos, às estratégias adotadas, às expectativas e preocupações emergidas, com as respectivas falas.

No processo educativo vivenciado pelas gestantes, acompanhantes e enfermeira algumas preocupações, expectativas, interesses e percepções permearam o processo, dos quais emergiram temas que foram agrupados em categorias interligadas entre si. Tema entendido como a unidade de significação que se liberta, naturalmente, de um texto, os núcleos de sentido que compõem a comunicação (Bardin, 1994).

A reflexão dos temas deu-se a partir das falas das gestantes de alto risco e acompanhantes, que foram agrupadas com o objetivo de facilitar a apresentação dos achados e favorecer a estética do texto. São eles:

- a) vivenciando as expectativas e preocupações com o processo de ser e de viver do bebê;
- b) vivenciando o processo de ser e viver da gravidez, do parto e puerpério;
- c) refletindo sobre o seu viver, vislumbrando o futuro e;
- d) vivenciando o processo de hospitalização.

## **7.1. VIVENCIANDO AS EXPECTATIVAS E PREOCUPAÇÕES COM O PROCESSO DE SER E DE VIVER DO BEBÊ**

A mulher que vivencia a gravidez, que aguarda a chegada do filho, na grande maioria das vezes, está envolvida por grandes sentimentos, expectativas e atitudes. Vislumbra um filho bonito, rosado, de olhos amendoados, verdes ou azuis, batendo as pernas e os braçinhos.

A espera de um filho, em especial o primeiro, tende a ser um dos acontecimentos mais importantes na vida de uma mulher, do casal e da família. Representa um desafio para a maturidade do casal e implica no desenvolvimento de novas responsabilidades face ao novo ser, perante o qual, principalmente, a mulher sente-se ligada desde o início, por uma relação de dependência mútua e progressiva. O filho tende a representar, normalmente, para a mulher e também para o homem a concretização de um Amor, a oportunidade de experimentar o sentido real de imortalidade, a continuidade da família, de sua vida, da perpetuação da espécie. Um filho passa a ser um projeto de vida, quase que a extensão de sua vida. Os nove meses significam um tempo de preparação, que culmina com o nascimento. A fantasia e o sonho parecem ser ameaçados quando a gestante apresenta uma intercorrência em sua gravidez, a qual coloca em risco o seu bebê. Alguém que não vê, mas que sente como parte de si, dependente de seu corpo, porém com autonomia própria, mexendo-se e reclamando por carinho.

O sentimento de medo pela sobrevivência do seu filho, representou uma das maiores preocupações para as gestantes e acompanhantes, o que também foi constatado nos estudos de White e Ritchie (1984), Clauson (1996), Maloni & Ponder (1997), Schoroeder (1996), entre outros. As gestantes, na sua grande maioria, expressavam temor pela vida de seus filhos, uma vez que tinham consciência de que as intercorrências na gravidez poderiam gerar agravos ao bebê. Tal achado também foi constatado no estudo de McCain & Deatrck (1994), no qual afirmavam que os casais grávidos, que vivenciavam a gestação de alto risco, tinham medo de que o bebê fosse afetado em decorrência do tratamento obstétrico e complicações da gravidez. Ao desenvolverem um estudo com companheiros das gestantes, Maloni & Ponder (1997) afirmaram que os mesmos

também demonstravam profunda preocupação com o estado do bebê e sua sobrevivência.

Contudo, apesar da internação e tratamento, observei que a gestante de alto risco e acompanhante expressavam, durante todo o processo educativo, suas esperanças, aguardavam com ansiedade que tudo acontecesse, conforme seus sonhos, a fim de logo terem seu bebê em seus braços. Era esta esperança que os fazia enfrentar o presente cheio de dúvidas, medos e ansiedades e os levava a acreditar em um futuro promissor. Acreditar num amanhã que concretizasse o sonho de ver seu filho vivo e saudável.

*Eu quero cor verde (referindo-se ao lápis) de esperança, para que meu filho sobreviva (Amor Perfeito).*

*Estou preocupada que tudo dê certo com o bebê (Rosa).*

*Estou preocupada com a saúde de meu filho. Eu mereço este bebê e ele merece viver (Boca de Leão).*

*Eu sinto. Ele vai nascer bem. Sou saudável. Eu sinto, a gente sabe. Ele vai ter muita atenção e carinho (Violeta).*

*Se depender dela o nenê sobrevive. Ela é forte e saudável. Ela também sabe cuidar dos pequeninos. Não é a mesma coisa, mas ela não podia ver um bichinho doente e trazia para casa. Eles se recuperavam. Ela tem uma força positiva (Marido de Violeta).*

O medo de perder o filho era um fato real vivido pela gestante, reforçado pelas ações e preocupações daqueles que a rodeavam, familiares e profissionais de saúde e pelos sinais e sintomas apresentados. As gestantes percebiam e expressavam, nos encontros, qualquer alteração em seu quadro, bem como o cuidado a elas dispensado. Estas e os/as acompanhantes estavam cientes de que o controle freqüente dos batimentos cardíacos do bebê, a realização de exames, o uso de medicamentos, e repouso prescritos, visavam a manutenção e/ou tratamento e controle da gestação. Este medo pela perda do bebê, era ainda maior quando a gestante ou casal já tinham vivenciado perdas em uma outra gestação. Schoroeder (1996), em seu estudo, reforça este achado ao ressaltar que o medo do filho não sobreviver era algo real, principalmente, para aquelas gestantes que já haviam tido a experiência de fracassos em outras gestações.

*Tive sangramento. Já tive 8 abortos. Agora... (Boca de Leão, chorando).*



*Me disseram que eu posso ficar aqui até meu filho nascer. Estou no 7º mês. Posso ganhar no 7º, 8º ou 9º mês, mas está tudo bem. Tenho medo de não agüentar e perder novamente (Rosa).*

*Lá em Chapecó, eles me disseram que eu ia perder o bebê, então eu vim. Fiquei na casa de uma moça, na qual eu já morei aqui em Florianópolis. Ela me trouxe (Hortênsia).*

*Quando ele mediu o útero e disse que estava com altura inadequada, tive medo (Flor do Campo).*

*Tenho medo de na hora de nascer, não darem oxigênio. Aí deu. Queima o cérebro (Violeta).*

Maldonado, Nahoun e Dickstein (1990) explicam que a tendência da gestante de alto risco preocupar-se com a sobrevivência de seu filho deve-se, principalmente, ao sentimento de culpa que ela carrega, por não poder conduzir a gravidez de forma normal, surgindo o medo de provocar danos ou morte a seu filho. Segundo as autoras supracitadas, a confiança e o desejo de tentar gerar a vida se entrelaçam ao risco e ao temor da perda e da morte. A família então vive a gravidez na “corda bamba”, provocando uma ruptura do ritmo habitual de seu funcionamento, havendo um reescalonamento de prioridades em seu meio, gerando insegurança e medo.

O andar em uma corda bamba. O sonho de ver o choro do filho, ver seu sorriso, seus olhos brilhantes, as mãozinhas e pés balançando sem parar, os murmúrios, seu andar, seu engatinhar, o falar, o acariciar, tocar, o sentir, são esperanças. O sonho que não morre. Um fio “voando” no ar, pedindo para ser “agarrado”.

Em contrapartida, o risco, a possibilidade de um vazio, uma barriga sem ninguém para movimentar, um quarto sem ninguém para ocupar, um sonho desfeito no ar, significava a desesperança.

Como conseguir manter um equilíbrio quando estão em jogo a vida e a morte, o sonho e a realidade, a alegria e a tristeza, a esperança e a desesperança?

Deste modo, as gestantes de alto risco e acompanhantes demonstravam um comportamento ambivalente frente a situação vivenciada, ora acreditando que tudo daria certo, ora perdendo as esperanças, não tendo forças para prosseguir. Da mesma forma, tinham dificuldades em decidir como deveriam agir, lutando

para manter a gestação ou acatando a orientação de interrompê-la, possibilidades que colocavam em risco o bebê. Um estresse violento, levando a gestante a buscar alternativas para afastar-se desta situação, para evitar o sofrimento, deixando de falar do bebê, não preparando seu enxoval, centrando-se em outros problemas familiares, deixando tudo na mão de Deus ou nas mãos de um profissional. Schoroeder (1996) chama estas alternativas de enfrentamento do medo, que no seu entender são atitudes que podem fazer com que a gestante se distancie do bebê, de mecanismos de defesa. As gestantes, em seu estudo, apresentavam comportamentos similares àqueias que participaram deste processo educativo. Rubim, citado por White & Ritchie (1984), ressalta que a insegurança por não ser capaz de gerar uma criança saudável, leva a mãe a afastar-se do filho pelo medo de vir a perdê-lo, mesmo que seja inconscientemente.

*Não sei o que fazer. O bebê muito pequenino. Pode morrer se eu deixo na barriga. Pode dar infecção. Perdi todo o líquido novamente. Se tirar... Tem hora de esperança e desesperança (Violeta).*

*Hoje não deu infecção. O bebê tem chance. Mais tarde quero saber sobre o cuidado do bebê, agora não dá. Não quero confiar mais, ter mais esperanças (Violeta, com rosto franzido e lágrimas nos olhos).*

*Bem angustiada por uma espera incerta (Violeta).*

*Enxoval? Tinha bastante coisa que deixei no Rio Grande. Nem pensei em buscar. Tudo tão rápido (Violeta).*

O tempo para as gestantes representava mais chances de sobrevivência do filho, menor possibilidade de comprometimentos, mais chances de vida. Contudo, significava mais tempo de hospitalização, de repouso absoluto, de afastamento dos familiares. As gestantes e acompanhantes aguardavam ansiosamente as 28 semanas, período a partir do qual o bebê teria mais chances, bem como a ocasião em que o mesmo poderia fazer uso de medicamentos, com a finalidade de amadurecer os pulmões (sistema respiratório), um dos sistemas mais críticos do bebê nesta idade gestacional. Com relação ao tempo, Schroeder (1996) ressaltou que as mulheres que vivenciavam a gestação de alto risco e repouso no hospital, vislumbravam apenas o futuro, tendo dificuldade em discutir o presente e a situação que estavam vivenciando, exceto em relação ao objetivo a ser alcançado, um bebê saudável. O tempo era extremamente significativo para

estas mulheres, sendo que cada semana de manutenção da gravidez, poderia representar um melhor prognóstico ao bebê.

*Estou preocupada com o tempo que vou ficar aqui e com a data que o nenê vai nascer (Rosa).*

*Se eu agüentasse mais uma semana dava 28, tinha mais chance de sobreviver. O médico falou. Hoje não deu infecção. O bebê tem chance (Violeta).*

*Cada dia é mais um dia que eu o protejo. Ele vai conseguir. Eu quero ficar pelo menos mais 24 horas. Não sei se vai agüentar (Violeta).*

Mccain & Deatrick (1994), através de um estudo retrospectivo, com pais e mães que vivenciaram a gestação de alto risco, observaram suas respostas emocionais frente á gravidez de alto risco e detectaram que as mesmas estavam relacionadas com a progressão da gravidez e que incluíam três estados: a vulnerabilidade, percebida através da compreensão de que a gravidez era de risco; a altíssima ansiedade, decorrente da restrição de atividades; e a inevitabilidade, percebida através da compreensão de que o parto prematuro era eminente. Acerca da iminência do parto prematuro, observei que as gestantes e acompanhantes sempre vislumbravam esta possibilidade. Ao mesmo tempo em que as gestantes e acompanhantes remavam contra o tempo para manter a gravidez, tinham consciência de que a qualquer momento o bebê poderia nascer e, então, teriam que estar preparadas (os) para cuidar daquele novo ser, diferente de seus sonhos, pequeno e frágil. Tudo isto era difícil para elas (es) compreenderem e aceitarem. Tinham necessidade de conhecer o desenvolvimento fetal, de visualizar fotos e conhecer a unidade de internação neonatal. O parto inesperado, segundo Leff (1997), é considerado um momento extremamente alarmante para a mulher, visto que a trajetória emocional da gravidez é encerrada abruptamente. O nascimento prematuro, por vezes, configura-se como um dos seus principais temores, pois reforça a idéia de não ser uma boa mãe para o bebê. No entanto, as gestantes em determinados momentos, apesar da iminência do parto prematuro, olhavam para as outras mulheres, lamentavam a não vivência da gestação normal e resgatavam, por um lapso de tempo, o sonho do nascimento de um bebê a termo. Chegavam a expressar a vontade de estar no lugar das puérperas que caminhavam nos corredores com seu filho no colo.

*Vão dar betametazona para amadurecer o pulmão. Como esta o pulmão dele? (Violeta).*

*De nenê prematuro não entendo nada. Somente vi aquele de sete meses, estava na luz (Violeta).*

*Eu ouvi a doutora conversando com os alunos. Ela disse que se fosse menina teria chance de nascer com a idade do meu bebê. Falou ainda que o nenê estressado, que é o caso do meu, amadurece mais rápido. Tem chance (Violeta).*

*Eu preciso me preparar. Na semana que vem quero conhecer o berçário. Acho que ainda não é o momento. Não posso caminhar (Violeta).*

*O médico falou que posso ganhar a qualquer hora. Estou no sétimo mês. Preciso me preparar (Rosa)*

*Quero ver as fotos. São uns ratinhos, eu sei (Violeta).*

*Eu as vezes invejo as pacientes que estão com o bebê. Não é mesquinhez. É que a gente sonha em ter um parto normal e ver um bebê bonito (Violeta).*

*Vou fazer a cesárea amanhã. Fui no berçário, como tu falaste. A psicóloga me levou. Não dava tempo de aguardar o encontro. Vou ficar todo tempo do lado dele. Eu sei o meu olhar ajuda (Violeta ).*

*Eu sofri muito. Não quis me preparar (Camélia, após o nascimento de seu filho prematuro).*

A ansiedade em relação à presença de alguma anormalidade com o bebê, preocupação inerente a qualquer gestação, seja ela de risco ou não, também emergiu durante o processo educativo. As gestantes e acompanhantes tinham medo de que seu filho nascesse com algum defeito físico ou problema mental. Em algumas situações, elas (es) relacionavam a necessidade de tratamento e problemas na gestação com a possibilidade do recém-nascido apresentar alguma anormalidade ou defeito. Deste modo, as informações da equipe representavam muito para a gestante, podendo reforçar seus medos, bem como levá-la a pensar na interrupção da gravidez. Desta forma, as informações sobre o desenvolvimento fetal, sobre as intercorrências apresentadas, favoreciam a diminuição destes temores e esclareciam dúvidas, tranquilizando-as e dando-lhe maior segurança.

*Hortênsia está preocupada com o defeito no bebê. O acadêmico falou a ela que tinha pernas e braços curtos. Ela queria tirar o filho. Não deviam ter falado para ela sozinha. Deviam ter pedido para alguém da família estar junto (Rosa).*

*Estou preocupada com o bebê. Como crescem os bebês? (Hortênsia).*

*Minha preocupação é com o bebê. O acadêmico de medicina disse que ele tinha perna curta. Tem defeito. Se for assim, melhor tirar. Não quero que sofra (Hortênsia).*

*O que tenho vai prejudicar o bebê? Ele não vai crescer por falta de água? (Violeta).*

O estresse das gestantes e acompanhantes extrapolava as questões ligadas ao nascimento e aos cuidados que garantissem a sobrevivência dos recém-nascidos, estendendo-se a maneira como deveriam tratá-los e educá-los, após a saída da unidade de internação neonatal. Um dos casais expressou o medo de superproteger o filho, já que havia lutado tanto para que este sobrevivesse. Achava que poderiam continuar vendo o filho, sempre, como uma criança frágil e prematura, o que poderia acarretar transtornos no seu desenvolvimento psico-social.

*Será que eu vou proteger muito o bebê. Coitadinho, sempre acho que ele vai ser fraquinho. Será que vou saber dar limites? (Violeta). Será que vou separar as coisas? (Marido de Violeta).*

Em contrapartida, as gestantes, que estavam quase a termo, demonstravam ansiedades em relação aos outros aspectos, além daqueles inerentes a sua condição. Preocupavam-se com os cuidados com o bebê, sobretudo, no que tange ao banho e curativo umbilical. Expressavam o medo de dar banho antes da queda do umbigo, de manipular o coto, alegando que isto poderia gerar infecção. Traziam consigo os valores transmitidos, culturalmente por sua família. Acreditavam que molhar o umbigo poderia ocasionar o tétano (mal de sete dias). Partilhavam entre os participantes do grupo estes tabus, ao mesmo tempo que tentavam compreender as novas rotinas em relação ao banho e curativo do coto umbilical, preconizadas pela instituição. Este momento propiciava mudanças de comportamento e aprendizagem de novos conhecimentos. Zieguel & Cranley (1985) reforçam tal idéia, ao dizer que é a partir do segundo trimestre da gestação que a mulher mais se preocupa com a aprendizagem dos cuidados com o bebê. Segundo elas, é neste período que a gestante tem uma melhor percepção do seu filho, passando a vê-lo como uma pessoa autônoma, que se movimenta, sem sua intervenção.

*Eu me preocupo com os cuidado do bebê. Não sei como cuidar dele. Não sei se dou banho ou não (Flor do Campo).*

*Os bebês tomam banho na maternidade? E o umbigo? Não dá infecção? (Mãe de Dália).*

*Eu nunca dei banho no bebê, limpava com o paninho até cair o umbigo. Nem tocava nele, para não dar doença (Camélia).*

Brazelton (1988) também percebeu estas ansiedades em relação aos cuidados do bebê, ressaltando que seria importante liberar os pais da pressão exercida pelo meio, que os obriga a fazer tudo certo. Nesta perspectiva, afirmou que o melhor recurso para que o pai e a mãe desempenhem seu papel é a liberdade de conhecer-se, de seguir suas inclinações e que os sinais mais evidentes de que os pais estão no caminho certo são dados pelo próprio bebê. Acrescentou ainda que os grupos de apoio para os casais grávidos ou encontros com gestantes e acompanhantes exercem um importante papel, oferecendo informações educacionais e apoio mútuo. Tais iniciativas, segundo o autor, possibilitam o compartilhamento de dúvidas e conscientizam os envolvidos de que as dificuldades encontradas, não são apenas sentidas por eles, são universais a todos que vivenciavam este processo.

A clientela, ao mesmo tempo que se preocupava com a sobrevivência do recém-nascido, também vivenciava todas as transformações advindas da gravidez.

## **7.2. VIVENCIANDO O PROCESSO DE SER E VIVER A GRAVIDEZ, O PARTO E PUERPÉRIO**

As gestantes de alto risco vivenciaram duas experiências distintas. Na primeira, o processo de gestação, pode ser encarado como uma situação natural, como doença, como crise, como um evento individual ou social, divergindo de acordo com a concepção de diversas/os autoras/es (Maldonado, 1990, Lemos, 1994; Macy & Falkner, 1981; Noronha, Lopes & Montgomery, 1993 ) e de acordo com a concepção das gestantes e de seus familiares. Tal processo, por sua vez, requer adaptações físicas, emocionais, sócio-econômicas e culturais. Em adição a esta experiência temos a segunda, a vivência dos riscos, que interrompe o curso natural da gravidez e pode gerar danos ao bebê ou a mãe. Estas duas experiências tão diferentes podem ser vividas ao mesmo tempo. Snyder (1979) considera estas experiências como crises situacionais, que sobrecarregam as gestantes e familiares. Ela considera que se deve levar em conta as duas crises

quando se presta o cuidado holístico, não se restringindo apenas aos riscos. Zieguel & Cranley (1985) ampliam esta visão ao falarem da dinâmica da gestação de alto risco. Enfatizam que esta é resultante da interação íntima de quatro fatores, dentre estes, a fisiologia da gestação, que se refere às modificações e mudanças geradas pela gestação, independente de ser de risco ou não; a patologia de complicação, que se refere a uma doença pré-existente ou uma complicação obstétrica; a psicologia da gestação que se refere aos fatores emocionais já citados acima e ainda a psicologia das doenças, gerada pela institucionalização e medicalização da mulher, colocando-a numa posição de dependência e passividade, desobrigando-a de assumir algumas de suas obrigações.

No processo educativo, as gestantes e os/as acompanhantes puderam ser compreendidos em seu todo, não havendo uma dicotomização ou fragmentação de suas experiências. Quando falo em gestação de alto risco, entendo que as gestantes e familiares, além de vivenciarem os riscos, vivenciam todos os aspectos decorrentes da gravidez normal e aspectos ligados a sua existência.

Acerca da gravidez, as gestantes de alto risco demonstraram estresse em relação às transformações físicas, emocionais e sociais, bem como em relação às alterações de papéis e distúrbios gravídicos, tendo dificuldade em lidar e adaptar-se a este novo estado. Contudo, na medida em que estes momentos de estresse foram compartilhados nos encontros, a partir das reflexões sobre experiências e troca de conhecimentos, as gestantes e acompanhantes diminuíram as suas angústias e obtiveram maior segurança. Perceberam que a situação que estavam vivendo também era vivenciada por outros casais, reduzindo seus sentimentos de impotência.

*Eu sempre estou enjoada (Miosótis).*

*Como faço para evacuar melhor (Miosótis).*

*A gente também se sente feia e gorda. Agora, já estou numa fase melhor. Não é só contigo que isto acontece (Violeta).*

*Isto é normal, eu também já senti. A gente quando está grávida fica emotiva, chora. Não sabe porque. Não sabe o que quer. A gente fica alegre e triste (Violeta).*

*Me sinto linda, realizada, completa. É este sentido que faltava na minha vida (Girassol, mesmo com o risco da morte).*

*Precisa usar soutien? Vai arrear o seio (Girassol).*

A preocupação delas não se restringiu à gravidez, envolveu o trabalho de parto e parto. Os mitos, em relação ao parto normal, citados por Berriot-Salvadore (1990), relacionando-o com a dor, morte e sofrimento, fortalecidos pelos relatos históricos e culturais, transmitidos de geração em geração, refletiam-se nas falas das gestantes. Além disso, influenciavam as gestantes na escolha do tipo de parto, quando a elas era dada esta oportunidade. Os medos, decorrentes de sua condição e a crença de que o parto cesáreo causava menos riscos ao bebê, as induziam a realizar e solicitar este tipo de parto, mesmo que não fosse a indicação. Por outro lado, o desconhecimento dos sinais e sintomas do trabalho de parto deixavam algumas gestantes extremamente estressadas, levando-as, por vezes, a um desequilíbrio emocional. A grande maioria das gestantes esboçava a vontade de conhecer as unidades de sala de parto e visualizar um parto ou cesárea, através do vídeo ou foto. No entanto, existiam aquelas que se sentiam angustiadas ao ter contato com esta situação antes do parto, confirmando a idéia de que devemos atender as necessidades de cada ser humano, respeitando sua singularidade.

*Eu não quero parto normal. Quero cesariana, se é para ter dor e depois fazer cesariana eu prefiro a cesárea (Rosa).*

*Não posso fazer parto normal. Porque tenho problemas neurológicos (Girassol). Começou a dor. Não sabia o que fazer. Estava apavorada. A barriga ficava dura, dava dor nas costas e dava vontade de fazer força. Não sabia o que ia fazer. Agora parou (Girassol).*

*A mãe sente emoção, alegria, curiosidade quando o bebê vai nascer. Contrações, rompe a bolsa, pode sangrar (síntese do relato sobre o trabalho de parto feita por Rosa, Margarida e Hortênsia).*

*Ela já teve 10 partos e nunca tinha visto uma foto de um parto. Quando a Violeta mostrou. Ficou assustada (Miosótis).*

*Eu não quero ver o vídeo do parto. Fiquei com medo (Amor Perfeito).*

A expressão destas ansiedades, expectativas, interesses e sentimentos, propiciou a clientela a diminuição de estresse, possibilitou a reflexão sobre a vida e participação na condução da gravidez, favorecendo às gestantes e



acompanhantes a vivência da gravidez de uma forma mais tranqüila, assumindo seus papéis de protagonistas do processo.

A concepção, segundo Leff (1997), pode surpreender uma mulher que se descobre grávida, quando apenas pensou em ter um filho, ou após ter tido uma recente gravidez, ou ainda, no momento em que buscava meios para evitar a gravidez e rejeitava a mesma. Pode ser a realização de um sonho longamente acalentado desde a infância, como também a anulação de sua liberdade. Pode representar o preenchimento de um vazio dolorido interno, um meio de se contrapor a uma situação, a vontade de “chocar” um bebê, ou constituir-se numa indesejável invasão, um momento não desejado. Desta forma, podem surgir conflitos em relação a aceitação da gravidez.

A aceitação da gravidez foi outro tópico salientado pelas gestantes envolvidas no processo. Cabe aqui lembrar, que a aceitação do filho pela gestante estava diretamente relacionada com a maneira com que a sua família considerava a gravidez, aceitando-a ou não. Neste sentido, Rubim, citado por White e Ritchie (1984), ressalta que a separação e conseqüente falta de significação da gravidez pelos familiares e amigos pode ser uma ameaça para a mulher, que devido a este fato, poderá ter dificuldade de aceitar o bebê ao nascer. Além disso, a falta de confiança em gerar uma criança saudável e o distanciamento do filho pelo medo de perdê-lo podem desenvolver verdadeiros nós, entaves em relação à criança, tornando-se também um ameaça, pois diminui o vínculo mãe-filho intra-útero e a aceitação e vínculo no pós-parto.

O dilema entre o querer e o não querer, que acompanhou algumas gestantes, gerando grande ansiedade para elas, repercutiu diretamente sobre a vivência da internação. Neste sentido, algumas gestantes, que rejeitaram o bebê no início da gravidez, relacionaram este fato com a necessidade da internação, sentindo-se culpadas por não conduzirem a gravidez de forma normal, e, conseqüentemente, sentindo-se responsáveis pelos agravos ou morte, que porventura pudessem acontecer ao bebê.

*Estou preocupada. Vim cuidar da dor e descobri que estava grávida. A gente queria um filho. Tinha pouca esperança. Eu tenho uma só trompa e ele pouco espermatozóide. Agora que engravidei (Miosótis, demonstrando tristeza).*

*É, mas não é só isso. Estou preocupada com o meu pai. Ele cuidou de meu filho que ganhei solteira. Ele ficou todo o tempo do meu lado. Não me largava. Depois casei e tive um menino que hoje mora comigo e meu novo companheiro. Meu pai não queria que ficássemos juntos. Agora com o bebê. Vai ser uma decepção (Miosótis).*

*Eu não queria esta gravidez. Eu já tinha 2 filhos. Trabalhava como doméstica. Meu marido estava desempregado há 2 anos. Ele bebia e bebe. Queria me separar dele. Eu fiquei desesperada. Não fazia nada. Não dormia. Não comia. Não queria mesmo. Eu passei algumas noites andando pelas ruas. Fiquei mal. Sinto culpa do bebê estar com problemas. Acho que eu causei isto. No começo eu rejeitei muito meu bebê, mas agora eu o quero demais (Cravina).*

*Como é bom ouvir que não tenho culpa pela doença do bebê (Cravina).*

*Eu tenho medo de mudar o ritmo de vida. Queria e não queria. Se acontecesse seria bom. Meu marido também pensava assim. Tive 3 gravidezes, na 1ª vez um aborto. Na 2ª perdi espontaneamente. Agora vamos ver. Estamos contentes (Fior de Campo).*

*Eu rejeitei no começo (era solteira). Engordei pouco até o 3º mês. Agora estamos todos felizes (Flocos).*

*Sou mãe da Flocos. Ela engravidou por nossa culpa. Eu me separei de meu marido e ele dividiu os 3 filhos. Flocos ficou com ele. Disse que eu não tinha moral para cuidar dela. Agora a gente vê que tem moral. Ela não casou ainda. Acha que a barriga vai estar grande e vai ficar feio. Depois vão se casar. Ela mora junto conosco (Mãe de Flocos).*

*Eu não queria engravidar. Quando ganhei os outros era nova. Zarpava de caminhão com eu marido, logo depois de ganhar. Agora não tenho vontade. Eles dizem que sou louca de engravidar com esta idade (Papoula).*

Todas as preocupações até aqui expostas pelas gestantes foram extremamente compreensíveis, dadas as intensas mudanças provocadas pela gravidez. Neste aspecto, Maldonado (1990) buscou compreender este período sistematizando as alterações ocorridas na gravidez, de acordo com os trimestres, enfocando o aspecto psicológico. Segundo ela, no primeiro trimestre, a gestante está preocupada com as primeiras mudanças físicas e seus sentimentos em relação à gravidez. O querer e não querer, denominado por ela, de ambivalência afetiva. Além disso, a gestante preocupa-se com os distúrbios gerados pela gravidez: náuseas, vômitos e sonolência.

No segundo trimestre, afirma Maldonado (1990), a gestante toma consciência do feto como realidade concreta. Surge o sentimento de responsabilidade. Neste período as modificações manifestam-se com maior intensidade, surgindo outros distúrbios (alteração de pele, constipação, flatulência, dispnéia, dores lombares, etc.). As modificações físicas são intensas, gerando necessidades de reelaboração corporal. Além disso, a gestante, às vezes, perde a noção de tempo e espaço, à medida que seu corpo se avoluma. No entanto, neste trimestre observa-se uma maior estabilidade emocional.

No terceiro trimestre, completa Maldonado (1990), o nível de ansiedade tende a se elevar novamente e as preocupações direcionam-se para questões ligadas ao parto, aos cuidados com o bebê e às mudanças advindas de seu nascimento. Nesta fase, um dos temores mais comuns que surgem é o de não saber reconhecer os sinais de parto. Esta insegurança é fundamentada em parte no real, uma vez que os sinais de trabalho de parto são percebidos diferentemente pelas mulheres. A mulher pode não perceber o desprendimento do tampão mucoso, a bolsa d'água pode não se romper, a mulher à espera das dores pode não se dar conta das contrações, e deste modo, boa parte do trabalho de parto pode transcorrer sem ser "percebido". Por outro lado, ocorrem os "alarmes" falsos, entre os quais a pequena perda de líquidos, contrações falsas, idas e vindas ao hospital. Enfim, todos estes acontecimentos contribuem para gerar preocupações neste período.

Os sentimentos mostram-se contraditórios, simultaneamente ocorre a vontade de ter um filho, de interromper a gravidez ou a vontade de prolongar a gravidez, evitando, assim, novas mudanças. De acordo com o exposto, Lopes & Montgomery (1993) ressaltam que o processo gestacional é extremamente dinâmico. Exige uma elaboração constante de novas formas de comportamento, uma proliferação de novos vínculos e aprofundamento de seus significados, alcançados através de informação e formação daqueles que vivenciam o processo. Tal colocação vem a corroborar com a proposta deste estudo.

As gestantes e acompanhantes, além de enfocarem os aspectos inerentes à gravidez, preocupavam-se também com as patologias, devido às quais haviam sido internadas, centrando-se, principalmente, nas causas que originaram a patologia e nos riscos que estas poderiam causar ao bebê. Tal fato vem a

confirmar as afirmações de Clauson (1996), de que a maior incerteza na admissão da gestante dizia respeito a causa da condição de risco e necessidade da mulher determinar o significado de sua situação e mudanças da trajetória da gravidez.

Contudo, observei que as envolvidas não se aprofundavam muito sobre a sua doença, talvez porque já tivessem recebido orientação a respeito, durante a internação, por parte dos acadêmicos, médicos assistentes e enfermeiros das unidades, havendo, assim, poucos questionamentos. Acerca das patologias e condutas, é importante ressaltar que estas pouco se envolviam, deixando a maioria das decisões a critério da equipe médica. Além das patologias, os envolvidos no processo educativo, buscavam informações sobre o preparo e intercorrências, decorrentes dos exames realizados, principalmente, os invasivos, para poderem participar ativamente dos cuidados.

*O médico me falou que tenho diabete, mas eu nunca tive problemas nas outras gestações. Porque aconteceu isto? (Margarida).*

*Vou fazer um exame chamado amniocentese. Eles vão tirar líquido para ver se tem infecção e vão botar mais líquido. É doído? (Violeta).*

As gestantes e acompanhantes não ficaram restritas/os à gravidez e parto. Demonstraram interesse em relação ao pós-parto, enfocando temas como o aleitamento, contracepção e depressão pós-parto. Acerca do aleitamento, partilharam idéias, no que concerne as complicações oriundas do aleitamento: mastite, o ingurgitamento e fissura, bem como ressaltaram as vantagens do aleitamento materno e preparo das mamas. Expuseram as condutas usuais e populares, relacionando-as com os conhecimentos científicos trocados durante o processo. Informações sobre o aleitamento para os recém-nascidos prematuros também foram partilhadas no grupo.

*Eu tinha mastite. Não podia dar de mamar (Cravina).*

*Parece com zipla. Fica vermelho e sai pus? (Mãe de Flocos).*

*O que pode acontecer com o leite se o nenê nascer prematuro? (Violeta).*

*O leite é bom para o bebê ficar forte, mas a gente não deve comer alguns alimentos para não fazer mal, não é? (Dália).*

*E a mastite? Minha mãe ensinou que o seio estivesse duro fosse para debaixo do chuveiro e fizesse massagem com o pente e espremesse o leite (Tulipa).*

*Seio empedrado? O que fazemos? (Mãe de flocos). "Outra coisa que pode ser feita para ajudar a mulher é chamar o marido. Logo ele resolve. Dá uma mamadinha (Mãe de Dália).*

*Precisa usar soutien? Vai arrear o seio (Girassol).*

*Não pode usar a chuquinha? (Cravina).*

A contracepção foi um dos temas que mobilizou todo o grupo. Foram gerados questionamentos em relação ao uso de métodos contraceptivos e seus riscos e ao manipulá-los as participantes, em alguns momentos, esboçaram risos e brincadeiras. Tal tema trouxe novamente a tona a questão da sexualidade, seus mitos e preconceitos. Fez emergir também a reflexão sobre as condições financeiras e problemas de saúde, que poderiam advir de uma nova gravidez, fortalecendo a necessidade urgente da escolha e utilização de um método no pós-parto e importância da discussão deste assunto.

*Eu quero mesmo a laqueadura. Viste a assistente social? Não posso ter outro filho. A gente não pode (Papoula).*

*Eu não posso arriscar outra gravidez. Tenho uma bomba (refere-se ao hemoangioma) na cabeça. Vou deixar de ser mulher com a laqueadura. A gente não pode saber o que vai acontecer com o bebê. Não vou me perdoar nunca (Girassol).*

*A minha dúvida é com o DIU. Minha cunhada engravidou 2 vezes. Na 1ª vez abortou. Eu pensei em colocar o DIU, mas fiquei com medo (Papoula).*

*Tem riscos? (Girassol, perguntando em relação ao DIU).*

*A gente se prepara toda, aí o marido chega cansado e vai tudo por água abaixo ou então se ele quer, a gente diz: um instantinho. Frustrante (Girassol, em relação ao diafragma).*

*Só para quem tem relação sexual as vezes (Violeta em relação ao diafragma).*

Com referência à depressão pós-parto, as gestantes de alto risco, ao observarem suas antigas colegas de quarto, aquelas que já haviam ganho o bebê, perceberam que as mesmas apresentavam tristeza e depressão, tendo inclusive dificuldades de cuidar do recém-nascido. Assim, tentavam compreender este comportamento, partilhando idéias sobre o assunto ou lendo artigos sobre

este tema. Queriam compreender porque estavam tristes, após terem lutado tanto para manter a vida de seu filho. O que estaria acontecendo? -perguntavam-se

*A Camélia depois que teve o bebê sempre chora. A girassol teve dificuldades de cuidar do filho. Eu não sou diferente. Será que vou ficar assim deprimida? Quero saber a respeito (Violeta).*

A literatura confirma a existência de quadros semelhantes aos referenciados pelas gestantes no grupo. Neme (1995), afirma que estas alterações de comportamento, de natureza mental, podem ocorrer nas diversas fases do ciclo grávido puerperal. Entretanto, segundo ele, em sua manifestação primária são, quase sempre, inerentes ao puerpério e mais incidentes em primíparas. Joelsons & Gentil (1991) citam, como principais transtornos emocionais associados ao puerpério, a disforia puerperal, a depressão puerperal e as psicoses puerperais. A disforia puerperal aparece, conforme os autores, nos dez primeiros dias após o parto. O quadro é transitório e caracteriza-se por depressão leve, labilidade emocional, fadiga, irritabilidade, insônia ou sonolência e dificuldade de concentração. Sua resolução é espontânea e rápida (horas até 2 semanas). A Depressão puerperal, por sua vez, perdura por mais de 2 semanas e, quase sempre, necessita de acompanhamento médico. Entre seus sintomas temos: humor depressivo (choro, tristeza) ineficiência de pensamento, ansiedade excessiva, irritabilidade e perda da libido, insônia, sentimento de culpa exacerbado por não saber cuidar do bebê e idéia suicida. Finalmente, temos as Psicoses Puerperais, doenças graves, que incidem em 0,2% dos partos, necessitando, muitas vezes, de tratamento hospitalar. Caracteriza-se por desconexão com a realidade, desorientação e despersonalização, labilidade de humor, depressão patológica, rejeição ao bebê, ameaças de infanticídio e suicídio, entre outras.

A reflexão sobre a gravidez, o parto, o nascimento do bebê e aspectos do pós-parto levaram as mulheres a questionarem seus valores e a maneira como conduziam a sua vida. Normalmente, avaliavam a sua trajetória e planejavam mudanças, novas formas de comportamento e ações.

### 7.3. REFLETINDO SOBRE O SEU VIVER, VISLUMBRANDO O FUTURO

A despeito das preocupações em relação ao processo de nascimento (gestação, parto e puerpério) e riscos, as gestantes demonstravam vontade de conversar a respeito de sua pessoa, de seus sentimentos pessoais e de seu corpo. Algumas gestantes afirmaram, durante o processo, que haviam se centrado na gravidez, na sobrevivência de seus filhos, que não se olhavam como mulheres e nem se sentiam como tais. Não se cuidavam. Sentiam-se apenas mães. Kemp & Hatmaker (1993) já haviam evidenciado, em seu estudo, que as gestantes de alto risco preocupavam-se pouco consigo e com o seu desenvolvimento pessoal, bem como sugeriram que isto se devia ao fato das gestantes concentrarem suas forças na sobrevivência do filho, esquecendo-se de si. Kemp & Page (1987), por sua vez, também reforçaram a idéia de que a gestante de alto risco tinha sua auto-estima diminuída em relação à gestante de baixo risco. Em contrapartida, neste estudo, as gestantes, mesmo se sentindo com sua auto-estima diminuída, ao refletirem a respeito, manifestavam a vontade de mudar este quadro.

Expressavam ansiedades em relação às alterações do seu corpo, preocupando-se com a sua imagem e o reflexo disto em suas vidas. White e Ritchie (1984) também evidenciaram este dado em seu estudo, ao detectarem a mudança de imagem, como um dos estressores experienciados pelas gestantes. Maldonado, Nahoun, Dickstein (1990), ressaltam, da mesma forma, que a preocupação com o corpo é uma das características mais evidentes neste período, manifestando-se de maneira diversa para cada mulher. Segundo elas, com o decorrer da gravidez, a gestante tem uma nova imagem de si; um novo corpo e uma estética diferente surgem. Tal fato faz emergir sentimentos contraditórios, de alegria, de orgulho, de *status* pela gravidez e ao mesmo tempo de vergonha, de tristeza, por se sentir pouco atraente. A atitude diante do corpo tem grandes repercussões no relacionamento homem-mulher, dependendo muito da imagem que aqueles com quem a mulher interage formam.

*Eu achava que era a todo poderosa. Que ninguém sobrevivia sem mim. As coisas estão caminhando. Cravo (seu marido) está trabalhando. Lá em casa todo mundo está trabalhando. Eu me achava a todo poderosa, maravilhosa. Aqui a gente tem tempo para pensar na vida. Mas eu me sinto ainda só mãe, mas acho que vou mudar (Violeta).*

*Agora eu não me cuido mais. Ele reclama: Vai se cuidar. Minha filha disse que eu era toda jeitosa, arrumada e agora... Eu tinha 58 quilos. Agora estou com 96 quilos. É, não dá para ficar assim. Estou pensando em quando sair daqui cortar os cabelos, arrumar as unhas. Só não vou pintar o cabelo porque não dá (Papoula).*

*Depois da gravidez, vai arrear a barriga? Tem que usar cinta? (Girassol).*

A auto-imagem, auto-estima e auto-conceito sempre foram tidos como agentes importantes na conduta humana. Os comportamentos individuais se alteram, consoante a percepção destes aspectos pela própria pessoa. Todo o ser humano age de acordo com aquilo que acha que é. A estrutura da auto-imagem determina, dia após dia, o comportamento da pessoa (Santos, 1982). Sendo assim, à medida em que a gestante sinte-se valorizada e satisfeita consigo, tem possibilidades de mobilizar suas potencialidades e gerar mudanças, possibilitando assim, vivenciar a realidade de forma mais satisfatória e feliz. Acredito que o processo educativo favoreceu este espaço, sendo facilitador destas mudanças.

A preocupação com a auto-estima e com a auto-imagem aflorou um tema que estava oculto, porém uma necessidade real para as gestantes e acompanhantes, a questão da sexualidade. Algumas gestantes afirmaram que houve diminuição da libido após a gravidez, tendo ficado ainda mais reduzida quando detectaram o risco para com o bebê. Em contrapartida, outras se sentiam mais excitadas naquele período. Compartilhando suas experiências concluíram que tudo dependia da maneira como cada uma encarava a gestação e a sexualidade e de seus valores e crenças, transmitidos pelos familiares e sociedade. Neste sentido, considero que os interditos sexuais, propostos pelos médicos, na idade média, no renascimento e início da modernidade, durante a gravidez, menstruação e pós-parto, (Thomasset, 1990; Hufton, 1990; Knibiehler, 1990; Berriot-Salvadore, 1990), transmitidos de geração em geração, com vistas a evitar riscos e malformações, certamente, ainda têm influência sobre o comportamento das mulheres nos dias atuais. As idéias cultivadas naquela época reforçam os medos e mitos em relação à questão da atividade sexual na gravidez, levando-as a crer que a sua prática poderia gerar complicações e malformações ao bebê, encobrendo, assim, o desejo das mulheres.



A sexualidade também foi “ventilada” pelos companheiros. Alguns deles não compreendiam a mudança de comportamento, por parte das mulheres, em relação a esta questão e sentiam-se rejeitados.

*Esta coisa de tesão é engraçada na gravidez. Não tinha vontade. Não que eu não goste. Me direcionei para a maternidade. Deixei de ser mulher. Me senti uma incubadora. Sempre me achava maravilhosa. Me vestia como uma “perua”. Depois da gravidez... Ainda bem que ele entende (Violeta referindo-se ao marido).*

*É a cabeça da gente. Cada uma age de uma maneira. A gente engravida e não tem mais vontade de transar. Passa a ser mãe (Violeta).*

*Eu já me achava linda. Deixava a minha barriga de fora para todas verem. Tive relações até vir para cá. É a cabeça da gente. Algumas engravidam e não tem vontade como a Violeta (Girassol).*

*Ela agora não quer saber de mim. Eu fico com raiva e as vezes bato a porta na cara dela. Fico chateado (Marido de Papoula).*

*Meu marido reclama. Ele as vezes quer que eu de atenção. Mas eu fico brava (Papoula).*

*Com 18 anos, na primeira gravidez, depois que ganhei, zarpei com meu marido e meu filho de caminhão. Mas durante a gravidez, eu enjoô dele. Não tenho tesão nenhuma (Papoula).*

No que tange à sexualidade, Noronha & Montgomery (1993) salientam que não existe uma sexualidade estática, ela é dinâmica por sua própria natureza, sofrendo variações de acordo com os aspectos culturais, educacionais sedimentados desde as primeiras relações afetivas. O comportamento sexual no ciclo grávido pode sofrer algumas mudanças. Contudo, observa-se casais, cujo comportamento sexual não apresenta alterações significativas. De forma genérica, um padrão de comportamento pode ser observado, dependendo da idade gestacional. No primeiro trimestre da gravidez, os sintomas desagradáveis como náuseas, vômitos, insônia e fadiga levam, por vezes, à inibição sexual. O não desenvolvimento do ventre propicia sentimentos ambíguos como a alegria e a tristeza, entusiasmo, apreensão, angústia e rejeição. A libido da mulher volta-se para o processo de mudanças corporais e sua atividade sexual diminui. No segundo trimestre, a percepção real da gravidez e ausência de náuseas propiciam um aumento do erotismo e da qualidade orgástica. No terceiro trimestre, o grande tamanho do ventre ocasiona dificuldades, nas posições para o sexo, o que leva a

redução em sua frequência. No entanto, se ampliarmos a visão de sexualidade, extrapolado para as relações afetivas, o toque e as carícias, acredito que praticamente nenhuma alteração ocorrerá em torno desta questão, ao contrário fica ainda mais fortalecida a relação do casal. A gravidez não impede o casal do exercício da sexualidade. As idéias e crenças das diferentes sociedades, bem como os aspectos sócio-econômicos e culturais são fatores que influenciam esta questão, além do nível de relacionamento com o companheiro.

O desejo de expressão sexual durante a gestação pode variar de uma mulher para outra, ou ainda de uma ocasião para outra, para uma mesma mulher. Depende, inclusive da abrangência que se dá à sexualidade, podendo estar restrita ao sexo, reduzindo-a apenas ao biológico ou ser encarada de forma mais ampla, extrapolando-a para as questões relacionais e afetivas.

Pode haver, por vezes, intensificação do desejo, quando se toma consciência do corpo e quando se estabelece uma cumplicidade com o companheiro.

A preocupação consigo mesma envolveu também a preocupação com a morte e o medo de enfrentá-la. Tal experiência foi vivenciada por uma gestante que participou do encontro. A gestante de alto risco, como vimos, vive momentos de crise e de grande estresse, em decorrência das transformações oriundas da gravidez e dos riscos inerentes a sua condição. Contudo, quando a gestante tem um indicativo ou uma confirmação de que tem risco de morrer, aliada à possibilidade de morte de seu filho, esta situação fica exacerbada. Compreender a morte não é fácil para a maioria das pessoas, inclusive para nós profissionais que lutamos constantemente para afastá-la. No entanto, para aquela que persegue o sonho de gerar um nova vida, bem como para seus familiares, isto parece ser mais difícil ou quase impossível. A gestante vive uma situação paradoxal. A morte e a consciência de sua finitude, coexistindo lado a lado com o nascimento e a continuidade da vida.

*Fui fazer o exame. Tive que mexer com algo morto (referindo-se ao hemoangioma). Fiquei com dor, raiva, medo e fome, esperando a ambulância até às 21 horas (Girassol).*

*Esta é uma passagem que talvez não volte a passar (bilhete de Girassol deixado para todo o grupo em um encontro. A gestante corria risco de vida).*

*Eu não posso arriscar outra gravidez. Eu tenho uma bomba na cabeça (Girassol).*

Na medida em que as gestantes refletiam sobre seu *self*, sobre o seu corpo e sua sexualidade, emergiam outros sentimentos. Era muito forte a necessidade que tinham em afirmar que se sentiam saudáveis. Assim sendo, enfatizavam que não gostariam de ser tratadas como doentes e, por vezes, não seguiam o tratamento, devido a esta percepção. Desta forma, sutilmente demonstravam que podiam decidir sobre suas vidas, que precisavam viver, sentir-se mais úteis e que teríamos (nós profissionais) que lhes dar esta oportunidade, propiciando momentos e ambiente saudáveis, para superar este momento que vivenciavam. Buscavam, inclusive, colocar-se à parte do processo, analisando as vivências das outras gestantes e seus comportamentos, aproveitando esta reflexão para entender sua própria experiência.

*Não gosto de me sentir doente e ser tratada como tal (Violeta).*

*Eu não estou doente. Me sinto bem. Enquanto ficar na minha barriga está protegido (Violeta).*

*Quando eu sair daqui vou escrever sobre os diversos comportamentos que vi aqui. É muito rico. Observando isto tudo parece que estou observando de fora e me sinto mais saudável (Flor de Campo).*

*O interessante é ver o comportamento das gestantes que saíram daqui e foram para o quarto rosa (Flor de Campo referindo-se ao Alojamento Conjunto).*

A gravidez, ainda mais a de risco, exacerba as outras crises vividas pelas gestantes. Favorece um espaço para reflexão sobre a sua própria vida, sobre os preconceitos, que as vezes a impedem de progredir e evoluir, bem como sobre o futuro. Isto também ocorreu com as gestantes no processo educativo. Em certas ocasiões passaram a refletir sobre o seu futuro profissional e sobre as alterações de comportamento, fazendo planos para o futuro.

*Eu sempre fui "perua". Me arrumava toda. Agora só me sinto mãe. Mas as coisas vão mudar quando eu voltar. Eu aprendi muito. Aqui tenho tempo para pensar na vida. Acho que aí vou me arrumar. Vou trabalhar, talvez voltar à Universidade (Violeta).*

*A minha ficou com boca torta e triste. É a crise assistencial. Eu tenho que procurar um emprego quando eu sair daqui. Já procurei há algum tempo, não muito, e desisti. Tem o preconceito. Depois do acidente vascular cerebral (AVC), minha perna ficou arrastando. Acho que todos percebem (Girassol).*

Esta preocupação não se restringiu a sua pessoa, extrapolou a todos os familiares e também a situação sócio-econômica, a que a família estava submetida. Todas as dificuldades que as gestantes tinham em seu lar não deixavam de existir com o seu afastamento, ao contrário podiam piorar o quadro existente, uma vez que a sua ausência poderia significar redução de recursos financeiros e desestruturação familiar.

*Eu perdi tudo na minha vida. Caiu as pedras e aí tive que sair porque condenaram as casas. Os filhos não conseguiram emprego (Papoula).*

*Meu marido vai fazer vasectomia. Quis sempre ter 3 filhos. O importante é educar os filhos bem na questão religiosa e na escola (Margarida).*

*Vim de Lages, ontem. Só tenho um colchão. A televisão já ganhei. Deus ajuda a gente. Não tenho roupas para o bebê (Amor Perfeito).*

As gestantes ao mesmo tempo que refletiam sobre a sua vida e se preocupavam com seus familiares, vislumbrando um futuro diferente, voltavam ao presente, à situação vivida, à gravidez, à sobrevivência do bebê e ao estresse decorrente da hospitalização.

#### **7.4. VIVENCIANDO O PROCESSO DA HOSPITALIZAÇÃO**

As gestantes de alto risco e seus acompanhantes vivenciam situações de estresse e crise, em decorrência das intercorrências sofridas na gravidez, as quais colocam em risco a vida do bebê e/ou da própria mulher. Além disso, sofrem transformações bio-psico-sociais, culturais e espirituais e alterações de papéis que acompanham a gravidez, seja ela de risco ou não, além das crises existenciais, vividas por qualquer ser humano. A hospitalização, incluindo o repouso absoluto ou relativo, conduta normalmente adotada nos casos de gestação de alto risco, acentua este estresse. A hospitalização prescrita às gestantes de alto risco pode gerar transtornos, efeitos ou distúrbios, no âmbito pessoal e familiar. Isto se deve ao desconhecimento do ambiente e das rotinas hospitalares, a ociosidade, ao afastamento da família, lar e emprego que alteram o ritmo familiar e ao contato com comportamentos culturais diversificados, advindos da convivência com outras mulheres. Somada a todas estas intercorrências, ocorrem alterações físicas e psicológicas que agravam o quadro.

Diversos autores confirmam o estresse vivenciado pelas gestantes frente a hospitalização. White & Ritchie (1984) mencionam três grupos de estressores experienciados pelas gestantes: estressores relativos ao afastamento da família e domicílio e distúrbios emocionais, seguidos de mudanças nas circunstâncias familiares, preocupações com o estado de saúde e auto-imagem, vindo por último a preocupação em relação à comunicação com os profissionais. Heaman (1992), por sua vez, sugere que a internação durante a gestação é um significativo estressor para a mulher grávida, constatando que as gestantes hipertensas internadas, tem mais ansiedades, distúrbios de humor e depressão que as tratadas em casa.

Neste estudo, as gestantes ao mesmo tempo que diziam estar seguras e bem atendidas, queixavam-se, sem exceção, de saudades e preocupações com os familiares, principalmente no que se refere aos filhos que haviam ficado em casa.

*Segura, bem atendida (Amor Perfeito).*

*Bem, mas quero ir embora (Rosa).*

*Bem. Presa. Com saudade de casa (Camélia, chorando).*

*Da vontade de ir embora, saudade dos filhos, mais segura, bem (Cravina).*

*Mais ou menos. Louca para ir embora (Betúnia).*

*Sinto-me bem (Flocos).*

*Doente de ficar aqui sem ver minha filha (Tulipa).*

*Esta bom, atendimento bom. Sinto-me triste porque tenho saudade de casa. O meu pequeno não quer ir para aula. Sou boba (Papoula).*

*Como observadora. Bem segura (Flor do Campo).*

*Estou louca para ir embora. Tenho saudades dos meus filhos (Papoula).*

*Chorei um monte de saudade de meu filho. A Camélia também. Conversa com ela (Miosótis).*

*Estou sozinha. Ele não vem durante a semana (Rosa, referindo-se ao marido).*

*Na realidade minha escultura está parecida com meu marido. Não tem barriga. Estava pensando nele. Estou com saudade. Ele está*

*triste. Estou longe dele. Ele não diz nada, mas a gente sente (Rosa).*

*Aqui é bom, mas eu queria minhas coisas, minha comida, meus costumes, minha casa (Boca de Leão).*

*Agora dizem que é melhor eu ficar aqui e cuidar do bebê. Quando estavam aqui eram as primeiras a querer ir embora (Flor de Campo).*

*Hortênsia estava triste, mas eu disse que para o bem do bebê, era bom ela ficar (Rosa).*

Ansiavam por voltar ao seu lar, conviver com seus filhos e companheiro, voltar a sua rotina e costumes, assumir seu espaço, o controle de seu corpo, de seu tempo, de sua vida. O sentimento era de tristeza, de angústia, de resignação frente a uma situação que não podiam mudar. Sentiam-se prisioneiras. Seguiam o horário pré-determinado para as refeições e higiene. Seu sono era interrompido pelas rotinas e procedimentos médicos e de enfermagem. Tinham controles, exames freqüentes e pouco tempo para expressarem seus sentimentos. Tinham que conviver com outras mulheres, com costumes e valores diferentes. Loos & Julius (1989) também afirmaram em sua pesquisa, que as gestantes de alto risco hospitalizadas experienciavam saudades de seus filhos e amigos, sentimento de tédio e isolamento, perda de poder e controle sobre a gestação. Ford & Hodnett (1990), mesmo considerando a internação como uma conduta que favorece a segurança para mãe e bebê, acreditam que a gestante pode ter dificuldades para se adaptar a esta nova situação, o que pode gerar depressão e ansiedade. Segundo elas, o suporte social favoreceria esta adaptação. Schoroeder (1996), acrescenta, por sua vez, que as gestantes descrevem um sentimento de profunda falta de controle da gravidez e de seu corpo, uma vez que depositam sua vida na mão de um *expert*, que maneja sua gravidez e vida. A medicalização da gestação contribuiu ainda mais para reforçar este comportamento das mulheres (Knibiehler, 1990).

Schoroeder (1996) relata que as gestantes se sentem abandonadas a sua própria sorte, aparentemente abandonadas do cuidado profissional, além de terem que deixar de trabalhar e arranjar-se com o cuidado da casa e dos filhos. Segundo a autora, as mulheres, sem exceção, sentiam-se inseguras com os resultados da conduta e desejavam retomar o cuidado da casa e dos filhos,

apresentavam alto nível de estresse físico, emocional, familiar e econômico, além do sofrimento.

Quanto aos acompanhantes, principalmente os companheiros, em diversos momentos, percebi a sua preocupação com a saúde do bebê e com a esposa e transtornos no ritmo familiar. Alguns permaneciam ao seu lado, auxiliando-as nas pequenas atividades. Conversavam ou ficavam em silêncio, compartilhando das dificuldades. Questionavam a equipe de saúde sobre a evolução e os riscos.

*Ela tem que se cuidar, ficar bem. Vai dar tudo certo (marido de Violeta).*

*Eu trabalho de garçom, mas venho ficar com ela. Ela tem muita dor (marido de Miosótis).*

Segundo Maloni & Ponder (1997), os companheiros que tinham experienciado a gestação de alto risco, tinham como maiores preocupações a sobrevivência do bebê e o estado físico e psicológico de sua mulher, seguido de preocupação a respeito de seu próprio estado físico e psicológico, já que tinham que assumir as tarefas das companheiras. Além disso, preocupavam-se com a questão financeira, uma vez que o tempo de internação implicava em grandes custos, caso se tratasse de um hospital privado. O tempo significava muito para as gestantes e acompanhantes. Cada minuto representava um eternidade, custando muito a passar. Os ponteiros caminhavam lentamente, o que tornava a espera mais angustiante. Sentiam-se à mercê de uma situação, que poderia ter ou não um final feliz, gerando muitas incertezas e estresse.

*Não posso fazer nada. Estou preocupado (marido de Girassol).*

*Bem angustiada, por uma espera incerta (Violeta).*

Gupton & Heaman (1997) confirmam estes sentimentos vividos pelas gestantes, em seu estudo com 22 gestantes, internadas em hospital, detectando os estressores decorrentes das complicações da gravidez, determinadas ou reforçadas pelo repouso. Entre eles, o papel de doente imposto à gestante, já que algumas das mulheres não se sentiam assim; as incertezas em relação a duração de tempo de repouso e utilidade do mesmo, a falta de controle do seu corpo e da gravidez, preocupações com o bem-estar fetal e fadiga pela espera infundável.

Neste estudo, as gestantes de alto risco sentiam-se aborrecidas, irritadas, entediadas, deprimidas e ociosas. Por este motivo, o tempo tornava-se mais longo para elas. Relatavam que tinham poucas atividades que lhes dessem prazer, sendo que na maioria das vezes, sentiam-se inúteis. Entendiam que tinham pouco a fazer para alterar a situação vivenciada e se colocavam nas mãos da equipe de saúde. Permaneciam em repouso e sujeitavam-se as condutas médicas e de enfermagem porque entendiam serem estas as únicas possibilidades para manter a gravidez e a sobrevivência de seu filho.

*Preocupada, cansada, angustiada.- Doida para correr. A gente trancada não consegue resolver nada, mas mesmo assim quero me cuidar (Miosótis).*

*É bom a gente se sentir útil. Eu gosto de fazer alguma coisa. Aqui a gente não faz nada. Me sinto melhor (Violeta).*

*Me sinto muito parada aqui (Papoula).*

*Estou com muita vontade de ir embora, fazer minhas coisas, viver minha vida (Flor do Campo).*

*Fica aí mulher para eu ter com quem conversar (Violeta).*

Neste sentido, Schoroeder (1996) enfatiza que para as gestantes não é dada outra alternativa ou possibilidade de escolha, além da hospitalização e repouso, uma vez que a restrição do movimento é considerada a única solução para a sobrevivência de seu filho, fazendo-as se sentirem culpadas quando não conseguem seguir a conduta proposta. Maloni, (1993), relacionando a gestação de alto risco, hospitalização e necessidade de repouso, encontrou como efeitos desta situação, problemas psicológicos, oriundos do confinamento e isolamento (tédio, ansiedade, hostilidade e irritação), que continuam no pós-parto, bem como problemas musculares e circulatórios, entre outros. Ressalta ainda que a prolongada restrição pode gerar distúrbios mentais, diminuição de energia, capacidade de concentração, exaustão e tensão. Clauson (1996) afirma que o tempo de permanência no hospital leva as gestantes a viverem períodos fisiológicos de estabilidade e instabilidade, que podem gerar incertezas que exacerbam o estresse gerado pela situação de risco, podendo influenciar os mecanismos de enfrentamento e resultados de saúde para a mãe e feto.

Gupton & Heaman (1997), detectaram os estressores ambientais que se referiam ao confinamento em casa ou no hospital. As gestantes descreveram que



se sentiam prisioneiras, entediadas, irritadas e demonstravam sentimento de perda (de tempo, de coisas). O estresse frente ao repouso, segundo as autoras supra citadas, era manifestado através de reações emocionais tais como, depressão, choque, confusão, solidão, ansiedade, depressão, mudanças de humor e indisposição, alterações nas relações familiares com os filhos e companheiro e alterações físicas (alteração do ritmo do sono, perda de peso, dores nas articulações e perda de tônus).

Neste estudo, as gestantes estavam muito atentas ao ambiente que as rodeava e com o dizer e fazer daqueles com quem se relacionavam. O colocar-se à disposição da equipe não significava estar alheia ao momento vivenciado e as ações dos cuidadores. Estavam alertas a todas as falas e comportamentos dos profissionais da unidade e dos acadêmicos. Sabiam exatamente que condutas estes iriam tomar e quando isto aconteceria. Tinham conhecimento de todos acontecimentos da unidade. Sabiam quais as pacientes que haviam recebido alta, aquelas que tinham interrompido a gravidez ou ainda a gestante que havia perdido o bebê. Muitas vezes até sabiam o motivo destes acontecimentos.

*Tenho duas novidades. A gente aqui escuta tudo. A gente sabe tudo. A gente aguça os ouvidos. Eu ouvi a doutora conversando com os alunos. Ela disse que se fosse menina teria chance de nascer, com a idade do meu bebê. Falou ainda que o nenê estressado, que é o caso do meu, amadurece mais rápido. Tem chance. A gente escuta tudo que interessa (Violeta).*

*Meteram a cabeça, com a porta entreaberta, com cuidado para não incomodar e disseram que o quarto era azul, para a maior tranquilidade das gestantes de alto risco. Não dei muita atenção, mas quando entrei aqui, na hora que internei, lembrei, senti a gravidade. Tive medo (Flor de Campo, referindo-se a uma visita realizada à maternidade, com o grupo de gestantes, em data anterior à sua internação).*

Refletiam sobre os comportamentos dos profissionais, sua filosofia de trabalho e atendimento. Estavam alertas à filosofia da própria maternidade. Neste sentido, faziam elogios, reclamações e questionamentos. Os elogios eram referentes à filosofia de humanização no atendimento, proposta pela instituição, que se contrapunha a conduta adotada por alguns profissionais, questionada e criticada pelas gestantes. Lamentavam que alguns profissionais colocassem por terra todo um trabalho de equipe. Acerca da instituição, uma gestante questionou

a sua dinâmica, na condição de hospital escola. A gestante dizia sentir-se como uma cobaia nas mãos dos estudantes, que iam e vinham.

*Meu Deus como age a natureza. Se procura mais e mais tecnologia e se retorna aqui ao que tem de mais antigo e mais humano. Estar perto da mãe, ser aquecido por ela. É coisa de primeiro mundo, já tinham me falado, mas não tinha idéia (Violeta, referindo-se à técnica de Mãe Canguru, realizada na instituição).*

*Aqui me deram muito carinho (Amor Perfeito).*

*Ela fez o ultra-som. Tem profissionais que nasceram para a coisa. Outros não. Não nasceram nem para cuidar de bichos. Não sou de reclamar, mas quando ela faz o ultra-som, eu "caio". Quando ele faz é maravilhoso. Ele explica tudo. Não assusta. Esclarece (Violeta).*

*Se detectarmos infecção interrompemos a gravidez, pois nosso objetivo é preservar a máquina reprodutora (profissional médico).*

*Eu sabia que era incubadora. Vamos fazer o que tem se feito. Vamos lá (Violeta).*

*Vem um monte de gente aqui. Examinam, olham. Cada um fala uma coisa. Depois saem. Eles nem sonham em tirar meu bebê daqui (Camélia apontando para a barriga, referindo-se aos estudantes e profissionais de saúde).*

As gestantes de alto risco, afastadas do convívio familiar, necessitavam compreender as rotinas do novo ambiente a elas imposto, para desta forma se sentirem mais seguras e tranqüilas. Assim sendo, algumas gestantes demonstraram preocupação com o fluxo dentro das unidades, por onde teriam que transitar, bem como com as rotinas e procedimentos de enfermagem.

*Colocaram um líquido por traz para ir ao banheiro, para esvaziar os intestinos. Eu já tinha ido ao banheiro. Não adiantou falar. Rasparam os pelos e colocaram soro. Numa sala controlaram os batimentos do nenê (Margarida falando dos procedimentos feitos no último parto).*

*É assim? E anestesia? Como é? (Hortênsia).*

*Quero conhecer a maternidade. Aonde a gente fica? (Rosa).*

As gestantes interagiam entre si e, deste modo, preocupavam-se também com as companheiras de quarto. Sofriam se os acontecimentos fossem ruins e ao contrário, alegravam-se caso os acontecimentos fossem bons. Refletiam, ao mesmo tempo, sobre suas próprias vivências, revendo suas possibilidades. Neste sentido, quando ocorria alguma intercorrência desfavorável, criava-se,

inevitavelmente, um clima de ansiedade, que servia também como preparo psicológico, como fortalecimento, caso as gestantes tivessem que enfrentar a mesma situação. Clauson (1996) considera que quanto mais tempo a gestante permanece no hospital, em contato com o estresse de outras gestantes, maior a possibilidade de aumentar suas incertezas. Contudo, considero que as incertezas aumentam muito mais em relação à permanência no hospital, do que em relação ao contato com o estresse das outras gestantes, pois as gestantes tendem a relacionar a gravidade de seu quadro ao maior tempo de internação.

*Nós vamos procurá-la, assim que vier a unidade. A gente aprendeu a gostar dela. Ela era muito alegre e dava força. Tadinha (Violeta).*

*A gente sente por ela (Miosótis). (As pacientes fizeram este comentário quando uma das companheiras do quarto teve que interromper a gravidez, devido a uma crise hipertensiva grave. Seu bebê tinha pouca chance de sobreviver. Foi à óbito dois dias após nascer).*

No entanto, quando alguém próximo sofre uma perda, isto afeta a todos, inclusive a nós profissionais. Um sentimento de profunda tristeza e de impotência nos invade e não sabemos o que dizer ou fazer. Ficamos ao lado, apenas, compartilhando de sua dor.

*Realmente não consegui dar muita força. Parecia que algo havia se quebrado dentro de mim. Tanto tempo trabalhando com gestantes de alto risco e nunca algo havia mexido tanto comigo. Coloquei em dúvida até o trabalho que vinha desenvolvendo até então. Fiquei apenas ao seu lado (meu desabafo, escrito após o óbito do bebê de Amor Perfeito).*

A vida continua e percebemos que os fatos ruins também nos fortalecem e nos dão esperanças. As gestantes conscientes também daquela realidade, confortando-se mutuamente, parecem que se munem de mais forças, de pensamentos positivos, para desenvolverem suas potencialidades e enfrentarem suas dificuldades, para assim, realizarem o sonho de ter em seus braços um bebê saudável.

## 7. 5. TECENDO ALGUMAS CONSIDERAÇÕES EM RELAÇÃO AOS TEMAS

Os temas apresentados mostraram-se interligados, tomando-se difícil separá-los. Neste sentido, observei, que quando abordava um tema, fatalmente adentrava em outro. As vivências das gestantes e acompanhantes em relação ao bebê, à gravidez e hospitalização, bem como a reflexão sobre a sua pessoa e existência, davam-se de forma concomitante. As falas encaixavam-se em diversas situações, traduziam-se em diversos significados, retratando as reais necessidades da clientela.

Os temas foram similares aos encontrados nos estudos de diversos autores, porém os mesmos utilizaram a entrevista como meio para coletar dados, aqui levantados através da vivência do processo educativo. Desta forma, considero que o processo educativo, além de servir de suporte para que as gestantes vivenciem de forma saudável a gestação, pode propiciar subsídios para a construção de novos conhecimentos sobre o processo de ser e viver da gestante de alto risco.

O processo educativo favoreceu a reflexão dos envolvidos, não apenas em relação aos riscos, mas também em relação à gestação e aspectos existenciais. Facilitou a tomada de decisão, por parte das gestantes e acompanhantes, bem como a reflexão sobre seus papéis como protagonistas de todo o processo vivido. Nele tentou-se abordar as gestantes e acompanhantes em sua totalidade. Não foi focado apenas o aspecto biológico ou só o psicológico e social. O processo educativo não se restringiu à gestação, um processo por elas (es) vivenciado. Nele foi focado, principalmente, o ser humano e suas relações, diante de uma situação transitória e complexa, a gestação de alto risco.

As falas ou depoimentos das gestantes e acompanhantes confirmaram a necessidade de existir um espaço, no qual aqueles que vivenciam a gestação de alto risco possam expressar seus sentimentos e compartilhar as suas idéias, bem como a criação de um ambiente que lhes proporcione música e lazer, extrapolando o meio hospitalar. Além disso, ratificaram a necessidade de informação e formação sobre a gestação e riscos, por parte desta clientela e a necessidade destes participarem das vivências e atividades que lhes favoreçam a troca de conhecimentos, experiências e sentimentos. Evidenciaram a importância

de um programa diário de atividades que reduza a ociosidade e ocupe o tempo das gestantes hospitalizadas. Ressaltaram ainda, a importância dos profissionais de saúde darem maior atenção aos familiares, orientando-os, trocando experiências, para que estes possam contribuir para o bom desenvolvimento da gestação de risco, servindo de suporte à mulher grávida que vivencia este processo mais intensamente. Revelaram também, que as gestantes e acompanhantes têm conhecimentos, crenças, e percepções que devem ser valorizados por toda a equipe de saúde, servindo de base para o seu plano de cuidados.

O processo educativo evidenciou que o ambiente hospitalar e o repouso parecem gerar grande estresse para as gestantes e seus acompanhantes, sendo necessária uma reflexão mais efetiva sobre os critérios de adoção desta conduta e/ou tempo de permanência.

O atendimento domiciliar seria uma opção para evitarmos esta situação. Arrington e Walborn, citados por Lacerda, (1996), compreendem o cuidado domiciliar como um serviço de tratamento ou recuperação, reabilitação de pessoas crônicas [e também agudas], que favoreça o efetivo funcionamento do meio doméstico, apropriado àquelas situações em que a pessoa necessita de um cuidado contínuo, por um período longo ou não, difícil de ser executado apenas por um membro da família ou por amigo. Cunha, mencionado pela mesma autora, entende que o atendimento domiciliar, já existente desde a antiguidade, desde o período pré cristão (Mazza, 1994). É uma atividade redescoberta pela área de saúde, em especial pela enfermagem, em resposta à necessidade de cuidar de pacientes em sua própria casa, quer por falta de instituição hospitalar, quer pela dificuldade financeira em face dos altos custos hospitalares e [sobretudo] pela permanência hospitalar.

Gonçalves & Alvarez & Rabello (1996), Smith (1996), Lacerda (1996) Diadema (1996), Santos (1992a/b), Londrina (1996) e Boletim Informativo de Saúde da Prefeitura de Londrina (1996), Duarte (1996), ressaltam a importância do atendimento domiciliar, um vez que este favorece um cuidado mais personalizado, mais humano, atenção integral a clientela de acordo com sua realidade, facilita a sua recuperação e participação ativa no tratamento, propicia suporte educacional, emocional e físico, estimula a solidariedade familiar,

possibilita o conforto, além de reduzir o risco da infecção hospitalar e os custos. O atendimento no domicílio necessita da aceitação e disponibilidade da família, exige profissional capacitado e treinado, recursos materiais e financeiros e disponibilidade de tempo, demandando racionalização de serviços, para que haja um equilíbrio entre o custo e benefício. Segundo Mazza (1998), a visita domiciliária [ou o atendimento domiciliar], enquanto estratégia de assistência a saúde, seria mais indicado e justificado àqueles clientes que necessitam de um monitoramento maior dos serviços de saúde, ficando o seu custo justificado.[Neste caso encontra-se o atendimento da gestante de alto risco].

Maloni (1994) acrescenta que a decisão em se adotar o cuidado domiciliar à gestante de alto risco deve se basear em quatro fatores: necessidades clínicas da grávida, o impacto do ambiente no plano de tratamento, a capacidade da família de providenciar o cuidado e impacto nestes cuidados e, a redução dos custos hospitalares. Tal conduta implica na necessidade de profissionais com habilidade em avaliar a cliente nos aspectos físicos, psicológicos, nutricionais e em relação aos riscos; em educar e trabalhar com famílias; em avaliar a participação da cliente e família no cuidado prescrito, e com experiência em monitorização fetal e uterina e sua interpretação. Desta forma, segundo ela, através do atendimento domiciliar pode-se fornecer um cuidado compreensivo, holístico e centrado na cliente. O atendimento domiciliar pode, principalmente, diminuir o estresse oriundo do afastamento da gestante de seus familiares, do seu meio cultural e de suas rotinas.

Embora, no Brasil, a ênfase no atendimento domiciliar seja dada as doenças crônicas, no atendimento ao paciente psiquiátrico, idoso (Santos, Londrina, Florianópolis), paciente oncológico em estágio avançado (Florianópolis), sabe-se da existência, informalmente, em Diadema, São Paulo, de um trabalho desenvolvido com puérperas e lactentes de alto risco, que acredito possa ser estendido, como na Inglaterra e Estados Unidos, às gestantes de alto risco. Contudo, é preciso apoio e vontade política, haja vista o custo inicial decorrente da aquisição de equipamentos, essenciais para monitorização desta clientela (tocardiógrafos, *sonnar*), estabelecimento de convênios que garantam os exames prescritos, e treinamento de profissionais.

Na falta de uma política que possibilite o atendimento no domicílio por uma equipe interdisciplinar e constatado a real necessidade de atendimento hospitalar,

uma outra possibilidade seria buscar meios para que o ambiente hospitalar se tornasse o mais agradável possível, através da construção de um programa de atividades em conjunto com as gestantes e acompanhantes, respeitando seus aspectos culturais, diminuindo sua ociosidade e fortalecendo suas potencialidades. Um programa que pudesse envolver os familiares, que permitisse atividades grupais e contemplasse um ambiente adequado, no qual fosse possível expressar sentimentos, ansiedades e expectativas e houvesse contato com a arte (música, desenho), propiciando o aprender e ensinar contínuo e mútuo, caracterizando o educar-se.

## **CAPÍTULO 8**

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

*“O segredo dos que triunfam é começar sempre de novo”  
(autor desconhecido).*

*Mas é preciso ter força,  
é preciso ter garra;  
é preciso ter sonho;  
Sempre (...)*

*(Miltom Nascimento, Maria, 1978).*



O processo educativo possibilitou a ordenação e sistematização dos cuidados prestados às gestantes e acompanhantes. Propiciou o enriquecimento de todos os envolvidos, favorecendo a transformação pessoal e profissional dos mesmos. Facilitou a vivência da gestação de alto risco de forma mais tranqüila e segura.

O referencial teórico adotado, aperfeiçoado durante a prática assistencial, guiou efetivamente o processo educativo, favoreceu a coleta de dados, interpretação e análise dos mesmos, culminando com a ampliação de conhecimentos sobre o processo de ser e viver da gestante de alto risco.

No entanto, no desenvolvimento deste processo detectei algumas facilidades e limitações, aqui relatadas de forma sucinta, que poderão servir de subsídios para futuros estudos.

As gestantes de alto risco apresentavam alterações freqüentes de seus quadros obstétricos, culminando com a troca constante de condutas adotadas pela equipe de saúde, o que dificultava a previsão de gestantes que poderiam participar do processo educativo. As gestantes eram convidadas no dia anterior, no entanto, a participação destas só era confirmada algumas horas antes do encontro, uma vez que algumas tinham ou poderiam ter como prescrição o repouso absoluto. Somou-se a isto, a reduzida demanda de gestantes internadas no início do período em que se deu o processo educativo. Estas limitações, contudo, foram superadas em razão das ricas e amplas experiências e conhecimentos das gestantes, que participaram dos encontros, e flexibilidade de ações, horários e espaços para o desenvolvimento deste estudo.

O fato de algumas gestantes escolherem como seus acompanhantes suas mães ou filhos poderia se constituir em um aspecto limitante, visto que, inicialmente, vislumbrava trabalhar com o casal. Contudo, na medida que construíamos o processo educativo, percebi a importância da presença e

acompanhamento de pessoas da escolha e confiança da gestante, pois esta/es podem fornecer o suporte emocional necessário as gestantes, no enfrentamento das situações de estresse e crise vividos na gravidez de alto risco.

O conhecimento do contexto, no qual se desenvolveu a prática, uma vez que havia participado da comissão de implantação e assessoria à maternidade, favoreceu amplamente as minhas atividades. Conhecia toda a equipe de saúde, suas rotinas e, principalmente, a sua filosofia que preconizava a humanização do processo de nascimento, através de um atendimento interdisciplinar. Isto facilitou minha abordagem com a equipe, permitiu-me intervir e complementar ações prescritas e favoreceu meu trânsito na instituição. O conhecimento de todos os membros da equipe de saúde, a relação de amizade facilitou o desenvolvimento do processo educativo, criando um clima de cooperação mútua. Todos demonstraram disponibilidade e receptividade à proposta. A participação de uma estagiária de psicologia em alguns encontros, complementou as ações propostas e ratificou que o trabalho em conjunto com outros profissionais, visando um objetivo comum, reverte em atenção de qualidade e integral ao cliente.

Outro fator que favoreceu a realização deste estudo foi a experiência anterior de realizar trabalhos educativos, envolvendo esta clientela. A aplicação de tecnologias e estratégias em outros encontros, mesmo sem adotar o referencial deste estudo, facilitou o encaminhamento dos trabalhos e favoreceu a sua dinamicidade.

Os nove anos de experiência na área obstétrica e a experiência pessoal de ter vivenciado o processo de uma gestação de alto risco facilitaram a interpretação e análise das vivências e experiências das gestantes de alto risco e acompanhantes, permitindo melhor compreendê-los e dar-lhes suporte emocional, afetivo e técnico, além de fornecer à equipe subsídios que pudessem auxiliar na melhora do quadro das gestantes.

A rotatividade das gestantes no grupo, já prevista quando da elaboração do projeto, tornou-se ora um fator negativo, ora um fator positivo. Negativo porque impediu que se estabelecesse a caracterização do grupo, uma vez que, constantemente, os membros eram alterados, além da necessidade de reiniciar o processo a partir do momento que um novo elemento adentrava ao grupo.

Positivo, na medida em que possibilitava a reconstrução do processo, uma vez que a inclusão de um novo membro, diferente dos outros, gerava outros conhecimentos, outros temas, que levavam ao crescimento, desenvolvimento de novas potencialidades e troca de novas experiências entre os envolvidos. No processo educativo levei em consideração as características da clientela, os diagnósticos e o plano de cuidados prescritos. Neste sentido, é interessante ressaltar que o processo educativo foi viável, devido a existência de alguns fatores, entre os quais: a abertura, disponibilidade, compromisso, responsabilidade dos envolvidos, conhecimento científico dos profissionais, flexibilidade e dinamicidade das ações, tecnologias e estratégias de ação realizadas.

O processo educativo possibilitou às gestantes e acompanhantes viverem de forma mais saudável a gravidez, ou seja, viverem a gestação de forma mais tranqüila, alegre e mais satisfatória. Isto porque:

- a) as gestantes e acompanhantes tiveram a oportunidade de expressarem seus medos, angústias, ansiedades e sentimentos, diminuindo o peso que carregavam sobre os ombros, ou como refere Snyder, 1979, diminuindo, na verdade, o estresse inerente à situação vivida;
- b) possibilitou a reflexão, troca ou compartilhamento de experiências, conhecimentos e vivências, favorecendo aos envolvidos perceberem o seu verdadeiro potencial, buscando desenvolver suas potencialidades e através de seu fortalecimento, enfrentar as dificuldades encontradas;
- c) propiciou às gestantes e acompanhantes maior liberdade de ação, assumindo o seu real papel de protagonistas do processo de gestação, podendo decidir melhor sobre o tratamento;
- d) serviu de suporte para que as gestantes e acompanhantes aprendessem e ensinassem, partilhando e adquirindo informações a respeito da gestação, do bebê, dos riscos, da hospitalização e de outros temas escolhidos e;
- e) preencheu um tempo ocioso, informando e formando os envolvidos, através de tecnologias de cuidado, que favoreceram a livre expressão e propiciaram

atividades de lazer, por meio das quais as gestantes e acompanhantes extravasaram seu estresse.

Além de contribuir para o enriquecimento da clientela, o processo educativo me fez crescer pessoal e profissionalmente, na medida que me possibilitou compartilhar conhecimentos e experiências com gestantes e acompanhantes que estavam vivenciando um momento tão especial e complexo em suas vidas. Esta interação me possibilitou compreender os sentimentos e ações daquelas/es que estavam vivenciando a gestação de risco. Pude, assim, colocar-me ao lado para ajudá-las/os, para cuidar de acordo com suas reais necessidades. Auxiliou-me também no planejamento, desenvolvimento e avaliação de ações no cuidar-educando. Evidenciou novas percepções, concepções de saúde, novas culturas e crenças. Abriu um espaço, na minha concepção, para discutir a gestação de alto risco, enfocando também a atenção primária, no que tange a promoção e proteção da saúde, além do enfoque em nível terciário. Contribuiu para aprofundar conhecimentos na área de obstetrícia, haja vista o reduzido número de bibliografias, enfocando a mulher grávida em sua totalidade e as práticas educativas com esta clientela. Entendo, ainda, que forneceu subsídios para que outros profissionais que irão trabalhar ou que estão trabalhando com esta clientela tenham uma visão mais ampla de todo processo, não reduzindo seu cuidado apenas ao risco. Acredito que este estudo poderá contribuir para que se faça uma reflexão criteriosa dos efeitos e benefícios da hospitalização e repouso, a que são submetidas as gestantes de alto risco e se reveja como se está direcionando o cuidado a esta clientela. Vislumbrou a possibilidade das gestantes de alto risco serem cuidadas em seu domicílio, propiciando a diminuição de estresse destas, bem como gerando novo campo de trabalho para a enfermagem atuar, oportunizando maior autonomia destes profissionais.

Assim sendo, considero de vital importância o processo educativo com gestantes de alto risco e recomendo:

- a) que sejam realizadas pesquisas em relação à percepção das mulheres, companheiros e familiares, no que tange a gestação de alto risco e suas intercorrências e efeitos, em nível biológico, emocional, social e espiritual;

- b) que se estabeleça um programa de atenção a esta clientela, incluindo, principalmente as práticas educativas;
- c) que se estabeleçam práticas educativas com esta clientela, envolvendo uma equipe interdisciplinar, que acredito possa ser ainda mais enriquecedora, pois desta forma, possibilitará ações complementares, ações que se interpenetram, com vistas a um objetivo comum e a melhor compreensão e atenção à gestante de alto risco e familiares. Contudo, acredito na necessidade de se discutir e realizar estudos anteriores, com estes profissionais, para formular um referencial teórico comum, que guie a prática dos mesmos;
- d) que este processo educativo com gestantes de alto risco, estenda-se também ao âmbito ambulatorial e;
- e) Que se amplie o atendimento da gestante de alto risco a seu domicílio.

Finalizando, concluo que a educação é umas das principais dimensões do cuidado. O processo educativo é um instrumento de socialização de conhecimentos e experiências, que busca favorecer as gestantes e familiares, uma melhor compreensão e vivência do processo da gestação e de seus riscos. A enfermagem, profissão do cuidar, deveria explorar muito mais esta dimensão do educar, na perspectiva de auxiliar a gestante e seu acompanhante no resgate de seus papéis principais, como protagonistas do processo de gestação e do nascimento e na vivência da gravidez de forma mais tranquila e segura.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

*“Ler é aprender, mergulhar nas palavras  
(autor desconhecido)”.*

ALONSO, Ilca Luci Keller. **Buscando caminhos para viver saudável: uma proposta educativa de enfermagem voltada as mulheres, “Mães de primeira de viagem” e seus enfrentamentos cotidianos.** Florianópolis: UFSC, 1994. 204p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

ALVES, Rubens. **Filosofia da ciência.** 2.ed. São Paulo: Brasiliense, 1982, 207p.

ARAÚJO, Dimas Augusto Carvalho et al. **Gestação de alto risco: prevalência de patologias e complicações materno fetais.** *Jornal Brasileiro de Ginecologia.* v.106, n.8, p.315-320, 1996.

ARGYLE, Michael. **A interação social.** Rio de Janeiro: Zahar, 1976.

AUMANN, Gretchen M, BAIRD, Margaret M. **Avaliação do risco em gestantes.** Trad. Walkiria Settineri e Mauro Bertuol. In: KNUPPEL, Robert A, DRUKKER, Joan E. **Alto risco em obstetria: um enfoque multidisciplinar.** 2.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.13-36.

BADINTER, Elisabeth. **Um amor conquistado: o mito do amor materno.** 8.ed. Trad. Waltensir Dutra. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1985. 370p. Tradução de: *L'amour en plus* (1980).

BARBAUT, Jaques. **O nascimento através dos tempos e dos povos.** Portugal: Terramar, 1990. 191p.

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** Lisboa: Edições 70, 1994. 227p.

BELFOR, Paulo. **Assistência pré-natal.** In: REZENDE, Jorge de. **Obstetria.** 6.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 1117p.

- BENSON, Ralph. C. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. 5.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, [19.]. 678p.
- BERRIOT-SALVADORE, Évelyne. O discurso da medicina e da ciência. In: PERROT, Michelle, DUBY, Georges. **História das mulheres no Ocidente-Renascimento à Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v.3.
- BOLETIM INFORMATIVO DE SAÚDE [DA PREFEITURA DE LONDRINA]. Londrina: Autarquia do Serviço Municipal de Saúde, ago./set. 1996.
- BRANDÃO, Carlos Rodrigues. **O que é educação**. 33.ed., São Paulo: Brasiliense, 1995. 115p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Divisão Nacional de e Saúde Materno Infantil. Departamento de Programas de Saúde. Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. **Normas e manuais técnicos. Gestação de Alto risco**. Brasília, 1991.
- BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego**. uma família em formação. Trad. Dayse Batista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1988. 208p. Tradução de: On becoming a family- The growth of attachment.
- BURROW, Gerald. N., FERRIS, Thomas F. **Complicações clínicas da gravidez**. 3.ed., São Paulo: Roca, 1989. 636p.
- CABRAL, Roque, CAEIRO, Francisco da Gama. **Enciclopédia Luso Brasileira**. São Paulo: Lisboa, 1991.
- CIARI, Jr. C., SIQUEIRA A. F. Problemas de saúde materno infantil no Brasil. In: PARETTA J. M. et al. **Saúde da comunidade**. McGraw-Hill: Brasil, 1976. p.203-206.
- CLAUSON, Marion I. Uncertainty and stress in women hospitalized with high risk pregnancy. **Clinical Nursing Research**, v.5, n.3, p.309-325, Aug., 1996.
- COSTA-LASCOUX, Jaqueline. Procriação e bioética. In: PERROT, Michelle; DUBY, Georges. **História das mulheres no Ocidente. O século XX**. Porto. Afrontamento, 1990. v.5, p.638-659.

- CRAMPE-CASNABET, Michèle. A mulher no pensamento filosófico do século XVIII. In: PERROT, Michelle; DUBY, Georges. **História das mulheres no ocidente-Do Renascimento à Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v.3, p.371-373, 381-395, 410-455.
- CUNHA et al. Gravidez de alto risco: Avaliação de incidência no ambulatório de pré-natal. **Jornal Brasileiro de Ginecologia**, v.99, n.4, p.165-166, 1989.
- DELASCIO, Domingos, MARCONDES DE ALMEIDA, Pedro Augusto. **Propedêutica da gestação de alto risco**. São Paulo: Manole, 1974.
- DELASCIO, Domingos, GUARIENTO, Antônio. **Obstetrícia normal, Briquet**. 3.ed. São Paulo: Savier, 1987. 473p.
- DIADEMA. Prefeitura Municipal. Hospital Público. Programa de Internação Domiciliar. **A saúde vai até a sua casa**. Diadema, 1996.
- DIAS, Lígia Paim, PRADO, Marta Lenise, GUERREIRO, Denise Maria; CARRARO, Telma E. **Conceitos e visões teóricas**. Florianópolis: UFSC, 1997. Curso de especialização em Projetos Assistenciais-Repensul.
- DUARTE, Maria Jalma Rodriguez Santana. Cuidadores? Por que e para quê? Atenção ao idoso no domicílio. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, ed. extra, p.126-130, out.,1996.
- EHRENREICH, Bárbara, ENGLISH, Deirdre. **Brujas, Comadronas y enfermeras: História de las sanadoras-dolencias y transtomos. Política sexual de la enfermedad**. Barcelona: Lasal, 1984.
- EVAZIAN, Denise et al. Repercussões da atuação profissional junto à gestantes de alto risco no período de internação: Um estudo exploratório. **Revista Ginecológica e Obstétrica**, v.6, n.3, p.112-118, 1995.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Dicionário Aurélio Básico de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Fronteira, 1995.



FREIRE, Paulo. **Educação como prática da liberdade**. Rio de Janeiro: Paz Terra, 1986.

\_\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: Saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997. 161p.

FREITAS, Fernando de; COSTA, Sérgio Martins. **Rotinas em Obstetrícia**. 2.ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1991. 280p.

FRUGONI, Chiara. A mulher nas imagens, a mulher imaginada. In: PERROT, Michelle, DUBY Georges. **História das mulheres no ocidente- Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v.2., p.462-493.

GADOTI, Moacir. **História das idéias pedagógicas**. 4.ed. São Paulo: Ática, 1996.

GAHAGAN, Judy. **Comportamento interpessoal e de grupo**. Rio de Janeiro: Zahar, 1980.

GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem: sua história e suas perspectivas. **Texto e Contexto**, v.4, n.2, p.7-8, jul./dez., 1995.

GEORGE, Júlia B. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Trad. Regina Machado Garces. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 137p. Tradução de: Nursing Theories- The base for professional nursing practice.

GIORGIO, Michela de. O modelo católico. In. PERROT, Michelle; DUBY, Georges. **História das mulheres no Ocidente. O século XIX**. Porto: Melhoramentos, 1990. v.3, p.199-203.

GONÇALVES, Lúcia H. T, ALVAREZ, Angela Maria, RABELLO, Ernesta. Sub-projeto- Repensando a Enfermagem no cuidado domiciliar do idoso fragilizado e seus familiares cuidadores. Florianópolis: UFSC/ HU, 1996.

GUPTON, Annette; HEAMAN, Maureen. Bed rest from the perspective of high risk pregnant woman. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**, v.26, n.4, p.423-429, Jul./Ag., 1997.

HAGUETTE, Teresa Maria Frota. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1990. 63p.

HEAMAN, Maureen. Stressful life events, social support, and mood disturbance. In Hospitalized and non-hospitalized women with pregnancy-induced hypertension. **The Canadian Journal of Nursing Research**, v.24, n.1, p.3-37, Spring, 1992.

HODNETT, Ellen, FORD, Marilyn. Predictors of adaptation in women hospitalized during pregnancy. **The Canadian Journal of Nursing Research**, v.22, n.4, p.37-50, Winter, 1990.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO. Diretoria de Enfermagem. **Documentos básicos**. Florianópolis, nov., 1980.

---

**Filosofia da maternidade do Hospital Universitário**. Florianópolis, 1995.

---

**Divisão auxiliar de pessoal. Relação total de funcionários por setor e de acordo com o vínculo empregatício**, Florianópolis, 1996a.

---

**Relatório anual das atividades do Hospital Universitário**. Florianópolis, 1996b.

---

**Escala de funcionários de enfermagem do alojamento conjunto**. Florianópolis, 1997.

HUFTON, Olwen. Mulheres, Trabalho e Família. In: PERROT, Michelle, DUBY, Georges. **História das mulheres no ocidente- Renascimento à Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v.3, 1990. p.24-27, 57-61.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Contagem da população de 1996**. Disponível na INTERNET. <http://www.ibge.br/informações/censo 96/defdpe/sc-cont.htm>.

JOELSONS, Marisa Cohen, GENTIL, Valentin. Transtornos emocionais no puerpério. **Revista Ginecológica e Obstétrica**, v.2, n.4, p.180-184, 1991.

KEMP, Virginia H.; PAGE Cecília. Maternal, self-esteem and prenatal attachment in high-risk pregnancy. **MCN, Maternal Child Nursing Journal**, v.16, n.3, p.195-206, 1987.

---

\_\_\_\_\_ . The psychosocial impact of high-risk pregnancy on the family. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.13, n.3, p.232-236, 1986.

KEMP, Virgínia H., HATMAKER, Debra D. Stress and social support in high risk pregnancy. **Research in Nursing and Health**, v.12, n.5, p.331-336, 1989.

---

\_\_\_\_\_ . Health practices and anxiety in low-income, high and low-risk pregnant women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.22, n.3, p.266-272, May/June, 1993.

KING, M. Imogene. **A theory for nursing: Systems, concepts e process**. United States of América: Wiley Medical Publication, 1981. 181p.

---

\_\_\_\_\_ . **Enfermería como profesión: filosofía, principios y objetivos**. México: Limusa, 1984. 189p.

KLAUS, Marshall H., KENNEL, John H. **Pais e bebê: A formação do apego**. Porto Alegre: Artes médicas, 1993. 360p.

KNIBIEHLER, Ivonne. **Corpos e Corações**. In: PERROT, Michelle, DUBY, Georges. **História de mulheres no Ocidente-O século XIX**. 1990. Porto: Afrontamento, v.4, p.351-393.

KNUPPEL, Robert A.; DRUKKER, Joan E. **Alto risco em Obstetrícia: um enfoque Multidisciplinar**. 2.ed. Trad. Walkiria Settineri e Mauro Bertuol, Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. Tradução de: High-risk pregnancy, a team approach.

LACERDA, Maria Ribeiro. **O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar**. Curitiba: UFP. Expansão polo 1- Convênio Repensul,

1996. 92p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Curso de Pós-Graduação de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 1996.
- LEFF, Joan Raphael. **Gravidez, a história interior**. Trad. Rui Dias Pereira. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997. 212p. Tradução de: Pregnancy: the inside story.
- LEMOS, Denildes de Oliveira. **As representações sociais do grupo familiar do gestante sobre a gravidez: Uma referência para melhorar a qualidade da assistência pré-natal**. Florianópolis, UFSC, 1994. 117p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Programa de Pós Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- LONDRINA. Prefeitura Municipal. Conselho Municipal de Saúde. Autarquia do Serviço Municipal de Saúde. **Internação Domiciliar**. Londrina, 1996.
- LOOS, Cynthia., JULIUS, Lynn. The client's view of hospitalization during pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.18, n.1, p.52-56, Jan./Fev., 1989.
- LOPES, Armandina, NUNES, Lucília. **Acerca da trilogia: Competências profissionais: Qualidade dos cuidados- ética. Nursing: Revista Técnica de Enfermagem**, Portugal. v. 8, n.90-91, p.10-13, jul.-ago., 1995.
- LOPES, Gerson Pereira, MONTGOMERY, Malcolm. O comportamento sexual do casal grávido. In: NORONHA, D. T., LOPES, G. P., MONTGOMERY, M. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: ALMED, 1993. p.49-52.
- MACY, Christopher; FALKNER, Frank. **Gravidez e parto**. Trad. Jamir Martins. São Paulo, Bogotá, New York: Harper & Row do Brasil, 1981, 128p. Tradução de: Pregnancy & Birth; Pleasures and Problems.
- MALDONADO, Maria Tereza P. **Psicologia da gravidez. Parto e Puerpério**. 11.ed., Petrópolis: Vozes, 1990. 163p.
- 
- \_\_\_\_\_ **Maternidade e paternidade**. 2.ed. Petrópolis: Vozes, 1989. v.2.

- \_\_\_\_\_, NAHOUN, Jean Claude, DICKSTEIN, Júlio. **Nós estamos grávidos**. 8.ed. Rio de Janeiro: Bloch Educação, 1990. 94p.
- MALONI, Judith A, PONDER, Barbara M. Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest. **Image: Journal of Nursing Scholarship**, v.29, n.2, p.183-187, 1997.
- \_\_\_\_\_. Bed rest pregnancy: Implications for nursing. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.22, n.5, p.422-426, Sep./Oct., 1993a.
- \_\_\_\_\_, et al. Physical and psychosocial effects of antepartum hospital bed rest. **Nursing Research**, v.42, n.197, 1993b.
- \_\_\_\_\_. Home care of the high- risk pregnant woman requiring bed rest. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.23, n.8, p.696-706, Oct., 1994.
- \_\_\_\_\_. Bed rest and high risk pregnancy. **Maternal fetal nursing**, v.31, n.2, p.314-325, June, 1996.
- MANTOVANI, Maria de Fátima. **O processo de interação propiciando ensino e aprendizagem**. Curitiba, UFP, Expansão polo 1, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação de Enfermagem. Universidade Federal do Paraná, 1996.
- MARCON, Sônia Silva. Vivenciando a gravidez. Processos e sub-processos de uma teoria fundamentada em dados. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.2, n.2, p.165-179, Jul., 1995.
- MARRINER, Am. **Modelos e teoria de enfermagem**. Barcelona: Rol, 1989.
- MARTINS, Joel. **Um enfoque fenomenológico do currículo: Educação como poësis**. São Paulo: Cortez, 1992.
- MAZZA, Márcia Maria Porto Rossetto. A visita domiciliária como instrumento de assistência de saúde. Disponível na Internet. <http://www.usp.br/fsp/Mazza.HTM>

- MCCAIN, Gail C, DEATRICK, Janet A. The experience of high-risk pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v.23, n.5, p.421-427, June., 1994.
- MENDES, Isabel Amélia Costa. **Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem**. São Paulo: Sarvier, 1994.
- MINAYO, Cecília de Sousa. **O desafio do conhecimento**. Pesquisa qualitativa em saúde. 4.ed., São Paulo,: Hucitec-Abrasco, 1996.
- MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa; AMIN JUNIOR, Jofre. Gestação de alto risco. In: REZENDE, Jorge de. **Obstetrícia**. 6.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. p.694-716.
- NEME, Bussâmara. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 1995.
- NOGUEIRA, Adriano et al. **Contribuições da interdisciplinaridade para a ciência, para educação e para o trabalho sindical**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- NORONHA, Décio Teixeira, LOPES, Gerson Pereira; MONTGOMERY, Malcolm. **Tocoginecologia psicossomática**. São Paulo: Aimed, 1993. 233p.
- ODENT, Michel. **Gênese do homem ecológico: o instinto reencontrado**. Trad. Alexandre Ribondi. São Paulo: Tao, 1982. 162p. Tradução de: Genèse de L'homme Ecologique.
- OPITZ, Cláudia. O cotidiano da mulher na idade média. In: PERROT, Michelle, DUBY, Georges **História das mulheres no Ocidente-Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v.2, p.355-395.
- PEARSALL, M. Participant observation as role and method in behavioral research. **Nursing Research**, v.14, n.1, p.37-42, 1965.
- PEDRO, João Carlos Gomes. **A relação mãe e filho**. Influência do contato precoce no comportamento da díade. Lisboa: Imprensa Nacional- Casa da Moeda, 1985.
- PEIXOTO, Sérgio. **Pré-Natal**. 2.ed. São Paulo: Manole Ltda, 1981. 400p.

- PEREIRA, Maurício Gomes. **Epidemiologia: Teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- PICHON-RIVIÈRE, Henrique. **O processo grupal**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1988.
- POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. 391p.
- PRAÇA, Neide de Souza. Sistematização da assistência à gestante de alto risco: estratégia para o ensino de enfermagem obstétrica. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.28, n.1, p.96-104, abr, 1994.
- REZENDE, Jorge D., MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental**, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992/1996. 650p.
- \_\_\_\_\_. **Obstetrícia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991. 1117p.
- ROUSSELE, Aline. A política dos corpos entre procriação e continência em Roma. In PERROT, Michelle; DUBY Georges. **História das mulheres no Ocidente-Antigüidade**. Porto: Afrontamento, 1990. v.1.
- SADALA, Maria Lúcia Araújo. Autonomia/mutualidade na assistência de enfermagem, **Revista Latino Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.4, n.1, p.111-17, jan., 1996.
- SAID, Fátima Aparecida. **No "ser com", o cuidar pelo re-significar. Do cotidiano de um grupo de mulheres em gestação**. Florianópolis: UFSC, 1995. 149p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- SANT'ANNA, Flávia Maria. **O processo ensino aprendizagem na perspectiva humanística**. Porto Alegre: Ema, 1976.
- SANTINI, Silvino. Ética e sensibilidade. In: SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE FILOSOFIA E SAÚDE, 1. A saúde como desafio ético, 1994, Florianópolis.

- Anais...Florianópolis: Sociedade de Estudos em Filosofia e Saúde- UFSC, 1995. p.87-105.**
- SANTOS, Osvaldo de Barros. Aconselhamento psicológico e psicoterapia. São Paulo: Pioneira, 1982. 145p.**
- SANTOS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Higiene e Saúde. Programa de Internação Domiciliar. Avaliação do primeiro ano de programa no município de Santos em 1992. Santos, 1992.**
- SANTOS. Prefeitura Municipal. Secretaria de Higiene e Saúde. Programa de Internação Domiciliar. A melhor casa de saúde é a sua. Santos, 1992.**
- SARUE, Eduardo et al. O Conceito de risco e programação dos cuidados à saúde: manual básico de aprendizagem inicial. Trad: Enrique Rivero Ortiz, Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 254p.**
- SASSO, Grace Terezinha Marcon Dal. A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda - Um desafio para a enfermagem. Florianópolis, UFSC 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.**
- SAVIANI, Demerval. Escola e democracia. São Paulo: Cortez, 1983.**
- SCHROEDER, Carole A. Women's experience of bed rest in high risk pregnancy. Image: Journal of Nursing Scholarship, v. 28, n. 3, p.253-258, Fall, 1996.**
- SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE. Índice de gestantes de Florianópolis, 1997. (Dado fornecido por telefone).**
- SILVA, Alcione Leite da Silva. O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996. 87p. Trabalho para obtenção do título de professor titular.**
- SILVA, Maria de Azevedo Santos. Prática assistencial de enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King, Florianópolis-UFSC, 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de**



Enfermagem)- Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

SILVA, Maria Elizabeth Kleba. Marco conceitual para a prática assistencial de enfermagem enquanto processo educativo em saúde. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.45, n.1, p.54-59, jan./mar., 1992.

SMITH, Tomás Patrício. Tecnologia e Assistência Domiciliar. **Jornal SEEN-DO (Serviços de Saúde)**. São Paulo, n.4, p.3, jul./ago., 1996.

SNYDER, Dona J, The high risk mother viewed in relation to a holistic model of the childbearing experience. **Journal of Obstetric Gynecologic, and Neonatal Nursing**, v. 8, p.164-170, May/June, 1979.

\_\_\_\_\_. Psychosocial effects of long term antepartal hospitalization. P. D. Manoham. **Clinical aspects of perinatal medicine**. v.1, New York; Macmillan, p.149-163, 1985.

THÉBAUD, Françoise. Introdução. In: PERROT, Michelle, DUBY, Georges. **História das mulheres no Ocidente. O século X**. Porto: Afrontamento, 1990. v.5, p.11-23.

THOMASSET, Claude. Da natureza feminina. In: PERROT Michelle, DUBY, Georges. **História das mulheres no Ocidente-Idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v.2, p.65-97.

TILDEN, Virgínia Peterson. The relation of life stress and social support to emotional disequilibrium during pregnancy. **Research in Nursing and Health**, v.6, p.167-174, 1983.

TOURRIS, H. De; DELECOUR, R. Henrion. **Ginecologia e obstetrícia**. Rio de Janeiro: Masson, 1979. 477p.

TOVAR ACOSTA, Maria Clara et al. **Atención ambulatoria a la madre & recién nacido**. Cali- Colombia: XYZ Impresores, 1993. 318p.

- TRAVELBEE, Joyce. **Intervención en enfermería psiquiátrica**. Colombo: Opas, 1979.
- TRENTINI, Mercedes. Relação entre teoria, pesquisa e prática, **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.21, n.2, p.135-143, ago., 1987.
- VACHOD, Luiza, SANTOS, Rosângela S. Montando o quebra-cabeça das representações sociais: um estudo com gestantes de risco. **Revista de Enfermagem da UERJ**, Rio de Janeiro, ed.extra, p.38-50, out., 1996.
- VALLA, Victor Vicente., STOTZ, Eduardo Navarro. **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis: Vozes, 1994.
- VASQUEZ, Adolfo Sanchez. **Ética**. 13.ed., São Paulo: Brasileira, 1992.
- VECCHIO, Silvana. A boa esposa. In. PERROT Michelle, DUBY, Georges. **História das mulheres no ocidente-idade Média**. Porto: Afrontamento, 1990. v.2, p.143-183.
- WALDOW, Regina et al. **Maneiras de cuidar, maneiras de ensinar: a enfermagem entre escola e a prática profissional**, Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- WHITE, Maureen, RITCHIE, Judith. Psychological stressors antepartum hospitalization: reports from pregnant women, **Maternal Child Nursing Journal**, v.13, n.1, p.47-56, 1984.
- ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota, SANTOS, Odaléa Maria Bruggemann, GOULART, Mariza; CUSTÓDIO, Zaira Aparecida. **Grupo de gestantes e casais grávidos: uma experiência interdisciplinar**. Texto encaminhado ao 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, Minas Gerais, 1997.
- ZIEGUEL, E. Ema, CRANLEY, S. Mecca. **Enfermagem obstétrica**. 8 ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 683p.
- ZUGAIB, Marcelo, SANCOVSKI, Mauro. **O pré-natal**. São Paulo: Atheneu, 1991. 192p.