

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL – UFSC/Unc/URI**

**PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM COM ALUNOS DO CURSO DE
GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM COM BASE NA TEORIA DO
ALCANCE DOS OBJETIVOS DE IMOGENE KING**

IVETE TERESINHA REDIN DAL BELLO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título de mestre em Assistência de Enfermagem.

DRA. MERCEDES TRENTINI

Florianópolis, SC
Agosto 2000

31 DE AGOSTO DE 2000

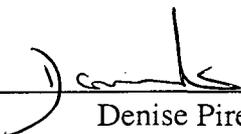
**PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM COM ALUNOS DO CURSO
DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM COM BASE NA TEORIA DO
ALCANÇE DOS OBJETIVOS DE IMOGENE KING**

IVETE TERESINHA REDIN DAL BELLO

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de

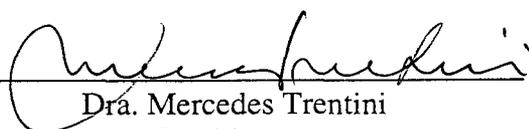
MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 31 de agosto de 2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração Assistência de Enfermagem.

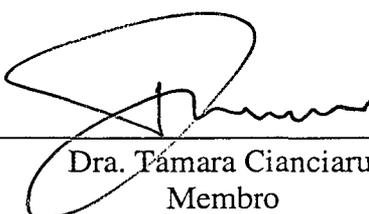


Denise Pires de Pires
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:



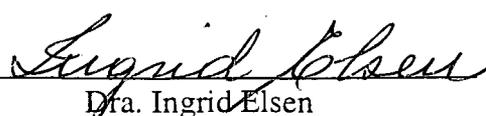
Dra. Mercedes Trentini
Presidente



Dra. Tamara Cianciarullo
Membro



Dra. Cleusa Rios Martins
Membro



Dra. Ingrid Elsen
Membro

Meu pai *Valdemiro*

minha mãe *Cecília*,

meus tesouros, *Osório, Adriana, Filipe e Fernanda*

Não tenho palavras para agradecer tudo o que fizeram por mim.

Por isso dedico esse trabalho à vocês, meus amores!

AGRADECIMENTOS

À *Deus* pelo privilégio da vida.

À professora *Dr^a Mercedes Trentini*, pela sua competência e disponibilidade como minha orientadora e pelo seu incentivo e motivação para desenvolver esse estudo.

Aos *alunos* que se dispuseram assumir comigo esse estudo e que tornaram-o realidade. Muito obrigado pelo empenho e pelo aprendizado que tive com vocês.

Às *puérperas* e seus significantes pela preciosa colaboração que possibilitou a efetivação desse trabalho.

À *Universidade do Contestado* por ter acreditado e investido na minha capacitação.

Ao *seu Antonio*, a *dona Vitória*, aos meus *irmãos(ãs)*, *cunhados(as)*, *sobrinhos(as)* e a *tia Lina*, que tão habilidosamente souberam entender meus momentos de fragilidade, meu muito obrigada.

Em especial quero agradecer à minha sobrinha *Camila* e a minha irmã *Ilena* por terem compartilhado comigo linha por linha desse trabalho, digitando, sugerindo e principalmente me incentivando. Minha eterna gratidão.

Estela, *Ana*, *Vilma* e *Genair* foi enriquecedor e gratificante ter tido oportunidade de compartilhar com vocês esta etapa da minha vida. Pela disponibilidade, amor, carinho e atenção o meu muito obrigado.

À *Eliane*, *Josi*, *Terezinha*, *Marcos* e *Irani*, colegas dessa jornada, obrigada pelo convívio e apoio.

À colega e amiga *Valéria*, que muito mais que estímulo, lutou para que tivéssemos a oportunidade de realizar o mestrado e que sempre esteve ao meu lado. Muito obrigado e minha eterna gratidão.

À colega *Maria Cristina*, que dividiu comigo o processo de implementação desse estudo e muito me apoiou.

Ao *Márcio* que sempre esteve disponível as minhas necessidades em Florianópolis, minha eterna gratidão e todo meu carinho.

A coordenadora, professores e funcionários da Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, pelo apoio e contribuição nessa caminhada, muito obrigada.

Às professoras, *Dr^a Rosita Saupe*, *Dr^a Tamara Cianciarullo*, *Doutoranda Eliane do Nascimento*, pelas valiosas contribuições, que tão habilidosamente sugeriram para o aprimoramento desse estudo, na banca de qualificação.

As professora integrantes da banca examinadora por aceitarem o convite para fazer parte da banca, muito obrigada por seu compartilhar e suas valiosas contribuições.

Às *professoras* do Curso de mestrado interinstitucional, pelo estímulo e aprendizado, em especial a professora *Dr^a Lígia Paim* por ouvir-me em momentos de indecisão.

À *Dr^a Mercedes* e *Dr^a Ingrid* que se dispuseram a enfrentar o desafio de coordenar e possibilitar a realização do mestrado em nossa Universidade.

Ao *administrador do Hospital*, a *chefe do serviço de enfermagem* e a *equipe de enfermagem da unidade de puerpério*, onde parte desse processo foi implementado.

À *Decléia* que acompanha desde o início esta caminhada, prestando apoio nas questões metodológicas e à *Silvana* pela sua disponibilidade e costumeira atenção e carinho muito obrigado.

E a todos, que de uma forma ou de outra contribuíram para a concretização desse estudo e não estão aqui relacionados o meu muito obrigada!

RESUMO

Esse estudo trata-se de uma pesquisa Convergente Assistencial, que teve como objetivo mediar um processo de ensino-aprendizagem, com alunos de um curso de Graduação em enfermagem, para assistência à puérpera, desenvolvido no transcorrer da disciplina materno-infantil I. Teve como marco conceitual a Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King (1981) com ênfase aos aspectos comunicacionais e interacionais das relações humanas, no sentido de resgatar a visão holística do ser humano, no ensino e na assistência de enfermagem. Foi efetivado durante o período letivo da disciplina, no segundo semestre de 1999. O desenvolvimento do estudo foi dividido em duas etapas. A primeira, realizada com o objetivo de socializar o marco conceitual, foi desenvolvida durante o transcorrer da parte teórica da disciplina e em quatro encontros extra-curriculares, nos quais participaram em grupo, os vinte e dois alunos da sexta fase matriculados na mesma. A segunda, realizada durante o período de estágio na unidade de puerpério, constituiu da implementação do marco conceitual na assistência direta a sessenta e sete puérperas e seus significantes, sendo que, com vinte e uma delas, foi realizado acompanhamento domiciliar após deixarem a unidade hospitalar. Nessa etapa os alunos registraram todas as situações vivenciadas e relacionadas com o marco conceitual, as quais posteriormente foram objeto de análise individual e grupal e serviram de subsídios para essa dissertação. A partir deles foi possível comprovar que: a Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King, proveu suporte não apenas para o cuidado, mas também para desenvolver um processo de ensino-aprendizagem com alunos de um Curso de Graduação em Enfermagem; é possível ensinar uma teoria de enfermagem e possibilitar que os alunos percebam seus conceitos abstratos na prática da assistência; os conceitos de comunicação e interação destacaram-se como fundamentais para o estabelecimento de parcerias no processo de educar/cuidar, cuidar/educar; o aluno como co-partícipe desse processo pôde transformar-se num multiplicador de uma assistência de enfermagem mais humanizada e que houve crescimento e desenvolvimento de todos os sujeitos envolvidos no processo. O verdadeiro sentido desse processo pedagógico esteve na união do fazer e do pensar, articulando a teoria à prática e vice-versa. Nesse ir e vir constante é que desvelou-se a possibilidade de ensinar/cuidar/pesquisar. Embora esse processo tenha sido desenvolvido apenas na disciplina Materno-Infantil I, pode oferecer subsídios para que possa ser aplicados em outras disciplinas e por outros educadores em enfermagem.

ABSTRACT

A teaching-learning process with graduate nursing students based on the Theory of Achieving Objectives of Imogene King. This study deals with a research project using the method of convergent care provision aiming to measure the effectiveness of the teaching/learning process among a group of graduate level nursing students. The study evaluated post-partum care and was developed as part of the subject Materno-Infantil I (Mother-Child I). It was based on the Theory of Achieving Objectives of Imogene King (1981), with emphasis on the elements of communication and interaction within interpersonal relationships and with the aim of regaining a holistic view of humanity within the context of teaching and providing nursing care. The study was carried out during the lecture phase of the subject in the second semester of 1999. The development of the study was divided into two stages. The first stage aimed to relate the theory to practical concepts and was developed during 4 extracurricular meetings during the lecture phase of the subject. Twenty-two students in the sixth phase of the course were involved. The second phase occurred during the work-practice phase and aimed to translate the theory into actual nursing practice. It involved working with sixty-seven post-partum women in the maternity ward and their significant others. In twenty-one cases the involvement continued in their homes after discharge. During this phase the students noted situations and experiences which were relevant to the previously developed theory-base and which were analysed both in group situations and individually and which constitute the subject of this paper. Through this process it was possible to conclude that the Theory of Achieving Objectives of Imogene King is a useful model for the provision of nursing care. It also proved useful in developing a teaching/learning model which allowed the students to experience theoretical concepts translated into actual nursing practice. The concepts of communication and interaction stood out as fundamental to the establishment of partnerships in the processes of teaching/care and care/teaching. The student, as a co-partner in this process was able to become part of a more humanised system of nursing care in which growth and development was perceived in all the subjects involved in the study. The true meaning of this teaching process was in the union of *‘Doing’* and *‘Thinking’*, the articulation of theory into practice and vice versa. It was the constant interweaving of these elements which revealed the possibilities of the teaching/caring/researching process. Even though this process in this study had been developed specifically in the subject of Mother-Child I, it has possibilities to be applied in other academic subjects and for other nursing educators.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO AO TEMA	12
OBJETIVOS	20
REVISÃO DE LITERATURA.....	21
Comunicação	21
Interação.....	34
A mulher vivenciando o puerpério	37
Aplicabilidade da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King (1981), de acordo com as práticas assistenciais de alguns enfermeiros brasileiros	47
MARCO CONCEITUAL	53
Pressupostos Teóricos Filosóficos	57
Definição dos Conceitos	58
O PROCESSO DE ENFERMAGEM DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS..	69
METODOLOGIA	73
O PROCESSO DESENVOLVIDO	85
Primeira Etapa - Socialização do marco referencial com os alunos	86
Segunda Etapa - Implementação do marco referencial pelos alunos na assistência à mulher vivenciando o puerpério e seus significantes.....	104
ASSOCIAÇÃO DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS COM A PRÁTICA VIVENCIADA NESSE ESTUDO	158
CONSIDERAÇÕES FINAIS	169
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	174
ANEXOS	180

LISTA DE QUADROS

Quadro I - Caracterização dos alunos, sujeitos principais desse estudo	77
Quadro II - Representação esquemática da metodologia utilizada nesse estudo	86
Quadro III - Processo de operacionalização de cada conceito, baseado em Nietschke (1981)	89
Quadro IV - Situações de interações identificadas pelos alunos	108
Quadro V - Ocorrência do alcance do(s) objetivo(s) (transações).....	114
Quadro VI - Situações de estresse manifestadas pelos participantes.....	116
Quadro VII - Formas de comunicação identificadas entre os participantes.....	120
Quadro VIII - Situações de crescimento e desenvolvimento identificadas entre os participantes.....	126
Quadro IX - Sentimentos, emoções, conquistas e reflexões dos alunos quanto a sua prática diária.....	130

INTRODUÇÃO AO TEMA

A desarticulação entre o ensino da enfermagem e a prática vivenciada em seu cotidiano foi a mola propulsora para o desenvolvimento desse estudo. Em minha concepção o distanciamento entre o apregoado na escola e o vivido na prática deve-se ao idealismo com que os conhecimentos são teorizados em sala de aula e pela forma diretiva e prescritiva que são desenvolvidos.

Monticelli (1992) refere que apesar de os profissionais de enfermagem estarem preocupados com suas ações, em especial os da educação, em sua maioria ainda fundamentam-se pela pedagogia da transmissão. Dessa forma as influências desta pedagogia e do conhecimento de um modo geral, tem revelado um profissional conformista, individualista, não participativo, alheio a sua própria realidade e que procura manter o “status quo”.

Tanto o ensino quanto a prática do enfermeiro vem sendo desenvolvida de uma forma antagônica. Pois no discurso sobre a profissão, os enfermeiros valorizam o cliente como pessoa, demonstram preocupação e respeito ao outro, a sua vontade e diferenças individuais, procuram não separar saúde e doença em fenômenos distintos, mas vislumbrá-los como elementos de um mesmo continuum. Entretanto, ao estabelecer-se um comparativo entre a prática tradicional do ensino de enfermagem com esse discurso, percebe-se a existência de uma dicotomia entre o pensar e o fazer, que se evidencia cada vez mais à medida em que o primeiro (ensino) valoriza o cliente como ser holístico e de decisão, enquanto o segundo (prática) coloca o saber e o poder decisório nas mãos dos profissionais da saúde, no caso, o enfermeiro.

Percebo que na concretização da assistência de enfermagem prevalece a atenção à doença; creio que isto deva-se por estar o ensino da enfermagem fundamentado no modelo

biomédico, que dá à formação do enfermeiro a tônica cartesiana desse modelo. A tomada de decisões, centrada na figura do enfermeiro, com planejamento rígido de cuidados, sem consideração e respeito às diferenças individuais, valoriza a doença e os corpos doentes, esquecendo-se dos seres humanos como pessoas.

Leopardi (1988) fazendo uma reflexão dos caminhos percorridos pela enfermagem também destaca, que a tradição do ensino da profissão está apropriado ao modelo biologicista da saúde. Este cenário fica claro quando se analisa os currículos dos cursos de enfermagem, que em geral fortalecem as disciplinas das Ciências Naturais (biologia, química, anatomia, fisiologia, etc.) em detrimento das outras áreas do conhecimento humano. Surgindo como resultado uma prática de enfermagem conduzida para a resolução dos problemas de saúde das pessoas somente a nível orgânico. Nessa maneira de análise, o conceito de homem integral não passa de um modelo ideal, visto que se vislumbra uma dicotomia entre o corpo e a mente, o indivíduo e a sociedade, o processo vital e o processo histórico. Ressalta também que por mais duro que seja, temos de assumir nossa real condição de coerentes e incoerentes ao mesmo tempo. Somos coerentes com o modelo de cuidado à saúde, imposto pelo sistema social em que vivemos e somos incoerentes com nosso próprio discurso, sobre o homem e suas condições de saúde/doença.

Diante disso, fica evidente que a formação acadêmica do profissional enfermeiro que privilegia os aspectos técnicos-científicos em detrimento dos humanos e interativos, há tempos vem se mostrando ineficaz. Nesse sentido Waldow (1993) refere que apelos para novas abordagens no ensino e conseqüentemente da prática da enfermagem, vêm se tornando mais fortes e os enfoques e modelos dessas abordagens vêm sistematicamente sendo direcionadas para uma educação mais humanizada. Cianciarullo (1994) também refere que com o passar dos anos, é cada vez maior o número de enfermeiros, que buscam trazer e levar, num ir e vir contínuo, da teoria à prática e da prática à teoria; os conceitos, os pressupostos, os princípios e os significados pertinentes à ciência da enfermagem.

Percebe-se que há uma tentativa de mudança desse modelo vigente na enfermagem. para Rezende (1986) o processo educativo é o instrumento básico e uma das atividades mais relevantes para quem busca mudanças e reformulações de hábitos, valores e conseqüentemente a transformação social.

Ao meu modo de perceber, para que as ações educativas em saúde caminhem para mudanças de atitudes e comportamentos, o processo educativo deve buscar elos entre teoria e prática, o que diminuiria a dicotomia entre ambas no cotidiano da enfermagem. Monticelli (1992) também salienta que as práticas em saúde como fenômenos sociais precisam ser revistas no que tange a dicotomia existente entre as atividades do fazer e do pensar da profissão.

Nesse sentido, nos últimos anos a enfermagem tem se preocupado com o conhecimento produzido e como vem sendo utilizado esse conhecimento, de modo a caracterizá-la como uma ciência. Retroscedendo um pouco, encontramos Meleis (1985), o qual refere que a conceituação e sistematização da enfermagem tem ocorrido há algumas décadas nos Estados Unidos. No Brasil, as teorizações da enfermagem são mais recentes, tiveram seu início em 1970, com Wanda de Aguiar Horta, com o trabalho **Contribuição a uma teoria sobre enfermagem**.

Meleis (1985) classifica a formulação das teorias de enfermagem em três escolas de pensamento: das necessidades, da interação e resultados. Para fundamentar este estudo que pretendeu desenvolver um processo ensino-aprendizagem com uma abordagem diferenciada da tradicional, foi escolhida a escola interacionista. Nesse sentido julguei ser oportuno apresentar as principais pressuposições que a caracterizam como tal:

Esta concepção reconhece a prática da enfermagem como um processo interativo, com foco no desenvolvimento das relações entre o paciente e o enfermeiro com base no interacionismo, fenomenologia e existencialismo filosófico e humanismo. Pressupõe que: a enfermagem é um processo interpessoal que ocorre entre uma pessoa que precisa de ajuda e outra que é capaz de fornecer ajuda; o cliente é um parceiro no processo de enfermagem; os valores do paciente, sua singularidade e dignidade são considerados; o enfermeiro é capaz de ajudar, precisa clarificar seus próprios valores, usar o “self” numa forma terapêutica; o cuidado não é um ato mecanicista, mas sim humanista; o enfermeiro precisa de conhecimentos sistemáticos e a enfermagem é um processo deliberativo que fornece ajuda e assistência. Fazem parte dessa escola, *Travelbee, Peplau, Orlando, Paterson Zderad, Watson e King*, que foi a escolhida para fundamentar esse estudo.

No entanto, como já citado, percebo que na academia o processo de ensino-aprendizagem praticado usualmente, tem sido o processo de transferência do

conhecimento, onde o professor “sabedor” transfere para o aluno os conhecimentos que julga serem significativos. Por sua vez, o aluno segue a mesma linha, transferindo o que julga ser necessário para “seu” paciente, este por sua vez, na maioria das vezes sem condições de entender e discutir o assunto, faz de conta que entendeu e que está comprometido com a adoção das medidas e cuidados rigorosamente prescritos pela equipe de saúde, porém, quando o paciente deixa o hospital, o processo nem sempre ocorre de acordo com o esperado.

Diante desse cenário surgem algumas indagações como:

- Se temos várias teorias com formas de fazer a enfermagem de modo diferenciado, por que persistimos nesse fazer?
- Será que o modelo de assistência adotado usualmente, não está ultrapassado?
- Por que boa parte dos clientes (pacientes) retornam às unidades de saúde com as mesmas situações e problemas que geraram a(s) internação(ões) anterior(es)?
- Será que as propostas de cuidados fornecidos pelos profissionais estão em acordo com a realidade de seus clientes?
- Será que um processo de cuidar/educar, educar/cuidar interativo não responderia melhor?

Considerando essas indagações me propus a introduzir um novo enfoque teórico metodológico para o desenvolvimento da disciplina Materno-Infantil I através do processo de ensino-aprendizagem fundamentado em uma teoria interacionista. O que possibilitou a elaboração, implementação e realização desse estudo foi o fato de assumir simultaneamente a condição de docente na escola de graduação em enfermagem e responsável pela disciplina, além de ser aluna mestranda. O processo proposto teve como atores principais os 22 alunos da 6ª fase do Curso de Enfermagem, matriculados na disciplina Materno-Infantil I. Utilizei como referencial teórico a Teoria do Alcance dos Objetivos, de **Imogene King** (1981), com enfoque dirigido para os conceitos de interação e comunicação. Optei por um processo de ensino-aprendizagem fundamentado numa teoria interacionista como a de King, porque permite através do interagir e do comunicar, uma assistência mais humanizada e condizente com as necessidades e possibilidades do cliente. A opção por implementá-lo com os alunos, deveu-se ao meu desejo de dividir com eles

uma nova visão da enfermagem, contando com os mesmos como futuros multiplicadores dessa proposta de assistência.

A implementação prática desse processo de ensino-aprendizagem deu-se com mulheres e seus significantes vivenciando o período puerperal. Ao privilegiar o período puerperal considere minhas insatisfações quanto ao ensino e assistência oferecida à mulher e seus significantes nesse período. Atuo nesta área há mais de catorze anos, como docente em um curso de Graduação em Enfermagem. Nessa trajetória muitas situações vêm me inquietando e despertando meu interesse na busca de algo que possa contribuir para um repensar e refazer da minha prática profissional, e conseqüentemente dos que são a essência do meu fazer, “os alunos”. A assistência oferecida, na qual o físico tem precedência, bem como a priorização dos aspectos terapêuticos em detrimento dos interativos e dialógicos, determinam uma assistência incompleta e ineficaz, que na maioria das vezes geram ansiedade, medo e insegurança no pós-parto, especialmente nas famílias recém-formadas ou recém-reestruturadas.

Com o nascimento de um filho mudanças bruscas ocorrem. Em determinado momento tem-se uma gestante e um feto, no momento seguinte tem-se uma mãe e um filho. Aliada a essa nova condição, novos papéis, novas necessidades e novas responsabilidades, as quais, na sua maioria, imprevistas e surpreendentes, mas que devem ser assumidas. Além disso, à mãe é atribuída a obrigação de desempenhar adequadamente o papel de mãe, pois dela é cobrado um dom que lhe “deveria” ser inato “de ser mãe”, aliás, “boa mãe”. Dessa forma, ao assumir sua missão coloca-se de plantão 24 horas por dia, tornando muitas vezes a situação tão desgastante que apresenta-se quase insuportável, necessitando de muito apoio e atenção. No entanto, o que se observa é que esse período é um dos mais negligenciados, do ciclo gravídico puerperal, por toda a equipe de saúde, inclusive pelo enfermeiro.

Relembro que apesar de estar programada para ser mãe, estar envolvida com o projeto da maternidade, ser enfermeira, trabalhar na área e contar com o apoio da família e equipe de saúde, achei o pós-parto um período muito difícil e imagino que assim o é para a maioria das mulheres, especialmente para as que não dispõem de todos esses recursos.

Além disso, em épocas passadas a gravidez, o parto e principalmente o pós-parto transcorriam em família, onde as pessoas estavam ligadas por fortes vínculos e suportes

sociais, hoje, esses mesmos fenômenos transcorrem em instituições hospitalares e os vínculos foram reduzidos a meros contatos superficiais, mantendo à margem os principais sujeitos do processo. Após o nascimento do filho, geralmente em menos de 24 horas, a mulher e o recém-nascido recebem alta hospitalar e junto com a alta “um certo adeus” da equipe de saúde. Acredito que essa lacuna na assistência tem contribuído para a manutenção dos altos índices de dificuldades nas interações pais e filhos e de complicações e mortes maternas.

Pelas considerações realizadas é que julgo o puerpério tão importante ou até mais importante que qualquer outro período do ciclo gravídico-puerperal, justificando a necessidade de um processo de assistência adequado. Para isso, faz-se necessário um repensar desde o ensino à prática da enfermagem. Como coloca Burroughs (1995), este momento é crucial para o estabelecimento da interação entre mãe e filho, onde ocorre a aquisição de um compromisso emocional e afetivo entre eles. Este processo é iniciado na gestação, intensifica-se durante o parto e especialmente no puerpério. Esta interação uma vez estabelecida torna-se consistente, processo de mão dupla entre a criança e os pais. Esta autora enfatiza que, um processo de interação bem sucedido é importante para a saúde física e mental de uma vida inteira. Nele ocorre troca de sentimentos caracterizada pela atração e pela reciprocidade. A satisfação mútua por uma troca leva a outras e assim por diante.

Burroughs (1995), refere também que o contato imediato após o parto, incluindo o contato de pele entre o recém-nascido e a mãe, tem efeito importante no processo de interação. Fato este, que se negligenciado ou pouco valorizado, perde-se a oportunidade de favorecer o desenvolvimento de laços que influenciarão a relação mãe e filho para o resto da vida. Também respostas sensoriais, como o contato com os olhos, o toque, a voz e o odor, são outros fatores que favorecem a interação; a mulher às vezes por desconhecer ou por falta de incentivo, perde a oportunidade de vivenciar esta fase com muito mais prazer e alegria.

Cada interação positiva entre mãe e filho, intensifica a ligação. A sensibilidade às mensagens ou a “leitura do filho” é um desafio importante para os pais. Aqueles que adquirem essa habilidade desde cedo desfrutam de um sentimento de competência e confiança em relação aos cuidados que estão prestando. À medida que os laços entre os

pais e o filho formam-se, a proximidade é altamente valorizada, pode-se dizer que não se pode amar um “estranho”, assim, as respostas mútuas entre pais e filho são muito importantes (Burroughs, 1995).

Conforme citei anteriormente, a assistência oferecida à mulher, recém-nascido, pai e demais familiares de forma rotineira, padronizada, pré-determinada, com o saber centrado no profissional da saúde, tem me inquietado há muitos anos, e esta inquietação tem me levado a buscar novo referencial teórico para o ensino e a prática da assistência à mulher e seus significantes, de forma que o ser humano seja valorizado como sujeito do processo, com valores, sentimentos, percepções, costumes, e crenças; e que através da interação e comunicação entre o profissional e cliente, permita minimizar a dicotomia existente entre teoria e prática vivenciada.

A intenção nesse processo foi aproximar ensino-assistência e pesquisa no intuito de promover maior qualidade do ensino e conseqüentemente da assistência de enfermagem, ao mesmo tempo fomentar a pesquisa e a evolução da enfermagem como ciência. Com esse estudo espero possibilitar:

- Mudanças na práxis do ensino e da assistência, conseqüentemente futuras transformações no modo de fazer a enfermagem.
- Aproximar o ensino de enfermagem de sua prática rompendo a dicotomia existente entre ambos.
- Fomentar a pesquisa e a evolução da enfermagem como uma ciência.
- Desvendar subsídios para o desenvolvimento de uma visão holística no processo de educar/cuidar, cuidar/educar.
- Valorizar o puerpério como um período importante na vida da mulher e seus significantes.
- Repensar e refazer minha prática docente-assistencial.
- Formar multiplicadores de uma assistência humanizada, instrumentalizando os alunos para sua prática. Nesse sentido, ao aluno foi oferecida a oportunidade de experienciar novo caminhar para a assistência; com enfoque na interação, comunicação e participação, aliando ao modelo biomédico e tecnicista, que tem guiado sua formação até então, um modelo de assistência humanizada e transformadora, com análise reflexiva constante, com espaço para entendimento do vivido.

O desenvolvimento dessa prática assistencial não foi difícil a princípio, já que estava alicerçada em pressupostos teóricos da profissão. O grande desafio foi integrar ao ensino da disciplina enfermagem materno-infantil I, do Curso de Graduação em enfermagem, os conceitos e o processo pedagógico que norteou o trabalho. Nesse esforço em ultrapassar a ênfase aos aspectos puramente técnicos e biológicos e na busca de um resgate de uma prática que vise a totalidade do ser humano, é que nasceu esse processo de ensino-aprendizagem.

OBJETIVOS

GERAL

Mediar um processo de ensino-aprendizagem, com alunos do curso de graduação em enfermagem, para assistência à puérpera, com base principalmente nos conceitos de comunicação e interação da teoria do Alcance dos Objetivos, de Imogene King (1981).

ESPECÍFICOS

- Desenvolver uma estratégia de utilização da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King no processo educativo com alunos de um Curso de Graduação em Enfermagem.
- Acompanhar a implementação da Teoria do Alcance dos Objetivos pelos alunos no cuidado às mulheres no período puerperal.
- Analisar os resultados da utilização da Teoria do Alcance dos Objetivos com a prática educativa e assistencial desenvolvida com os alunos cuidando de puérperas..

REVISÃO DE LITERATURA

Para apoiar e fundamentar esse estudo busco na literatura subsídios para os principais temas enfatizados no transcórre do mesmo. Nesse sentido inicialmente abordo o processo de **comunicação e interação** entre os seres humanos, na seqüência apresento questões relevantes a **mulher vivenciando o puerpério** e finalmente, apresento um relato da **aplicabilidade da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King (1981)** de acordo, com as práticas assistenciais de alguns enfermeiros brasileiros.

COMUNICAÇÃO

Introduzindo a temática **comunicação**, reporto-me às palavras de Faria (1995, p. 56), quando salienta que “no processo de trabalho na saúde, o processo informacional que pressupõe um processo comunicacional é um, e talvez, um dos instrumentos mais importantes que se interpõe entre o trabalhador e o objeto sobre o qual atua, mesmo porque, este não é algo inanimado, sem emoções, sem cultura, sem estímulos, é sujeito”.

Segundo Silva (1996, p. 21) “o existir do homem só é possível por meio da comunicação. Muitos autores discutem o envolvimento das pessoas no processo de comunicação, embora nem sempre conscientes de sua significação como condição fundamental para o pleno desenvolvimento do ser humano. Ela permeia toda a vida do homem, desde o nascimento, a criança percebe que pelos sons e atitudes pode obter coisas que deseja”.

King (1981) classifica a comunicação como um processo dinâmico irreversível por meio do qual se passa informação de uma pessoa para outra, direta ou indiretamente. E

refere que a comunicação é tão importante na vida diária das pessoas, que sua utilidade nem se discute, e que é um campo de estudo complexo, em expansão a cada dia. Também constatei sua significação ao verificar que, a maioria dos estudos que envolvem os seres humanos, fazem suposições acerca da comunicação. Faria (1998), declara que ela é inevitável, que silenciar ou ignorar o outro são condutas que transmitem uma informação e representam uma comunicação, ilustra dizendo que: a violeta que não floresce, o pássaro que não canta, o gato que não mia, o homem em silêncio, são estados que, no entanto, não significam ausência de comunicação, ao contrário, cada qual expressa seu interior, pois mesmo o silêncio é um processo de comunicação. Desta forma, a habilidade em comunicação de quem lida com seres humanos é fundamental. Principalmente porque na rotina do dia a dia, corre-se o risco de chegar ao ponto de olhar sem ver, escutar sem ouvir, palpar sem sentir, enquadrar as pessoas em categorias estanques, como o hipertenso, o diabético, o cardiopata e assim por diante.

Em 1979, Horta enfatizava a necessidade de habilidades de comunicação do enfermeiro para a execução do processo de enfermagem, principalmente no levantamento de dados, para a realização do histórico de enfermagem.

Para Stefanelli (1993, p. 15), “a comunicação já não pode mais ser considerada apenas como um dos instrumentos básicos da enfermagem ou do desenvolvimento do relacionamento terapêutico. Ela tem que ser considerada como capacidade ou “competência interpessoal” a ser adquirida pela enfermeira, não importando sua área de atuação”. No entanto ressalta que justamente o que na literatura é tratado como o **“instrumento básico da assistência de enfermagem”** ainda hoje pouca atenção tem recebido de estudiosos e pesquisadores da área. Faria (1998) também destaca que, o processo de comunicação e interação em saúde, historicamente nunca foi preocupação e prioridade do sistema social brasileiro, o mesmo não tem passado de mero repasse monológico de informações normatizadoras tais como: faça isso, faça aquilo, aquilo não pode, aquilo pode. Para Mendes (1994, p. 1), a comunicação é um dos principais instrumentos da relação entre profissional da saúde e paciente e ressalta que “a enfermagem é basicamente um processo de interação humana e a comunicação é a parte central desse processo, constituindo-se em um dos instrumentos mais significativos no agir do enfermeiro”.

Minhas constatações do que ocorre na prática da enfermagem e os estudos realizados nesta área confirmam, que o tipo de comunicação mais freqüente entre os profissionais da saúde e o paciente é uma comunicação diádica. Por ser um processo diádico, a comunicação enfermeiro/paciente só pode ser considerada como efetiva na medida em que houver uma estreita correspondência entre a mensagem enviada por um dos elementos da díade e a mensagem recebida pelo outro. No entanto, King (1981) destaca que ainda que as palavras sejam os símbolos do pensamento do homem, podem apresentar dificuldade de compreensão pelas diferentes percepções da realidade que cada um tem, neste sentido as palavras podem representar diferentes significados para diferentes pessoas. A experiência do que escuta, do que fala e do que lê, determina o efeito completo do significado das palavras.

Para Cestari (1999) a comunicação não é simplesmente objeto de estudo de cientistas, não são apenas os especialistas que sabem comunicar-se. Refere que ela é na verdade, parte essencial da própria vida humana. Somos seres de comunicação, a qual acontece a cada momento no dia-a-dia, nas interações que continuamente mantemos uns com os outros. E enfatiza que é “através da comunicação verbal ou não verbal, que a enfermeira estabelece contato com o paciente, passa a conhecer suas características individuais, suas necessidades, seus medos, preocupações e pode compartilhar saberes. Dessa forma, a comunicação é indispensável para que o profissional conheça o paciente, e assim possa prestar um cuidado/assistência individualizado e humanizado” (Cestari, 1999, p. 97).

Stefanelli (1993) classifica comunicação como o denominador comum de todas as ações de enfermagem e refere que a mesma influi decisivamente na qualidade da assistência prestada àquele que necessita dos cuidados profissionais de enfermagem. E conceitua como

um processo de compreender, compartilhar mensagens enviadas e recebidas, sendo que as próprias mensagens e o modo como se dá seu intercâmbio exercem influência no comportamento das pessoas nele envolvidas a curto, médio ou longo prazo, esta mudança pode ocorrer no ambiente em que a comunicação é efetuada ou quando as pessoas se encontram isoladas, distantes umas das outras ou do contexto. Isto permite afirmar que as pessoas se encontram constantemente envolvidas por um campo interacional. (Stefanelli 1993, p. 30).

Cestari (1999) também atribui a comunicação um papel de destaque em qualquer proposta educativa e assistencial, simplesmente porque homens e mulheres só podem construir-se socialmente, utilizando a comunicação nas suas mais diferentes formas. E afirma que os homens só foram capazes de construir o mundo, devido a sua capacidade de comunicação.

Beltrão apud Faria (1998, p. 34), coloca que “o processo de comunicação tem por finalidade obter a interação, isto é, provocar ações e reações entre os indivíduos e grupos para o estabelecimento de uma cadeia recíproca de opiniões e comportamentos”.

Stewart apud King (1981) apresenta princípios de um modelo de comunicação completo:

- A comunicação não é uma coisa, é um processo.
- A comunicação não é linear, é circular.
- A comunicação é complexa e seis personagens intervêm nela.
 - a) A pessoa que tu pensas que és.
 - b) A pessoa que teu companheiro pensa que tu és.
 - c) A pessoa que tu acreditas que teu companheiro pensa que tu és.
 - d) A pessoa que teu companheiro pensa que ele é.
 - e) A pessoa que tu acreditas que teu companheiro é.
 - f) A pessoa que teu companheiro acredita que tu pensas que ele é.
- A comunicação é irreversível e não se repete.
- A comunicação implica a pessoa na sua totalidade.

Para que o processo de comunicação ocorra, Stefanelli (1993) apresenta **formas de comunicação verbal, não verbal** e, permeando estas formas, apresenta uma terceira, chamada de **paraverbal** ou **paralingüística**, que é expressa, por exemplo pelo tom de voz, ritmo com que são pronunciadas as palavras, choro, pausa, ou seja, como se houvesse uma instrução sobre como compreender a mensagem emitida.

Silva (1996) também classifica as formas de comunicação como: verbal (fala ou escrita), não verbal (não está associada a palavras e ocorre por meio de gestos, silêncio, expressões faciais, postura corporal, etc.), sendo esta compreensão muito significativa, considerando que muitas vezes, é ela o único modo de acesso ao discurso do paciente. E cita que “estudos feitos sobre comunicação não verbal estimam que apenas 7% dos pensamentos (das intenções) são transmitidos por palavras, 38% são transmitidos por sinais paralingüísticos (entonação de voz, velocidade com que as palavras são ditas), e 55 % pelos sinais do corpo” (Silva, 1996, p. 28).

Stefanelli (1993, p. 40), numa referência a Gamble (1987), aponta que “somente 35% da mensagem é transmitida verbalmente e 65% é comunicada não verbalmente”.

King (1981), sugere algumas características da comunicação verbal e não verbal.

Verbal – A linguagem proporciona os símbolos para a comunicação verbal. Os símbolos em forma de palavras podem ter uma variedade de significados distintos para cada indivíduo. King salienta que a linguagem muda de geração para geração. E inclui a linguagem falada e escrita, na qual a informação se transmite de uma pessoa para outra e salienta que as palavras faladas se elevam ao vento, as palavras escritas são um testemunho permanente. E refere que um dos primeiros aspectos a serem considerados na comunicação humana verbal, é que a linguagem seja significativa aos indivíduos, deve encontrar interesses comuns e objetivos similares. O padrão de comunicação verbal é influenciado pelas experiências de aprendizagem, situações e acontecimentos passados. Apresenta algumas barreiras na comunicação, como a falta de habilidade para escutar, interferências ambientais, tais como ruídos, estímulos, entre outros; e aponta como elementos essenciais na comunicação verbal o transmissor, a mensagem, o receptor, a retroalimentação, o codificador, o decodificador, o significado e o propósito.

Não verbal – King (1981) apresenta dados de um estudo feito por Mehrabian no qual refere que, mais de 90% da informação que se usa para determinar as atitudes e os sentimentos das pessoas provém da conduta não verbal e apenas 7% provém da comunicação verbal, o que vem ao encontro dos estudos de Silva (1996) e Stefanelli (1993).

A comunicação não verbal envia uma mensagem por meio de sinais e movimentos corporais, os quais têm diferentes significados para diferentes pessoas em situações

diversas. A comunicação não verbal é dinâmica e está em constante mudança. Os gestos são irreversíveis dado que, quando se emite um sinal, não se pode desfazê-lo. A pessoa em sua totalidade entra na comunicação e responde ao outro indivíduo. A comunicação não verbal consiste de gestos, tato, mudanças nas pupilas, olhos e muitos outros movimentos corporais.

Silva (1996, p. 45-46) definiu a comunicação não verbal como “aquela que ocorre na interação pessoa-pessoa, exceto as palavras por elas mesmas. Sendo toda informação obtida por meio de gestos, posturas, expressões faciais, orientações do corpo, singularidades somáticas, naturais ou artificiais, organização dos objetos no espaço e até pela relação de distância mantida entre os indivíduos”. E classifica como sinais não verbais: a paralinguagem (ah, suspiro, riso, pigarrear); Cinésica (gestos manuais, movimentos de membros); Características físicas (informações sobre a faixa etária, sexo, origem, jóias, roupas, aliança); Fatores do meio ambiente (cor, forma, tamanho); Tacésica envolve comunicação tátil (pressão exercida, local tocado).

Como forma de comunicação não verbal, King (1981) destaca a grande importância do tato que pode implicar num gesto de amor, de violência, incitar emoções, conforto e ou sensação de presença. A comunicação tátil influi no crescimento e desenvolvimento da pessoa. Pode-se estabelecer padrões de comunicação pela maneira como a mãe carrega e toca o seu recém-nascido. Cita que em observações feitas de mães com seus filhos, detectou-se que para que se estabeleça o relacionamento afetivo entre eles, necessita-se do tato. Tanto é que a vida do recém-nascido começa com o tato no momento do nascimento, sendo que suas experiências táteis iniciais transmitem sensações ao bebê que determinam seus sentimentos de calor, de proteção e de segurança ou a falta destes. Também salienta que, o tato e a estimulação tátil, são importantes para o desenvolvimento de uma boa imagem corporal. Como a pessoa se sente e a aparência física do corpo são essenciais para um bom desenvolvimento do conceito de si mesmo. Explica também que a pele recebe sensações do tato e também serve para proteger a pessoa, alertar as pessoas para as mudanças de temperatura, dor, pressão e situações potencialmente perigosas.

King (1981) aponta também como uma característica universal do tato o fato dele ser físico, e que tem significação subjetiva distinta para diferentes pessoas. As experiências táteis se aprendem dentro de uma cultura, na qual se nasce, cresce-se e se desenvolve. O

tato também está relacionado com outro tipo de comunicação não verbal, chamada distância ou posição no espaço. Para ela, a distância é um termo que pode indicar que os indivíduos desejam iniciar ou terminar a comunicação com outra pessoa. As orientações das pessoas no espaço têm variações culturais. A postura, outra forma de comunicação pode denotar indiferença, falta de atenção, superioridade ou preocupação. Por exemplo, um movimento de cabeça, quando se escuta a outra pessoa, pode indicar que está ou não de acordo com o interlocutor.

Para King (1981) as expressões faciais também comunicam grande número de sentimentos, atitudes e informações. E aponta, que as inferências que se fazem das expressões faciais, devem ser validadas com a pessoa. Estudos têm demonstrado que a enfermeira pode identificar o grau da dor do paciente, antes que chegue a ser insuportável, apenas avaliando suas expressões. Também alegria, raiva, frustrações e preocupações podem ser detectadas pelas expressões faciais.

A aparência física é outra forma de comunicação não verbal. A maneira como a pessoa se veste pode indicar o local de trabalho, ou o nível de ocupação. No entanto King (1981) refere que não é fácil interpretar a conduta não verbal pela aparência física, sem contar com informações adicionais acerca dos indivíduos em situações específicas.

Diante dessas colocações ressalta-se o valor da comunicação não verbal para uma assistência humanizada. Silva (1996) faz uma analogia entre a comunicação humana e um iceberg, onde a porção superior é a verbal. O comunicador eficaz deverá reconhecer que, por traz das palavras pronunciadas, existe um vasto número de símbolos e sinais humanos.

Stefanelli (1993) considera também que ao nos comunicarmos, temos que levar em conta o espaço pessoal e territorial do paciente, chamado por alguns autores de comunicação proxêmica. Busco em Silva (1996, p. 77), uma definição de comunicação proxêmica, o qual a define como “o conjunto das observações e teorias referentes ao uso que o homem faz do espaço enquanto produto cultural específico, ou seja, como os indivíduos usam e interpretam o espaço dentro do processo de comunicação”, e ilustra dizendo que caso o profissional não respeite e invada o espaço pessoal e territorial que o paciente reconhece como seu, pode provocar reações como afastamento, mudança na orientação do corpo, interposição de barreiras com braços, pernas e mudanças corporais.

Portanto, a territorialidade da pessoa diz respeito ao espaço em volta dela, inclusive objetos de uso próprio e do ambiente. A pessoa tende a considerar o espaço à sua volta como extensão de seu corpo, define-o como se pertencesse a ela, luta por ele e o defende. O espaço pessoal também tem influência na comunicação. O espaço que mantemos entre o interlocutor e a nossa pessoa pode influenciar ou mesmo definir o tipo de relacionamento que será mantido (Stefanelli, 1993).

Para que o profissional da saúde aja com base em dados fidedignos, ele necessita comunicar-se com o cliente (expressar), clarificar, validar as informações e comunicações. Só assim poderá atender ao cliente do ponto de vista deste, e não de acordo com seu próprio esquema de valores. Stefanelli (1993, p. 82) chama isto de **comunicação terapêutica**, para a qual adaptou o conceito de comunicação terapêutica de Ruesch que “consiste na habilidade do profissional em usar seu conhecimento sobre comunicação para ajudar a pessoa com tensão temporária, a conviver com outras pessoas e ajustar-se ao que não pode ser mudado e a superar os bloqueios à auto-realização para enfrentar seus problemas”. E para que a mesma ocorra, o autor, com base em revisão da literatura, pesquisas e em sua própria experiência, classificou três grupos de técnicas para se desenvolver comunicação terapêutica:

- Grupo de expressão.
- Grupo de clarificação.
- Grupo de validação.

Grupo de expressão – classificou técnicas que são mais utilizadas no início de um relacionamento terapêutico, ajudam a descrição da experiência e a expressão de pensamentos e sentimentos. Cita como exemplo: usar terapêuticamente o silêncio; ouvir reflexivamente, verbalizar aceitação, verbalizar interesse, usar frases incompletas; fazer perguntas, repetir comentários feitos pelo paciente; repetir as últimas palavras, devolver a pergunta feita, usar frases descritivas; manter o paciente no mesmo assunto, permitir ao paciente que escolha o assunto, colocar em foco a idéia principal, verbalizar dúvidas; dizer não; estimular expressão de sentimentos subjacentes e uso terapêutico do humor.

Grupo de clarificação – classificou neste grupo técnicas que ajudam a esclarecer o que foi expresso pelo paciente: estimular comparações; solicitar ao paciente que esclareça

termos comuns, solicitar ao paciente que precise o agente de ação, descrever os eventos em seqüência lógica.

Grupo de validação – neste grupo são introduzidas as técnicas que permitem a existência de significação comum do que é expresso, exemplo: repetir a mensagem do paciente, pedir a ele que repita o que foi dito; sumarizar o conteúdo da interação.

Silva (1996, p. 14) adverte que manter uma comunicação terapêutica não é fácil! Mas é uma habilidade que pode ser desenvolvida. E define como comunicação adequada “aquela que tenta diminuir conflitos, mal entendidos e atingir objetivos definidos para a solução de problemas detectados na interação com os pacientes”. E ressalta que, “não existe comunicação verbal sozinha, a mensagem transmitida é sempre uma interação entre a comunicação verbal e a não verbal. Podemos dizer que as palavras são o início da interação, mas para além delas, está o solo-firme, sobre o qual se constróem as relações humanas: a comunicação não verbal” (Silva, 1996, p. 43).

Stefanelli (1993) aponta que no processo de comunicação existem os elementos que a possibilitam, que são emissor, receptor e mensagem. Com relação a mensagem, refere que as mensagens são enviadas e recebidas tanto nas formas verbais como nas não verbais, por meio de canais que, em geral, na comunicação interpessoal, referem-se aos órgãos dos sentidos, principalmente à visão, audição e tato, embora o olfato e paladar tenham que ser considerados. Além disso, na comunicação existem variáveis que exercem influência sobre a mesma, tanto para prejudicá-la como para facilitá-la e aponta como variáveis as pessoas da enfermeira e do paciente, a linguagem usada, o ambiente ou contexto, a disponibilidade de ambos e o senso de oportunidade.

Para King (1981), a comunicação em sistemas abertos como o dos seres humanos, que interatuam com o meio ambiente, estes sistemas se estudam como duas categorias interdependentes:

1. Comunicação intrapessoal.
2. Comunicação interpessoal.

Comunicação intrapessoal – É a informação genética de comunicação via DNA. A informação genética implica em trocas químicas e substâncias de célula a célula. Os hormônios controlam o desenvolvimento ordenado dos seres humanos e mantêm

homeostasia entre os ambientes internos e externos. O sistema nervoso serve como regulador para os seres humanos e influi na comunicação interna e externa dos indivíduos. Qualquer alteração nos sistemas de comunicação interna nos seres humanos pode interferir nas suas funções sociais. Como exemplo, caso a pessoa esteja hipertensa, apresentará transtornos do pensamento, dor de cabeça, dor nas articulações que influenciarão no processo de comunicação social. Este tipo de comunicação intrapessoal entra na categoria de comunicação não verbal.

Comunicação interpessoal – Classifica-se em verbal e não verbal, a verbal é a categoria que envolve voz, tal como a palavra falada, e a que não envolve a voz, a palavra escrita. Um grito, um grunido são exemplos de comunicação verbal, ações que envolvem gestos, tato são exemplos de comunicação não verbal. A comunicação interpessoal depende do relacionamento que se estabelece com o outro, mediante a interação, num processo de empatia entre os envolvidos.

Com relação à comunicação interpessoal, Silva (1996) destaca que, a mesma ocorre no contexto da interação face a face. Entre os aspectos envolvidos nesse processo estão as tentativas de compreender o outro comunicador e de se fazer compreendido. Nesse processo incluem-se ainda a percepção da pessoa, a possibilidade de conflitos, que podem ser intensificadas ou reduzidas pela comunicação. Por estes motivos a autora ressalta que “não existe comunicação totalmente objetiva, ela se faz entre pessoas, e cada pessoa é um mundo à parte, com seu subjetivismo; suas experiências, sua cultura, seus valores, seus interesses e suas expectativas. A percepção pessoal funciona como uma espécie de filtragem que condiciona a mensagem segundo a própria lente. Ouvimos e vemos conforme a nossa percepção” (Silva, 1996, p. 22).

Não se pode pensar na ação profissional sem levar em conta a importância do processo comunicativo nela inserido, é através dele que o profissional poderá ajudar o paciente a enfrentar seus problemas, visualizar soluções e alternativas para os mesmos, mesmo que não haja consenso de idéias e atitudes, mas há troca, o que pressupõe “diálogo”.

Certamente hoje, um dos maiores problemas na área da saúde, sem dúvida, está no campo das relações interpessoais, entre profissional da saúde e cliente. Faria (1998) afirma que, a relação que se tem estabelecido é aquela em que o técnico sabe o que faz, determina

o que fazer, o poder exercido pela imposição, caracterizando-se como um espaço de violência não física, mas uma violência que despreza a subjetividade daqueles que procuram ajuda. É uma violência silenciosa, que traduz a cumplicidade entre saber-poder. E salienta que a “fala truncada, a emoção negada, o gesto paralisado, tudo indica que a estrutura do encontro entre os personagens da cena assistencial é duplamente assimétrica, na forma, pelo distanciamento entre os atores, e no conteúdo, pela sonegação e expropriação da subjetividade”. Para este autor o conhecimento do paciente, sua participação nas decisões de como encaminhar as soluções de seus problemas esbarram nos espaços ditos profissionais considerados da competência do profissional da saúde. E menciona o fato de que em muitas ocasiões os usuários acabam por não cumprirem as ordens prescritas e relata que de fato, mais de 30% dos usuários informam não seguir as recomendações segundo dados de um estudo que realizou.

King (1981) ressalta a importância dos profissionais entenderem o conceito de comunicação, pois sua falta é um dos principais problemas no atendimento oferecido aos pacientes e refere que estudos recentes têm demonstrado que fatores como propósito, objetivos, experiências passadas dos indivíduos e o contexto da situação são partes de aspectos multidimensionais da comunicação intra e interpessoal. A comunicação entre enfermeiras e pacientes é essencial para que o cuidado de enfermagem seja efetivo. A comunicação efetiva ou não efetiva pode provocar mudanças favoráveis ou desfavoráveis de conduta dos indivíduos.

Percebo que quando os pacientes estão internados, comumente estão com medo, estão aflitos, buscam informações específicas, estão ansiosos pelos exames e procedimentos que se submetem. Nesses casos julgo muito importante a habilidade de oferecer informações exatas acerca das condutas e situações que o paciente experimenta. O conhecimento dos processos de comunicações e suas implicações é essencial para que as enfermeiras possam atender a uma pessoa anciã, uma criança, um paciente inconsciente, um adolescente, um recém-nascido, uma mulher em trabalho de parto ou em pós-parto ou um doente mental. Estes são alguns exemplos de situações nas quais a enfermeira põe em jogo seus conhecimentos em comunicação e suas habilidades para ajudar os indivíduos a superarem etapas em que existem algumas interferências em sua vida diária. A comunicação entre enfermeira e médico, entre enfermeira e profissionais, entre enfermeira e membros da família, é essencial para o cuidado seguro e eficaz para os pacientes.

King (1981) questiona a respeito de fatores que podem influir nos padrões de comunicação dos indivíduos que interatuam em uma situação específica: como é percebido o papel de um e de outra pessoa? Quais são as expectativas da outra pessoa? Quais são as metas que devem ser alcançadas nesta situação? Estão compartilhando a informação paciente e enfermeira, para que alcancem os objetivos mútuos? Quais são as barreiras, se é que existem, para abrir ou clarear a comunicação na situação? O paciente é suficientemente seguro para comentar seus temores, necessidades e suas preocupações? A enfermeira demonstra franqueza em sua conduta? Existe confiança mútua? E adverte que o uso de frases como: “Não te preocupes”, “tens o melhor médico, estás no melhor hospital da cidade”, “tudo está perfeitamente bem”, “pergunte ao teu médico”, “deves ter paciência”, são frases que tendem a bloquear os canais de comunicação entre enfermeira e paciente. E que portanto, devem ser evitadas.

Mendes (1994, p. 1) ressalta que em sua longa prática de ensino de enfermagem, sempre lhe chamou a atenção a excessiva profissionalização da comunicação enfermeira-paciente. As próprias saudações, os pedidos de informações sobre o estado de saúde e as recomendações e sugestões técnicas são sempre expressadas numa forma pré-estabelecida, rotineira, técnico-profissional, sem mudanças. Dessa forma, ressalta Faria (1998) tanto os profissionais da saúde, como os clientes, transformam-se reciprocamente em envelopes fechados, mesmo se tudo vai bem, o que se percebe é o exterior. É um comportamento simulado e superficial, que não indica o que há por dentro. O grande problema que se apresenta não está no fato do profissional de saúde e o usuário não se conhecerem inicialmente, mas que sigam distantes e estranhos durante toda a relação.

As falhas na comunicação, são frutos desse modelo assistencial, no qual, a assimetria nas relações é um fato inegável e bastante grave, que necessita urgentemente ser modificado, no intuito de traçar um novo perfil na saúde, sob o risco de aprofundarmos ainda mais o vazio que se estabelece entre o setor saúde e a população usuária, especialmente a mais desprotegida.

Candeias (1981) também ressalta que falhas na comunicação são uma das principais queixas dos pacientes. Aponta duas razões que levam os pacientes a procurarem comunicar-se: em primeiro lugar, o desejo de receber informações técnicas, em segundo, a necessidade de manter contato interpessoal. Indivíduos em ambientes estranhos ou

experimentando situações novas, sentem-se tensos e apreensivos, pois o desconhecido e a incapacidade de controlar situações provocam sensações muitas vezes atemorizantes. Quando se torna impossível controlar fatores negativos surge, então, a necessidade de conhecer exatamente o que ocorre e de adaptar o comportamento às circunstâncias, para com isto diminuir o grau de tensão sentida.

Fazendo uma análise no direcionamento das teorias e trabalhos mais atuais na área da enfermagem, constato que implícita ou explicitamente, teoricamente tem-se destacado a busca por um cuidado cada vez mais humanizado. Desse modo, a comunicação, quem sabe, chegue num futuro não muito distante, a assumir mais que o status de instrumento básico do fazer da enfermagem, mas a essência do cuidado, cabendo ao enfermeiro desenvolver esta habilidade para efetivamente prestar uma boa assistência. Mendes (1994, p. 33) aponta que

por estar mediata ou imediatamente interessada em pessoas, a enfermagem é comumente defnida como um processo interpessoal. Numa única interação há um fluxo e refluxo de influências no momento em que a enfermeira e o paciente se observam e comunicam entre si pensamentos, sentimentos e atitudes. Os objetivos da enfermeira nesta interação geralmente residem em conhecer o paciente, identificar e satisfazer as necessidades dele e assim alcançar o propósito da enfermagem: assistir o indivíduo família ou comunidade na prevenção da doença e cooperar com a experiência da doença e do sofrimento e, se necessário, encontrar significado nestas experiências. Desta forma, a comunicação é um meio através do qual se pode atingir as metas do processo interativo para alcançar o propósito da enfermagem.

Stefanelli (1993, p. 20) refere que é na comunicação estabelecida com o paciente que podemos compreendê-lo em seu todo, sua visão de mundo, seu modo de pensar, sentir e agir. Só assim poderemos identificar os problemas por ele sentidos, com base no significado que ele atribui aos fatos que lhe ocorrem, e tentar ajudá-lo a encontrar meios para manter ou recuperar sua saúde. Valverde (1997) compara a comunicação a uma dança, quando se assume a posição do outro, passa-se a ter sintonia, permitindo a expressão do sentir de diferentes maneiras mediante o intercâmbio de idéias, de palavras, de sentimentos e de energia cósmica.

Por tudo o que foi dito, é que destacamos a habilidade em comunicar-se como uma questão vital na vida do ser humano, e, em especial, de quem se dedica ao cuidado de outras vidas, além da sua. Sabendo-se que, quanto maior for sua capacidade de comunicar-se, maiores serão suas potencialidades e possibilidades como pessoa e profissional. Foi

através deste grande conceito de **comunicação** que me aproximei e me identifiquei com a teoria do Alcance dos Objetivos, de Imogene King, pois ela contempla explicitamente o valor e a necessidade da mesma, como principal forma de interação entre os envolvidos, para o alcance dos objetivos, conseqüentemente da eficácia do cuidado. Implica em lançar-se no mundo da enfermagem este mundo que se faz a cada instante, em cada situação vivenciada.

INTERAÇÃO

Entendo a interação como um processo onde encontros se efetivam, com objetivo comum de compartilhar situações no processo de viver e atribuo a ela o princípio número um para uma assistência de enfermagem humanizada. Para Lenardt (1996, p. 45) a interação é

uma constante no processo de viver de cada ser humano, e este é único, inicia-se na concepção e vai até a morte, desenvolvendo-se contínua e dinamicamente, a partir de todos os eventos, acontecimentos e experiências que descrevem sua história e trajetória de vida, através de ininterruptos processos interacionais. Esses processos são desenvolvidos consigo mesmo, com o ambiente e com outras pessoas, mediados pela cultura na qual vivem.

Trazendo essa concepção para a enfermagem, Aguila (1979 p. 25) refere que,

as ações de enfermagem surgem da interação enfermeiro-cliente. E que é, no desenvolver da interação que o enfermeiro estabelece ações baseadas em conhecimento científico e com o propósito de influenciar o comportamento do cliente, na direção de um equilíbrio dinâmico, e para alcançar esta finalidade o enfermeiro, cria oportunidades e condições apropriadas para a interação, a interação é portanto, o mediador da assistência, embora as necessidades humanas sejam universais, a assistência varia de acordo com as características individuais e fatores intervenientes da situação.

Borba (1997) reforça a idéia de que na interação ocorre troca de energia entre os envolvidos e o ambiente dinâmico e reconhece que a interação é o elemento essencial para a troca de conhecimentos, interesses, sentimentos e crescimento dos seres humanos.

Para Patrício (1990) cuidar-cuidado caracteriza a interação entre o enfermeiro-cliente, indivíduo, família, outros grupos sociais e comunidade.

Realizando uma análise retrospectiva das preocupações da enfermagem desde seus primórdios, a **interação** sempre esteve presente e reconhecida como uma necessidade no processo de cuidar, a constatar já no final dos anos 50, com o surgimento de Escolas Interacionistas na enfermagem. Tendo como seguidores Peplau, Orlando, Travelbee, Paterson...

Entretanto foi King (1981) que, apesar de não se considerar interacionista, definiu enfermagem com enfoque na interação. Para ela, enfermagem é um processo de ação–reação–interação, pelo qual enfermeiro e cliente compartilham informações sobre suas percepções numa situação de enfermagem. Nesse sentido, para que o cuidado seja efetivo cliente e profissional necessitam interagir, para a partir de então, traçar os objetivos, meios e estratégias de ação para o alcance dos mesmos.

Na realidade, constato que, apesar de dispormos de muitas teorias de enfermagem para guiar nossas ações, ainda estamos envolvidos e conduzidos pelo modelo biomédico, praticando na maioria da vezes uma assistência impessoal, fragmentada e despersonalizada, perdendo-se de vista a essência apregoada pela maioria das teorias da enfermagem, que é o relacionamento interpessoal humano, o qual deveria ser o alicerce da profissão.

Graças aos avanços da profissão nos últimos anos, muitos profissionais da área têm-se dado conta da necessidade de (re)buscar valores e práticas que considerem o ser humano, como ser único, capaz, com percepções e necessidades que lhes são peculiares. Este (re)encontro é percebido pelas novas dimensões que a enfermagem vem tomando, especialmente nos últimos anos em estudos acadêmicos que a cada dia mais, buscam fundamentar seus caminhos na ciência aplicada na interação e humanização da assistência.

Nesse sentido, Waldow (1998, p. 73) destaca o repensar que está ocorrendo sobre a prática da enfermagem e a redefinição de seus conceitos. E salienta que " o cuidado é entendido como processo interativo, relacional, conhecimento, autoconhecimento, ética, estética, comprometimento dentre outros, no sentido de favorecer, manter ou melhorar a condição humana no processo de viver ou morrer ". Ressalta a clara evolução, deixando o cuidado de ser entendido apenas como tarefa, assumindo características próprias e adquirindo uma conotação mais humana de vivência ".

Também preocupado com o respeito ao ser humano, como pessoa única e singular Wolff (1996, p. 45) destaca que "o cuidado de enfermagem é humanizado, quando o profissional de enfermagem, demonstra grande respeito pelas experiências subjetivas do ser sob seus cuidados, valoriza sua autonomia e sua dignidade".

A interação é a base para o relacionamento terapêutico preconizado por Stefanelli (1983). E atribui a enfermeira uma responsabilidade maior por este processo, pois a mesma dispõe de conhecimento científico, habilidade profissional e pessoal para tal. Falleiros (1996) acrescenta como elementos essenciais para o relacionamento terapêutico o saber olhar, ouvir, ver o que é e o que não é aparente, escutar o que não foi dito.

Entendo que estas habilidades precisam estar inseridas nas práticas profissionais e que as escolas de ensino de enfermagem precisam fazer esforços para incluí-las, não só na realização da prática da enfermagem, como também na formação de profissionais comprometidos com as mesmas. Reforçando a necessidade dessas habilidades, reporto-me mais uma vez à King (1981), a qual enfatiza que, na assistência de enfermagem, as metas só serão atingidas se ocorrer interação entre enfermeira e paciente. Dessa forma, habilidades para compartilhar, entender e negociar se fazem no cotidiano do enfermeiro, já que considera o cuidar um processo interativo, no qual a participação de quem cuida e de quem é cuidado é fator decisivo no alcance dos objetivos.

Camponogara (1999) coloca que a dimensão interativa é o que diferencia o verdadeiro cuidado humano, no qual o benefício não atinge só o que é cuidado, mas também o cuidador.

Entendo que, nenhum outro profissional da área da saúde tem a oportunidade que o enfermeiro têm de desenvolver um processo interativo com o paciente, já que é ele que tem o maior contato direto e contínuo com o paciente, o que pode levar a desenvolver ações de troca e de interação. Nesse sentido, aprender e ensinar são uma constante, desenvolvendo potencialidades, crescimento e transformações nos seres envolvidos.

Hudak e Gallo (1997, p. 43) reforçam este pensamento, afirmando que "a atenção, a confiança e o apoio desenvolvidos entre enfermeiro e o paciente constituem o fundamento do vínculo enfermeiro-paciente. Nenhum outro profissional de saúde tem as oportunidades consistentes e freqüentes de interagir com o paciente dentro desta mesma estrutura".

Aguila (1979) apresenta um estudo realizado com puérperas, no qual constatou que aquelas que receberam assistência dentro de um modelo interacional, aumentaram o interesse em aprender novos papéis e expressaram interesse em saber de recursos fora do hospital, que comparadas com às que receberam assistência sem interação e por rotinas hospitalares, continuavam a perguntar sobre sua condição e situação hospitalar, expressando apreensão ao retorno ao seu meio ambiente.

Nietscke (1991) destaca que o assumir o papel do outro é condição "sine-qua-non" para que exista uma interação verdadeira, sendo também um aspecto fundamental para que o enfermeiro, no desempenho de seus papéis atinja seus objetivos.

Nesse sentido, destaco que os relacionamentos de troca e de compartilhar oportunizados à enfermeira e cliente através da interação devem ser a base para guiar a assistência de enfermagem, possibilitando planejamento e implementação de ações adequadas às reais necessidades e expectativas de cada ser humano, sob nossos cuidados.

Como a implementação prática desse processo de Ensino-Aprendizagem incluiu mulheres vivenciando o período puerperal, passo a apresentar uma fundamentação teórica sobre esse assunto.

A MULHER VIVENCIANDO O PUERPÉRIO

O grupo materno-infantil tem sido objeto constante de estudos e recebido atenção especial dos organismos internacionais (OMS, OPAS, UNICEF) e nacionais (Ministério da Saúde, Previdência Social e Secretarias Estaduais), que têm mantido programas nessa área.

No Brasil, a preocupação com tal grupo deve-se ao fato do mesmo representar cerca de 70% da população total do país e dada sua importância do ponto de vista social, econômico e biológico, levando conseqüentemente o Ministério da Saúde a destacá-lo em 1975 como "prioritário" para efeito das ações integradas e de saúde e interesse coletivo (Brasil, 1975).

Entretanto, apesar de todo sentido teórico de prioridade dedicado a esse grupo, verifica-se que, de modo geral, as condições de saúde da população brasileira são deficientes, no caso das mulheres. Segundo estimativa da Organização Mundial da Saúde (OMS) morrem anualmente 500.000 mulheres no mundo, por complicações ligadas ao

ciclo gravídico puerperal, e que destas, 99% ocorrem nos países em desenvolvimento (Brasil, 1994).

No Brasil, morrem aproximadamente 5.000 mulheres, a cada ano por problemas ligados à gravidez, parto e puerpério e o pior é que estima-se que 98% dessas mortes poderiam ser evitadas, ou seja, 4.900 perdas não deveriam estar ocorrendo, se as condições de vida dessas mulheres e os serviços de atenção à saúde fossem melhores. Esse número de mortes corresponde a um risco igual a 141 óbitos maternos para cada 100.000 nascidos vivos, aproximadamente 30 vezes maior do que o observado nos países desenvolvidos. No Canadá, por exemplo, o risco é de 4 por 100.000 (Brasil, 1994).

O puerpério (puer = criança, parere = parir) também denominado pós parto, é o período que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais determinadas pela gestação no organismo materno retornam às condições normais, é um período cronologicamente impreciso (Rezende, 1995; Burroughs, 1995; Ziegel e Cranley, 1985).

Ziegel e Cranley (1985) definem puerpério como “período que tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior, ou seja, aproximadamente seis semanas depois”.

Classificação cronológica do puerpério: Para Rezende (1995), o puerpério é dividido em três períodos distintos:

Puerpério imediato – Tem início logo após a expulsão da placenta e se estende até o 10º dia pós parto. É caracterizado pelos fenômenos catabólitos e involutivos das estruturas hipertrofiadas e hiperplasiadas na gestação, bem como pelas alterações gerais referentes à regressão das modificações determinadas pela gestação.

Puerpério tardio – Vai do 11º dia até o 45º dia. É o período de transição entre a fase da crise e da recuperação genital.

Puerpério remoto – É um período de duração imprecisa, que tem início no 46º dia e se estende até a completa recuperação das alterações determinadas pela gestação e parto, e o retorno dos ciclos menstruais ovulatórios normais. Nas não lactantes pode durar entre 50 e 60 dias e nas lactantes depende da duração da lactação.

O período puerperal é apontado como um período de grandes riscos de óbitos, devido a infecções puerperais, complicações hipertensivas, hemorragias e o aborto. Finger (1997) concluiu, após análise de nove estudos publicados desde 1985, que o pós-parto é um período crítico, em especial em países em desenvolvimento e assegura que mais de 60% das mortes maternas ocorreram nesse período e que metade dessas ocorreram dentro das 24 horas seguintes ao parto, e 80% no transcurso de duas semanas.

Carraro (1997) descreve que estas seis semanas podem ser consideradas como um período relativamente curto, se considerarmos que a evolução da gestação levou nove meses e, repentinamente, a criança nasce, esvaziando o útero materno e, nesse espaço de tempo, o organismo da mulher volta, teoricamente, ao estado anterior.

Tedesco, Zugaib e Quayle (1997) destacam que fechando o ciclo gravídico-puerperal e, assim como no caso da gravidez e do parto a desmitificação e a mistificação do puerpério devem ser consideradas na abordagem em direção à humanização. Alguns aspectos devem ser considerados: a recuperação física pós-parto; a retomada das atividades; as crenças, lendas e tabus que acompanham o ciclo reprodutivo, o novo papel de mãe, a depressão pós-parto ou o puerpério melancólico e a amamentação além de outros.

“O processo de nascimento, convivência de novos papéis, a comunicação efetiva entre todas as pessoas envolvidas nesse processo correspondem a fator de grande importância para tornar a experiência menos traumática e permitir uma assistência contínua individualizada e segura” (Guido, 1996, p. 37).

A maternidade inicia-se com a interação do novo ser, desde o início da gravidez e, idealmente, mesmo antes da concepção. O simples ato orgânico de dar à luz não pode ser considerado como maternidade. O parto representa a culminância biológica do ciclo reprodutivo. Emocionalmente é, sem dúvida, fato dos mais importantes para a mulher. É uma das grandes oportunidades que se oferece para o crescimento emocional e espiritual dos pais e outros próximos, sendo diretamente proporcional ao grau de envolvimento de cada um. A partir daí, novos mundos se abrem, a exigir novos modelos de vida para todos os integrantes do contexto familiar. À mulher-mãe se incorpora definitivamente a mulher-filha e a mulher-esposa. É uma nova mulher que vem à luz, juntamente com seu filho.

A recuperação pós-parto pode ser entendida como primeiro passo para nova vida. Quanto mais penosa se tornar, quanto mais sofrida e demorada, maiores, talvez, as dificuldades de se recolocar diante da vida. Ser mãe deve ser portanto, além de instrumento físico para o nascimento do novo ser, oportunidade para adquirir a responsabilidade física, psicológica e espiritual para conduzir, orientar e zelar pelos primeiros caminhos do novo ser, na sua jornada humana.

E qual o papel da enfermagem em todo esse processo? O passo inicial é entender o encaminhamento evolutivo dessa "nova" mulher. Saber captar suas nuances de comportamento para acolhê-la e ampará-la e se colocar como referência de proteção e apoio para essa mulher. Ao lado disso, rever suas próprias posições e seus conceitos sobre a maternidade. O que para si representa o ser mãe? Como terá sido para si esta relação mãe e filho? Ou a relação marido e mulher-mãe? Repensando, descobrindo, conhecendo esses processos emocionais e evolutivos estaremos seguramente atuando na humanização da assistência à mulher e ao seu filho.

Soifer (1980, p. 63) diz que “durante o parto a situação psicológica da mulher passa por um estado de confusão de sentimentos, com ansiedade de esvaziamento (perdas de partes muito importantes de si mesma), de castração (segundo a qual lhe arrancam algo muito valioso), aliados aos diferentes mecanismos de defesa que lança mão para enfrentar essa nova situação”. Por conseguinte, o período puerperal configura-se como uma “... situação de delimitação entre o perdido: a gravidez – e o adquirido: o filho. Também de delimitação entre devaneio, fantasia, inconsciência e realidade” (*op. cit.*).

E nessa turbulência da nova realidade, Badinter (1985, p. 20) destaca que

o amor materno foi por tanto tempo concebido em termos de instinto que acreditamos facilmente que tal comportamento seja parte da natureza da mulher, seja qual for o tempo ou o meio que a cercam. Aos nossos olhos, toda mulher, ao se tornar mãe, encontra em si mesma todas as respostas à sua nova condição. Como se uma atividade pré formada, automática e necessária esperasse apenas a ocasião de se exercer. Sendo a procriação natural, imaginamos que ao fenômeno biológico e fisiológico da gravidez deve corresponder determinada atitude maternal.

E é nessa situação, de mito e realidade, de mudanças tanto fisiológicas, quanto psicológicas, que se apresentam num dinamismo muito acelerado, que a mulher se defronta com a sobreposição de papéis (mulher, esposa, mãe, nutriz, paciente, puérpera...). Mesmo

que ela já tenha experienciado o “ser-mãe”, nesse momento ela está vivenciando uma nova experiência, e cada nova situação ela a vivencia de maneira singular.

Conforme refere Carraro (1997, p. 86),

o período puerperal, também conhecido como pós-parto, dieta, resguardo, quarentena ... traz consigo uma grande carga cultural onde várias crenças, costumes e mitos se salientam. Esta carga cultural, muitas vezes colide com o conhecimento científico, precisa ser considerada e respeitada a fim de que o cuidado seja efetivo na relação enfermeiro-paciente.

Com referência à assistência oferecida à mulher no período puerperal, Ferrari (1994) assegura que o puerpério, assim como as fases antecedentes do ciclo gravídico-puerperal, tem sido valorizado pela obstetrícia, basicamente pelos seus componentes biológicos. No entanto, Ziegel e Cranley (1985, p.438) descrevem que “os eventos psicossociais que se desenvolvem como parte do puerpério são, talvez, mais dramáticos do que os eventos fisiológicos e certamente tem um efeito mais duradouro nas pessoas envolvidas e em suas famílias”. Enquanto o puerpério fisiologicamente é definido como as seis (6) primeiras semanas após o parto, o desenvolvimento e ajustamento psicossocial necessitam de 3 a 4 meses após o nascimento.

Esse processo lento e gradual dura muitos meses e poder-se-ia dizer que culmina quando a criança principia a andar. Na verdade, jamais termina, uma vez que todo progresso do filho é sentido novamente como um parto. É o famoso “cordão umbilical” psíquico, que se adelgaça mas jamais se corta. Conseqüentemente os primeiros meses após o parto definem, em boa medida o futuro mental da mãe e do filho, assim como determinam e selam a relação com o filho, a família e a sociedade (Soifer, 1980).

Mackenzie, Canaday e Carrol (1982), referem que

o período puerperal é na maioria das vezes negligenciado em termos de cuidado de saúde à mulher e à sua família. Na maior parte das vezes é o recém-nascido quem recebe considerável atenção, seus cuidados são providos adequadamente e a mulher em pós-parto é considerada em condição satisfatória, sendo-lhe dispensada apenas uma pequena parcela de atenção, deixa-se de considerar que esta mulher está experienciando uma importante e potencial fase de mudanças fisiológicas e psicológicas, as quais interferem em sua vida.

O que vem ao encontro de minhas idéias e percepções sobre a assistência prestada à mulher é que, nesse período, a mulher muitas vezes passa a ser apenas mais uma ou a

“mãezinha” que deve estar colaborativa com a equipe de saúde para o “bem” de seu filho recém-nascido. Nessa fase de transição e adaptação, a mãe experimenta muitas modificações fisiológicas e psicológicas esperadas, porém extremamente importantes e potencialmente perigosas, caso não encontre apoio e incentivo. As modificações mais significativas ocorrem do nascimento do bebê ao 10º à 15º dias após o parto. Makenzie, Canady e Carroll (1982) definem os dois períodos mais cruciais como as primeiras 24 horas e os 10 dias após o parto. As modificações fisiológicas não estão bem documentadas na literatura, porém em geral admite-se que a involução se refere ao retorno progressivo dos órgãos reprodutores (como útero e cérvix) ao estado pré-gestacional. Além disso, todos os outros sistemas, em maior ou menor grau, retornam ao seu funcionamento pré-gestacional.

Finger (1997) comenta que, ironicamente, tem-se por hábito que mãe e recém-nascido tenham a primeira reavaliação pós-parto no final de 6 semanas, momento em que os maiores riscos e dificuldades já aconteceram e refere que esta visita ao final de 6 semanas não se baseia em conhecimentos científicos e é tardia. Concordo com Finger que é muito tempo após o parto, pois as maiores dificuldades e problemas estão presentes nos primeiros dias de pós-parto e não quando a mulher tem mais de 40 dias de pós-parto. Por exemplo: ingurgitamento mamário, dor na episiotomia, infecções, cefaléia, traumas mamilares, cólicas, constipação são freqüentes nos primeiros dias pós-parto. É oportuno dizer que o ingurgitamento mamário, fissuras e outros desconfortos são grandes responsáveis pelo desmame precoce, isto sem considerar os aspectos psicossociais que são causas de muitas dificuldades e que podem necessitar de atendimento.

Com relação a atuação da mãe no pós-parto, Ziegel e Cranley (1985) destacam que, nos primeiros dois a três dias após o parto, a mãe vive uma fase de passividade e dependência (fase de “reabastecimento”) do puerpério, que se assemelha ao último trimestre da gravidez, ela espera e aceita a atenção e os cuidados que lhe são prestados. A seguir, progressivamente, o puerpério passa do estado de dependência para o de independência e autonomia. Essa fase de participação do puerpério, que se estende em média até o décimo dia do pós-parto, transcorre em clima de forte desejo da mãe em cuidar de si mesma e de seu filho, aliado à certa ansiedade causada pela insegurança quanto à capacidade de cuidar do bebê.

Soifer (1980) refere que é comum o conflito baseado no temor da perda da proteção recebida no hospital, e a preocupação em torno do desempenho das novas tarefas no lar. Acreditam que na clínica o recém-nascido recebe melhores cuidados, ou que ali as visitas podem ser recebidas sem ter que dispor de condições especiais para atendê-las e outro temor refere-se à incapacidade de cuidar bem do recém-nascido ou perdê-lo pela possibilidade de que adoença e venha a falecer. Ziegel e Cranley (1985) salientam que as principais alterações fisiológicas da criança, necessárias à transição da vida intra para o extra-uterino, ocorrem nas duas primeiras semanas de vida pós-natal. A partir daí, as alterações prosseguem em ritmo um pouco mais lento e algumas não se completam senão ao término de um mês ou mais.

Figueiredo e Candiotti (1993) realizaram um trabalho com mulheres no término do ciclo gravídico-puerperal, o qual indicou que 46% das mulheres pesquisadas apresentaram ingurgitamento mamário, 46% apresentaram distensão abdominal, 30% fissura mamária, 27% febre e 22% infecções no local dos pontos. E relativos ao recém-nascido, os principais problemas registrados foram diarreia, impetigo, vômitos e icterícia. Esta amostra foi composta por 240 mulheres que haviam feito pré-natal.

Analisando esses dados, constato que todos os problemas detectados são facilmente preveníveis, desde que a mulher receba assistência adequada. Carraro (1997, p. 89) afirma que

a mulher em período puerperal vivencia um momento muito especial e que sua assistência deveria ser vista como um momento de:

Encontro:

Onde a mulher/mãe se encontra face a face com seu filho.

Onde se encontra no papel de mãe, mesmo aquela mulher que já é mãe várias vezes, agora é mãe de outro filho, é um outro encontro.

Observação

Onde ela observa tudo e todos, mas principalmente seu filho: seu jeitinho, seus trejeitos, procura traços, semelhanças.

Ela é observada por todos e, nem sempre, olhada e respeitada como mulher na sua integralidade, muitas vezes somente olhada como mamas produtora de leite, útero, episiotomia, enfim, fracionada.

Período de Toque

Quando a mulher vai tocar seu filho, vai senti-lo agora externamente, objetivamente, agora é o concreto para todos, vai tocá-lo em busca de seu corpo perfeito.

Quando a mulher é tocada pelos profissionais de saúde: suas mamas, seu abdome, seu períneo. Seu corpo. De que maneira a tocamos?

Interação

Sim, período de interação: é quando a observação, a troca, o encontro se efetivam, mãe e filho interagem.

Além desta importante interação mãe/filho, a mulher estará participando da interação familiar, onde seu filho estará chegando à família. E, cada família interage de modo diferente.

Justamente no início deste período, a mulher está “exposta” a uma equipe (interdisciplinar) com a qual deverá interagir.

Dirigindo-se mais para o lado psicossocial do processo da maternidade, Ziegel e Cranley (1985, p. 440), relatam que

o processo pelo qual uma criança une-se às pessoas que a cuidam tem sido descrito e explorado cuidadosamente por Bowlby, Spitz, Ainsworth e outros durante os últimos 30 anos. Contudo, em 1970, teve início um esforço sistemático para estudar esse processo na perspectiva da maternidade. As primeiras pesquisas deixaram claro que a separação e a impossibilidade de estabelecer uma ligação afetiva às pessoas de quem recebeu os primeiros cuidados resultam em significantes distúrbios do desenvolvimento motor, mental e afetivo da criança. A impossibilidade da mãe ligar-se afetivamente a seu filho parece ter efeito igualmente devastador na sua recuperação.

A interação e o relacionamento mãe e filho tem início ainda na gestação e é bilateral, cada um dos membros da díade responde ao comportamento do outro de tal forma que evoca, por sua vez, uma resposta. Se a mãe não aceita a gravidez como um acontecimento positivo e não responde ao movimento do feto como uma crescente conscientização do filho como um indivíduo separado dela, a interação será prejudicada desde o início (Ziegel e Cranley, 1985). Segundo as autoras “todas as mães tendem a seguir o mesmo ritmo de comportamento na familiarização dos filhos. Primeiro, há uma exploração e identificação da criança depois, gradualmente, ela o aceita irreversivelmente como seu, esse processo pode ser muito rápido ou levar vários dias, ou ainda semanas” (1985, p. 441).

O processo de reconhecimento desperta profundas ansiedades, geralmente, existe certa dose de frustração, pois o recém-nascido está muito longe na maioria das vezes do mito imposto pela propaganda comercial. Duas técnicas podem ser benéficas para esta fase de reconhecimento: 1ª- o conhecimento de outros recém-nascidos seja incluído em cursos de preparação psico-profilática. 2ª- a permanência do recém-nascido junto à mãe durante os dias de internamento (Soifer, 1980).

Na fase de exploração e identificação do filho, a mãe tem certas atitudes com seu filho. Rubim apud Ziegel e Cranley (1985) descreveram e numerosos observadores constataram que a mãe assume certas atitudes com relação a progressão da exploração e identificação de seu filho, o contato visual parece ser um componente extremamente importante no processo de familiarização. Quando a mãe olha e toca o filho, ela irá atribuir-lhe características que o fazem “único” e um membro de sua família. E referem que o processo de ligação da mãe com o filho está profundamente relacionado ao progresso da mãe nas fases de aceitação e de participação. Assim como nos animais, quanto mais precoce o contato do filho com a mãe, melhor para uma boa adaptação à maternidade, o estado fisiológico e psicológico da mãe e filho também influenciam a ligação afetiva, logo após o parto.

Imediatamente após o nascimento e cerca de até uma hora depois, a criança está em estado de alerta, momento ideal para o contato visual e com o seio materno. A mãe fica satisfeita por ter sido capaz de amamentar, ao mesmo tempo em que estimula a glândula mamária a produzir leite pelo reflexo da sucção. É também interessante que no primeiro contato do filho com os pais, a enfermeira participe, para ajudá-los na fase de inspeção mostrando características físicas, ajudando no reconhecimento do filho. É importante entender que cada pai e cada mãe irá proceder a seu modo no desenvolver do relacionamento com o filho.

Com relação ao pai, Ziegel e Cranley (1985, p. 443) dizem que “muitas vezes, o pai é o membro mais esquecido da família do recém-nascido. Não é como a criança ou a mãe que têm necessidades físicas prementes, que exigem um sistema tradicional de assistência obstétrica.” No entanto, atualmente a tendência tem sido em envolver o pai na assistência. Mas sua participação depende muito da experiência que teve dentro de sua própria família, das expectativas culturais e das normas da sociedade em que vive.

O preparo para a alta da maternidade envolve desde cuidados com irmãos mais velhos, com quem auxiliará a mãe no retorno para casa, além dos cuidados com o recém nascido. Quanto maior o contato e o assumir dos cuidados com o recém-nascido durante a internação, mais familiarizados e seguros os pais estarão no domicílio. Deve-se compartilhar experiências e entendimentos com os pais sobre o significado do choro da criança, os sinais de fome, de satisfação, alimentação, regurgitação, eructação, tipos de

fezes e eliminações, espirros, soluços, sono, cuidados de higiene, cuidados com o coto umbilical, a importância do toque, do olhar e da fala, para o bom desenvolvimento de laços afetivos entre eles.

O auxílio e encorajamento que eles estão recebendo leva-os a considerar corretas as suas ações na busca do atendimento as necessidades da criança. Dessa forma sentem-se mais seguros. Proporcionar oportunidades a que os pais interajam e participem com a equipe de saúde, significa tranquiliza-los e capacitá-los a resoluções de problemas que possam surgir em decorrência das novas situações.

Não podemos esquecer, conforme cita Ziegel e Cranley (1985, p. 448), que

sempre que nasce um filho, os pais devem resolver a perda da criança idealizada, fantasiada, e aceitar a criança real. Quanto maior for a discrepância entre a realidade e a fantasia, mais difícil torna-se esta tarefa. se orientarmos previamente os pais durante a gravidez, poderemos ajudá-los muito a apreciar a aparência e o comportamento do recém-nascido, tornado a expectativa razoavelmente próxima da realidade do próprio filho. Quando nasce uma criança sadia, o desapontamento em relação ao sexo e a aparência em geral é prontamente superado. Contudo, se for um filho prematuro, doente, com anomalias ou se a criança morre, a família passa por um período de tristeza profunda e permanece em crise por algum tempo.

Santos (1999) considera que o processo de cuidar no puerpério integra o conjunto de ações planejadas, executadas e constantemente avaliadas, nos seus diferentes períodos. Salienta que, independente do marco conceitual, referencial teórico ou teoria adotada, a assistência de enfermagem no pós-parto deverá ser realizada visando o atendimento individualizado e integral da puérpera, tanto física, psíquica, social, cultural e espiritual. Daí a importância de se utilizar uma metodologia, a fim de direcionar adequadamente a assistência de enfermagem, que deverá ser sistemática, científica e apontar a relevância da história e do estilo de vida da puérpera, suas experiências, valores culturais, crenças e costumes; o tipo de parto (fácil ou difícil, vaginal ou cesária, com ou sem episiorrafia) e outros fatores individuais; os períodos do puerpério, os fenômenos puerperais (involuntivos e progressivos) e as modificações locais e sistêmicas; as fases hospitalar e domiciliar; o estabelecimento da relação mãe-filho e familiares.

Dada a especificidade do período puerperal, independente das particularidades individuais de cada puérpera, deverá ser priorizada uma assistência que privilegie a mulher em todos os seus aspectos. Nesse sentido, a Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene

King se apropria a este período, pois fundamenta-se na interação e na participação ativa de todos os envolvidos, o que facilita a fase de restabelecimento e apropriação do papel de mãe, pai e de seus significantes.

Considerando que a Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King, baseou o referencial teórico desse processo de Ensino-Aprendizagem, apresento uma revisão de sua utilização como marco referencial na prática assistencial de alguns enfermeiros brasileiros, a partir da década de 90.

APLICABILIDADE DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS DE IMOGENE KING (1981), DE ACORDO COM AS PRÁTICAS ASSISTENCIAIS DE ALGUNS ENFERMEIROS BRASILEIROS

A teoria de Imogene King, mesmo tendo sido idealizada para uma realidade americana, vem sendo utilizada em outras realidades. Realizando uma busca de trabalhos brasileiros que tivessem utilizado a Teoria de Imogene King, encontrei um número significativo de trabalhos de enfermeiros que fundamentaram suas práticas a partir dessa teoria, os quais, no Brasil, têm sua maior concentração nas dissertações de mestrado de enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dentre muitos, apresento alguns trabalhos de enfermeiros que acreditaram nas pressuposições e conceptualizações de King, no que se refere à assistência de enfermagem a diferentes tipos de clientela. Ressalto que todos os trabalhos aqui referidos são frutos de dissertações de mestrado.

Santos (1990) utilizou-se do marco conceitual e da teoria do alcance dos objetivos de Imogene King para assistir cinco indivíduos idosos portadores de doenças crônicas, no campo ambulatorial, hospitalar e domiciliar. Intitulada: **Prática Assistencial de enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King**. Levou todos os conceitos de King para a prática, com exceção do conceito de organização e utilizou-se somente daqueles que emergiram ao longo da interação e concluiu que o uso do marco conceitual e da teoria como fundamento à assistência e do Processo de Enfermagem, como metodologia para implementá-los, foram viáveis.

Rocha (1991) implementou um marco referencial e um processo de enfermagem na assistência a cinco clientes traumató-ortopédicos em um hospital geral de Florianópolis, SC. Acompanhou os clientes no ambulatório e no domicílio, sempre que necessário. Concluiu, que é possível aplicar tal modelo assistencial, desde que se possua conhecimentos e habilidades gerais e específicas em enfermagem, bem como nos aspectos psicossociais e de relacionamento humano para interagir efetivamente com os clientes e familiares; que é sensato utilizar um marco referencial teórico para direcionar as ações do enfermeiro na prática; que é preciso que se desenvolva uma forma mais simples, fácil e objetiva, a fim de favorecer sua viabilização. E ao avaliar a aplicabilidade do marco refere que a assistência de enfermagem orientada pela teoria de King está premiada por um interação dinâmica dos três sistemas: o pessoal, o interpessoal e o social. Possibilitando a compreensão do comportamento humano, e assim, ao cliente manter ou recuperar sua saúde e prevenir complicações através do processo de interação com o meio ambiente. Dentre os conceitos do marco, o conceito de "interação" está diretamente relacionado com os conceitos de percepção, comunicação e transação, os quais permearam e favoreceram a implementação do processo de enfermagem. Quanto ao estabelecimento de objetivos mútuos foi difícil na realidade estudada, porque os clientes continuam a esperar que o profissional de saúde diga o que é melhor para ele.

A utilização do marco de referência permitiu este autor: ter uma visão do ser humano como um todo e avaliá-lo no contexto de sua situação de vida e como portador de lesão ortopédica naquele momento; aprofundar os conhecimentos sobre o comportamento humano, analisando-os juntamente com as percepções do próprio cliente; manter uma relação interpessoal e terapêutica com o cliente e sua família.

Nascimento (1991) construiu um marco conceitual e um processo de enfermagem, para fundamentar a assistência à clientes com Infarto Agudo do Miocárdio, internados em uma Unidade de Terapia Intensiva, o título do trabalho é: **Assistência de Enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio, fundamentada na Teoria de Imogene King**. Apresentou várias conclusões sobre a aplicabilidade do marco elaborado como: todos os conceitos do marco puderam ser operacionalizados; o conceito estresse apareceu em 13 dos 15 pacientes do estudo; há necessidade de se desempenhar esforços para que os conceitos relacionados à administração da assistência de enfermagem, como: tomada de decisão, organização, autoridade e poder sejam operacionalizados, uma vez que o

enfermeiro desempenha não só assistência, mas também é o responsável pela administração da assistência e da unidade; que o número de elementos na equipe é insuficiente para a aplicação dessa teoria, já que exige praticamente a relação de um paciente para uma pessoa da enfermagem.

Como aspectos positivos na aplicação da teoria aponta que favoreceu o relacionamento interpessoal paciente-enfermeiro, tornando a assistência mais humanizada; a participação dos pacientes nas decisões sobre seu tratamento, maior atenção aos aspectos psicológicos da assistência; mudança de atitude como profissional.

Dificuldades: sentiu-se desarticulada do trabalho da equipe, pelo desconhecimento da equipe sobre a teoria; a falta da teoria apresentar uma descrição mais detalhada e um exemplo prático do processo de enfermagem; a necessidade de traçar os objetivos com os pacientes; e de encontrar uma forma melhor para registrar o processo de implementação.

Recomenda que pelo menos os elementos da equipe utilizem alguns conceitos, como: comunicação, percepção e interação no dia-a-dia, para tornar a assistência mais humanizada e menos tecnicista.

Vecchietti (1991) construiu um marco conceitual para fundamentar: **Um Processo Participativo de Enfermagem Comunitária**, aplicado em um Centro de Ensino Universitário, da área da saúde. Concluiu que as seis etapas metodológicas do processo de enfermagem permitiram identificar os diferentes determinantes humanos e ambientais que interferem favoravelmente ou não, no processo de saúde e doença dos servidores do Centro de Ensino; reconhecer e compreender grande parte dos condicionantes bio-econômicos, à luz dos conceitos teóricos aplicados; não permitiu visualizar e explicar as razões do não comparecimento aos encontros dos servidores, onde se pretendia tratar da saúde e doença. Sugere que esta situação deva ser o capítulo inicial para futura iniciativa nesta área, já que pelas aparências e dados coletados, o maior problema não é essencialmente de caráter biológico, mas sim, social. Constatou também que esse estudo, não foi suficiente para explicar as fontes sociais, culturais, econômicas e políticas indispensáveis para compreender e atuar no mecanismo vigente dos movimentos sociais da comunidade do centro desse estudo. Refere que os objetivos do trabalho não foram plenamente alcançados, apesar da inestimável contribuição que deu à percepção da enfermeira.

Rodrigues (1992) construiu um marco conceitual e um processo de Enfermagem para assistir clientes adultos com Diabetes mellitus, intitulado: **Buscando um Marco Conceitual e uma Metodologia baseados em Imogene King – Experiência com Clientes Adultos Diabéticos** e concluiu que a definição de um marco e de uma metodologia de enfermagem para a prática é um processo tridimensional, que envolve o pensar, o fazer e o sentir, que são apreendidos e que a implementação de um marco para a prática assistencial é um processo complexo e contínuo.

Guido (1996) construiu um método de assistência de enfermagem para o cliente cirúrgico-ambulatorial, intitulado: **A Interação/Transação/Enfermeiro/Cliente. Uma metodologia para assistência ao cliente cirúrgico-Ambulatorial**. Constatou que a interação preconizada por King levou à integração e propiciou conforto, segurança e humanização da assistência, possibilitando a transação enfermeiro/cliente cirúrgico-ambulatorial. Todos os conceitos do marco conceitual puderam ser operacionalizados, o que trouxe satisfação e segurança e mais qualidade na assistência; oportunizou o estímulo à participação dos clientes nas decisões sobre seu tratamento; a observação da evolução e modificação de comportamentos da maioria dos clientes do pré-operatório para o pós-operatório e proporcionou satisfação pessoal.

Zampieri (1998) construiu um marco com base no referencial teórico de King e Haguete, e em suas próprias idéias. Intitulado: **Vivenciando o Processo Educativo em Enfermagem com Gestantes de alto risco e seus Acompanhantes**. Concluiu que a educação é um suporte para gestante e familiares, possibilitando-os compreender suas vivências em relação à gestação e riscos. Defende o processo educativo como uma dimensão fundamental do cuidado, devendo ser mais enfatizado, esperando que contribua para um refletir e repensar das condutas que vêm sendo adotadas no cuidado a essa clientela.

Chagas (2000) construiu um marco para assistir pacientes internados numa unidade psiquiátrica, intitulado: **Cuidado Participativo a Paciente Psiquiátrico**. Fundamentou sua prática na teoria de Imogene King e no Planejamento Educacional Participativo de Rezende (1990). Concluiu que a interação entre enfermeira-paciente ocorreu com mais eficácia quando os objetivos ficaram claros. As metas foram atingidas quando a transação

entre enfermeira e paciente se concretizou. A participação da equipe da unidade contribuiu positivamente na aplicação da Teoria de King.

Para melhor visualização e análise dos conceitos utilizados por esses autores optei por representá-los sob a forma de uma tabela que consta de: autor/ano e os conceitos que utilizou em seu estudo. Esses foram subdivididos nos sistemas pessoal, interpessoal e social, além dos conceitos de ser humano, saúde e doença, enfermagem e ambiente. Após teço algumas considerações sobre o assunto.

Tabela 3: REPRESENTAÇÃO GRÁFICA DOS CONCEITOS UTILIZADOS PELOS AUTORES

AUTOR/ANO	SISTEMA PESSOAL						SISTEMA INTERPESSOAL					SISTEMA SOCIAL				SER HUMANO	SAÚDE E DOENÇA	ENFERMAGEM	AMBIENTE
	PERCEPÇÃO	SELF	CRESCIMENTO/DESENVOLVIMENTO	IMAGEM CORPORAL	ESPAÇO	TEMPO	INTERAÇÃO	COMUNICAÇÃO	TRANSAÇÃO	PAPEL	ESTRESSE	ORGANIZAÇÃO	AUTORIDADE	PODER	STATUS				
SANTOS (1990)																			
ROCHA (1991)																			
NASCIMENTO (1991)																			
VECCHIETTI (1991)																			
RODRIGUES (1992)																			
GUIDO (1996)																			
ZAMPIERI (1998)																			
CHAGAS (2000)																			
DAL BELLO (2000)																			

Analisando os conceitos que fundamentaram a prática assistencial dos autores referidos, que tiveram como marco referencial conceitos da teoria do alcance dos objetivos, de Imogene King (1981) destacou-se o apoio buscado no sistema interpessoal, nos conceitos de interação, comunicação, transação e estresse. No sistema pessoal, destacou-se o conceito de percepção, seguido pelo conceito de crescimento e desenvolvimento e verificou-se a pouca utilização dos conceitos do sistema social. Os conceitos de ser humano, saúde, doença, enfermagem e ambiente foram utilizados por todos.

Ao realizar esse processo de ensino-aprendizagem adotei todos os conceitos da teoria do Alcance dos Objetivos, o fiz pensando em contar com subsídios para

fundamentar a prática assistencial em todos os seus aspectos. Com o transcorrer do processo à semelhança dos demais autores revisados, o sistema interpessoal nos conceitos de comunicação, interação, transação e estresse foram destacando-se em cada situação vivenciada, reconhecendo-se que o ponto forte dessa teoria é possibilitar um cuidado humanizado através das relações interpessoais, aliado a alguns aspectos do sistema pessoal dos seres humanos. Confirmando o dizer de King (1981) de que para compreender o ser humano, há necessidade de relacionar entre si os conceitos do sistema pessoal e interpessoal, o que possibilita a interação e conseqüentemente o alcance dos objetivos, que é o foco central de sua teoria.

Nesse sentido, pelos conceitos que destacaram-se nos estudos revisados percebe-se uma nítida busca em ultrapassar o modelo de atendimento puramente biológico e a ênfase nos aspectos técnicos da profissão, direcionando suas ações para a valorização da pessoa em sua totalidade psicológica, biológica, social e política. Nessa nova dimensão para a enfermagem, constata-se a valorização de crenças, cultura, percepção, comunicação, interação e do relacionamento humano, haja vista os vários trabalhos que têm fundamentado seus marcos referenciais em teorias interacionistas, como a de Imogene King. Conforme refere Saupe (1998, p. 60)

são inúmeras as iniciativas individuais, grupais e mesmo institucionais que tem proposto e desenvolvido programas nos quais o valor está na interação, no respeito, no diálogo, na liberdade, na emancipação, na valorização das crenças e culturas... Afirmamos que a tendência destas iniciativas é de expansão, mesmo que de maneira linear /aritimeticamente mas com possibilidades exponenciais/geometricamente. São células, favos, alvéolos de iniciativas particulares que poderão unir-se formando redes de expansão generalizáveis.

MARCO CONCEITUAL

Segundo Trentini (1987) o marco conceitual é um conjunto de definições e conceitos interrelacionados, cujo objetivo é apresentar maneiras globais de perceber um fenômeno e/ou uma prática assistencial, de pesquisa ou de outros tipos de estudos. O marco conceitual desse estudo consiste na **Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King**. Considerando esse fato, apresento inicialmente breve relato da teórica e da fundamentação de sua teoria, a seguir apresento os pressupostos e conceitos que nortearam o mesmo.

Imogene King, considerada pessoa amável, alegre, que expressa otimismo e felicidade, aprecia pintura, música, golfe e natação. Seus valores são altamente humanísticos, valoriza a integridade, honestidade e a inovação nas pessoas (Clements e Roberts, 1983).

Nasceu nos Estados Unidos, em 1923. Completou sua educação básica em enfermagem, no ano de 1946, na St. John's Hospital School of Nursing, em St Louis, Missouri. Em 1948 concluiu o grau de bacharel em Ciência da Educação em enfermagem, e em 1957, conquistou o título de Mestre em Enfermagem. Em 1961, obteve o título de Doutora pela Universidade de Columbia, em New York, recebendo, também em 1980 o título de "Doutor Honorário" pela Universidade de Illinois. Tem experiência de enfermagem na administração, educação e assistência.

Seus cargos em educação de enfermagem incluem o de Diretora da Escola de Enfermagem de Ohio State University, Columbus, professora de Enfermagem na disciplina de enfermagem médico-cirúrgica, em todos os níveis, desde instrutora até grau máximo de

professora, na Loyola University of Chicago, em Illinois e também no College of Nursing, University of South Flórida, Tampa Flórida (Clements, Roberts, 1983).

Imogene King escreveu dois livros, o primeiro, intitulado: **em direção a uma Teoria para Enfermagem: Conceitos gerais e comportamento humano**; publicado em 1971, nele King, declara estar propondo uma estrutura conceitual à enfermagem, teve como propósito ajudar a evoluir na direção de uma Teoria para enfermagem.

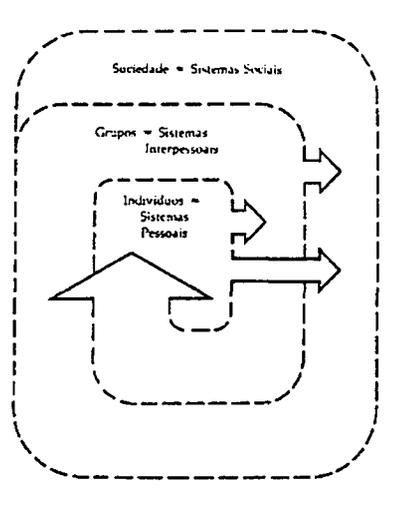
Dez anos após, publicou seu segundo livro (1981) **Uma Teoria para Enfermagem: Sistemas, Conceitos e Processos**, no qual ampliou conceitos e construiu sobre a estrutura original. Apresentando a estrutura conceitual, liga os conceitos essenciais ao entendimento da enfermagem, como um sistema importante dentro dos sistemas de atendimento à saúde; e, apresenta a teoria derivada da estrutura conceitual proposta anteriormente, a qual denominou **Teoria do Alcance dos Objetivos** (Clements, Roberts, 1983).

King (1981) à semelhança da teoria geral dos sistemas de Von Bertalanffy (1956) propõe que se estude a totalidade do fenômeno da interação humana e não somente as partes constituintes do mesmo, no qual focaliza o ser humano interagindo com o ambiente. A proposição básica é que, a enfermagem envolve cuidado de seres humanos, com a meta na saúde (Torres, 1986).

Nesse sentido King (1981), construiu a Teoria do Alcance dos objetivos, a partir de uma estrutura de sistemas abertos, onde apresenta várias suposições básicas em sua estrutura conceitual e uma delas, é que os seres humanos constituem sistemas abertos em constante interação com o ambiente. Demonstra isto através de um esquema conceitual para enfermagem incorporando essas idéias, incluindo três sistemas interacionais dinâmicos. Os indivíduos compõem um tipo de sistema no ambiente chamado sistema pessoal. Os indivíduos interagem para formar grupos diádicos, triádicos, pequenos, ou grandes, os quais compreendem outros tipos de sistemas, chamados sistemas interpessoais. Os grupos com interesses e necessidades especiais, formam organizações, as quais formam comunidades e sociedades e são chamados sistemas sociais (King, 1981).

Demonstração da organização dos sistemas abertos em um quadro de interações dinâmicas. (King, 1971).

Figura I – Sistemas dinâmicos de interação.



Fonte: King, I. *Toward a theory for nursing*, New York : J. Wiley & Sons, 1971, p. 20.

Essa representação ajuda a enfermagem a entender o ser humano na interação com o meio onde se encontra. King (1981) define seu marco identificando dentro de cada um destes sistemas dinâmicos e interativos, os conceitos que fazem parte de sua teoria.

Sistemas pessoais - são os indivíduos, isto significa que a enfermeira como pessoa é um sistema total e que o paciente como pessoa é um sistema total também. Selecionou os conceitos de: **percepção, "self", imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço**, para a compreensão dos seres humanos como pessoas. Os indivíduos formam grupos e a formação de grupo cria outro tipo de experiência humana, dentro dos sistemas interpessoais.

Sistemas interpessoais - segundo a autora, existem diversos tipos de sistemas interpessoais. Por exemplo, a interação entre dois indivíduos se chama díade, entre três indivíduos é chamada tríade, esses sistemas são constituídos por seres humanos que interatuam no ambiente. Quanto maior o número de indivíduos, maior é a complexidade das interações. King, incluiu os seguintes conceitos para melhor ajudar a compreender as interações entre os seres humanos: **papel** (do paciente e do enfermeiro), **interação, comunicação, transação e estresse**.

Nesse sistema, a ação é a seqüência de condutas de pessoas que inter-atuam através: primeiro - da atividade mental, para reconhecer as condições; segundo - da atividade física,

para iniciar a operacionalização das ações relacionadas com a situação apresentada; terceiro - da atividade mental para exercer algum controle sobre os acontecimentos; quarto - da atividade física para atingir os objetivos (King 1981).

As transações decorrentes dessas ações, são as manifestações concretas da participação ativa dos seres humanos (enfermeira e cliente) nos eventos do alcance de metas, que traz como consequência, mudança nos indivíduos.

Alguns desses grupos, com objetivos e interesses comuns, criam outro tipo de experiência humana, dentro de uma comunidade ou de uma sociedade e são chamados sistemas sociais (King, 1981).

Sistemas sociais - As forças propulsoras na enfermagem estão envolvidas na dinâmica da sociedade, na qual o processo de mudança altera o ambiente. As forças sociais estão em constante movimentação dentro dos sistemas sociais, e os jogos interrelacionados entre essas forças influenciam o comportamento social, a interação, a percepção e a saúde. Medo, esperança ansiedade, solidão e dor são alguns dos comportamentos confrontados pelos enfermeiros, nas suas relações com os indivíduos nas várias situações de enfermagem. Alguns exemplos de sistemas sociais que os enfermeiros e clientes interagem são: sistemas familiares, de trabalho, religiosos, de crenças e educacionais. É um sistema organizado de limites, de papéis sociais, condutas e práticas desenvolvidas para manter valores e mecanismos que regulam normas e práticas.

Diversos conceitos segundo King (1981), proporcionam conhecimentos para ajudar os enfermeiros a funcionar nos sistemas de cuidado à saúde que são: **organização, poder, autoridade, status, tomada de decisão e papel.**

As teses principais da estrutura conceitual de King são que: "cada ser humano percebe o mundo como uma pessoa total, ao realizar transações com indivíduos e coisas no ambiente" e que "as transações representam uma situação de vida, em que aquele que percebe e a coisa percebida são encontrados, e em que, cada pessoa entra na situação como um participante ativo, sendo que cada um, é modificado no processo dessas experiências". George (1993, p. 179). Esses conceitos e sistemas da estrutura conceitual, King utilizou como base para o desenvolvimento da **teoria do alcance dos objetivos.**

Portanto essa teoria define-se a partir de um grupo de conceitos, definições e proposições filosóficas, interrelacionadas que contribuem para explicações sobre o panorama da interação humana, como elemento essencial nas relações dos sistemas: pessoal, interpessoal e social. A Teoria derivou do marco conceitual de sistemas abertos. Ainda que os sistemas pessoais e sociais influenciem a qualidade do cuidado, os principais elementos na Teoria do Alcance dos Objetivos estão nos sistemas interpessoais, em que duas pessoas, que são comumente estranhas se encontram em uma organização de cuidado à saúde para ajudar e serem ajudadas a manter um estado de saúde, que permita o funcionamento em seus papéis (King, 1981).

King (1981) descreve em sua teoria a natureza da interação enfermeiro-cliente, que conduz à obtenção dos objetivos. A teoria apresenta um modelo para a interação enfermeiro-cliente, no qual o enfermeiro interage propositadamente e mutuamente com o cliente, para estabelecerem objetivos, explorarem e concordarem com os meios, a fim de alcançarem os objetivos.

A autora apresenta uma série de conceitos, incluindo **Ser Humano, Ambiente, Saúde e Sociedade**, indicando como principais os conceitos dos sistemas pessoal, interpessoal e social. E destaca como fundamentais na Teoria do Alcance dos objetivos os conceitos de: **Interação, Percepção, Comunicação, Transação, "Self", Papel, Estresse, Crescimento e Desenvolvimento, Tempo e Espaço.**

PRESSUPOSTOS TEÓRICOS FILOSÓFICOS

Os pressupostos que fazem parte desse marco conceitual, alguns foram inspirados nos pressupostos da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King e ajustados à situação específica do processo ensino aprendizagem proposto, outros resultaram de minhas crenças.

✓ Alunos/Professora-Mestranda e Puérperas são vistos como sistemas abertos, sociais, com sentimentos, racionais, perceptivos, reativos, em constante interação com outros e com o ambiente, enfrentando um período de transição, com propósitos e orientados no tempo e para a ação;

- ✓ A puérpera tem o direito de participar ativamente nas decisões que influenciam no seu processo de viver e aceitar ou rejeitar qualquer aspecto do cuidado à saúde;
- ✓ O processo de interação aluno-puérpera é influenciado pelas percepções, conhecimentos pessoais, necessidades, objetivos, expectativas e experiências passadas de ambos;
- ✓ A puérpera tem direito de compartilhar com o aluno/professora-mestranda informações claras a respeito de sua saúde e da saúde do recém-nascido ;
- ✓ A presença de precisão perceptiva na interação aluno/puérpera/professora-mestranda leva ao alcance dos objetivos ou seja transação, conseqüentemente satisfação dos envolvidos ;
- ✓ O ensino-aprendizagem e a assistência de enfermagem devem ocorrer em um processo dinâmico de comunicação, interação, reflexão e compartilhamento de conhecimentos e experiências, que auxiliem o ser humano a crescer e desenvolver suas capacidades de controlar e estabelecer propósitos;
- ✓ O processo ensino-aprendizagem pode permitir a conquista de novas habilidades conhecimentos e possibilidades no enfrentamento de situações da vida pessoal e profissional;
- ✓ Clima de confiança, respeito e diálogo favorece o relacionamento e facilita o processo assistencial;
- ✓ Compartilhar experiências e conhecimentos é uma maneira de vivenciar saúde;
- ✓ A educação é essencial para a sobrevivência, crescimento e desenvolvimento de todo ser humano;

DEFINIÇÃO DOS CONCEITOS

Compreendendo que **conceitos** “são as unidades de significação que definem a forma e o conteúdo de uma teoria. Podemos considerá-los como operações mentais que refletem certo ponto de vista a respeito da realidade, pois focalizam determinados aspectos

dos fenômenos, hierarquizando-os. Eles se tornam um caminho de ordenação da realidade, de olhar os fatos e as relações, e ao mesmo tempo um caminho de criação” (Minayo, 1992, p. 92).

Em cada sistema interacional, King definiu vários conceitos que estão dinamicamente interrelacionados, possibilitando ajudar o indivíduo manter, recuperar sua saúde ou morrer dignamente. No Sistema Pessoal definiu: **percepção, self, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo e espaço**, no Sistema Interpessoal definiu: **interação, comunicação, transação e estresse** e no Sistema Social definiu: **organização, poder, autoridade, status, tomada de decisão e papel**.

Nesse marco conceitual descrevo todos os conceitos definidos por King na Teoria do Alcance dos Objetivos, pois levei todos para fundamentar teóricamente a prática assistencial e utilizei-me apenas daqueles que emergiram ao longo do processo ensino-aprendizagem.

Ser Humano –

É um ser social, racional com sentimentos, que através da comunicação encontra uma maneira simbólica de comunicar pensamentos, ações costumes e crenças. Apresenta algumas características comuns a todos os seres humanos como: a capacidade de perceber, pensar, sentir, de escolher dentre alternativas o seu curso de ação, de fixar objetivos e selecionar os meios para alcançá-los, voltados para o tempo e para a ação (King, 1981, p.19).

Os seres humanos que fazem parte desse marco referencial são: **os alunos** da sexta fase do Curso de Graduação em Enfermagem, **a professora-mestranda, mulheres vivenciando o período puerperal e seus significantes**.

Interação – “Um processo de percepção e comunicação entre a pessoa e o ambiente, e entre uma pessoa e outra, representado por comportamentos verbais e não verbais voltados para uma meta” (King, 1981, p. 145).

Cada indivíduo na situação de interação com o paciente traz conhecimentos pessoais, idéias, necessidades, objetivos, expectativas, percepções e experiências passadas, que influenciam as interações. Agrupam-se com propósito e percebem-se mutuamente, cada um faz um julgamento e uma ação mental e decide agir. A interação envolve: (percepção – julgamento – ação – reação). Percepção e julgamento são comportamentos

não observáveis diretamente, enquanto que a interação e transação são diretamente observáveis (King, 1981).

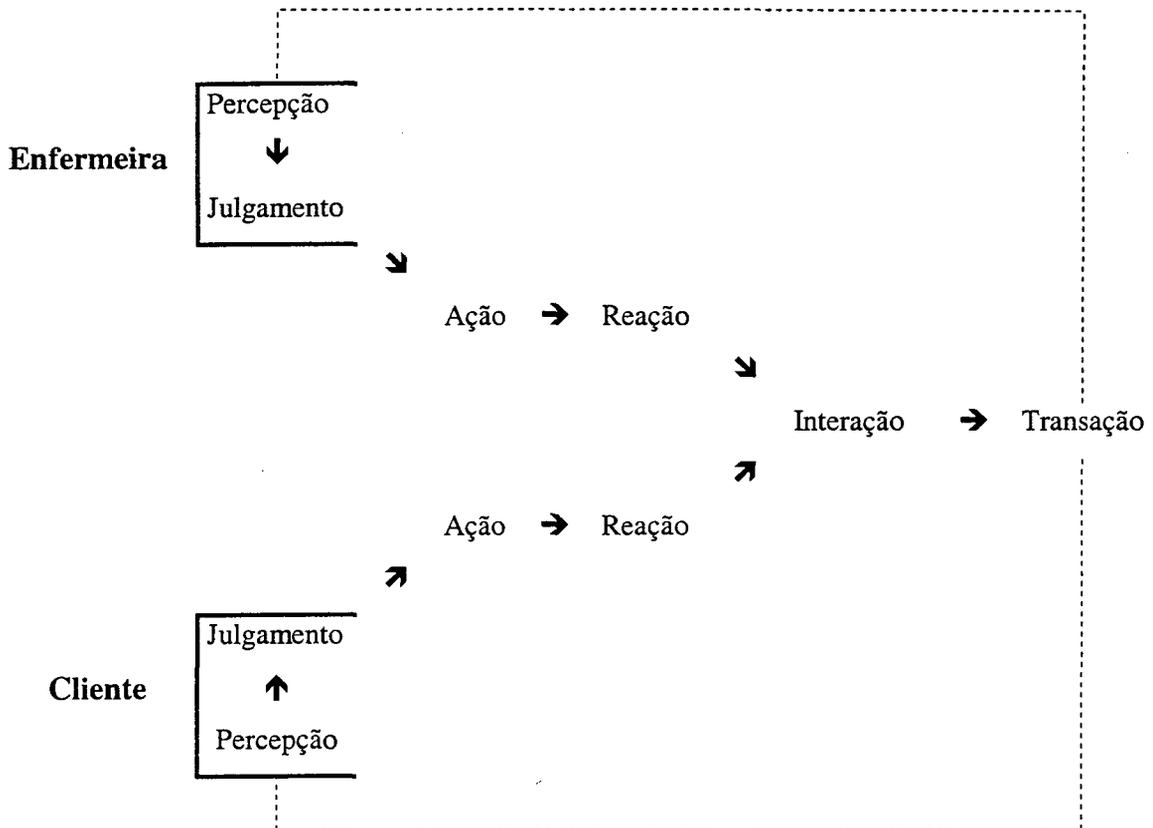


Figura II – Processo de interação (adaptado de King, I.M. *Toward a theory for nursing*. New York : J. Wiley & Sons, 1971. p. 92.

No processo de interação, os dois indivíduos mutuamente identificam os objetivos e os meios para alcançá-los e buscam atingi-los. Alcançando a transação, descobrem implicitamente ou explicitamente que ambos puderam ajudar-se imediatamente ou a longo prazo. Interação é uma função primordial dos seres que vivem em grupos. E para entender uma interação humana como sistemas interpessoais, além da percepção, que é um conceito fundamental, outros dois também o são: primeiro a comunicação, que é a maior forma de interação e segundo a transação, onde os meios são identificados e realizadas ações para alcançar os objetivos (King, 1981).

A interação, que se dá entre puerpera, seus significantes, professora-mestranda e aluno, é vista como decorrente do processo de comunicação que se estabelece entre os mesmos, que se constrói a partir dos elementos da comunicação verbal ou não verbal. É

considerado que no processo de interação se encontram como seres únicos, com sentimentos e expectativas diversas, e que vão se revelando no estabelecimento da interação, propiciando troca que atua como fonte de informação e ajuda, crescimento e desenvolvimento dirigido para o alcance dos objetivos traçados mutuamente. É um processo gradativo de conquista, que não ocorre num passe de mágica, é uma construção.

Comunicação – "Troca e intercâmbio de pensamentos e opiniões entre os seres, que pode ocorrer de forma verbal (falada), como não verbal (gestos, expressões faciais, atos e posturas de ouvir, sentir). E para ser eficiente deve ocorrer em atmosfera de mútuo respeito e desejo de compreensão e sempre considerar que as palavras representam diferentes significados para diferentes pessoas" (King, 1981, p. 62). E que a principal função da comunicação é facilitar a cooperação e a interação entre as pessoas, e é influenciada pelas inter-relações de objetivos, necessidades e expectativas.

A informação é comunicada de diferentes maneiras entre enfermeiros e clientes, enfermeiros e família, enfermeiros e médicos e outros profissionais. A comunicação estabelece uma mutualidade entre os que prestam o cuidado e os que recebem o cuidado. "Comunicação é o meio pelo qual a informação é prestada numa determinada situação de enfermagem, a fim de identificar preocupações e/ou problemas, compartilhar informações que auxiliam os indivíduos na tomada de decisões que conduzem a obtenção de objetivos no ambiente. Comportamento humano que relaciona pessoa a pessoa e pessoa ao ambiente é comunicação" (King, 1981, p. 146). É através da comunicação verbal ou não verbal que puérperas, alunos e professora-mestranda participam do mundo que os rodeia, ampliando horizontes do seu "eu", efetivam interações, identificam problemas e preocupações, definem metas, estabelecem objetivos a serem atingidos pelos envolvidos, exploram os meios e concordam sobre eles para encontrarem soluções a problemas e alcançar os objetivos. Nesse sentido, as indicações não verbais são reconhecidas como informações mais exatas que as declarações verbais (King, 1981).

Percepção – É "a representação que cada pessoa faz da realidade" (King, 1981, p. 20). Para ela, a percepção é universal, pessoal, cada pessoa vivencia as situações de maneira única, de acordo com seus valores, crenças e experiências, herança biológica,

grupo sócio-econômico e conhecimentos e refere que esse conceito é fundamental em todas as interações humanas e que o comportamento humano flui a partir de sua percepção.

O processo de interação entre os envolvidos nesse estudo se dá de acordo com a percepção que cada um tem da realidade e da situação, conforme suas vivências, crenças, valores, hábitos e costumes, além da situação bio-psico-social e espiritual. Portanto, leva-se em conta que cada ser é único e que, vivencia a situação de maneira única, e responde em função de suas percepções. Considero, que a percepção pode ser modificada ao longo do processo, no sentido de crescimento a fim de alcançarem os objetivos e chegarem à transação.

Self –

É um composto de pensamentos e sentimentos que constituem a percepção que a pessoa tem de sua existência individual, sua concepção de quem é e do que é. O self de uma pessoa é a soma total de tudo o que ela pode chamar de seu. O self inclui, entre outras coisas, um sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos. O self é o ambiente subjetivo completo de uma pessoa. O self é o indivíduo tal como conhecido pelo próprio indivíduo (King, 1981).

Para King, o conhecimento de si mesmo é chave para a compreensão do comportamento humano o “eu” é a maneira como eu me defino para mim mesmo e para outros. O eu é tudo o que eu sou. Eu sou uma pessoa total. O “eu” é o que eu penso de mim e o que eu sou capaz de ser e fazer. O “eu” é subjetivo, ou seja, é o que eu penso que deveria ser ou gostaria de ser.

No processo de trabalho da saúde, lidamos com pessoas, portanto faz-se necessário que desenvolvamos habilidades no sentido de compreender como as pessoas, percebem-se a si mesmas e a situação na qual se encontram, e, a partir disso, planejar ações em conjunto, que as ajudem-nas a enfrentarem as situações que se apresentam, para que alcancem os objetivos e cheguem à transação.

Imagem Corporal – É a percepção de seu próprio corpo, das reações de outros a sua aparência e é resultado das reações de outros para o seu eu. É considerada como um componente do crescimento e desenvolvimento, que tem característica dinâmica, que pode mudar conforme as experiências e percepções que a pessoa experimenta no seu processo de viver (King, 1981).

Transação – “É um processo de interação no qual os seres humanos comunicam-se com o ambiente para atingir os objetivos que são valorizados e acordados entre eles. As transações podem ser observadas em situações concretas, são únicas em dimensão de tempo e espaço” (King, 1981, p.80).

O momento da transação é considerado o momento “chave”, no qual define-se o caminho a ser percorrido pelos envolvidos. Ocorre compartilhamento de experiências, crenças, valores, conhecimentos e expectativas, estabelecimento de objetivos e meios para o alcance dos mesmos, o que muitas vezes, nesse acordar os meios, os envolvidos necessitam estar abertos para o poder de barganha e mudanças. Quando enfermeiros e clientes compartilham seu quadro de referência sobre eventos no presente, eles identificam comunalidades pelas quais eles podem mutuamente estabelecer objetivos. A transação ocorre dentro de um processo de percepção, comunicação e interação entre a puérpera, aluno e professora-mestranda, e se concretiza quando os objetivos traçados por ambos forem alcançados.

Crescimento e Desenvolvimento – Consistem num processo de mudanças contínuas nos seres humanos, incluem mudanças celulares, moleculares e comportamentais. Essas mudanças normalmente ocorrem de maneira organizada, previsível, embora apresentem variações individuais e sejam, em função da bagagem genética, de experiências significativas e satisfatórias e de um ambiente que contribua para ajudar os indivíduos a atingir a maturidade. Processo que tem lugar na vida das pessoas, que os ajuda a mover-se em direção a capacidade potencial para atingir a auto-realização (King, 1981).

O crescimento e desenvolvimento nesse estudo será observado: do **aluno**, quanto a mudanças positivas no comportamento comunicativo e interacional e na habilidade em utilizar e internalizar os conceitos do marco referencial, relacionando teoria com a prática. Da **professora-mestranda**, quanto à habilidade em facilitar o processo ensino-aprendizagem proposto e na internalização do marco referencial. Da **puérpera**, quanto à sua capacidade de lidar com as situações que se apresentarem no transcorrer do período deste acompanhamento e após o mesmo, e de participar no estabelecimento de objetivos e ações, para a vivência desse período de forma mais saudável e tranqüila possível.

Tempo – “É a duração entre um evento e outro, experimentado por cada ser humano de maneira única, é a relação entre um acontecimento e outro. Tempo é o termo usado pelos indivíduos para dar ordem aos eventos e para determinar a duração com base nas percepções e nas experiências de cada pessoa” (King, 1981, p. 44-45).

Espaço – Existente em todas as direções e é igual em todo o lugar, é a área física chamada território, que é definido pela conduta dos indivíduos que ocupam o espaço, tais como gestos, posturas e limites visíveis dirigidos para demarcar o espaço pessoal. O uso do espaço comunica mensagens com diferentes significados em diferentes culturas. A percepção do espaço influenciará a maneira como os indivíduos se comportam em determinadas situações. O espaço está explicitado na teoria, porque é o ambiente imediato no qual enfermeiro e cliente interagem e mobilizam-se para atingir o objetivo (King, 1981). O uso da defesa do espaço constitui comunicação não verbal. O espaço pessoal está relacionado com o tempo, distância, área, volume, percepção e comunicação.

Saúde – “É uma experiência dinâmica na vida do ser humano, as quais implicam em ajustamentos contínuos aos estressores no ambiente interno e externo, através do uso adequado dos recursos próprios para alcançar o máximo potencial para a vida diária” (King, 1981, p. 5).

Saúde e doença têm diferentes significados para indivíduos e grupos em diferentes culturas. É atribuída à saúde prioridade na hierarquia de valores das pessoas (King, 1981). O conceito de saúde portanto pode ser percebido e encarado de forma diferente por cada ser humano: puérpera/acompanhante/professora-mestranda/aluno, podendo haver divergências. Nesse sentido, é evidente a necessidade de compartilhar percepções, crenças e valores e a partir dessa visão estabelecer os objetivos e os meios em comum acordo, na tentativa de obter a saúde.

A puérpera, mesmo enfrentando período de transição e grandes mudanças, pode ser capaz de vivenciar, de forma tranqüila e segura as dificuldades que possam se apresentar, com o apoio de familiares e profissionais da saúde. Dessa forma, o aluno e professora-mestranda podem desempenhar papel fundamental, intermediando, facilitando e acompanhando o processo de vivenciar o pós-parto.

Estresse – É um estado dinâmico onde o ser humano interage com o ambiente para manter o equilíbrio, crescimento e desenvolvimento, o qual envolve troca de energia e informações entre a pessoa e o ambiente para regulação e controle dos agentes estressores, que pode ser um estímulo físico, emocional, social ou espiritual que resulta em ameaça, e que exceda a capacidade de resposta do ser humano (King, 1981, p.95).

O estado transitório de desequilíbrio pode oportunizar às pessoas amadurecimento e a possibilidade de saírem fortalecidas da experiência, ao encontrarem apoio.

Nesse referencial, considero que a puérpera possa vivenciar muitas situações estressantes, haja vista as intensas alterações físicas, psicológicas, sociais e econômicas que decorrem do nascimento de um filho. Somam-se a isso as dificuldades comumente encontradas no puerpério em relação ao recém-nascido como: o descompasso entre mãe e filho, a insegurança nos cuidados com o mesmo, a decepção com sua aparência ou sexo, a dificuldade de comunicação com o filho, além do comum ingurgitamento mamário, dos traumas mamilares, da inconveniência de algumas visitas, dos palpites e a multiplicidade de papéis geralmente que a mulher vivencia no puerpério.

Portanto, todos os fatores, ações e comportamentos que deixam os envolvidos, (incluindo aqui além das puérperas, os alunos e professora-mestranda) ansiosos, em dúvida ou desconforto, são considerados agentes estressores. E quanto maior o nível de estresse, menor o campo perceptual e menor o nível de interação, conseqüentemente haverá diminuição da capacidade de tomada de decisões e alcance de objetivos. O estresse pode estar presente também nos significantes (esposo, companheiro, avó, tia...) devido a um alto nível de ansiedade, que a chegada do novo ser pode trazer, associada também muitas vezes pela sobrecarga de atividades que desempenha ao assumir temporariamente as funções, que anteriormente eram da puérpera, além das suas.

Organização – “É composta de seres humanos com papéis e posições prescritas que utilizam recursos para alcançar objetivos pessoais e da organização” (King, 1981, p. 119).

Autoridade – “É um processo transacional que se caracteriza por relações recíprocas e ativas, nas quais os valores, antecedentes e percepções dos membros influem para definir, validar e aceitar a autoridade dos indivíduos dentro de uma organização. Uma

pessoa influi em outra que reconhece, aceita e acata a autoridade dessa pessoa” (King, 1981, p. 124).

Poder – “É a capacidade ou habilidade de uma pessoa ou de um grupo para alcançar as metas, existe em todos os aspectos da vida de cada pessoa de maneira potencial segundo seus recursos individuais e as forças do meio ambiente que prevalecem. É uma força social que organiza e mantém as metas. Pode guiar, dirigir, controlar e mudar conduta dos indivíduos e de grupos. É a energia de uma organização” (King, 1981, p. 127-128).

Status – “Posição de um indivíduo dentro de um grupo o de um grupo em relação a outros grupos dentro de uma organização. O status traz privilégios, deveres e obrigações, implica no papel e na posição. O status é um aspecto da estratificação social e está relacionado com: quem o indivíduo é, o que faz, o que conhece, e o que tem alcançado” (King, 1981).

Tomada de Decisão – “É um processo dinâmico e sistemático, por meio do qual indivíduos ou grupo fazem uma escolha dentre alternativas para responder a uma questão e alcançarem o(s) objetivo(s) proposto(s). A tomada de decisão afeta o curso da ação a ser tomada numa situação específica” (King, 1981).

Ambiente – “Refere-se a um sistema aberto que permite a troca de matéria energia e informação entre os seres humanos. King classifica o ambiente do ser humano em interno e externo. E é no ambiente interno (estrutura biológica e psicológica que ocorre a transformação de energia, capacitando a pessoa a ajustar-se as contínuas mudanças do ambiente externo” (King, 1981, p. 4).

Nesse estudo, reconheço ambiente interno do ser humano, como o seu eu, seu organismo, suas percepções, crenças e valores, estes elementos, uma vez reconhecidos e utilizados devidamente, contribuem para o estabelecimento da interação entre puérpera, seus significantes, professora-mestranda e aluno. Ambiente externo, o ambiente espacial, que inclui o ambiente hospitalar, o domicílio e a sociedade, enquanto sistema aberto, influencia e determina o comportamento das pessoas. Fazem parte do ambiente externo: temperatura, iluminação, ruídos, odores, umidade, equipamentos, móveis e outros

elementos que podem atuar favorecendo ou dificultando as interações. É nesse espaço que puérperas, seus significantes, professora-mestranda e alunos relacionam-se, criam e recriam, fazem suas próprias histórias.

Enfermagem – “É um processo de ação, reação e interação, onde enfermeira e cliente compartilham informações sobre suas percepções na situação de enfermagem. Através de comunicação propositada eles identificam objetivos problemas ou preocupações, exploram os meios para conseguir o objetivo e concordam com os meios” King (1981, p. 2).

Enfermagem é perceber, pensar, relacionar, julgar e agir em situações da vida diária e nas situações que demandam ajustamentos, objetiva ajudar aos seres a desenvolverem suas potencialidades e a enfrentarem as dificuldades estimulando a capacidade de agir e decidir. É uma ação compartilhada com trocas de experiências, conhecimentos, emoções, sentimentos e alegrias (King, 1981).

Enfermagem é uma profissão que dispõe de habilidades, conhecimentos para assistir a puérpera, recém-nascido e significantes no hospital e a domicílio. Auxilia a mãe na busca de suas reservas internas para lidar com as situações vivenciadas, a perceber, refletir e tomar atitudes, sempre considerando as maneiras que os seres humanos interagem com seus membros, consigo mesmo e com o ambiente. Alunos, professora-mestranda e puérpera, ao compartilharem saberes, experiências e expectativas, desenvolvem potencialidades, vislumbram o alcance das metas pré-estabelecidas.

Desenvolver potencialidades, compartilhar saberes, respeitar valores e conhecimentos ocorreram nesse marco através do cuidado e da educação, a qual é inerente à profissão do enfermeiro, já que educar-cuidar, cuidar-educar fazem parte do mesmo continuum da enfermagem. Por esse motivo não busquei na literatura específica da educação respaldo teórico para trabalhar com as questões educativas do processo ensino-aprendizagem, mas sim apropriei-me do conceito de enfermagem de King (1981) para fundamentá-las, já que o mesmo traz implícito o conceito de educação.

Papel - Definido como um conjunto de comportamentos esperados de parte daqueles que ocupam uma posição no sistema social, regras que definem os direitos e

obrigações, associados a uma posição, uma relação de duas ou mais pessoas que estão interagindo com um propósito, numa determinada situação (King, 1981).

Os papéis da professora-mestranda e do aluno foram definidos pelas funções esperadas dos mesmos, baseados em conhecimentos, habilidades e valores da profissão. A mulher, no papel de puérpera, desempenha seu papel conforme seus conhecimentos, suas percepções, crenças e valores. Se as expectativas do aluno diferem das expectativas da professora-mestranda e da puérpera, podem existir conflitos de papéis e conseqüentemente diminuição da eficácia do aprendizado e da assistência oferecida, gerando estresse na situação.

O PROCESSO DE ENFERMAGEM DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS

O **processo de enfermagem** tem cada vez mais conquistado seu espaço, pela sua importância na prática assistencial. Sendo definido por Staton, Paul, Reeves apud George, (1993, p24), como “a essência da prática profissional da enfermagem, o “instrumento”, a metodologia da profissão de enfermagem e como tal auxilia os profissionais a tomarem decisões, preverem e avaliarem conseqüências.” É uma atitude intelectual, por meio da qual a prática da enfermagem é abordada de uma maneira ordenada e sistematizada.

King (1981) trata o processo de enfermagem como um meio de estimar, planejar, por em prática e avaliar o cuidado prestado ao cliente. Para ela, os componentes que fazem parte do processo de enfermagem são: **ação, reação, interação e transação**, entendendo-se que numa situação de enfermagem, o enfermeiro com suas percepções e conhecimentos sobre assistir em enfermagem, faz propostas e desencadeia ações e reações alcançando a interação e a transação.

Portanto, a suposição básica da teoria e do processo de enfermagem de King é de que, enfermeiros e clientes comunicam informações, fixam metas mutuamente e então agem para alcançar essas metas.

King (1981) propõe como metodologia para realização do processo de enfermagem a seqüência de cinco fases:

1^ª Fase: **Dados de base;**

2^ª Fase: **Lista de problemas;**

3^ª Fase: **Lista de objetivos (planejamento);**

4ª Fase: Implementação;**5ª Fase: Avaliação.****1ª fase: Dados de base.**

São todas as informações colhidas durante a interação do aluno e ou da professora-mestranda com a puérpera e seus significantes, que provavelmente, encontram-se como estranhos e que vão se revelando no transcorrer da relação. Nesta coleta de dados deverá ser sempre considerado que: crescimento e desenvolvimento, self, estresse, percepções passadas e presentes de cada um dos envolvidos, são fatores que poderão influenciar a comunicação e conseqüentemente a interação dos dados colhidos, e que a idade, sistema sensorial, educação, cultura, nível sócio-econômico e experiências passadas podem influenciar a percepção. Estes fatores são importantes, pois a percepção constitui a base para a coleta e interpretação dos dados, e assim, a base para a avaliação. A boa comunicação é necessária para que as percepções sejam precisas.

A coleta dos dados poderá ser feita a qualquer momento da relação e incluirá informações objetivas e subjetivas, colhidas através do exame físico, observações, percepções e comunicações compartilhadas, o que transcorrerá durante a assistência direta que o aluno estará prestando. Para esta coleta, o aluno poderá fazer uso de gravador, registro imediato ou mediato por escrito de dados, filmar ou fotografar, desde que todos os envolvidos tenham conhecimento do fato e dêem consentimento para tal.

2ª fase: Lista de problemas.

As informações compartilhadas na coleta de dados de base são analisadas e originarão a lista de problemas, identificando situações, problemas, ou preocupações geradoras de estresse e as habilidades disponíveis para enfrentar as mudanças (físicas, psicológicas e de papéis), necessárias. A lista de problemas deverá ser atualizada à medida que surgirem novas situações ou informações adicionais. Entende-se por problema, os eventos que interferem no crescimento e no desenvolvimento, no bem-estar e na interação dos envolvidos no processo, percebidos e julgados por ambos.

3ª fase: Lista de objetivos (planejamento).

Ocorre a fixação de objetivos e meios, através de decisões compartilhadas, sobre a maneira pela qual os mesmos podem ser alcançados. Envolve troca mútua para que ocorra a transação.

Sendo este considerado o foco principal dessa teoria, o teste crítico de sua utilização, que é a concordância mútua do(s) objetivo(s). Nesse sentido, considerar-se-ão as percepções de mundo da puérpera, do aluno, da professora-mestranda, afim de alcançar os objetivos. E, uma vez validadas as percepções, o estresse será amenizado porque o processo de ação, reação e interação se concretizou.

4ª fase: Implementação (meios).

Atividades que visam a satisfação das metas, corresponde à fase prática do processo de enfermagem, a ação para resolução de problemas e alcance dos objetivos compartilhados. Para King (1981) este é o momento em que efetiva-se a transação a qual envolve troca mútua entre o cliente e o enfermeiro. Nesse trabalho, as transações ocorrerão entre aluno/puérpera/seus significantes/ professora-mestranda.

5ª fase: Avaliação.

Esta fase deverá retratar a positividade ou negatividade do processo de assistência. Será constatado o grau de alcance dos objetivos, ou seja, da ocorrência ou não das transações, é um processo contínuo que permeia todas as suas fases, como um pensar-repensar contínuo, que possibilita avaliar a eficácia do cuidado de enfermagem, fazendo ajustes à medida que forem necessários, no cotidiano da assistência.

O processo de avaliação, ao mesmo tempo, que avaliará o desempenho do aluno na disciplina materno-infantil I, irá servir também como objeto de avaliação do processo ensino-aprendizagem e da implementação do marco referencial dessa dissertação, o qual é o principal objetivo desse trabalho.

Embora, todos os conceitos da teoria apliquem-se ao longo do processo de enfermagem, a comunicação, a percepção, a interação e a transação são fundamentais a consecução das metas, e precisam estar claras em cada fase. King (1981) enfatiza a

importância da participação mútua na interação, que centraliza seu foco sobre as necessidades e o bem-estar do cliente, bem como da verificação das percepções, enquanto são executados juntos, o planejamento e as atividades para alcançarem as metas (King apud George et al., 1993).

King, apoia a abordagem do Registro de Enfermagem Orientado para a Meta (GONR) para o processo de enfermagem, adaptando-o do sistema preconizado por Laurence Weed, proposto em 1966 (Torres, 1986).

Concluindo, para King (1981) os componentes do processo de enfermagem são: **Ação → Reação → Interação → Transação**, conforme figura II, p. 60. O enfermeiro, com sua capacidade de percepção e com conhecimento científico sobre assistir em enfermagem, faz propostas e desencadeia ações, para as quais o cliente desenvolve reações. No processo de ação e reação acontecem a interação e a transação.

METODOLOGIA

CONTEXTO DO ESTUDO

Esse estudo foi desenvolvido na Universidade do Contestado, na maternidade de um hospital geral do município e no domicílio de mulheres vivenciando o período puerperal.

Universidade do Contestado – UnC

Local onde foi desenvolvido a primeira etapa desse estudo, localiza-se no planalto catarinense, na região denominada Contestado. A base física da Universidade, configura-se geograficamente em cinco unidades - Caçador, Concórdia, Canoinhas, Curitibanos e Mafra, além de sete núcleos universitários - Seara, Santa Cecília, Fraiburgo, Porto União, Rio Negrinho, Monte Carlo e Irani.

É uma Universidade de caráter regional e multi-campi, sua área de abrangência é de 34.716 quilômetros quadrados e compreende 54 municípios, com uma população de 850.000 habitantes, representando 14,63% do total de habitantes do Estado. Cada unidade universitária possui características regionais próprias e peculiaridades que são comuns à todos os campus da UnC.

A Universidade do Contestado, foi concebida a partir da união de cinco fundações criadas na década de 70 - Fundação Educacional do Alto Vale do Rio do Peixe - FEARPE, de Caçador; Fundação Educacional do Alto Uruguai Catarinense - FEAUC, de Concórdia; Fundação das Escolas do Planalto Norte Catarinense - FUNPLOC, de Canoinhas; Fundação do Planalto Central Catarinense - FEPLAC de Curitibanos e Fundação

Educacional do Norte Catarinense - FUNORTE, de Mafra, iniciou as tratativas com vistas ao seu reconhecimento como Universidade no ano de 1990, sendo que, através da Resolução 42/97/CEE/SC na data de 03/12/97, obteve seu credenciamento como Universidade. Atualmente, a UnC conta com 6.901 alunos de graduação, distribuídos em 25 cursos. A pós-graduação (Lato sensu) conta com 29 cursos em andamento, num total de 971 alunos matriculados.

O curso de enfermagem e obstetrícia, da Universidade do Contestado, criado em 1978, é ao lado de Ciências Biológicas, o curso mais antigo da UnC - Concórdia. Formou sua primeira turma em julho de 1981.

Atualmente o curso de Graduação da UnC - Concórdia tem quatro anos de duração e uma carga horária total de 3.660 horas, com uma entrada anual em março. Nos dois primeiros anos o curso funcionou em período noturno, passando depois a funcionar pela manhã e à noite. É oferecido em média 40 horas/aula semanais. As aulas teóricas e teórico-prática, são desenvolvidas no Campus da UnC e os estágios supervisionados das disciplinas práticas são oferecidas em clínicas, hospitais e postos de saúde, o que põe o aluno em contato com a sua realidade de atuação, garantindo um bom preparo para sua vida profissional. A área profissionalizante do curso, tem seu início no terceiro semestre curricular, através da disciplina de Introdução à Enfermagem.

Atualmente o corpo docente é composto por doze enfermeiras e catorze profissionais na área não profissionalizante. O corpo discente conta com cento e quarenta acadêmicos. O curso formou, nestes vinte e dois anos, trezentos e sessenta e um enfermeiros. Ao longo destes anos o curso tem se sobressaído pela qualidade de ensino que oferece e por sua linha de atuação. Forma enfermeiros generalistas, enfatizando cada vez mais os aspectos educativos e preventivos da saúde humana.

Maternidade

A maternidade que foi sede da segunda etapa desse estudo, faz parte de um hospital geral da cidade, o qual localiza-se no centro da mesma, com capacidade para 145 leitos, que atende clientes do município de Concórdia e de catorze municípios que compõem a microregião da AMAUC, o Hospital é hoje centro de referência também para outros municípios do Oeste e Meio-Oeste Catarinense. Possui unidade de internação em clínica

médica, cirúrgica; ala vip, pediátrica, centro obstétrico, centro de terapia intensiva pediátrica e adulta, além de centro cirúrgico, pronto socorro, banco de sangue, hemodiálise, central de esterilização, ala de diagnóstico, ultra som e raio x.

A maternidade, garante atendimento à mulher, desde sua triagem obstétrica até sua alta. Conta com uma equipe multiprofissional para atender à demanda composta por: uma enfermeira, treze auxiliares de enfermagem, nove obstetras, sete pediatras, cinco anestesiolegista, uma assistente social e uma nutricionista. Atuam também docentes e discentes do Curso de Enfermagem do Projeto Repensul. Segundo dados fornecidos pela enfermeira responsável pelo setor, nascem em média 110 crianças mensalmente.

Está situada no segundo andar do hospital, constituída pela unidade de triagem obstétrica, pré-parto, centro obstétrico e unidade de puerpério em sistema de alojamento conjunto. O ambiente para triagem obstétrica, engloba uma sala para exames e preparo para parto, anexa a esta está localizada a unidade de pré parto, onde a mulher permanece durante o período de trabalho de parto, a qual é constituída, por um ambiente único com cinco leitos, próximo a este está localizado o centro obstétrico composto por três salas, uma para parto horizontal e outras duas utilizadas conforme necessidade para cesariana, curetagem ou parto; também faz parte do centro uma sala aquecida para a assistência ao recém-nascido logo após o parto, além de vestiário e sanitário masculino e feminino.

A unidade de puerpério, recentemente reformada e decorada de forma muito agradável, é constituída de dez quartos, com vinte e um leitos, sendo três quartos semi-privativos com dois leitos cada, cinco apartamentos individuais e duas enfermarias com cinco leitos cada, no centro desta unidade, está localizado uma sala para banho e exames do recém nascido, também dispõe de outra sala para exames e consultas, além de posto de enfermagem, ambiente para preparo de medicamentos, rouparia, copa e expurgo.

Domicílio das Puérperas

Ao selecionar as mulheres que receberiam o acompanhamento domiciliar, os alunos tomavam o cuidado de escolher as que residiam no centro ou em bairros que não fossem muito distantes da cidade. Das mulheres acompanhadas, cinco residiam no centro da cidade, as demais nos bairros (Floresta, Santa Rita, Estados, Nova Brasília, Hermínio Tagliari, Vista Alegre, Santa Cruz, Nações e Catarina Fontana).

Autorização da Universidade e do Hospital

Como esta proposta de trabalho envolvia alunos matriculados numa disciplina da grade curricular do Curso de Graduação em enfermagem, devidamente já estruturado, esta proposta foi apresentada à Diretora Acadêmica do Campus de Concórdia, a fim de obter a autorização da mesma para sua implementação, a qual, após análise mostrou-se favorável (anexo I).

Quanto ao hospital foi solicitado consentimento para a realização do estudo através de um ofício e apresentação pessoal do projeto de Prática Assistencial ao Administrador do Hospital, à Gerência do Serviço de Enfermagem e a Enfermeira chefe da maternidade. Os quais após análise, mostraram-se plenamente favoráveis a sua implementação (anexoII).

Quanto aos alunos, foi apresentado os objetivos, a metodologia e realizado um convite para participarem desse processo, explicando benefícios e os aspectos éticos que norteariam o trabalho. Após esta conversa inicial, todos os alunos demonstraram interesse e concordaram com sua participação , assinando um termo de compromisso com o mesmo (anexo III).

Com relação as puérperas que receberam acompanhamento domiciliar, foi explicado os objetivos do trabalho e solicitado permissão para realização do mesmo através da assinatura de um termo de consentimento (anexo IV).

PARTICIPANTES

Participaram desse estudo os acadêmicos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade do Contestado, mulheres vivenciando o período puerperal, seus significantes e professora-mestranda.

Crítérios de Seleção dos Participantes

Dos acadêmicos – Que estivesse cursando a sexta fase do Curso de Graduação em Enfermagem, devidamente matriculado na Disciplina Materno Infantil I e que espontaneamente aceitasse participar do processo ensino-aprendizagem proposto. A escolha se deu em função de ser o grupo de alunos com quem eu teria maior contato no

semestre e por acreditar no seu potencial, além de ser a professora responsável pela disciplina Materno Infantil I. Apresento a seguir a caracterização dos mesmos.

Quadro I - Caracterização dos alunos, sujeitos principais desse estudo

Nome	Idade	Sexo	Estado civil
Adriana	23	F	S
Ana	23	F	S
Angela	20	F	S
Betânia	23	F	S
Camila	26	F	C
Carla	20	F	S
Carol	32	F	S
Cíntia	23	F	S
Cristina	33	F	S
Deinha	22	F	S
Denise	22	F	S
Joana	23	F	S
Julia	24	F	S
Júnior	27	M	C
Laura	36	F	C
Marina	37	F	C
Neusa	23	F	S
Paula	25	F	S
Rita	23	F	S
Rosa	22	F	C
Rose	22	F	S
Simone	22	F	S

Abreviaturas: F – Feminino M – Masculino S – Solteiro C – Casado. OBS.: Apesar dos alunos terem autorizado o uso de seus nomes reais optou-se por utilizar nomes fictícios em respeito a resolução 196/96, que trata de pesquisa envolvendo seres humanos.

As puérperas – mulheres puérperas internadas na unidade de puerpério, primíparas ou multíparas de parto normal ou cesárea, que fosse assistida pelo acadêmico participante desse estudo e que espontaneamente aceitasse participar do processo, após explicação verbal dos objetivos, garantia de sigilo e anonimato, e da possibilidade de declinar sua participação caso desejasse. Participaram do processo **sessenta e sete** puérperas no hospital, destas, **vinte e uma** com acompanhamento em seu domicílio.

Seus significantes – Aqui compreendidos o(s) recém-nascido(s) e acompanhantes, sendo considerado acompanhante a(s) pessoa(s) que estivessem presentes no local, ligada à puérpera por laços consangüíneos e/ou afetivos.

REGISTRO DOS DADOS

Foi humanamente impossível registrar tudo o que ocorria durante cada unidade de tempo de aula ou estágio, por isso lancei mão de várias técnicas e instrumentos de coleta de dados para assegurar o maior montante possível de informações. Dentre elas anotações de registros inicialmente em forma “telegráfica”, ou seja, anotações de palavras chaves. E assim que possível, de preferência no mesmo dia, fazia a descrição mais detalhada das observações e das falas. Utilizei também gravações em fita cassete dos encontros grupais e das visitas domiciliares, com posterior transcrição de seu conteúdo na íntegra. Anotações em um caderno denominado diário de campo, de minhas dúvidas, sentimentos, reações, erros e acertos, problemas, dificuldades e facilidades que surgiram durante esse processo.

Além disto, cada aluno diariamente fazia o registro por escrito de situações vivenciadas ou presenciadas que envolviam os principais conceitos do marco referencial, conforme anexo V. Os mesmos eram entregues no dia seguinte à professora-mestrada. Também cada aluno, realizou um processo de enfermagem com uma puérpera, baseado no processo de enfermagem de King, o qual foi entregue por escrito ao final da prática assistencial, à professora-mestrada também participou das visitas domiciliares onde, ampliava dados relevantes para a avaliação e conclusão do processo ensino-aprendizagem. As avaliações finais do processo ensino-aprendizagem também foram registradas por escrito, com base no anexo VI. No transcorrer do processo também foram feitas filmagens e fotos.

Como esta proposta envolveu uma variedade de métodos e técnicas de coleta de dados, os quais resultaram em muitas informações, as mesmas foram sendo analisadas e refletidas simultaneamente à sua coleta a fim de descobrir vazios e mudanças necessárias e oportunas ainda no transcorrer do processo. Como envolvia um grupo grande de alunos, cada qual com suas características e peculiaridades, o processo não se manteve estável, necessitando ajustamentos, os quais eram possíveis pela característica deste tipo de pesquisa.

ANÁLISE DOS DADOS

Para a análise dos dados desse estudo foram adotados os quatro processos genéricos de análise sugeridos por Morse, Field apud Trentini e Paim (1999) que constam de **Apreensão, síntese, teorização e recontextualização**.

Processo de Apreensão

Iniciou-se com a coleta de informações e pré análise, organizando e transcrevendo diariamente os dados que emergiam do instrumento de reflexão diária dos alunos (anexo V), realizando uma classificação preliminar dos mesmos, pois como o instrumento privilegiava os principais conceitos do marco referencial, retranscrevia-os em cadernos distintos para cada conceito. A análise das reflexões grupais foram retranscritas em caderno específico, assim como as avaliações finais do processo percorrido pelos alunos. Os processos de enfermagem realizados pelos acadêmicos passaram por uma pré leitura e breve análise nesta fase, bem como leituras e reflexões dos registros do meu diário de campo. Todos os dados foram mantidos em ordem cronológica.

Fase de Interpretação

Essa fase se comprometeu com os resultados do processo ensino-aprendizagem que incluiu o processo de síntese, teorização e transferência.

Processo de síntese

Essa fase compreendeu a leitura exaustiva e repetida dos dados, apreendendo as subjetividades, estruturas e associações das informações, tornando-as completamente familiares, além da uma análise intelectual que acompanhou esse momento classificando e quantificando os dados. Morse & Field apud Trentini e Paim (1999, p. 106) referem que “o pesquisador alcança a síntese quando domina completamente o tema da investigação, ou seja, quando memorizou o que realmente ocorreu no contexto estudado”.

Processo de Teorização

Nessa fase ocorreu uma inflexão sobre o material informativo na busca de valores, de seleção, de revisão e descarte através de um rigoroso trabalho intelectual, que segundo Morse e Field apud Trentini e Paim (1999, p. 107) “consiste em elevar as informações obtidas a alto nível de abstração”. Foi um momento que classifiquei a uma “dança” entre o concreto e o abstrato, no qual procurei relacionar os dados obtidos entre si e o retorno à literatura, na busca de subsídios para a reflexão e conclusão final do estudo.

Processo de Transferência

Nessa fase buscou-se identificar possibilidades e recontextualização desse processo para outras disciplinas do Curso de Graduação da UnC, além de socializar os resultados e a experiência vivenciado com a comunidade científica e a sociedade em geral

CARACTERIZAÇÃO DO ESTUDO

Caracterizo esse estudo como uma Pesquisa Convergente-Assistencial, método proposto por Trentini e Paim (1999, p. 26). Que definem “como aquela que mantém durante todo o processo uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social”. Identifiquei-me com este tipo de pesquisa porque desejava desenvolver um trabalho que considerasse as potencialidades de que dispunha na prática do meu exercício

profissional, com o intuito de implementá-lo juntamente as minhas atividades profissionais cotidianas, na busca de inovações e mudanças no meu fazer, tanto no ensino, quanto na assistência de enfermagem.

As autoras desse tipo de pesquisa referem que “... partimos da crença de que a prática da enfermagem, para acompanhar a acirrada evolução técnico-científica vigente no mundo, necessita estar em constante renovação e, para isso, deverá haver comprometimento principalmente daqueles profissionais que a vivenciam no seu cotidiano” (1999, p. 18).

Essa pesquisa contemplou em seu desenvolvimento o “pensar” e o “fazer”, o qual caracterizo a uma “dança” de aproximação, de distanciamento e de convergência com a prática, numa expressão de encontro da prática assistencial com a investigação científica e vice-versa.

Trentini e Paim (1999) apontam vários critérios a serem contemplados para atender aos requisitos de uma pesquisa Convergente-Assistencial, os quais foram atendidos nesse estudo como seguem:

- **Deve se propor a realizar mudanças e ou introduzir inovações no contexto da prática e/ou encontrar alternativas de soluções para problemas identificados na prática.** Neste sentido esta prática se propôs a realizar mudanças no ensino, propondo um novo modelo para a prática educativa no Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina Materno Infantil I e na assistência propondo um modelo mais humanizado, desenvolvendo habilidades e compromissos, nos que nela atuam e conseqüentemente uma melhor assistência aos que dela necessitam.

- **Tema de pesquisa deverá emergir da necessidade da prática, do contexto a ser pesquisado.** Tanto o ensino quanto a assistência tem sido guiada desde seus primórdios pelo modelo tradicional, biomédico, impessoal e fragmentado, o que a muito, tem se mostrado insuficiente e porque não dizer, ineficiente, não que não tenha seu valor, mas sozinho não tem conseguido atender as necessidades das pessoas. Esse fato tem gerado em mim, a algum tempo, certa inquietação ao continuar reproduzindo este modelo, o que me impulsionou na busca de uma nova forma de ensinar e assistir.

- **As necessidades deverão ser sentidas pelos indivíduos envolvidos na prática. Sejam eles profissionais ou usuários.** A partir de minhas vivências como mãe, professora e enfermeira, senti a necessidade de rever e inovar minha prática profissional, pois venho reproduzindo um modelo de ensino e assistência que tem primado pelos aspectos biológicos e técnicos em detrimento aos interativos e dialógicos, esquecendo-me que o ser que cuida e que é cuidado é um ser humano com sentimentos, valores, crenças, perspectivas, conhecimentos e necessidades, muito além do aspectos puramente biológicos que se tem privilegiado. Acredito que esta busca tem que partir de cada um, caso contrário este modelo continuará e as lacunas na assistência, também. Neste sentido busquei articular o ensino com a prática, intencionando cuidar-pesquisar como forma de estreitar relações entre o ensino a prática e a pesquisa, na busca de novas possibilidades.

- **Será desenvolvida no mesmo espaço físico e temporal da prática e pelos mesmos profissionais que desenvolvem atividades práticas naquele contexto.** Esta pesquisa foi desenvolvida no segundo semestre letivo, no transcorrer da disciplina curricular, Materno Infantil I, na Universidade do Contestado e na Maternidade do Hospital, local onde tradicionalmente as atividades de ensino teórico e prático se concretizam, no qual os alunos não assumiram apenas a condição de informantes, mas constituíram-se em sujeitos principais deste estudo.

- **Inclui atividades de cunho coletivo.** Na primeira etapa desta pesquisa o grupo constituiu-se nos vinte e dois alunos e professora mestranda, a partir da segunda etapa, foi realizado a divisão em pequenos grupos de cinco e seis alunos, constituição esta caracterizada por Trentini e Gonçalves (2000) como, “grupos convergentes” nos quais ocorria a articulação de atividades de pesquisa e de prática assistencial. o que propiciou que os encontros se transformassem em laboratórios de abstrações e reflexões que emergiam das situações vivenciadas. Isso permitia a solidificação e o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades necessárias, tanto pessoal como social e profissional. Para Trentini e Gonçalves (2000, p.11), “pequenos grupos convergentes consistem de técnica favorável para o trabalho coletivo vivo em ato a intencionalidade de produzir novos saberes de relações de vínculos com usuários da saúde entre si e entre estes e os profissionais”. As autoras citam que há um consenso entre vários autores como Gonzales (1997), Morgan (1993), Hartford (1983), Zimmerman e Osório (1997), de que o tamanho do grupo deverá ser pequeno o suficiente para que todos os participantes possam se conhecer

e se engajar em relações sociais. Apontam como ideal em torno de 8 a 10 integrantes, no entanto o tamanho do grupo pode ser determinado pelas características particulares que podem variar de acordo com a tipologia do grupo.

- **Inclui atividades de Assistência/cuidado e ou ensino-aprendizagem no processo de investigação, mas não se consubstancia como ato de assistir ou ensinar.** Com relação a este critério, esta pesquisa atendeu as atividades de ensino e de assistência, com a participação ativa dos alunos, sujeitos principais da mesma, no sentido de buscar mudanças e inovações, através de reflexões e abstrações da prática vivenciada na assistência direta à mulher no período puerperal, respaldada pelo referencial teórico, num ir e vir entre teoria e prática, prática-teoria, o que caracteriza este tipo de pesquisa.

- **Não se propõe a generalizações. Estabelece um inter-retroação com a prática assistencial e ou ensino.** Não tenho a pretensão de que esta pesquisa seja tomada como um modelo “único” para desenvolver a disciplina Materno Infantil, nos cursos de enfermagem, nem que seja adotado por outros cursos da Universidade, ou por outras escolas, mas sim para minha prática profissional na disciplina. Foi o meio que adotei para inovar, repensar e refazer o meu cotidiano, e que fez grande diferença no ensino e na assistência. Atendeu minhas inquietações enquanto professora-enfermeira ao possibilitar um cuidado humanizado ao aluno, sujeito principal deste estudo e a mulher no período puerperal, trazendo mais qualidade nas duas artes da enfermagem: ensinar/cuidar, cuidar/ensinar.

Com relação ao pesquisador/moderador principal, nesse tipo de pesquisa compete:

- **Assumir papel de provedor de assistência/cuidado e ou ensino durante o processo de coleta de informações.** Eu, como professora da disciplina, assumi o papel de provedora-facilitadora e catalisadora do processo de cuidado ao aluno, e este por extensão, à mulher no período puerperal. Socializei o referencial teórico, acompanhei a implementação do marco referencial, estimulei reflexões e abstrações, enfim, acompanhei passo a passo o andar deste processo. Minha familiaridade com o ensino e com a assistência à mulher, representou facilidade na condução desta pesquisa.

Com relação ao rigor científico, na obtenção, registro e análise das informações, primou-se pela honestidade, clareza, conhecimento e veracidade dos dados, com total transparência e fidelidade às interpretações das experiências vivenciadas. Descrevo com

detalhes o processo de obtenção e análise dos dados, assim como a trajetória percorrida na construção do processo ensino-aprendizagem, para a melhor compreensão possível da realidade vivenciada. Procurei fazer uma associação explícita entre a teoria e a prática através de abstrações da realidade. Vislumbrei as possíveis mudanças na prática assistencial e no ensino. Com relação aos aspectos éticos, atendeu-se a resolução nº196/96, sobre pesquisas envolvendo os seres humanos. Foi uma pesquisa que agregou todos os alunos matriculados na disciplina, além de estender-se às mulheres puérperas. Nesse sentido procurou-se preservar o anonimato dos participantes, atribuindo a cada um (aluno e puérpera) nome fictício. Quanto aos registros realizados (gravados ou escritos) todos tiveram o consentimento do(s) envolvido(s).

O PROCESSO DESENVOLVIDO

Esse processo caracterizou-se pela sua dinamicidade, flexibilidade, e interatividade que encorajou os seres envolvidos a buscarem os objetivos propostos. Sua implementação constituiu-se de um conjunto de ações desenvolvidas em **duas etapas distintas** que se complementaram e se interligaram constantemente, as quais, aqui serão apresentadas separadamente para facilitar a exposição e a compreensão do caminho percorrido.

Primeira etapa – correspondeu ao desenvolvimento de estratégias para a Socialização do Marco Referencial.

Segunda etapa – correspondeu ao acompanhamento na Implementação do Marco Referencial e a realização de abstrações e reflexões da aplicação do mesmo.

Para facilitar a compreensão apresento a seguir um quadro da operacionalização dessas duas etapas.

Quadro II - Representação esquemática da operacionalização do estudo

Etapa	Local	Sujeitos envolvidos	Denominação da etapa	Atividades
P R I M E I R A	Unc + Clube CPC	Alunos e Professora- mestranda	Socialização do referencial teórico	Estudo do referencial teórico: - Durante as aulas da disciplina Materno- Infantil I. - Em encontros extra curriculares.
S E G U N D A	Hospital (unidade de puerpério) + Domicílio das puérperas	Alunos, puérperas, seus significantes e professora- mestranda.	Implementação do referencial teórico	- Assistência direta à puérpera. - Descrição de um processo de enfermagem implementado durante assistência. - Reflexões diárias individuais (por escrito). - Reflexões grupais. - Acompanhamento domiciliar.

PRIMEIRA ETAPA - SOCIALIZAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL COM OS ALUNOS

Foi vivenciada com todos os acadêmicos em grupo, a qual ofereceu-lhes a oportunidade de conhecer, discutir e compartilhar de um processo de ensino-aprendizagem, com o objetivo de **socialização do marco referencial** proposto para esta prática assistencial, o qual ocorreu em dois momentos distinto.

Primeiro Momento - No primeiro dia de aula dos alunos do Curso de Graduação em Enfermagem, na disciplina Materno Infantil I, eu como responsável pela mesma,

lancei-lhes um grande desafio, o de compartilhar comigo de uma nova teoria e metodologia para conduzir a disciplina, disse-lhes que era meu desejo há anos experimentar um novo modelo no processo de educar-cuidar, cuidar-educar e que o fato de estar cursando o mestrado em “Assistência de Enfermagem”, impulsionava esta possibilidade a se tornar realidade.

Apresentei os objetivos, a metodologia e possíveis contribuições do estudo (pessoal e profissional). Assegurei a confidencialidade e o anonimato dos participantes, bem como a liberdade de recusa em participar, ou a retirada em qualquer fase do processo. Assegurando-os de que sua recusa não interferiria no processo de avaliação da disciplina.

Percebi durante estas colocações, olhares de curiosidade, interesse e motivação, o que levou-me a acreditar na possibilidade e iniciar o processo de socialização do marco referencial.

Nesse sentido no transcorrer das aulas teóricas da disciplina curricular Materno Infantil I, com carga horária de 60 horas, incluía e dava ênfase aos conceitos do marco referencial do estudo, inserindo-os nas falas de todos os conteúdos da disciplina, como por exemplo, ao trabalhar a unidade de pré-natal, primeiro, dava maior enfoque ao valor da comunicação como meio de inteirar-se com a gestante, no sentido de buscar um relacionamento terapêutico. Segundo, na necessidade de compreender que todas pessoas são seres que têm conhecimentos, experiências, crenças e valores que podem interferir no cuidado e terceiro, que a realidade do dia-a-dia da mulher interfere diretamente em suas possibilidades e necessidades e que a assistência deve ser planejada com a participação ativa da mulher e embasada na realidade vivenciada por cada gestante. Dessa forma fui permeando cada conteúdo da disciplina com os conceitos mais relevantes desse marco referencial, levando o aluno a familiarizar-se pouco a pouco com os mesmos, vislumbrando sua aplicabilidade no dia a dia do enfermeiro.

Procurei, utilizar técnicas de comunicação terapêutica, ouvindo reflexivamente os questionamentos e colocações de cada aluno, verbalizando interesse, permitindo expressão de sentimentos dentre outras, também criava situações que estimulavam a participação e a interação entre o grupo, questionando e incentivando a troca de informações em dupla ou em grupo.

O objetivo maior nesse primeiro momento foi dar conta do conteúdo curricular da disciplina e inserir indiretamente os conceitos do marco referencial, além de favorecer o estreitamento da nossa relação, criando vínculos afetivos e cognitivos que viessem facilitar nossa interação e conseqüentemente o alcance dos objetivos.

Segundo Momento - Concluídas, as 60 horas curriculares da disciplina Materno Infantil I, retornei a conversar com os acadêmicos, sobre a proposta do processo ensino-aprendizagem, convidando-os oficialmente para participarem do mesmo. Reforçando a não obrigatoriedade da participação. Como todos os acadêmicos demonstraram interesse e vontade de enfrentar esse desafio, firmamos nesse momento, um compromisso verbal e assinado com esse estudo, conforme anexo III.

Como não dispúnhamos de mais horas curriculares para este aprofundamento na arte de cuidar, definimos que faríamos encontros extra curriculares, para aprimoramento dos conhecimentos e entendimentos do marco referencial proposto, com o objetivo maior de colocá-lo em prática na etapa seguinte do processo e em sua vida profissional e pessoal.

O fato de termos que realizar encontros em horários extra curriculares para discutir um modelo de assistência mais humanizado, traz à tona uma questão muito importante: O que estamos priorizando no ensino? Se as sessenta horas oferecidas pela grade curricular da disciplina, mal deram para o cumprimento do plano curricular da mesma que tem seu enfoque voltado aos aspectos biológicos e técnicos em detrimento dos humanos e interativos?

Nesse intuito, no segundo momento de Socialização do marco, realizamos quatro encontros, os quais ocorreram no mês de setembro de 1999, no período da manhã, das 07:15' às 11:15', sendo ampliado por algum tempo de acordo com a necessidade e motivação dos acadêmicos. A princípio esses encontros seriam realizados no salão de festas do condomínio onde moro, mas nessa época, o mesmo estava passando por reformas (quebra de parede), o que impediu seu uso. Desejava um ambiente mais acolhedor, como não foi possível, optamos por realizar os primeiros encontros em uma sala da Universidade e os demais na sala de reuniões do Concórdia Piscina Clube.

Métodos e técnicas utilizados nessa primeira etapa

Ao iniciarmos os encontros extra-curriculares propriamente ditos, agradei a presença de todos e falei a eles, o quanto para mim era importante poder contar com cada um deles. Inicialmente apresentei oralmente um breve histórico da teórica, Imogene King, justificando o porquê da opção por esta teórica. Utilizando transparências, apresentei os pressupostos e conceitos **da teoria do Alcance dos objetivos de Imogene King**, os quais faziam parte do marco referencial que guiaria nossa trajetória .

Após esse momento, iniciamos um estudo aprofundado do **processo de enfermagem**, conforme proposto por King, e adaptado para este referencial detalhando cada fase do processo e a operacionalização de cada conceito. Para este estudo fiz uso de transparência e discussão em grupo. Apresentei aos alunos um **processo de operacionalização dos conceitos**, baseado em Nitschke (1991) o qual adaptei para esse estudo, no sentido de facilitar ao aluno e também a mim, a compreensão de cada conceito, referindo em cada um deles: os seus componentes; informações a serem obtidas associadas aos conceitos e técnicas de avaliação; conforme apresentado a seguir no quadro III.

Quadro III - Processo de operacionalização de cada conceito, baseado em Nietschke (1991).

CONCEITO	COMPONENTES DOS CONCEITOS	INFORMAÇÕES A SEREM OBTIDAS ASSOCIADAS AOS CONCEITOS	TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO
S E R H U M A N O	Sistema aberto, único, dinâmico, inconcluso, com habilidades para perceber, pensar, decidir, interagir, ser social, racional e que possui habilidades para comunicar, perceber, pensar, sentir, escolher e fixar objetivos.	Suas percepções, interações, necessidades e habilidades.	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal
P A P E L	Comportamento esperado daqueles que ocupam uma posição no sistema social	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Que papel é esperado da professora-mestranda aluno, puérpera. Que comportamento caracteriza cada um ▪ Assimilação do papel ▪ Presença de conflito em relação ao papel desempenhado 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal ▪ Visita domiciliar

Continuação do Quadro III...

I N T E R A Ç Ã O	E	C O M U N I C A Ç Ã O	<ul style="list-style-type: none"> ■ Processo de comunicação, verbal ou não, entre a pessoa e o ambiente e pessoa a pessoa. Na interação, os seres agem mutuamente – percebem → julgam → agem → interagem → compartilham, processo ímpar e progressivo, influência pelas percepções, crenças e valores de cada um dos envolvidos 	<p>Relações entre puérpera e seus significantes, aluno, professora-mestranda e equipe de saúde.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Comunicação verbal (o que é dito, quem diz, em que situação, em que tom) ■ Comunicação não verbal <ul style="list-style-type: none"> a) pelo contato físico (ocorre ou não, como ocorre, afago – carinho – beijo – abraço – aperto) <ul style="list-style-type: none"> - que partes são tocadas - em que situações ocorre - quanto à proximidade ao contato físico (distância, em que situações) - postura ao contato físico (em pé, sentada, deitada, relaxada, tensa) b) movimentos faciais: sorriso, choro, apatia, enrubescimento, trejeitos (em que situação, duração) c) movimentos com a cabeça: aceno, negação, afirmação, permissão (em que situação) <p><i>Quanto ao recém-nascido:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> a) choro: frequência, intensidade, situações, reações da mãe ao choro do recém-nascido. b) Quanto à pega e ao aleitamento c) Quanto ao olhar, movimentos faciais e postura já foram descritos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observação ■ Conversa informal ■ Consulta ao prontuário ■ Instrumento de avaliação (anexo IV)
P E R C E P Ç Ã O			<ul style="list-style-type: none"> ■ Representação que cada pessoa faz da realidade. ■ Única, universal e influencia as interações. ■ Pode ser modificada através da convivência. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Julgamentos ■ Relações ■ Ações ■ Comportamentos 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observação ■ Conversa informal
S E L F			Indivíduo tal como ele é conhecido por ele mesmo e como se define	<ul style="list-style-type: none"> ■ Como se define para si mesmo 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observação ■ Conversa informal
T R A N S A Ç Ã O			Processo de percepção, comunicação, interação que se concretiza quando os objetivos foram alcançados	<ul style="list-style-type: none"> ■ Definição do caminho a ser percorrido ■ Alcance de objetivos ■ Satisfação dos envolvidos ■ Qualidade da assistência ■ Estabelecimento mútuo de metas. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observação ■ Conversa informal ■ Instrumento de avaliação (anexo IV)
S A Ú D E			Experiência dinâmica que implica em ajustamentos contínuos aos estressores, para alcançar o máximo potencial para a vida diária	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aspectos biológicos da puérpera e do recém-nascido (sinais vitais, eliminação, nutrição, sono e repouso, oxigenação, circulação, aleitamento). ■ Aspectos sociais, espirituais e psicológicos. ■ Aspectos psicológicos do aluno. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Observação ■ Exame físico ■ Entrevista semi-estruturada ■ Prontuário

Continuação do Quadro III...

CONCEITO		COMPONENTES DOS CONCEITOS	INFORMAÇÕES A SEREM OBTIDAS ASSOCIADAS AOS CONCEITOS	TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO
ESTRESSE		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Estado transitório de desequilíbrio que pode conduzir os seres ao amadurecimento ▪ Agente estressor pode ser um estímulo físico, emocional, social ou espiritual que resulta em ameaça e que exceda a capacidade de resposta do ser humano 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Presença de choro, queixas de dor, apatia, ansiedade, dificuldades nas interações e na comunicação ▪ Diminuição na capacidade de tomar decisões e alcançar objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal ▪ Prontuário ▪ Exame físico ▪ Instrumento de avaliação (anexo IV)
AMBIENTE		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Sistema aberto, que permite troca de energia e informações entre os seres humanos ▪ Ambiente interno (ser humano com seu <i>self</i>, percepções, crenças e valores) ▪ Ambiente externo (ambiente hospitalar, o domicílio e a sociedade) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Interações ▪ Comunicações ▪ Condições do ambiente quanto a: temperatura, iluminação, ruídos, odores, umidade, equipamentos, móveis, localização e acesso 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal ▪ Prontuário
CRESCIMENTO		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudanças celulares moleculares e comportamentais ▪ Ajuda a mover-se no sentido da maturidade, é influenciado pelo ambiente, bagagem genética, experiência 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Mudanças de comportamento, participação, ▪ Capacidade para desempenhar funções nas situações ▪ Capacidade de percepção, julgamento e ação 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal ▪ Avaliação diária e final de estágio
ENFERMAGEM		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo de ação, reação, interação, aluno e puérpera compartilham informações e, através da comunicação propositada, identificam objetivos, meios e buscam o alcance dos mesmos ▪ Profissão com conhecimentos e habilidades para assistir à puérpera, RN e acompanhante 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como ocorre a interação, comunicação e o compartilhar entre aluno, puérpera e seus significantes ▪ Como e qual é a participação de cada um dos envolvidos ▪ Como as dificuldades estão sendo superadas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal ▪ Prontuário
IMAGEM CORPORAL		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Percepção do seu próprio corpo, dinâmica conforme as experiências e percepções que a pessoa experimenta no seus processo de viver. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Como se percebe ▪ Ações ▪ Comportamentos e falas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal

Continuação do Quadro III...

CONCEITO		COMPONENTES DOS CONCEITOS	INFORMAÇÕES A SEREM OBTIDAS ASSOCIADAS AOS CONCEITOS	TÉCNICAS DE AVALIAÇÃO
ORGANIZAÇÃO		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Seres humanos com papéis e posições prescritas que utilizam recursos para alcançar objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação ▪ Percepção 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal
AUTORIDADE		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Influência de uma pessoa em outra que reconhece, aceita e acata a autoridade 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Comportamentos ▪ Relações estabelecidas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal
PODER		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Força social que organiza e mantém as metas 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Participação ▪ Percepção ▪ Alcance dos objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal
STATUS		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Posição de uma pessoa dentro de um grupo 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Relações ▪ Ações 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal
TOMADA DE DECISÃO		<ul style="list-style-type: none"> ▪ Processo dinâmico e sistemático por meio do qual indivíduos fazem suas escolhas para o alcance dos objetivos 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Transações ▪ Comprometimento ▪ Ações ▪ Percepções 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Observação ▪ Conversa informal

Levando em consideração a grande quantidade de conteúdo teórico visto até este momento, senti necessidade de desenvolver alguma técnica que reforçasse e clarificasse os conhecimentos visto até agora, nesse sentido sugeri a elaboração de um processo de

enfermagem simulado, seguindo todas as fases do processo de enfermagem, conforme proposta de King e adaptado para este trabalho. Para isto criamos a história em conjunto, os dados sugeridos pelos alunos fui registrando na lousa, até estarmos com uma história elaborada. Após isto, a partir da história, cada aluno tentou fazer a seqüência das demais fases do processo de enfermagem. Após um período para cada aluno refletir sobre as mesmas, descrevemos os passos em conjunto, na lousa, discutindo os diversos pontos de vista que surgiram no decorrer de elaboração de cada fase.

Ao término da simulação de elaboração do processo de enfermagem, iniciamos um estudo sobre **Comunicação**, pois como George et al. (1993) referem que, embora todos os conceitos da teoria de King, apliquem-se ao longo do processo de enfermagem a comunicação é fundamental para a consecução de metas.

Para esse estudo, inicialmente solicitei aos alunos que escrevessem por 10 minutos, considerações que julgassem essenciais sobre comunicação. Após, fizemos uma reflexão sobre estas considerações e demonstrei-lhes, uma técnica que facilita escrever sobre qualquer assunto, que é, colocar no centro da folha o termo ou a idéia em questão e a partir dela, ir registrando pontos chaves relevantes sobre o mesmo, e só após isto, redigir em forma de texto. Essa técnica é conhecida como “mapa mental”. E assim fizemos com o termo comunicação. Cada um, colocando uma idéia ou um ponto que julgava relevante sobre o assunto, a partir disto, iniciamos um estudo teórico sobre a mesma, baseado em Stefanelli (1993), abordando os seguintes tópicos: processo de comunicação, elementos deste processo, funções e formas de comunicação. Apoiei-me em Stefanelli para aprofundar as questões da comunicação, pois nesse processo ensino aprendizagem foi considerado como um dos conceitos mais relevantes. Utilizei Stefanelli (1993) por encontrar similaridade entre as idéias de King e dela.

Inicialmente, com o uso de transparências, apresentei as barreiras comuns na comunicação, comunicação não terapêutica e técnicas de comunicação terapêutica, subdivididas em grupo de **expressão, clarificação e validação**.

Após um intervalo, dividimos o grande grupo em três grupos de alunos e sugeri que cada grupo planejasse uma forma prática de assimilar e demonstrar as técnicas de comunicação. Em consenso, optaram por dramatizarem as mesmas, ficando estabelecido que cada grupo apresentaria a dramatização de três técnicas terapêuticas de sua opção, e

que durante a apresentação de cada grupo, os demais deveriam identificar as técnicas utilizadas pelos dramatizadores. A professora-mestranda ficaria responsável pela premiação do grupo vencedor.

Foi um momento muito criativo e entusiasmado. Senti-me muito feliz em ver o empenho e seriedade que o estudo havia despertado nos alunos. Falavam, discutiam cenas e cenários. Estavam eufóricos, tanto que nem haviam percebido que o horário do encontro já havia terminado. Como a apresentação seria na manhã seguinte, ouvi-os combinando de se encontrarem novamente à noite, após o trabalho, no sótão do hospital para último ensaio das dramatizações.

Naquela manhã aconteceria o último encontro da primeira etapa, estava ansiosa, pois a partir desse momento, deveria aparecer mais nitidamente os resultados do trabalho realizado até aqui. Levantei às seis horas da manhã, preparei um lanche festivo e fui para o clube, ao chegar lá, dispus mesas e cadeiras de forma a facilitar as dramatizações. Aos poucos todos estavam presentes. Chegaram alegres, trazendo almofadas, pijama, camisola, chinelo, touca, maquiagem, roupas do centro obstétrico, aparelho de pressão, além de outros objetos para as dramatizações.

Antes de iniciarmos as dramatizações, solicitei aos alunos permissão para filmar e fotografar as mesmas, foram unânimes em aceitar e demonstraram interesse, pois assim, também poderiam fazer cópia como recordação dessa vivência. Relembramos também as regras de apresentação, ficando estabelecido que durante a apresentação de um grupo, os demais grupos expectadores deveriam identificar as técnicas de comunicação utilizadas pelos dramatizadores. Ao final, seriam premiados os que identificassem as técnicas reveladas em cada apresentação.

O **primeiro grupo** iniciou a apresentação: Encenaram a admissão, de uma mãe em uma unidade de pré parto, interpretada por uma aluna participante do estudo. A mãe foi ouvida, chamada pelo nome, avaliada suas queixas. Em pouco tempo seu “filho” nasceu, o mesmo foi colocado nos braços da mãe, permitindo-lhe expressar sentimentos. O “esposo”, que permaneceu no corredor do hospital, também foi atendido e convidado a conhecer o filho que acabara de nascer. Os alunos expectadores identificaram o uso das técnicas de: *Ouvir reflexivamente, verbalizar interesse, fazer perguntas e estimular expressão de sentimentos.*

Segundo grupo: Encenaram a conversa de uma enfermeira com uma cliente em um ambulatório de Doenças Sexualmente Transmissíveis. Procuraram demonstrar o valor de olhar nos olhos, de receber bem, enfermeira abrindo a porta, estendendo a mão para cumprimentá-la, demonstrando carinho e atenção. A cliente estava inicialmente muito nervosa, mas com o transcorrer da interação, demonstrou sentir-se mais segura e tranqüila, dizendo, inclusive, que traria sua mãe para a enfermeira conhecê-la e conversar com ela. Os alunos expectadores identificaram o uso das técnicas de comunicação tais como: *Verbalizar aceitação, interesse, ouvir reflexivamente permitindo expressão de sentimentos e preocupações e usar terapêuticamente o silêncio.*

Terceiro grupo: Encenaram atendimento a uma cliente internada em clínica médica, que desejava ardentemente ir para casa. A enfermeira ouviu a senhora, negociou a vinda do esposo para ficar com ela no hospital. Solicitou o esclarecimento de alguns termos desconhecidos que a cliente usava. E a fez refletir sobre uma alta precoce que havia solicitado em internação anterior e no que isso acarretou. A cliente convenceu-se de que deveria continuar no hospital até sua melhora. Com isso foi identificado o uso de *ouvir reflexivamente, verbalizar preocupação, devolver a pergunta feita pela paciente, solicitar o esclarecimento de termos incomuns e usar frases incompletas.*

Ao concluir as apresentações, os alunos estavam eufóricos, a alegria estampada em suas faces, muito descontraídos comentavam as cenas e técnicas que haviam utilizado. Foi realmente emocionante presenciar o envolvimento de todos, durante as encenações os expectadores conferiam as bibliografias, buscavam identificar as técnicas dramatizadas. Como todos identificaram, todos os grupos foram premiados.

Foi realmente um encontro muito produtivo, que serviu para consolidar conceitos e técnicas fundamentais para a implementação posterior do marco na prática assistencial. Constatei crescimento na relação aluno/professora-mestranda, valorização e a utilização de técnicas de comunicação, as quais facilitaram nossa interação e o alcance dos objetivos nessa etapa.

Exercitar as técnicas de comunicação através de dramatizações, foi a forma pela qual o grupo optou para melhor assimilação e fixação das mesmas. Isso possibilitou o desenvolvimento das habilidades no aluno para utilizar seus conhecimentos sobre comunicação, para ajudar a pessoa a enfrentar seus problemas, a conviver com os demais,

a ajustar-se ao que não pode ser mudado e a enfrentar os bloqueios rumo à auto-realização. Esta habilidade é definida por Stefanelli (1993), como **comunicação terapêutica**.

Após, baseada em Stefanelli (1993), utilizei-me de um baralho preconizado em seu livro: **comunicação com o paciente**: teoria e ensino, para mais uma reflexão sobre comunicação, para a qual entreguei a cada aluno uma carta que continha uma idéia sobre comunicação e solicitei aos que desejassem, lerem em voz alta e fazerem um comentário espontâneo sobre a mesma. Para propiciar esta reflexão, propus que ficássemos em círculo.

Apresento aqui alguns comentários emergidos dessa reflexão, não identificando o sujeito (acadêmico) envolvido:

“ouvir para mim é o principal”;

“a comunicação não verbal é muito importante, o toque às vezes é muito mais importante que mil palavras”;

“a conversa com o paciente é um momento único, que não se repete”;

“é um ato recíproco, envolve, não é apenas despejar informações”;

“o mais importante é a atenção na pessoa”;

“na maioria das vezes basta ouvir o paciente, ele está carente, inseguro; como aquela senhora do teatro”;

“ao estar com, não podemos demonstrar pressa, evitar muitas perguntas, devemos estimular o paciente falar”;

“a pior situação que vivi, foi em uma prova de enfermagem médica, eu precisava escrever e eu percebia que, o que o paciente queria e precisava era conversar e eu não podia, eu tinha pressa”;

“a forma como olhamos o paciente já é comunicação e o silêncio às vezes é a melhor coisa.”

A última atividade sobre comunicação tinha como objetivo refazer nosso mapa mental sobre a mesma, à semelhança do elaborado no primeiro dia de discussão, para desta forma, emergir do grupo um conceito de comunicação. Para isto coloquei no centro de uma folha grande, o termo **comunicação** e cada aluno dirigiu-se até ela e contribuiu com alguma idéia sobre a mesma. Como resultado final surgiu o conceito de comunicação desse grupo de alunos. O qual está apresentado a seguir nos resultados desse estudo.

Resultados e discussão dessa etapa

A primeira etapa foi concebida para ser o alicerce fundamental para o sucesso da segunda. Essa etapa causava-me preocupação desde o processo de sua elaboração teórica, pois como refere Waldow (1995), a capacidade para cuidar pode ser desenvolvida, despertada ou inibida, através da experiência educacional e pela presença ou ausência de modelos de cuidar cuidado.

Foi nessa etapa que ocorreu o despertar, o interesse, o conhecimento e o comprometimento do aluno com o processo ensino-aprendizagem, denominada **Socialização do Marco Referencial**.

Nesse momento da caminhada, já havíamos percorrido 60 horas/aula de trabalho indireto na socialização do marco referencial, através das aulas teóricas da disciplina Materno-Infantil I que fui permeando os assuntos da disciplina curricular com os conceitos do marco referencial desse estudo. E mais 15 horas/aula de estudo exclusivo do marco referencial proposto, com ênfase especial para os aspectos da comunicação e interação.

Ao finalizar teoricamente essa etapa, permito-me dizer que houve mudanças positivas no grupo de alunos. O fato de termos tido a oportunidade de vivenciar um processo de ensino aprendizagem com uma abordagem humanística, levou-nos a nos conhecer melhor e a vivenciarmos na prática os principais conceitos definidos e compreendidos na teoria. A interação, possibilitada pela ênfase dada à comunicação nesse processo, levou-nos a situações de transação, a constatar pelo maior envolvimento e participação dos alunos nas aulas, as quais tornaram-se mais produtivas, dinâmicas e descontraídas. Alunos considerados pelos colegas como “fechados” sugeriam, criavam e participavam, isso pude constatar na avaliação dos mesmos.

“Foram aulas descontraídas pela forma como foram ministradas, citando exemplos e situações do dia-a-dia. As dramatizações serviram para dar ênfase e nos auxiliar na fixação das técnicas de comunicação, bem como aplicá-las na vida profissional. A comunicação é de suma importância, pois é elemento básico na interação enfermeira-cliente, as aulas nos alertaram no sentido de valorizar a comunicação” Rita.

“Servirá para nossa prática diária para haver melhor relacionamento enfermeira-acadêmico-paciente, e com isto tentaremos alcançar os objetivos esperados. As aulas se tornaram mais dinâmicas e com isso houve uma melhor interação geral do grupo” Paula.

O surgimento de termos até então pouco familiares a eles, como processo interpessoal, compartilhar, interagir, alcance dos objetivos, comunicação não verbal entre outros, me forneciam indícios da familiarização e internalização pelos alunos de alguns conceitos.

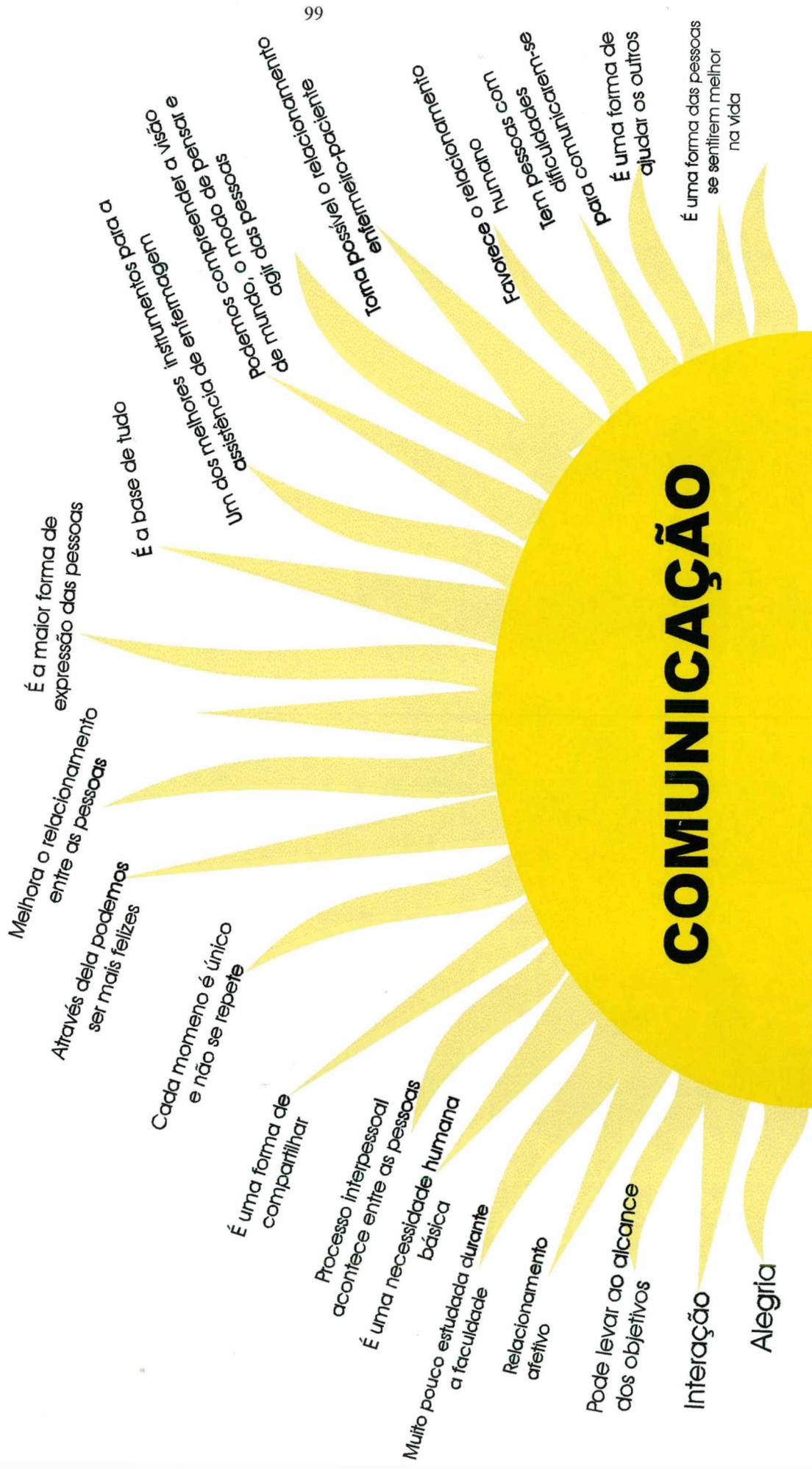
“Ontem lá em casa estávamos contratando o conjunto para nossa formatura, quando nos damos conta estávamos usando conceitos da nossa teoria, como compartilhar, interagir, comunicar-se”. Ana.

A presença de 100% dos alunos em todos os encontros extra-curriculares, também serviram para firmar minha percepção do comprometimento deles com o processo. A disponibilidade, o empenho e o desejo de crescer, conhecer e ser melhor, observado nos alunos provavelmente tenha sido a chave do sucesso alcançado até aqui.

“Foi muito bom, mostrando-nos uma maneira melhor de interagir com as pessoas, mostrou-nos a importância de ouvir e não apenas passar-lhes inúmeros cuidados, sem deixar que eles se expressem, se comuniquem. Deveria ter mais aulas para desenvolvermos mais essa preciosa técnica de comunicar-se, ouvir, pois a realidade hoje ainda é somente a prestação de cuidados. E isso pretendemos mudar quando conquistarmos nosso espaço no mercado de trabalho” Adriana.

Como a ênfase maior desse processo foi a comunicação como instrumento para o alcance dos objetivos, no último encontro, os alunos definiram o que era comunicação para eles, com base no referencial teórico desse estudo e em Stefanelli (1993). O produto desta definição está demonstrada a seguir:

Fig. III - Comunicação e suas características elaborada pelos alunos participantes deste trabalho



E para concluir essa etapa, solicitei aos alunos que em pequenos grupos realizassem uma avaliação por escrito da mesma, apontando pontos positivos, negativos e sugestões. Salientei a importância dessa avaliação pois a partir dela aconteceria a condução ou recondução do processo. Apresento aqui alguns dos apontamentos dos mesmos, não identificando nomes dos autores dos depoimentos, pois combinamos que não seria necessário a identificação dos mesmos, para que se sentissem a vontade para avaliar o processo desenvolvido até aqui.

“Todas as aulas foram boas e proveitosas, despertamos para a interação com as outras pessoas e na aprendizagem de saber ouvir e entender o próximo e não somente impor regras. Esperamos e acreditamos que seremos capazes de por toda essa aprendizagem em prática e teremos bons resultados. Como sugestão, esperamos que essas aulas entrem como disciplina para as fases anteriores”.

“Este período de aulas referente à interação e comunicação foi de grande importância para aperfeiçoar nossos conhecimentos, através deles poderemos melhorar nosso dia-a-dia.

“As aulas sobre comunicação foram produtivas, porém foram poucas. Aprendemos técnicas de como interagir com o paciente, proporcionando melhor atendimento, pois o nosso relacionamento anterior com o paciente era “debulhar” informações sem sequer saber se tinha condições ou se estava interessado em sabê-las. Como sugestão: maior carga horária e que desde fundamentos fosse ensinado estas técnicas”.

“As aulas permitiram maior interação com o grupo, nos possibilitou uma comunicação mais aberta e espontânea. Deveríamos ter tido estas aulas antes do estágio em fundamentos de enfermagem”.

A partir dessas colocações e pela condução do processo até aqui, concluí que os alunos estivessem preparados para o desafio da segunda etapa e que o cuidado humanizado dedicado a cada um dos participantes permitiu o início do desabrochar do potencial máximo de cada um. Busquei ampliar o foco de visão do aluno, que sem a rigidez tradicional, possibilitasse ao mesmo transcender, entrar em cena, unindo os conhecimentos científicos da profissão necessários para uma proposta interacionista alicerçada na humanização do ensino e da assistência.

Na busca por uma enfermagem mais humanizada, que vise a totalidade do ser humano, muitos enfermeiros como exemplo Camponogara (1999), Silva (1997), Stefanelli (1993), Cestari (1999), Saupe (1992) têm investido inúmeros esforços.

Camponogara (1999, p. 1), destaca que “o homem tem buscado outras formas de compreender a sua existência, aliando a racionalidade científica a uma visão mais

abrangente dele mesmo, onde se coloca em constante contato com sua própria natureza, e refere que este respaldo tem sido encontrado em novos paradigmas da Ciência, especialmente no holístico, no ecológico e no sistêmico”.

Nessa mesma linha de pensamento encontramos Waldow (1998, p. 55), destacando que “... reconhecidamente, existe uma tentativa de integrar uma abordagem holística na enfermagem, preconizando-se uma prática que vise a totalidade do ser humano. Contudo, o próprio ensino durante o processo de formação profissional da enfermagem caracteriza-se por ser de caráter dualista, enfatizando o ser objeto, doente, no qual as atividades profissionais desenvolvidas priorizam os procedimentos terapêuticos”. Portanto, o físico tendo precedência, bem como a tecnologia na prática de enfermagem. O processo de cuidar acaba sendo substituído por atividades terapêuticas que priorizam a cura. Se a divisão entre teoria e prática é percebida e reconhecida, por que as enfermeiras sucumbem aos modelos das organizações e não propõem um modelo de enfermagem que reflita aquilo que se pense ser adequado?

Com relação ao processo de cuidado, Silva (1997, p. 148-149) caracteriza-o como uma parceria entre dois ou mais seres, que tem como meta a cumplicidade crescente de expressão da consciência. O encontro de cuidado é entendido como um acontecimento relativo, singular e original que envolve seres com os mais diversificados padrões e ritmos de expressão da consciência. Neste encontro, o próprio ser do cuidador e do ser cuidado são partes integrantes do cuidado, sendo suas capacidades de expressão da consciência fundamental para a qualidade do cuidado.

A ênfase dada à comunicação nessa etapa, deve-se a sua importância. Como refere Stefanelli (1993) é por meio dela que a enfermeira pode relacionar-se com a pessoa doente, movendo-a da situação de dependência para a interdependência, tornando-a participante ativa no processo de vivência consciente de suas potencialidades e limitações, vislumbrando possibilidades de voltar a ser pessoa, ser feliz, ou seja, ser cidadão. Neste processo, quando iniciamos um estudo mais detalhado sobre comunicação, percebi o interesse que esta questão despertou. Comentavam que a comunicação é tudo na nossa profissão, que é através dela que todo o processo de assistência ocorre e no entanto nunca paramos para estudá-la.

Acredito que o aluno refira que nunca havia parado para estudar os processos comunicacionais, talvez porque não tenhamos dedicado momentos de estudo mais específicos e mais profundos, o que na verdade, ela exige pela sua importância e complexidade. Concordo com Bittes Júnior e Matheus (2000), ao referirem que a comunicação geralmente é enfocada desde o primeiro ano de graduação em enfermagem, direta ou indiretamente, em todas as disciplinas, quando falamos da comunicação como Instrumento Básico da orientação de pacientes portadores de qualquer patologia, nas orientações à saúde, no estabelecimento das relações interpessoais e de ajuda, ou na administração da assistência.

Diante dessa lacuna referida pelos alunos foi reforçada a necessidade citada por Bittes Júnior e Matheus (2000) na qual, para que o aluno possa desenvolver a habilidade de comunicar-se é preciso, além do conhecimento teórico a respeito da comunicação, experienciá-la, vivenciá-la, aprimorá-la e incorporá-la através da prática o que aprendeu na teoria sobre comunicação. Essa habilidade pode e deve-se desenvolver durante toda a vida, inclusive na profissional. Acredito que essa seja uma das grandes contribuições desse trabalho aos alunos.

Cestari (1999, p. 119) também refere que “a habilidade de comunicação envolve múltiplos aspectos, tanto cognitivos como afetivos, devendo ser objeto de reflexão em todas as atividades que envolvam o contato entre alunas e pacientes/clientes”. Ao mesmo tempo em que vão construindo um conhecimento que irá se constituir no conteúdo de sua comunicação com o paciente, as alunas precisam construir também, formas de comunicação que respeitem este paciente como sujeito de sua história.

Saupe (1992), já chamava a atenção para tomada de consciência da necessidade de conhecer outros aspectos, como a psicologia, a influência da cultura, crenças e mitos, a realidade vivenciada, a necessidade de participação dos envolvidos, não propondo ignorar ou abandonar os aspectos técnicos, pois são duas abordagens importantes e não podem ser trabalhadas de forma isolada. No entanto, pela minha vivência, percebo que a ênfase do ensino tem se voltado mais para os aspectos técnicos da profissão e que quando o aluno defronta-se com o dia-a-dia, na prática real, não sente-se preparado para trabalhar com o ser humano em toda sua dimensão. Acredito que, se os aspectos considerados por Saupe

(1992) fossem valorizados, diminuiríamos a dicotomia entre o que é apregoado em sala de aula e o vivenciado na prática.

Diante dessas colocações, fica demonstrado que, cada vez mais tem se tornado preocupação a busca dos enfermeiros por uma aproximação dos conhecimentos teóricos com a vivência da prática cotidiana. Conforme refere Cianciarullo (1994), com o passar dos anos, é cada vez maior o número de enfermeiros em todo o Brasil, que buscam trazer e levar, num ir e vir contínuo, da teoria à prática e da prática à teoria, os conceitos, os pressupostos, os princípios e os significados pertinentes a ciência da enfermagem.

Ressalto que é corrente o dizer popular, que a meu ver retrata muito bem a realidade vivenciada na profissão: “A prática é uma coisa, o que os livros dizem é outra”. Provavelmente, este dizer tem seu fundamento no dualismo entre o ideal apregoado na escola e o real vivenciado no dia-a-dia do cotidiano da assistência da enfermagem. Nesse sentido, todo o processo de socialização do marco conceitual procurou vivenciar a realidade e buscou retratar o ser humano em toda a sua dimensão, para que quando o alunos partissem para a implementação prática desse marco não se defrontassem com o dualismo entre o que foi visto em sala de aula e a realidade paupável vivenciada por eles.

Compartilho com Valverde (1997) a idéia de que são as sucessivas aproximações entre teoria e prática que nos levam a oferecer e compartilhar a práxis de nossos sonhos. Essa foi uma preocupação sempre presente, tendo como referência estudos como de Siqueira (1998) que questionando o ensino oferecido pela academia destaca que, na prática o enfermeiro precisa articular tudo o que recebeu de forma desarticulada e desintegrada em sala de aula, gerando muitos conflitos não apenas pessoal mas também profissional e institucional. Questiona também a forma como os conhecimentos são repassados aos alunos como prontos e acabados, sem entendimento das articulações e intercomplementariedades que são peculiares à eles. Destaca que esta situação ocorre pela forma fragmentada, sem continuidade e dissociada da realidade, levando o aluno a não reconhecê-la e não valorizá-la como importante para sua formação, uma vez que, apesar de afirmarem que a teoria e a prática são indissociáveis durante a formação acadêmica, nem sempre essa assertiva é verdadeira. Aponta um trabalho realizado com um grupo de enfermeiros egressos de um curso de graduação em enfermagem, no qual os mesmos

referem que as disciplinas são muito teorizadas e impregnadas de idealismo sem na maioria das vezes, contextualizar o concreto, o real.

Pereira apud Pereira e Galperim (1995) também realizaram um estudo que buscou entender a experiência vivida pelas enfermeiras recém-formadas e constataram que existe um hiato entre a escola e a prática, reforçada pela dificuldade de estabelecer integração entre o conhecimento teórico e as situações vivenciadas, as quais exigem uma aplicação rápida do conhecimento teórico acrescido do conhecimento prático ou pessoal.

Para Saupe (1992) o ponto de chegada a ser perseguido é a superação dessa realidade, é a compreensão de que é possível modificá-la, é a convicção de que o domínio dos conteúdos e sua reelaboração crítica caminha para a formação do profissional competente e consciente, que poderá exercer sua profissão, contribuindo para modificar os modelos vigentes na área da saúde.

Durante toda essa etapa, sempre procurei fazer aproximações constantes através das experiências que os alunos já haviam vivenciado e da minha própria vivência. Nesses momentos, buscávamos um ir e vir entre o que era novidade para eles e o que já conheciam, num exercício preliminar para a implementação prática da segunda etapa que já se vislumbrava.

SEGUNDA ETAPA - IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO REFERENCIAL PELOS ALUNOS NA ASSISTÊNCIA À MULHER VIVENCIANDO O PUERPÉRIO E SEUS SIGNIFICANTES

Essa etapa teve por objetivo, possibilitar ao aluno a implementação do marco referencial anteriormente socializado, na assistência à mulher no período puerperal e de fazer abstrações e reflexões sobre a aplicação do mesmo.

Os alunos nessa etapa foram divididos em quatro grupos, dois de seis e dois de cinco alunos. Divisão já estabelecida pelo curso em função de outros estágios que o aluno cumpre nessa fase. Nessa etapa, também foram incluídos outros participantes, além dos alunos e da professora-mestranda, **as puérperas e seu significantes.**

O início dessa etapa tão esperada foi um misto de desejo, ansiedade e preocupação, pois concomitante ao estágio curricular dos alunos, na disciplina Materno Infantil I, eu

tinha a responsabilidade de conciliar a ele, a implementação da minha prática assistencial, do curso de mestrado. Muitas indagações vinham a minha mente - Será que vou conseguir? Será que este marco se adapta a minha proposta de trabalho? Saberei conduzir o estágio de modo que alcance os objetivos propostos? Será que os alunos corresponderão as minhas expectativas?

A situação de simultaneamente assumir a condição de professora e aluna mestranda, exigiu-me muito cuidado e empenho para garantir qualidade nas duas situações (estágio curricular do aluno e minha prática assistencial como aluna mestranda), visando o alcance dos objetivos propostos. Como essa proposta de prática assistencial era nova tanto para mim quanto para os alunos, assumimos o compromisso da honestidade, da revisão constante do andamento e dos objetivos da proposta, cada um assumindo papel ativo no processo.

Essa etapa, teve início no dia 13 de setembro de 1999 e término em 05 de novembro de 1999, no horário das 06:45 às 11:15 da manhã. Foi vivenciada na maternidade do hospital, mas especificamente na unidade de puerpério e também em alguns domicílios das puérperas atendidas.

Cada grupo cumpriu 45 horas de estágio hospitalar, totalizando 180 horas de Prática Assistencial, mais as visitas domiciliares dos alunos e professora-mestranda às puérperas. Ao total prestamos assistência a sessenta e sete puérperas e seus recém nascidos, vinte e uma delas com acompanhamento domiciliar, as demais apenas durante sua internação na maternidade.

Durante todo o estágio da disciplina que compreendeu 90 horas por grupo (incluindo pré-natal, pré-parto, parto e puerpério), o aluno utilizou-se do marco referencial proposto nesse estudo. Mas, por questão didática e de interesse do estudo atual, foram objeto de análise e reflexão apenas as atividades desenvolvidas pelo aluno **na unidade de puerpério**.

No primeiro dia de estágio de cada grupo, após reconhecimento das unidades da maternidade, das normas e rotinas da mesma, realizávamos em grupo, uma revisão de cada conceito do marco referencial, deixando com cada aluno uma cópia do quadro de operacionalização dos conceitos, baseado em Nitschke, (1991), conforme quadro III (p. 89), com o intuito de facilitar a identificação dos conceitos, do que levantar em cada

conceito e como avaliar cada um deles. A partir desse primeiro dia, iniciávamos o estágio propriamente dito, colocando em prática o marco referencial elaborado para essa etapa, o qual havia sido socializado na etapa anterior.

Métodos e técnicas utilizados nessa segunda etapa

Essa etapa contemplou várias atividades que se interligaram e se complementaram constantemente. As quais constaram de:

1° – Reflexões diárias de cada aluno sobre situações vivenciadas ou presenciadas, que envolvesse os conceitos de interação, comunicação, transação, estresse, crescimento e desenvolvimento, emoções, sentimentos e reflexões ocorridas naquele período, as quais eram entregues à professora-mestranda por escrito no dia seguinte, guiadas por um roteiro conforme anexo V, desse estudo. Os relatos eram retranscritos diariamente em caderno específico pela professora-mestranda.

2° – Criamos um grupo de reflexão, que se reunia duas a três vezes por semana após as dez horas da manhã, no qual discutíamos as conquistas, possibilidades e dificuldades vivenciadas pelo grupo na implementação do marco referencial. Esses encontros eram gravados em fita cassete e após transcritos pela professora-mestranda em caderno específico desses encontros.

3° – Cada aluno realizou um processo de enfermagem, seguindo os passos definidos por King e adaptado para a assistência a puérpera, o qual foi entregue à professora mestranda por escrito ao final desse estudo. A operacionalização do processo de enfermagem nesse estudo deu-se conforme descrito na apresentação da teoria, a partir da p.69.

4° – Cada aluno realizou no mínimo duas visitas domiciliares à puérpera que escolheu para fazer o processo de enfermagem, e apresentou relatório por escrito das mesmas em anexo no processo. A professora-mestranda acompanhou pelo menos uma visita do aluno à cada puérpera, nas quais realizou registros gravados em fita cassete e após fez a transcrição dos mesmos para posterior análise.

5° – No último dia de estágio de cada grupo, individualmente, o aluno realizava por escrito uma avaliação do Processo Ensino-Aprendizagem realizado e da implementação do Marco Referencial elaborado para esse estudo, conforme anexo VI.

Resultados e discussão da segunda etapa

Estudar a teoria, seus pressupostos e conceitos passou a ser nosso cotidiano, pois realmente a vivenciamos em nossa experiência prática, a qual apresentarei neste capítulo através de uma descrição das várias atividades experienciadas que interligaram-se e complementaram-se constantemente. Opto por descrevê-las individualmente por acreditar que desta forma facilitarei a visualização e compreensão do caminho percorrido e dos resultados alcançados. Apresento-as na seguinte ordem: 1º **As reflexões individuais diárias dos alunos.** 2º **As reflexões grupais.** 3º **A operacionalização do processo de enfermagem pelos alunos.** 4º **O acompanhamento domiciliar.**

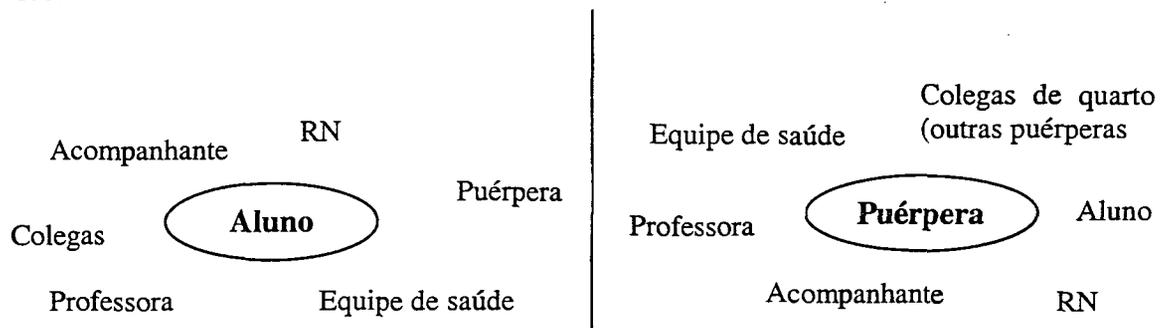
1ª Atividade

Reflexões diárias de cada aluno

As **reflexões diárias vivenciadas ou presenciadas pelo aluno no período da manhã**, conforme instrumento V da coleta de dados, privilegiou os principais conceitos da teoria, era preenchido diariamente pelo aluno e entregue para a professora mestrande no início da manhã seguinte. Esta atividade exigiu esforço adicional do aluno, pois necessitava o registro das situações vivenciadas, o que geralmente despendia de tempo extra estágio.

Apresento a seguir: cada questão do instrumento, seguida por um quadro categorizando as situações vivenciadas ou presenciadas pelos alunos, a qual consta a situação; o local; a frequência e os envolvidos. As situações foram enumeradas de um até o número de situações vivenciadas. Nos quadros apresento somente as mais relevantes para esse estudo; algumas falas de alunos relacionados a questão e por último apresento uma análise e comentários sobre cada uma das situações vivenciadas.

1 - Em que situação você vivenciou ou presenciou interação (processo de interação é perceber-julgar-agir, identificando em conjunto objetivos e meios para alcançá-los):



Descreva a(s) interação(ões) que houve entre cada um dos envolvidos.

Com relação ao conceito de interação identificados pelos alunos foram constatadas setenta e uma forma de situações em que ela ocorreu. Cada situação foi enumerada, as aqui representadas foram identificadas pelos alunos mais que seis vezes.

Quadro IV – Situações de interações identificadas pelos alunos.

Sit.	Local	Descrição da interação	Nº de identif	Envolv.
30	Q	Aluna e puérpera discutindo os cuidados com o RN	26	A/M
01	B	Mãe auxiliando no banho do RN	18	M/RN/A
43	Q	Mãe acariciando o RN	17	M/RN
34	Q	Aluna discutindo e trocando experiência com a puérpera	26	A/M
23	Q	Mãe e aluna interagindo enquanto a mãe amamenta	16	M/A
26	Q	Mãe interagindo com o RN durante o aleitamento materno	14	M/RN
27	Q	Mãe solicitando orientações sobre aleitamento materno	14	M/A
47	Q	Conversando sobre os cuidados com o coto umbilical e mamas	14	M/A

11	B	Aluna conversando com o RN durante o banho	10	A/RN
7	B	Aluna e puérpera conversando durante o banho	9	A/M
21	Q	Conversa entre pai, mãe e aluno	9	P/M/A
36	Q	Puérpera com o RN em seus braços	9	M/RN
41	P	Aluna e professora trocando idéias sobre interação	9	M/RN
12	B	Contato olho a olho aluna-RN (parecia que ele me entendia)	8	A/P
32	Q	Pais acariciaram o RN	8	M/PRN
38	Q	Puérpera e companheiras de Quarto interagem sobre cuidados com o RN	8	M/Comp. Quarto
40	Q	Ao amamentar, puérpera tocava na face do RN olhando-o	8	M/RN
22	Q	Aluna orientando a puérpera	7	A/M
2	B	Mãe acariciando a cabeça do RN	6	M/RN
3	B	Mãe conversando com o RN durante o banho	6	M/RN

Abreviaturas: Q = Quarto B = Sala de banho M = Mãe A= Aluno P = Professora RN = Recém nascido Acomp. = Acompanhante Sit = Número da situação (cada situação ao ser retranscrita pela professora mestranda foi enumerada conforme ia surgindo no transcórre do processo. Iniciei do um até o número de situações identificadas pelos alunos. Portanto nos quadros o primeiro item (Sit) indica apenas o número da situação na relação total delas).

Interação

O conceito de interação, ao lado do conceito de comunicação, foi o que aflorou explicitamente nesse trabalho. A inter-relação entre eles foi o marco norteador do processo ensino-aprendizagem proposto.

King (1981) inclui de modo explícito o conceito de comunicação e interação em sua teoria, destacando que em qualquer situação de enfermagem, o processo de interação se dá quando enfermeiro e cliente se comunicam, identificam problemas, estabelecem os objetivos e concordam com os meios para alcançá-los, considerando as necessidades,

percepções e experiências passadas, valores, crenças e objetivos de cada um. As interações aluno/puérpera, aluno/professora e aluno/seus significantes, não ocorreram de forma abstrata, mas de forma concreta; surgidas de situações reais. Tais como:

“Na hora do banho a puérpera me disse: Vamos lá Lú, hoje eu dou o banho e você vai me dar uma nota, acho que já sou capaz, inicialmente estava um pouco insegura, mas foi lindo, o pai acompanhou e dizia: Nossa! Amor você está de parabéns. Sabe professora os olhos dela brilhavam foi muito lindo! Eu apenas acompanhei, acho que foi uma grande conquista pois ontem ela apenas acompanhou, como cresceu”! Acadêmica Paula.

As interações aconteceram de forma gradativa, ato por ato, ação por ação, dia após dia na grande maioria dos casos.

“É professora, conquistar a confiança e interagir não é de uma hora para outra, por exemplo, se você me conhece hoje, como quer que eu te fale meus problemas, minhas dificuldades, meus desejos? Então nós com as mães também é assim, às vezes elas omitem por vergonha, desconfiança, ou por sentir-se inferior situações importantes que só vamos desvendando conforme vamos nos inteirando e demonstrando nosso real interesse e preocupação para com elas”. Acadêmica Ana.

“Hoje, eu conversei com uma mãe, durante o banho do recém-nascido a importância do toque, do olhar, do contato físico, acho que ela valorizou tanto, que quando entrei no quarto, ela estava acariciando e olhando tão profundamente para seu filho. Eles estavam “conversando”, foi uma cena tão linda, que não tive coragem de interromper, saí de fininho”. Acadêmica Joana.

O compartilhar e o interagir, na maioria das vezes significou ouvir, estimular, demonstrar, sugerir, falar e trocar, respeitando e incentivando suas escolhas, sem contudo permitir que situações de risco ou inadequadas fossem mantidas. Quando surgiam situações dessa natureza, em conjunto (aluno, puérpera e professora) faziam uma reflexão na busca de alternativas possíveis para a melhor solução.

“Para curar fissura da mama, deve-se usar o leite do mamão verde, que é, o melhor remédio”. Puérpera Cleusa.

“Para ter bastante leite, tem que tomar bastante chá e se alimentar bem. Eu sempre fiz assim e dá certo”. Puérpera Maria.

“Olha como ele se aconchega bem no meu seio”. Puérpera Terezinha.

“Inteiramos mais no momento do banho, mesmo mostrando insegurança, a mãe perguntou bastante e no final participou colocando as roupinhas”. Acadêmica Cíntia.

O momento do banho do recém-nascido, quando as mães eram incentivadas a acompanhar e participar, foi reconhecido pelos alunos como o momento em que a interação realmente ocorria. Muitas vezes a mãe imaginava que nunca iria participar do banho e no entanto era ela quem realmente dava o banho, ou pelo menos, participava tirando e colocando as roupas do bebê, ou consolando seu filho. Assistiam o exame físico do recém-nascido, fotografavam, perguntavam, acariciavam, admiravam o corpo do bebê por inteiro; acompanhavam ou faziam a troca do curativo do coto umbilical. O fato de outras mães estarem participando, estimulava-as a também participar. O momento do banho foi reconhecido pelos alunos, como o momento mais valioso do período da manhã. Os mesmos curtiam, compartilhavam e sentiam-se importantes.

“A puérpera que eu cuidei só tinha 14 anos, ao acompanhar o banho, disse que tinha receio de tocar no recém-nascido, quando tirei a roupa dele, ficou admirada com o tamanho, incentivei que tocasse e acariciasse, ao final, foi ela que vestiu”. Acadêmica Simone.

“Ao realizarmos a ordenha, o pai aproximou-se e ofereceu-se para tentar fazer, no início meio desajeitado, com medo de machucar, logo pegou o jeito, foi um momento lindo de interação pai-mãe-aluna e professora”. Acadêmica Paula.

“Professora, fiquei emocionada, quando o acompanhante chorou de emoção ao auxiliar no banho e troca de roupas do recém nascido”. Acadêmica Marina.

O ambiente foi visto pelos alunos como um fator que influi na qualidade da interação. Faria (1998), refere que o ambiente, lugar ou espaço físico onde ocorrem as relações é um elemento importante a ser considerado, pois tem influência direta no processo comunicacional. O ambiente onde as ações de saúde ocorrem, intervem no êxito ou no fracasso de uma boa comunicação e interação. Quando não é adequado, a relação pode apresentar-se ineficaz.

Stefanelli (1993), também afirma que, o ambiente pode atuar como um fator determinante de certos tipos de resposta. Inclui no contexto do ambiente pessoas, tempo, espaço, local, mobiliário, iluminação, aeração, temperatura e ruídos. As pessoas tendem a sentir segurança em ambiente conhecido e insegurança face ao desconhecido.

“No início, eu me senti perdida, não conhecia a clínica direito, levei um tempo para conseguir me soltar e iniciar uma interação”. Acadêmica Neusa.

“Professora, eu planejava na visita domiciliar, dar banho no recém nascido, até como uma forma de examiná-lo e reforçar para a mãe, a necessidade dos cuidados, mas o cômodo do quarto era tão pequeno, que se eu ficava, a puérpera

tinha que sair, foi muito complicado, sem falar nas condições de pobreza e higiene da casa e dos filhos. Nada saiu como planejei”. Acadêmica Angela.

“Eu me senti insegura, passei por momentos de estresse no banho do RN, tinha muitas pessoas no mesmo ambiente”. Acadêmica Paula.

“Ao iniciar a interação, a enfermaria estava muito tumultuada, tinha muitas pessoas no quarto, tive dificuldade de conversar espontaneamente com a puérpera e sentia que ela também não estava se sentindo bem naquele ambiente”. Acadêmica Juliane.

“Ontem fui fazer a primeira visita domiciliar para a puérpera que estou acompanhando. Não foi como eu esperava, pois fui pensando que chegaria lá e eu e ela iríamos sentar à mesa e conversar, compartilhar, foi muito diferente do que eu pensava, aproveitei o que deu, mais não foi como eu esperava”. Acadêmica Ana.

O planejamento e execução de nossas atividades diárias envolveram sempre certo grau de imprevisibilidade, pois ao lidar com seres humanos muitos acontecimentos e situações imprevisíveis podem ocorrer. Estas situações imprevisíveis são mais frequentes tratando-se de recém-mães, famílias recém-reestruturadas, novos papéis, novas situações, o que muitas vezes interferiu nos objetivos inicialmente propostos, mas isso foi considerado como parte integrante da aprendizagem do aluno, já que esta proposta, primou pelo contexto real das situações.

Nesse estudo, o aluno foi visto como um ser humano em toda a sua dimensão (biológica, psicológica, emocional, social e política). Nesse sentido, houve a oportunidade de expressar seus sentimentos, suas emoções, certezas e dúvidas. Considerando que qualquer um desses sentimentos podem interferir na interação, apresento algumas situações pessoais que foram vivenciadas pelos alunos.

“Hoje não estou bem, meu aparelho ortodontico está doendo, estou com aftas e não estou disposta a conversar”. Acadêmica Deinha.

“Hoje não foi legal, não conseguia me comunicar é como se alguma coisa me impedisse de falar, uma tristeza, uma angústia. Me sentia melhor ouvindo ela falar”. Acadêmica Adriana.

Neste sentido, ao aluno foi proporcionado a oportunidade de comunicar-se mais, ouvir e ser ouvido, observar e ser observado, entender e ser entendido e especialmente colocar-se no lugar do outro, princípio primeiro para que ocorra a interação.

“Nos outros estágios o cliente não colocava suas idéias, orientávamos coisas fora da realidade dele, não parávamos para ouvir o que ele sentia ou tinha vontade de

falar, não criava laços de amizade e interação. Se fazia era de forma automática, para satisfazer a professora que iria nos avaliar, pouco nos preocupávamos com o paciente. Com esta nova metodologia, consegui me inteirar, parar para ouvir a mãe que estava assistindo para que esta pudesse expor suas idéias e dúvidas, foi muito bom e diferente”. Acadêmica Edimara.

“Esta forma de assistir foi inovadora, sugiro que seja dada também aos colegas que estão vindo. Hoje, percebo quanta coisa deixamos de fazer pelos pacientes, eu achava que apenas a assistência bastava, deixava de lado o principal “o humanismo” e a interação não percebia que cada pessoa é uma, diferente da outra, eu acredito que a assistência de enfermagem seria mais voltada para a humanização, se todos se adequassem à teoria da King. Valeu muito”. Acadêmica Paula.

O pouco tempo de permanência da mãe na unidade de internação, em algumas situações, foi citado pelos alunos como fator que dificultou ou impediu a interação.

“Não posso avaliar se ocorreu interação e transação, identificamos problemas, julgamos, mas se realmente interagimos seria necessário acompanhar um pouco mais a puérpera”. Acadêmica Joana.

“A paciente demonstra cansaço físico e pouca disposição para conversar, não sei se atribuo ao parto, que ocorreu a pouco tempo, ou se nossa interação ainda não se estabeleceu”. Acadêmica Camila.

“Conseguimos interagir mais porque acompanhei a mãe desde o pré-parto, em sua admissão interagimos mais, percebi que ela se sentia segura, crescemos juntas, foi muito interessante”. Acadêmica Ana.

“A interação é dificultada porque no primeiro dia a mãe interna e geralmente tem o filho, no segundo está com dor, principalmente se for cesárea, no terceiro está sonolenta porque não descansou à noite e com a alta prescrita, o que mais quer é ir embora”. Acadêmica Denise.

Refletindo sobre os depoimentos dos alunos e o percorrer do processo, verifica-se que quando são incentivados a enfrentar os desafios, adquirem mais segurança quanto ao seu saber, seu fazer e suas possibilidades. O compartilhar entre os envolvidos permitiu maior conhecimento e compreensão da situação, reflexão e tomada de decisões compartilhadas, respeitando crenças, saberes e práticas. As ações entendidas como necessárias e possíveis para aquele momento foram estimuladas e possibilitadas pela interação entre os envolvidos.

Acredito que estas conquistas foram possíveis pela disposição que os alunos demonstraram em ousar, quebrar as amarras do paradigma cartesiano e buscar novas possibilidades.

“Foi uma forma diferente de cuidar, no início achei difícil, acredito que foi porque estava habituada ao modelo biomédico. Hoje percebo a diferença. É uma pena que passa tão rápido”. Acadêmica Rita.

“O empenho do grupo deve-se à professora que inteirou-se conosco e a gente se sentiu parte do processo”. Acadêmico Júnior.

“Cresci em todos os sentidos”. Acadêmica Simone.

2 - Houve situação de transação (definem o caminho a ser percorrido pelos envolvidos, ocorre dentro de um processo de percepção, comunicação e interação entre puérpera-aluno-professora-mestranda-seus significantes, e se concretiza quando os objetivos traçados por ambos forem alcançados. Foi identificado pelos alunos cinquenta e quatro situações de transações as aqui listadas ocorrerem mais de três vezes.

Quadro V - Ocorrência do alcance do(s) objetivo(s). (transações)

Sit.	Local	Descrição da transação	Nº de identif.
22	Q	Quando aluna e puérpera conversaram e decidiram pelo não uso de faixa no umbigo	10
35	Q	Quando estabelecemos os cuidados para prevenção de fissuras	8
31	Q	Quando conversamos sobre o aleitamento materno com a mãe	7
02	B	Quando a mãe participou dos cuidados com o RN	4
05	B	Quando a mãe tirou as roupas e vestiu o RN	4
07	B	Quando a mãe deu o banho no RN	4
29	B	Quando conversamos com a mãe sobre os cuidados com o coto umbilical	4
4	B	Quando os pais trocaram o curativo do coto e deram banho no RN sozinhos	3
30	Q	Quando conversamos sobre a alimentação da mãe no pós-parto	3

Transação

Esse conceito foi o que exigiu maior estudo e reflexões constantes. King (1981) classifica-o como o momento chave e crítico no processo de assistência. É um passo além da interação que busca mutuamente estabelecer os objetivos e meios para melhorar a qualidade da assistência prestada. Não foi fácil abandonar o modelo tecnicista, biologicista e fragmentado, impregnado no nosso cotidiano. Partir para um modelo que busca atender o ser humano em todas as suas dimensões, percebendo-o como sujeito do processo, exigiu de cada um muita disponibilidade e “policimento” contínuo para evitar “recaídas” ao modelo biomédico.

A própria puérpera, habituada a situação de passividade, às vezes, demorava para entender que tinha direito a opinar, participar, decidir, aceitar ou não o cuidado, enfim de estabelecer em conjunto os objetivos e meios para atender suas necessidades. Foi um processo de conquista que em muitas situações envolveu barganha, mudanças e negociações. Ainda mais considerando que o puerpério, também conhecido como “pós parto” é um período impregnado de tabus, crenças e hábitos que se revelam em cada mulher. Mas, o aluno com muito empenho e dedicação estabeleceu muitas situações de transação, identificadas principalmente durante o banho do recém-nascido.

“Demos o banho juntas e ao mesmo tempo, elaboramos o plano de alta o pai também participou, foi uma relação muito bonita”. Acadêmica Laura.

“Hoje sim percebi transação no banho do recém-nascido. O pai e a mãe quiseram trocar o curativo do coto sozinhos acariciaram muito o corpinho do bebê, foi muito gratificante vê-los tão envolvidos, dava emoção, e também após amamentar fizeram a ordenha do resto do leite, conforme demonstrei no dia anterior”. Acadêmica Joana.

“Professora, o marido da Julia improvisou uma campânula para aplicar calor na mama em casa, devido as fissuras”. Acadêmica Ana.

A acadêmica Paula disse: “A Ana realmente conseguiu interação e transação. O marido chegou a fazer uma improvisação da campânula. Ele realmente inteirou-se com ela. Acadêmica Paula.

“Transamos ao identificar o engurgitamento mamário e realizamos a ordenha, alcançando o objetivo de aliviar o engurgitamento”. Acadêmica Marina.

“Inicialmente a puérpera não estava muito motivada a participar do banho, referia medo. Pouco a pouco, foi sentindo-se envolvida e acabou ela mesma dando o banho. Expressava alegria, seus olhos brilhavam. Também na hora de

amamentar solicitou que eu avaliasse a pega, se estava ou não correta, isto para mim é transação". Acadêmica Cíntia e Marina.

"Tenho a impressão que transamos em relação ao uso da faixa, veremos nas visitas". Acadêmica Adriana.

"Estou deixando a maternidade, mas estou indo tranqüila, participei de muita coisa e sei que tenho você e a professora como meus anjos...". Puérpera Deinha.

"Ofereci o infra-vermelho para as fissuras que em sua mama estão começando. Demonstrou grande interesse e a partir dali iniciamos as sessões". Acadêmica Carol.

O pouco tempo de permanência da mulher na maternidade, foi apontado como uma das dificuldades para alcançar a transação, a qual, foi confirmada ou desconfirmada com a visita domiciliar.

"Acredito que só será possível avaliar se ocorreu transação ou não, na visita domiciliar, aqui foi por pouco tempo". Acadêmico Júnior e Camila.

"A transação poderá ser melhor observada quando for visitá-la, aí sim poderei falar se houve ou não". Acadêmica Rita.

Concluo que nem o aluno, nem a mãe estavam habituados a situação de em comum acordo estabelecer o que fazer e como fazer. Foi uma busca constante que se traduziu na conquista de algumas transações, mas que nos fez perceber que estamos apenas principiando em direção às decisões compartilhadas.

3 - Nesta manhã, que situações você identificou como desconfortáveis ou de dificuldade que tenha envolvido a puérpera, seus significantes, seus colegas, equipe de saúde, professora e especialmente você? (Todos os fatores, ações, e comportamentos que deixam os envolvidos em dúvida ou desconforto). Foram identificadas 45 situações de estresse pelos alunos.

Quadro VI - Situações de estresse manifestadas pelos participantes.

Sit.	Local	Situação de estresse	Freq. (%)
6	Q	Hipotensão que a paciente apresentou ao levantar	8,8
8	Q,B	Quando a mãe permanecia distante, não se interava	8,8

2	Q	Nos momentos que a puérpera não conseguia amamentar, fiquei em dúvida se estava fazendo tudo por eles	6,6
9	Q	Dificuldade para começar a interação	6,6
16	B	Quando tive que aguardar o pediatra passar no quarto para só após trazer a mãe para participar do banho; isso me angustiou	6,6
24	Q	Quando a mãe não interagia com o RN	6,6
01	Q	Me senti estressada ao atender uma mãe de alto nível sócio-econômico e cultural	6,6
12	Q	Quando após a alta médica e chegada do esposo, o que a puérpera manifestava era desejo de ir embora e eu desejava maior interação	4,4
23	B	No banho do Rn, quando a mãe não demonstrou interesse	4,4
28	Q	Quando a mãe não quis sair do leito alegando orientação médica	4,4
34	P	Quando a escriturária falou que eu havia evoluído em pasta trocada	4,4
42	B	Me senti incapaz de dar banho no Rn	4,4

Estresse

A experiência vivenciada na mudança sistemática de uma abordagem orgânica e biologicista, para uma abordagem humanística, permitiu aflorar e refletir sobre os inúmeros fatores estressores que afetaram os envolvidos, no transcorrer do cuidado.

Todas as situações de estresse vivenciadas ou presenciadas pelos alunos foram discutidas e refletidas em grupo, pois apesar da motivação e disposição deles, esta prática envolvia vários fatores e situações desconhecidos para os mesmos, uma vez que a clínica, a disciplina, a teoria e a metodologia eram novidades para todos. Para as puérperas, na maioria das vezes não foi diferente, mesmo para aquelas que estavam sendo mãe pela segunda, terceira... ou oitava vez. Cada experiência foi vivenciada de forma diferente e nova, portanto com certo grau de estresse envolvido.

Percebia que para o aluno as situações mais estressantes não eram as situações de cuidado físico em si, mas sim as dificuldades no estabelecimento de relacionamentos interpessoais, como:

“Estou decepcionada, não consigo me inteirar”. Acadêmica Carol.

“Senti estresse quando não obtive êxito ao tentar inteirar-me, por exemplo, tentei estabelecer uma conversa com a mãe e ela só respondia com monossílabos, isto foi gerando uma ansiedade em mim, que saí do aposento”. Acadêmica Rose.

“Saí frustrada, não consegui interagir como esperava, talvez por ser meio tímida, gostei do processo, melhorei minha relação, mas não estou satisfeita”. Acadêmica Camila.

“No início foi difícil habituar-me a escutar a mãe”. Acadêmica Neusa e Cíntia.

Camponogara (1999, p. 55) escreve,

não quero defender a idéia de que o educador deva ser um psicológico ou um “super protetor”, mas assim como dizemos aos acadêmicos que o cuidado de enfermagem deve envolver o conhecimento sobre a história de vida dos clientes, seus sentimentos, igualmente, a verdadeira educação para o cuidado, deve permitir o conhecimento sobre os sentimentos e circunstâncias em que se encontra o acadêmico. Ouso afirmar que assim como a educação faz parte do cuidado, também o cuidado faz parte da educação.

Estou em acordo com a autora, pois no meu entender, o cuidado percorre um sistema em cascatas, no qual se o aluno estiver bem, automaticamente cuidará bem ou vice versa.

“Consegui boa interação, mas estou um pouco ansiosa, pois este final de semana vou trabalhar muito devido ao feriado e não vou ver meu namorado. Estou com saudades da minha família, faz tempo que não os vejo e gostaria de comer a comida da mãe neste fim de semana e um pouco de colo, também iria bem” Acadêmica Adriana.

Nesse depoimento percebe-se que o processo ensino-aprendizagem humanístico, permitiu desvelar outras faces desse ser humano que é o aluno, como: seu “eu”; seus desejos; saudades e carências.

“Professora hoje fiquei chateada, quando achei que havia transado em relação ao uso da faixa, de repente uma companheira de quarto disse que não havia enfaixado e sua filha ficou rendida e que agora tinha que operar. A mãe imediatamente disse: Ah! Então vou usar, não quero nem saber. Neste momento me vi sem forças para argumentar, me senti derrotada”. Acadêmica Denise.

“Quando a paciente recebeu alta e seu esposo chegou, ela ficou impaciente e queria ir embora e eu tinha intenção de ainda inteirar-me mais com ela e ela não estava mais disponível, isto me frustrou”. Acadêmica Carla e Cíntia.

A situação acima, que envolve o plano de alta, é um assunto que já analiso há bastante tempo. É freqüente observar que no momento da alta, as pacientes focam suas atenções para a saída do hospital e o retorno ao lar, e como conseqüência, geralmente perdem o interesse para interagir com os profissionais da saúde. Diante disso, recomendo que as ações dos profissionais da saúde referentes ao momento da alta, sejam executadas com antecedência e não deixadas para o momento em que a paciente sai do hospital. Encontramos outras situações tais como:

“Não me senti bem atender uma acadêmica da 8ª fase de enfermagem, me inibia”. Acadêmica Júlia..

Com relação a este sentimento encontro um depoimento da Acadêmica Carol que diz:

“Me senti um pouco limitada pelo nível social e cultural da minha cliente; aí refleti que geralmente nos sentimos mais a vontade quando podemos olhar as pessoas de cima, ou nos sentindo superiores, isso nos leva a pensar, sobre o motivo pelo qual a maioria das clientes ficam inibidas com nossa presença e preferem não falar muito, o que dificulta a interação e conseqüentemente a transação”. Acadêmica Carol.

Percebo que essa consideração da aluna, denota um processo de reflexão, amadurecimento e crescimento enquanto pessoa e profissional. Esse desabrochar para a sensibilidade e subjetividade estava tornando-se cada vez mais evidente, permitindo uma revisão de valores e reformulação de condutas. Outras situações de estresse listada pelos alunos foram:

“Fico chateada pela situação de submissão da enfermagem em relação aos pediatras e obstetras; acho que não pode ser assim”. Acadêmica Laura e Carol.

“Sentia dificuldade em pôr no papel tudo o que era vivenciado, pois não temos o hábito de escrever”. Acadêmica Deinha.

As situações de estresse vivenciadas pelas mães, também eram identificadas e trabalhadas em conjunto. O puerpério mostrou-se como um período permeado de

sentimentos de alegria, emoções e também de ansiedade e insegurança, os quais foram mais identificados em casa nas visitas domiciliares. Isto podemos perceber no depoimento da acadêmica Carol.

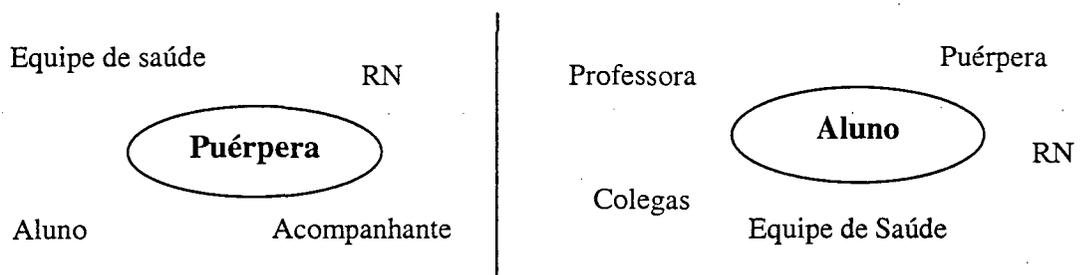
“As mães após o parto estão preocupadas com o recém-nascido, viver o momento, não estão pensando muito no amanhã, o que dificulta o compartilhar, leva dias para se inteirar e a passagem na maternidade é muito rápida e as maiores dificuldades vêm depois”. Acadêmica Carol.

No entanto, o fato delas poderem contar conosco transmitia-lhes segurança, fato este, constatado nas visitas domiciliares.

“O acompanhamento de vocês é muito importante, a gente é inexperiente, é muito bom poder contar com vocês”. Esposo da puérpera Rose.

“Vocês são meus anjos, vou segura para casa”! Puérpera da Acadêmica Paula.

4 - Que tipo de comunicação esteve presente no processo de interação desta manhã (gestos, expressões faciais, atos e posturas de ouvir, sentir, olhar, desenhar, escrever, falar) entre:



Os alunos identificaram a utilização de trinta e uma forma de comunicação durante o período de assistência prestada. As aqui listadas foram identificadas pelos alunos no mínimo seis vezes.

Quadro VII – Formas de comunicação identificada entre os participantes.

Sit.	Tipos de comunicação	Nº vezes
8	Olhares	47

12	Conversa	44
13	Toque	34
11	Carícia	19
7	Sorriso	14
16	Gestos de carinho, amor	13
10	Observação	10
18	Ouvir	10
1	Ouvir reflexivamente	9
2	Verbalizar interesse	9
14	Terapia do silêncio	8
22	Expressões faciais	8
17	Expressões de alegria	7
9	Comunicação não-verbal	6
24	Frases incompletas	6
30	Embalo	6

Comunicação

A comunicação foi o meio que conduziu-nos aos demais passos do processo, constituindo-se no nosso principal instrumento de trabalho.

O fato do estágio proporcionar um maior contato aluno/professora e demais envolvidos, propiciou espaço para o entendimento do valor e da influência que a comunicação assume no processo de conviver e assistir. Durante todo o processo ensino - aprendizagem, a comunicação foi vista como uma habilidade que poderia ser desenvolvida, e foi sendo aprimorada com o passar dos dias. O embasamento teórico, a construção realizada pelo grupo foi fundamental, mas foi na assistência direta que realmente vivenciou-se o processo de comunicar-se, foi o começo, meio e fim do processo de cuidado.

Afirmo que a comunicação, foi uma estratégia consciente utilizada para o desenvolvimento do processo de ensino-aprendizagem proposto. E foi conduzida como um instrumento de trabalho fundamental, pois através dela estabeleceu-se contato, conheceu-se necessidades, interesses, características individuais, medos e preocupações e criou-se e implementou-se estratégias de trabalho. Reconhecida como uma habilidade imprescindível para o sucesso do ensino e da assistência, apesar das dificuldades iniciais no seu emprego terapêutico, foi identificado que a forma como a professora comunicou-se com o aluno esteve profundamente ligada ao tipo de comunicação que o aluno estabeleceu com a puérpera que estava assistindo. Segundo eles, quando são vistos e tratados pelo professor como sujeitos do processo transferem essa relação para a situação de aluno/cliente. Portanto acredito que a forma de comunicação interpessoal estabelecida entre professora/aluno tenha contribuído para o estabelecimento de uma relação franca e de crescimento, que foi construindo-se com o transcorrer do processo e que possibilitou ao aluno reconhecer e valorizar a comunicação como meio para o alcance dos objetivos.

Durante o período de estágio os grupos envolviam um número menor de alunos e por maior tempo, o que possibilitou tornar-nos mais próximos, o que na minha percepção propiciou o desenvolvimento de maiores laços de interação e comunicação que facilitou o processo de ensino-aprendizagem, constatado através de maior participação dos alunos nas reflexões do vivido, com expressões e verbalizações de sentimentos, vontades e interesses. Constatei também que o fato do professor verbalizar e demonstrar sentimentos, humanizou relação ensino-aprendizagem e facilitou o crescimento e desenvolvimento de todos.

O estudo anterior das técnicas de comunicação terapêutica permitiu ao aluno o aflorar de sua sensibilidade, reconhecendo e valorizando outras formas de comunicação que normalmente passavam despercebidas aos seus olhos no transcorrer de outros estágios, como o toque, o olhar, os gestos, os sorrisos, o ouvir, o acariciar e outros citados pelos alunos e que influenciaram sobremaneira a eficiência do seu cuidado. Essas habilidades foram desenvolvendo-se com o passar dos dias, deixando de reconhecer a assistência como uma relação impessoal, baseada na execução de procedimentos, para tornar-se uma forma de cuidar/assistir humanizado, abrindo caminhos para uma enfermagem de maior qualidade e que considera o ser humano em sua totalidade.

Como nossa proposta de relacionamento interpessoal presumiu sempre partir do que ele (nosso cliente) sabe e o que ele deseja saber, para a partir disso planejar a assistência, foi necessário aprender a escutar e entender os sinais não verbais das relações humanas. Nesse sentido percebi algumas dificuldades ao aluno adotar essa postura, mas que foi-se modificando e foi sendo percebida pelos mesmos como possível e crescente conforme empreenderam esforços nesse sentido.

Foi identificado também pelos alunos, que a forma como nos comunicamos é muito importante e revelaram que muitas vezes termos técnicos ou a falta de clareza, pode levar a sua não compreensão e portanto sua não adoção. Também reconhecer que o nosso cliente é capaz de tomar decisões e fazer escolhas foi uma habilidade que exigiu empenho e muito esforço por parte dos mesmos para sua assimilação.

Ao refletir sobre a experiência vivenciada ao comunicar-mos, ficou claro que cada um (alunos/professora-mestranda/puérperas e seus significantes) agiam de acordo com sua compreensão e interpretação da situação. E isso é compreensível, pois cada pessoa interpreta e age conforme suas percepções e experiências que carrega consigo. Exigindo dessa forma um processo de troca e interação para se chegar a definição e alcance mútuo dos objetivos.

Através do processo comunicacional estabelecido entre professora/alunos procurei enfatizar aos mesmos que a presença da professora-mestranda em estágio fosse vista como facilitadora do processo, inicialmente percebia que os alunos apresentavam resistência em reconhecer na professora o caráter facilitador e que seguidamente as conversas giravam em torno de notas e avaliações. Com o transcorrer do processo o caráter facilitador foi sendo reconhecido, o que percebi que facilitou o desenvolvimento da aprendizagem e a vontade do aluno em ousar e enfrentar novas situações.

Mas o papel reconhecido e instituído ao professor mesmo assim em algumas situações sobressaia-se, por exemplo: ao desejar acompanhar a comunicação estabelecida entre alunos e puérperas em algumas situações e com algumas alunas, a presença da professora/observadora constrangia os mesmos dificultando o processo comunicacional. Esse foi um ponto que discutimos e que a medida que nossa interação foi se firmando diminuiu consideravelmente o constrangimento do aluno nessas situações. A partir disso procurei analisar os processos comunicacionais estabelecidos pelos alunos através das

descrições dos alunos no instrumento que diariamente preenchiam e também pela reação da própria puérpera e seus significantes na presença do aluno, que ao meu modo de perceber refletia a qualidade da comunicação estabelecida.

Outra situação relativa ao processo de comunicação foi identificado quando na assistência a uma determinada puérpera de uma enfermaria, determinados alunos, comunicavam-se e interagiam com todas as que estavam na mesma, enquanto outros alunos centravam sua atenção apenas a qual prestariam assistência naquele turno. Essa situação também foi objeto de discussão, tomada de consciência e mudança nessa postura..

Portanto constata-se que o processo de comunicação ocorreu dentro do contexto da assistência, revelando múltiplas formas de comunicação verbal e não verbal destacando-se as não verbais, indo ao encontro de um estudo feito por Mehrabian apud King (1981), o qual refere que mais de 90% das informações que se usa para determinar as atitudes e os sentimentos das pessoas provêm de condutas não verbal e apenas 7% provêm da comunicação verbal. Dispomos também de outros estudos, que confirmam a primazia da comunicação não verbal nas relações interpessoais.

"Ontem, conversei com a mãe sobre a importância do contato, do toque, do olhar, hoje quando entrei no quarto ela disse, quero uma camisola aberta, porque quero ficar em contato mais direto com ela". Acadêmica Paula.

"O pai tocando as mãos e pernas da puérpera, que estava deitada, era uma cena muito bonita". Acadêmica Rita.

"Durante o banho eles acariciavam o recém - nascido". Acadêmica Laura.

Stefanelli (1993), caracteriza o toque, talvez como uma das expressões mais importantes da comunicação não verbal. Através dele podemos indicar para que a pessoa fique onde está, se aproxime ou que "estamos com ela". É um dos meios mais concretos de transmitir sentimentos, empatia e confiança. Para King (1981), o toque pode incitar emoções, amor, violência, sensação de presença e conforto. Refere que, em observações feitas da mãe com seus filhos, identificou-se que, para que se estabeleça relacionamento afetivo entre eles, o toque é fundamental. A vida do recém - nascido começa com o tato no momento do nascimento. As experiências táteis iniciais transmitem ao bebê sensações que determinam sentimentos de calor, proteção, segurança ou a falta destes sentimentos. Afloraram muitas formas de comunicações não verbais, como:

"A mãe tocava e conversava com o recém - nascido ele fazia expressão de sorriso, olhava firmemente para a mãe, noutros momentos, sugava o seio". Acadêmica Edimara.

"Durante o banho do bebê, a mãe olhava para os seus olhos e conversava com ele enquanto tirava suas roupas, após acariciava, apalpando parte por parte do seu corpo, inicialmente com as pontas dos dedos e após com a mão espalmada, parecia querer reconhecê-lo". Acadêmica Adriana.

Essas atitudes são descritas por Ziegel, Cranley (1985), onde cita que todas as mães tendem a seguir o mesmo ritmo de comportamento na familiarização ao recém - nascido. Passa pela fase de reconhecimento (olhar) e após, pela fase de exploração. Nesta fase ocorre a progressão da palpação materna, onde inicialmente, a mãe apalpa com a ponta dos dedos a face e mãos do recém - nascido e progressivamente vai tocando com toda mão, finalizando com a exploração de todo o recém nascido.

Stefanelli (1993), classificou três grupos de técnicas para desenvolver comunicação terapêutica: grupo de expressão, clarificação e validação. Através dos depoimentos dos alunos, identificamos o uso de várias delas em suas vivências, as quais provavelmente contribuíram para melhorar as habilidades dos mesmos, nas relações interpessoais.

"Usei a técnica do silêncio, quando a mãe falava do seu marido eu ouvia reflexivamente, estimulando sua conversa". Acadêmica Neusa.

"Utilizei frases incompletas, onde a puérpera fazia questionamentos e eu proporcionava a que ela mesma chegasse à conclusão, além de ouvi-la, onde procurei deixar que ela falasse bastante". Acadêmica Paula

Na avaliação dos alunos, o ato de comunicar-se havia sido muito pouco estudado em todo o curso e diziam – Nunca havíamos parado para refletir sobre a comunicação como elemento essencial nas relações das pessoas. Sua importância foi expressa nos depoimentos grupais a seguir:

"A partir destas aulas, obtivemos o verdadeiro conhecimento sobre comunicação, formas e como colocá-las em prática, para alcançarmos os objetivos."

"Sugere-se que esta disciplina faça parte do currículo. De preferência nas primeiras fases, pois afinal de conta, a comunicação é a base de tudo."

Faria (1998) diz que, um dos maiores problemas na área da saúde são as relações interpessoais vivenciadas entre profissional da saúde e cliente. Afirma também que a relação que se tem estabelecido é aquela em que o técnico "sabe o que faz", determina "o

que fazer". O poder exercido pela imposição caracteriza-se não como uma violência física, mas uma violência que despreza a subjetividade daqueles que procuram ajuda. Acredito que a forma como abordamos o assunto comunicação, conseguiu sensibilizar os alunos para esta questão tão fundamental na área da saúde.

A habilidade buscada a cada novo dia na arte de comunicar-se gerou mudanças de comportamento, de sentimentos e percepções e que a partir das constatações diárias desse processo ficou demonstrado que a comunicação estabelecida entre os envolvidos foi de fato, terapêutica. Concluo essa análise, reconhecendo que a habilidade de comunicação deve ser objeto de estudo e reflexão constante na arte de ensinar/cuidar, cuidar/ensinar. E que nessa arte é fundamental o desenvolvimento de empatia e respeito ao outro e a percepção de que um ser é essencialmente diferente do outro e que é capaz de compartilhar das decisões que fazem parte de seu viver.

5 - Em que situações você percebeu nesta manhã evolução ou crescimento de:

- você mesmo; da mãe; seus significantes; do colega; da equipe de saúde.

Os alunos identificaram cinquenta e seis situações de crescimento e desenvolvimento. Estão representadas as que foram citadas no mínimo quatro vezes.

Quadro VIII - Situações de crescimento e desenvolvimento identificadas entre os participantes.

Sit.	Local	Situações de crescimento e desenvolvimento	Nº vezes	Envol.
41	-	Cresci em interação	15	A
4	B	Da mãe quando ela auxiliou no banho do RN	10	M
3	B	Crescimento da mãe ao dar banho no RN	8	M
22	Q,B	Cresci ao compartilhar meus conhecimentos com os da puérpera	7	A/M
23	Q	Da mãe quando orientei cuidados para fissuras	7	M
1	B	Cresci ao dar banho no RN	6	A

2	B	No momento do banho, pois pude orientar melhor	6	A/M
8	B	A mãe cresceu ao trocar o curativo do coto umbilical	5	M
44	-	Todos estamos crescendo pois é uma clínica nova	5	Todos
9	B	Do pai ao participar do banho do RN	4	Pai
11	B	Quando os dois ajudaram no banho	4	M/P
24	Q	Quando eu e a mãe conversamos sobre o uso da faixa	4	M
47	Q	Ao compartilhar da conversa na enfermaria entre professora e puérperas	4	Todos

Crescimento e desenvolvimento

Esse conceito foi almejado no transcorrer de todo o processo ensino- aprendizagem. Provocar mudanças comportamentais, não foi uma tarefa fácil, mas nos aventuramos a despertar nos envolvidos suas capacidades potenciais e vislumbramos manifestações de crescimento e desenvolvimento, tanto em atos e ações, como em suas posturas.

"Espero que esta teoria continue sendo utilizada. Cresci muito como pessoa e como profissional, estou tentando mudar minha maneira de atender os pacientes fora do "estágio". Acadêmica Adriana.

"Aprendi bastante com a experiência das mães". Acadêmica Cíntia.

"Na realidade este estágio é diferente, é dinâmico, cresci em todos os sentidos, principalmente no lado humano". Acadêmica Rita.

"Esta teoria mudou meu pensamento e minha forma de agir, mudamos o comportamento ditador e prescritivo que tínhamos, passamos a valorizar o ser humano que está sob nossos cuidados". Acadêmica Joana

Percebi maior motivação e comprometimento dos alunos com o processo, visto que discutiam, traziam sugestões e participavam. Em dois dos quatro grupos de alunos, identifiquei um momento chave de crescimento e desenvolvimento, quando passei-lhes a incumbência de fazer uma análise e propor mudanças se julgassem necessárias no instrumento de reflexão diária. Fiquei impressionada com o empenho de todos. Discutiam

questão por questão do instrumento de reflexão diária e propunham mudanças na redação e na forma de apresentação do mesmo. Também listaram itens que julgavam serem relevantes para identificar os principais conceitos da teoria. Foi um dos momentos mais fortes de reflexão e amadurecimento que presenciei. O crescimento e desenvolvimento também se expressou pela diminuição da distância entre a professora e os alunos.

*"Percebo que entre nós e a professora cresceu a confiança e o solidarismo".
Acadêmica Paula.*

Em muitos momentos os alunos manifestaram que sentiam-se privilegiados por fazerem parte deste grupo.

"Ontem eu estava me exibindo lá em casa, por este processo ser com nossa turma". Acadêmica Simone.

Ao meu ver, um dos grandes fatores que contribuiu para o crescimento dos alunos, foi a reflexão diária que faziam individualmente sobre as situações vivenciadas ou presenciadas, que envolviam os principais conceitos da teoria, seus sentimentos, suas conquistas e reflexões. Estas ações favoreciam a internalização e reconhecimento dos conceitos abstratos que envolviam sua prática, além de desenvolver a arte de registrar os acontecimentos, como podemos ver a seguir.

"Desenvolveu minha habilidade de descrever o que vivenciei". Acadêmica Laura.

*"Achei muito interessante fazer as avaliações diárias e aprendi a descrevê-las".
Acadêmica Angela.*

*"Um ponto positivo é que nos obrigou a refletir sobre nossas ações todos os dias".
Acadêmica Carol.*

*"Ajudou a melhorar nossa forma de escrever e relatar nossos sentimentos".
Acadêmica Camila.*

"Apesar de eu achar chato escrever tudo isto, eu nunca tinha parado para realmente pensar nas ações, o que houve e o que não houve". Acadêmica Ana.

Lutou-se pelo abandono do papel passivo da mãe, envolvendo-a na elaboração de seu plano de cuidados sempre valorizando suas experiências. Os alunos mostraram amadurecimento ao reconhecerem que:

"Lidar com o ser humano é mais complicado do que parece". Acadêmica Deinha.

"Prestar uma assistência humanizada não é fácil, envolve fatores da mãe, do aluno, do meio e do tempo disponível". Acadêmica Laura.

"Ajudou a melhorar nossa forma de escrever, relatar nossos sentimentos, geralmente cuidamos dos outros e esquecemos de nós e também não somos vistos como seres humanos, nunca havíamos refletido sobre nós". Acadêmica Camila.

"Achei muito interessante fazer as avaliações diárias, este refletir, nossas ações, foi muito inovador". Acadêmica Julia.

O fato de os alunos conhecerem antecipadamente o referencial teórico que fundamentou o processo de ensino-aprendizagem, aliado à prática diária foi determinante para as mudanças comportamentais na postura e nos valores dos mesmos.

"O fato de termos participado deste processo nos torna diferente, o ano que vem a gente se forma e cada um de nós vai levar esta semente, vai seguir. Acho que tudo isso influenciou meu pensamento, não deixamos de prestar cuidados físicos e nem de respeitar horários de medicação e sinais vitais, mas aliados a eles, compartilhamos, interagimos, traçamos e alcançamos metas". Acadêmica Joana.

Houve também fatores que interferiram negativamente no crescimento e no desenvolvimento dos envolvidos.

"Eu estava muito acostumada ao modelo bio- médico, isto dificultou um pouco meu crescimento". Acadêmica Rita.

"Pouco tempo para conhecer ou aplicar esta nova metodologia". Acadêmica Julia.

"Muitos profissionais, tumultuavam o ambiente e dificultavam a interação". Acadêmica Junior.

"Deveria haver no mínimo, mais uma semana de estágio". Acadêmica Angela, Ana, Simone e Laura.

Constatamos que houve crescimento e desenvolvimento, mas por tratar-se de uma nova teoria e metodologia, é interessante que se busque mais espaço e tempo para aplicação e solidificação da mesma.

6 - Descreva de forma espontânea como você está se sentindo nesta manhã (sentimentos, emoções, conquistas, perdas e reflexões).

Houve cinquenta e três referências em relação a sentimentos, emoções, conquistas, perdas e reflexões. Apresento as que tiveram maior frequência como também aquelas julgadas relevantes ao estudo.

Quadro IX - Sentimentos, emoções, conquistas e reflexões dos alunos.

Situação	Sentimentos, emoção, conquista, reflexões, perdas	Nº vezes
27	Me senti feliz a partir do momento que iniciamos a interação	9
22	Me senti feliz, tranqüila, com sentimento de carinho pelas mães e RN	5
23	De início fiquei meio intimidada, tinha medo de não ser aceita	4
30	Iniciei bem a manhã, mas não consegui me inteirar, acabei me sentindo estressada	4
39	Fiquei feliz, pois percebi que a mãe confiou em mim, cresci muito	4
48	Me sinto com dificuldade para pôr no papel o que presencio	3
11	Estou satisfeita, mas cada dia que passa fico mais preocupada, como tenho que me policiar para tentar interagir e transar, percebo o quanto eu era fria com os clientes, hoje me julgo a todo instante, tenho refletido e com certeza tenho visto os clientes com outros olhos	1
17	Hoje foi o dia que eu mais gostei, talvez porque cada vez mais estou percebendo o quanto é importante orientar bem as mães. Também conquistei algo que para mim parecia impossível, a participação das mães nos cuidados com o RN	1
14	Percebo que melhorei meu senso de observação e com certeza vou melhorar ainda mais	1
20	Percebi que nossa interação melhorou quando me dispus a aprender com ela e ela comigo	1
46	Me senti um pouco limitada pelo nível social e cultural da minha cliente; aí refleti que geralmente nos sentimos mais a vontade quando podemos olhar as pessoas de cima, ou nos sentindo superiores, isso nos leva a pensar sobre o motivo pelo qual a maioria das clientes ficam inibidas na nossa presença e preferem não falar muito, o que dificulta a interação e consequentemente a transação	1
52	Consegui boa interação mas me sinto um pouco ansiosa pois no final	1

	de semana vou trabalhar muito devido ao feriado e não vou ver meu namorado. Estou com saudades da minha família, faz tempo que não os vejo e gostaria de comer a comida da mãe neste fim de semana e um pouco de colo também iria bem	
53	Está cada dia ficando melhor e percebo que as puérperas apreciam muito nossa proximidade e melhora o relacionamento mãe e filho.	1

Com relação aos **sentimentos, emoções e reflexões vivenciadas** pelos alunos, percebi que, a possibilidade do aluno poder expressar-se cativou sua confiança e interesse pelo processo. Eles sentiram que eram vistos como seres humanos em todas as suas dimensões, podiam expressar suas ansiedades, medos, sentimentos e também dividir com o grupo suas conquistas e alegrias. Em diversas situações eles puderam se ajudar mutuamente, contribuindo para o desenvolvimento máximo de seus potenciais. Além das situações listadas no quadro IX, acrescento mais algumas para ilustrar as vivências desse processo.

"Hoje me sinto feliz, fiz minha primeira visita domiciliar, foi muito bom, ela virá aqui na terça-feira para irmos juntos fazer as vacinas e o teste do pezinho, ela me convidou para ser madrinha da neném". Acadêmica Cristina.

"Eu estou odiando trabalhar na unidade x, é muita correria, os pacientes não descansam, é um vira para cá, vira para lá. Ontem tinha um menino de 16 anos, ele cobria a cabeça e chorava, percebo que não é remédio que eles precisam é só um pouco de atenção". Acadêmica Paula.

"A gente mudou, os conceitos mudaram, não se aceita mais o cuidado desumanizado que antes nem se dava conta". Acadêmica Paula.

"No início da manhã eu não estava legal, me sentia cansada, depois fui interagindo e acabei me entusiasmando". Acadêmica Edimara.

"Estou conseguindo abordar com as mães e com os pacientes, assuntos que nunca tinha conversado". Acadêmica Rita.

"Estou achando muito curioso o vínculo que criei com a paciente, a confiança e o interesse que ela depositou em mim, precisava ver a alegria dela ao combinarmos que eu a acompanharia em casa". Acadêmica Adriana.

Há ainda outros conceitos que fazem parte do referencial teórico desse estudo e que ainda não foram discutidos. Alguns desses comentarei a partir das minhas constatações e percepções do vivido.

Os seres humanos envolvidos nesse processo foram considerados em todas as suas dimensões, a começar pelo aluno que pode expressar-se de forma que seu crescimento e

desenvolvimento ocorresse da melhor forma possível. Da mesma forma, a mãe e seus significantes foram vistos como seres pensantes, com capacidade de participar e decidir nas situações vivenciadas. Respeitamos suas crenças, valores e percepções. Com relação ao conceito de percepção coloco-o em destaque nesse processo. De acordo com esse conceito, antes de mais nada há que se perceber para poder julgar, reagir e interagir para finalmente definir os objetivos e meios para a assistência. Constatou-se o despertar da percepção nos envolvidos com o vivenciar do processo, melhorando conseqüentemente o levantamento de dados de base para o planejamento da assistência.

"Estou diferente, é gratificante este estágio apesar de ser funcionária desta unidade, é diferente, estou percebendo mais, estou mudando, converso mais, conheço os pacientes e suas histórias, estou mudando minha postura." Acadêmica Cíntia.

Cada um dos envolvidos foi reconhecido como indivíduo único e nesse sentido buscou-se compreender como cada um é conhecido por ele mesmo, para só após, planejar ações em conjunto que os ajudassem a enfrentar as situações que se apresentavam. Podemos constatar isto através desse depoimento:

"Nos sentimos bem, respeitadas em nossa forma de ser e agir, teve uma grande diferença deste estágio com os demais". Acadêmica Rita.

O papel do aluno, da puérpera e da professora-mestranda foram conduzidos conforme as situações vivenciadas, respeitando seus direitos e obrigações, estimulando a participação e o envolvimento de cada um.

"Adorei este estágio, agora percebo que a enfermagem tem seu lugar, seu espaço reservado, é fantástico desempenhar nosso papel". Acadêmica Paula.

A mãe que enfrenta as mudanças físicas e psicológicas que ocorrem no puerpério foram acompanhadas no sentido de buscar ajustamentos que tornassem essa experiência a mais saudável e tranqüila possível.

Os alunos aos poucos integraram-se no processo, adaptando-se e dando o melhor de si e procuraram vivenciar essa experiência de forma prazerosa e enriquecedora.

O ambiente externo, em algumas situações atuou como facilitador do processo de comunicação, interação e transação, como a do banho do recém-nascido, dos encontros grupais, entre outros. Em algumas situações porém, atuou como dificultador. Como

exemplo disto, citamos os momentos em que as enfermarias estavam super lotadas, prejudicando a interação; os casos em que haviam muitas pessoas estranhas nos domicílios; sala de banho muito aquecida e ambiente das enfermarias pouco ventilados. Também enfrentamos dificuldades nos primeiros dias de estágio em relação ao local para os encontros do grupo de reflexão, para os quais ficávamos na dependência de estar vago o vestiário masculino, pois era o único ambiente maior e que dispunha de assentos. Depois de alguns dias conseguimos uma chave do sótão do hospital e passamos a nos reunir lá, o que tornou nossos encontros mais tranquilos e produtivos. O fato de os alunos conhecerem o ambiente domiciliar das mães, permitiu aos mesmos perceber a realidade destas e constatar o quanto ele influencia e determina o comportamento e as ações das pessoas que estão sob nosso cuidado.

Concluimos que pouco adianta um plano de alta muito bem escrito se não está fundamentado e condizente com a realidade que a pessoa vive.

"Neste estágio procuramos conhecer a realidade da mãe e família, lá nos anteriores a gente prescrevia coisas que não tinham nada a ver com a realidade deles". Acadêmica Denise.

"Deixou de ser aquela coisa técnica muitas recomendações e prescrições eram passadas para a mãe sem saber suas idéias e condições". Acadêmica Cristina.

Todo o cuidado de enfermagem prestado nestes trinta e seis dias de prática assistencial, foi operacionalizado conforme proposta do processo de enfermagem proposto por Imogene King e adaptado para esse estudo. As situações foram percebidas, julgadas e num processo de ação, reação e interação foram discutidas, avaliadas, estabelecendo os objetivos e meios para os ajustamentos necessários.

Uma das conquistas desse estudo foi o fato do aluno compreender que para que seu trabalho seja produtivo há necessidade da habilidade para conciliar seus conhecimentos com as experiências e expectativas dos envolvidos no processo. Em muitas situações os acadêmicos foram reconhecidos pelas mães, como pessoas que dispunham de habilidades e conhecimentos para ajudá-las, e estes espaços foram utilizados para crescimento e desenvolvimento de todos.

Em muitas situações de enfermagem, obtivemos êxitos além do esperado, nos quais ocorreram interações e constatou-se transações, noutras porém, nem a interação se

alcançou. A maioria dos alunos destacaram-se em suas habilidades de perceber, observar, interagir e transar, outros cresceram, mas não alcançaram os objetivos. Lidando com seres os resultados não surpreenderam, pois não somos iguais, nem temos os mesmos desejos, expectativas e objetivos.

Em todo esse processo de educar/cuidar, cuidar/ educar, aflorou nitidamente o valor da comunicação para que a interação acontecesse e conseqüentemente o cuidado. É impossível educar ou cuidar sem um processo de empatia. Isto a meu ver, é o primeiro passo para a humanização, tanto do ensino quanto do cuidado.

2ª Atividade

Grupo de Reflexão (Momentos de reflexão em grupo durante o processo de implementação da Teoria)

Além das reflexões individuais, das vivências realizadas diariamente, criamos um espaço para discussões e reflexões grupais. Este espaço denominamos de “grupo de reflexão”, apoiados na definição de Coronel (1997, p. 349) que o define como “aquele que tem por objetivo refletir, indagar sobre o que está acontecendo com o grupo naquele momento ou naquela circunstância. Podendo refletir sobre as “tensões” que acontecem, pode credenciar-se a promover mudanças necessárias, a fim de que possa trabalhar em conjunto e tentar encontrar suas próprias soluções”. Adotamos na sua íntegra essa definição por refletir exatamente a intenção e a realidade vivenciada por nossos grupos naqueles encontros.

No transcorrer desse processo ensino-aprendizagem realizamos mais de vinte encontros de reflexão, os quais ocorriam duas à três vezes por semana, após às dez horas da manhã. Estes encontros foram vistos como momentos de troca de experiências e de vivências, num emergir de idéias, sugestões, questionamentos, possibilidades e dificuldades. Tornaram-se momentos de uma riqueza indescritível, desenvolvemos a arte de ouvir, falar, calar, refletir e especialmente de reconhecer a si e aos outros como sujeitos nesse processo. Procurei não induzir assuntos e discussões, apenas atuei mais estimulando-os a refletirem sobre si mesmos, suas vivências, seus sentimentos, crenças e valores.

“É muito importante parar para refletir em conjunto, um pode ajudar o outro e até por para fora, desabafar, avaliar o momento”. Acadêmica Ana.

Cestari (1999, p.74) enfatiza que “o objetivo desta atividade é desenvolver tanto o hábito e a habilidade de reflexão, quanto a capacidade de discutir e argumentar, respeitando as diferentes opiniões e colocando sua própria posição em dúvida”. Ressalta que o trabalho coletivo é da própria essência da enfermagem, assim como o processo de aprender, portanto deve ser valorizado e mais que isto precisa ser aprendido.

Nestes encontros de reflexão tomamos a própria vivência, como objeto de reflexão grupal, tornando possível a tomada de consciência do fazer de cada um e ao longo do tempo ir desenvolvendo uma consciência mais crítica do seu próprio fazer. Conforme refere Cestari (1999) a execução de atividades de estágio não acompanhadas de reflexão podem levar os alunos a assumirem a postura corrente no ambiente de trabalho, sem questionamento, sem crítica e análise.

“Estas reflexões fazem a gente parar, pensar, voltar cada palavra, cada dia da nossa assistência e ver como poderemos ser melhores”. Acadêmica Paula.

‘Este processo é muito importante, se não interagir, a gente sente que não consegue muita coisa, percebi quanto tenho que crescer’.
Acadêmica Ana.

As reflexões grupais embasadas pelo marco referencial do estudo e construídas a partir do vivido de cada aluno, trouxe o entendimento do mesmo à crítica e a auto-análise, proporcionando oportunidade de transformação e crescimento pessoal e profissional.

Borba (1997) refere que o cotidiano do curso de graduação em enfermagem caracteriza-se por uma variada gama de situações, sejam elas coletivas e/ou individuais, as quais proporcionam aos estudantes diferentes experiências que podem ocasionar-lhes desde sentimentos-percepções, como os de valorização, alegria, satisfação, entusiasmo, reconhecimento e comprometimento aos de desamparo, angústia, medo, frustração, pessimismo, inferioridade entre outros.

Nos encontros de reflexão, muitos desses sentimentos citados por Borba (1997) se manifestavam. A oportunidade e liberdade de expressão propiciou momentos de crescimento enquanto pessoa e enquanto grupo, pois percebia-se o sentimento humano e solidário se manifestar fortemente entre os alunos.

Talvez as vivências não exploradas em conjunto ocorram porque muitos de nós, professores, não vemos o aluno de forma integral como dizemos e acreditamos olhar o cliente-paciente. Conforme refere Borba (1997) a concepção do homem como sendo um ser bio-psico-sócio-espiritual tem se constituído ainda num dos discursos da enfermagem, de modo especial quando focaliza os clientes-pacientes. Na prática, porém, e com muita frequência, estes mesmos clientes-pacientes são vistos, de maneira compartimentada, com marcante predomínio de seu componente biológico. Visão compartimentada que é corroborada amplamente, inclusive pelos currículos mínimos dos cursos de graduação, onde especialmente nas disciplinas da área pré-profissionalizante, e com raras exceções, a predominância de conhecimentos da área biológica sobre os da humana e da social é muito grande. Assim, é possível compreender a dificuldade que o estudante tem em formar outra visão sobre o homem, que não a parcial, a fragmentada e descontextualizada.

Foi dedicado espaço para a reflexão de como nos vemos, como somos vistos, como temos visto os seres que estão sob nossos cuidados, assim como os objetivos da educação, em especial considerando o dia-a-dia, do “ser aluno” e do “ser paciente”. Outras discussões sobressaíram-se tais como: crenças e tabus relacionadas ao período puerperal, exemplo:

“Não tomo líquido porque a mãe disse que dá barriga”. Puérpera Cleusa.

“Agora é cada vez mais fácil engravidar, depois que teve o primeiro, a terra está molhada, é super fácil de se pegar grávida de novo”. Puérpera Maria.

“Eu me peguei grávida usando camisinha do posto, eu não vou mais pegar aquela porcaria, e o comprimido meu organismo não aceita, me faz mal e vomito”. Puérpera Lúcia.

As reflexões em torno destes temas foram realizadas nos momentos que surgiam, com as puérperas, e após discutidas entre o grupo, com o objetivo de clarear nossas próprias crenças e tabus e entender que elas existem, e que devem ser trabalhadas de forma a não confrontar o saber popular com o científico, mas sim formaram uma aliança com possíveis negociações e alternativas positivas para o cuidado.

Muitos dos momentos de reflexão foram dedicados também para uma melhor assimilação e internalização do marco referencial, em virtude das dificuldades manifestadas na operacionalização do mesmo, na forma de registro e na implementação do processo de enfermagem.

“Estou com dificuldade, é uma nova forma de assistência, sempre fui pouco observadora, preciso rever os conceitos”. Acadêmica Laura

“Sinto dificuldade para escrever o que vivêncio”. Acadêmica Simone e Ana.

Emergiu também com muita força, a discussão sobre o papel submisso que a enfermagem assume em relação `a outros profissionais, principalmente ao médico.

“Não somos serventes de médico, será que eles acham que não temos o nosso próprio papel”? Acadêmica Rita.

“Por que cabe a nós deixarmos o recém nascido prontinho para o médico, na hora que ele quer e como ele quer”? Acadêmica Ana.

“Bom! Só o fato de nos percebermos disso já é o primeiro passo”. Acadêmica Angela.

Pereira e Galperim (1995), referem que o ensino deve encorajar a reflexão do vivido buscando a excelência do cuidado, seja ele nosso paciente ou nosso aluno.

Um dos encontros de reflexão foi dedicado a uma situação presenciada pela professora e algumas alunas, em uma das enfermarias situação esta, julgada importante para discussão e reflexão, em virtude da imprevisibilidade que é o parto e o pós parto e da reação das alunas frente a situação.

“Saí de casa bem tranqüila, vim para a cesárea que estava marcada, pensei que tudo daria certo, no entanto meu filho nasceu, foi para a CTI às pressas, não pode ficar alguém aqui comigo, não posso ficar com meu filho, meu seio dói, está dando tudo errado, estou com medo, só quero chorar”! Puérpera Clarice.

Esta situação permitiu a discussão de muitos pontos relevantes e corriqueiros em uma maternidade, e que geralmente passam despercebidos aos olhos dos profissionais da saúde, inclusive do enfermeiro, como: cesárea marcada, recém nascido pré termo; a situação de ter um filho na CTI; o seio que dói; o recém-nascido que não consegue sugar; a decepção pelo fato do filho não estar com ela, enquanto as demais puérperas da enfermaria estão com seus filhos; o medo da perda do recém-nascido; a solidão; a não permissão de um acompanhante no quarto, dentre outros pontos.

Percebe-se que estas situações concretas sensibilizam o aluno, privilegiando a discussão do valor da humanização da assistência, desde as ações mais rotineiras e comuns para os profissionais da saúde como em situações tão significantes na vida das pessoas, como a citada acima.

Acredito que o envolvimento gradativo do aluno com esta nova abordagem teórica e metodológica de assistência, teve como grande contribuição as reflexões grupais, que propiciou amadurecimento e o despertar para uma reflexão mais crítica da profissão que ora estão encaminhando. Para mim como professora da disciplina Materno-Infantil I e mestranda, serviu como meio de recondução e avaliação da disciplina e do processo ensino-aprendizagem proposto e da assistência prestada.

3ª Atividade

Processo de Enfermagem (Operacionalização do processo de enfermagem pelos alunos)

O processo de enfermagem nesse estudo representou uma forma sistematizada e metodológica para operacionalizar o marco referencial proposto para a assistência à mulher no período puerperal e seus significantes, tanto a nível hospitalar quanto a domicíliar.

Durante a assistência de enfermagem diária prestada às puérperas na maternidade, o aluno escolheu uma delas para operacionalizar o processo de enfermagem na sua íntegra, realizando um relato detalhado do mesmo por escrito. Este relato de finalização, depois de realizadas as visitas domiciliares, foi entregue à professora-mestranda.

A coleta, organização e validação dos dados de base, o planejamento conjunto, a implementação e avaliação das ações, facilitaram o alcance dos objetivos propostos na assistência.

O processo foi utilizado conforme proposto por Imogene King (1981), na Teoria do Alcance dos Objetivos, que compreendeu cinco fases: 1ª fase - **Dados de base**, 2ª fase - **Lista de problemas**, 3ª fase - **Planejamento** (objetivos), 4ª fase - **Implementação** (meios), 5ª fase - **Avaliação**.

1ª fase – Dados de base

Consistiu no levantamento das percepções, dificuldades, crenças, valores e tabus nas situações de enfermagem vivenciadas pela puérpera e alunos. Correspondeu ao momento de início da interação e se estendeu durante todo o processo, na qual a comunicação (verbal, não verbal) em sua total dimensão, foi o instrumento central de trabalho.

No decorrer dessa fase percebemos que as puérperas apresentavam uma necessidade muito grande de contar sua experiência de parto e de vida, o que nos levou a ouvi-las, sem nos atermos rigidamente a algum roteiro de coleta de dados, permitindo espaço para a conversa fluir livremente, apenas reconduzindo quando necessário.

Dessa forma, muitas das indagações que iríamos fazer, elas se antecipavam nas respostas. Além das conversas, utilizamos outras formas de coleta de dados como: informações de seus significantes, avaliação física, dados do prontuário, informações dos médicos. Esta fase estendeu-se até a conclusão do trabalho, pois percebemos que conforme o progresso da comunicação e interação, ampliava-se o leque de informações relevantes ao cuidado.

2ª fase – Lista de problemas

Em decorrência da análise e discussão dos dados colhidos, foram identificadas as situações percebidas e julgadas pelo aluno e pela puérpera como problemas. Após isto, em conjunto, aluno e puérperas definiam e analisavam os problemas identificados por eles.

3ª fase – Lista de objetivos

Nessa fase ocorria a definição dos objetivos que se pretendia atingir e os caminhos a serem percorridos. Foi a fase que exigiu do aluno maior cuidado e atenção no desempenho do seu papel. A própria King, define esta fase como o momento crítico dessa teoria. O fato de estarem habituados a tomar as decisões e assumirem uma conduta intervencionista, os levava em determinadas situações a manter esta tendência de definir os objetivos e indicar as estratégias que consideravam mais adequadas para a situação, sem a participação da puérpera que deveria ser o sujeito da ação.

Esta situação exigiu um “policiamento” contínuo e esforço para mudança por parte dos alunos. As reflexões diárias individuais ou grupais ajudavam para que o aluno pudesse concretizar estas mudanças. Apesar da introjeção do modelo determinador e intervencionista, eu, como docente constatei o crescimento dos alunos na teoria humanística, pela frequência com que presenciei situações de interação, comunicação e compartilhamento. Dessa forma, era oportunizado o envolvimento da puérpera no estabelecimento dos objetivos e meios para as situações identificadas como dificuldades ou problemas.

Pelo relato dos alunos, a puérpera e seus significantes, participavam mais na busca de alternativas para as dificuldades identificadas no domicílio. Essas constatações nos permitiu crer que, quando as puérperas estão internadas, sentem-se como estranhas ao ambiente, que os leva a assumir uma postura de passividade e subordinação aos cuidados, meios e objetivos propostos pela equipe de saúde.

4ª fase – Implementação

Compreendeu o cuidado propriamente dito, composto pelo conjunto de ações desenvolvidas pelo aluno, puérpera e/ou professora-mestranda para o alcance dos objetivos traçados. As ações foram sendo desenvolvidas conforme a prioridade e a oportunidade, compreendendo ações de escuta, conversa, atenção, apoio, incentivo, ajuda, demonstração, acompanhamento, execução, orientação e discussão, dentre outras. Foi aproveitado o máximo de ações, no sentido de permitir potencializar o crescimento e desenvolvimento da puérpera e do aluno.

Nessa fase na maioria das vezes a comunicação e a interação já estavam estabelecidas o que favorecia maiores trocas e crescimento dos envolvidos, tanto do aluno, quanto da puérpera. Estas trocas propiciavam aos alunos trabalharem com as situações de angústia, medos, tensões e incertezas da puérpera, o que também os conduzia a buscar mais respaldo na literatura ou com a professora-mestranda, facilitadora e condutora desse trabalho.

A intenção dessa fase foi a de conseguir a maior independência possível da puérpera, possibilitando-a a vivenciar de forma saudável e tranqüila este período tão lindo

e ao mesmo tempo tão delicado e instável na vida da mulher e também, por que não dizer, do aluno.

5ª fase – Avaliação

A avaliação foi um processo contínuo que permeou todas as fases desse trabalho. Diariamente o aluno identificava os pontos positivos e negativos da assistência implementada com base no marco referencial que fundamentava este processo. Os pontos positivos e negativos eram produto das reflexões, das situações vivenciadas ou presenciadas individualmente ou em grupo. E a avaliação, com relação a positividade ou não da assistência a puérpera, fazia-se avaliando seu envolvimento, participação e independência nas situações de enfermagem e também pela receptividade e trocas que ocorriam entre ela e o aluno.

As avaliações contínuas muitas vezes nos reconduziu a fases anteriores do processo, especialmente para a 3ª e 4ª fases, possibilitando a busca de novas alternativas ou replanejamento de ações para as dificuldades não solucionadas.

Como docente, constatei que esta turma de alunos, comparada com turmas anteriores, permaneciam mais com a puérpera e seus significantes, realizavam planos de alta no quarto da mesma e não no posto de enfermagem como de costume e abordavam discussões de assuntos normalmente pouco trabalhados por outros grupos.

A avaliação também permitiu constatar se realmente havia ou não ocorrido interação e transação através das visitas domiciliares, as quais permitiam ver no contexto real de vida das pessoas, como as situações trabalhadas anteriormente no hospital estavam sendo conduzidas na prática diária. Esse sistema de trabalho possibilitou ao aluno a reflexão da qualidade da assistência prestada e como consequência a aplicabilidade do marco referencial utilizado para esse estudo.

Ao finalizar o acompanhamento intra e extra hospitalar, cada aluno entregou para a professora-mestranda o processo de enfermagem que realizou. Dentre estes, selecionei um para ilustrar essa dissertação.

Exemplo da implementação de um processo de enfermagem, realizado por uma aluna.

OBS: O início da implementação desse processo de enfermagem deu-se durante a internação da puérpera na Unidade de puerpério do Hospital e após a aluna deu continuidade ao mesmo, na residência da puérpera através de um acompanhamento domiciliar. No transcorrer da descrição da implementação do processo de enfermagem foi identificado os **conceitos** que surgiam e que faziam parte do **marco conceitual** desse trabalho.

1ª fase – Dados de Base

C.M., 27 anos, de cor branca, puérpera do segundo filho, segundo dia de pós-parto paraeutócico, residente em Concórdia. Casada, mora com o marido e com a outra filha de 8 anos. Realizou pré-natal no posto de saúde desta cidade. Relata: “meu marido e eu decidimos por ter outro filho pois uma só era pouco e nossa filha cobrava de nós uma irmãzinha (**tomada de decisão**). Foi então que engravidei, realizei todo o pré-natal direitinho e achava que era um bebê, no último mês de gravidez realizei uma ultrassonografia onde apareceram dois. No momento fiquei chocada pois não imaginava estar grávida de duas crianças, ao mesmo tempo feliz e preocupada pois como eu iria cuidar de duas ao mesmo tempo! (**percepção da puérpera**). No final da gravidez me sentia gorda, pesada, cansava com facilidade e ficava admirada do tamanho da minha barriga (**imagem corporal da puérpera**). Chegou a hora do parto e graças a Deus deu tudo certo e as duas nasceram bem”.

Dona C.M. diz estar muito feliz e realizada por ser mãe novamente, é muito bom. “Me acho uma vitoriosa agora que as duas nasceram, só peço saúde a elas”. (**self da puérpera**).

A puérpera é muito atenciosa, carinhosa, conversa com as filhas enquanto as acomoda. Gosta de conversar, trocar idéias. Diz: “já tenho outra filha, mas parece que estas são as primeiras”. Conversamos sobre amamentação, cuidados com o seio e mamilos, alimentação, cuidados com o umbigo dos RNs, vacinação, teste do pezinho e uso da faixa (**comunicação, interação, transação e enfermagem, aluna e puérpera**). Já tem uma filha de 8 anos em casa e vê o papel de mãe novamente como uma novidade. “Já faz bastante tempo, perdi um pouco da prática, achei que seria mais fácil depois da primeira gravidez,

mas é como se eu não tivesse tido outra. Mas estou feliz e aprendendo novamente”. Os cuidados mais importantes, diz a puérpera, ao meu ver é em relação ao umbigo, evitar correntes de ar para evitar que adoeçam. Vacinação que é uma forma de proteção para elas e principalmente a minha saúde, para poder amamentar e cuidar da saúde delas (**papel da puérpera,saúde**).

Observo a puérpera com expressão facial de alegria. Olhar carinhoso para as filhas, toca o rosto das recém-nascidas com a mão aberta. Procura dividir o tempo com as mesmas. Ao amamentar olha para o rosto das filhas, conversa perguntando se está gostoso. Beija a filha antes de colocar no berço. Quando as RNs choram, as encosta no rosto e fala em tom suave. Há momentos que rolam algumas lágrimas do rosto da mãe (**percepção da aluna**). Durante a amamentação faz expressão facial de desconforto. Relata sentir dor nos mamilos quando as filhas sugam (**estresse**). Ao observar a pega, percebo que não está boa. Realizado exame nas mamas, os mamilos são protusos e a mama está ingurgitada e com discretas fissuras. Perguntei sobre o que ela conhece para fissuras, ela relatou que da outra filha não teve, então não sabe o que fazer. Sugeri então o uso da casca de banana e a realização de banho de luz. Ela concordou (**enfermagem**). Expliquei que após o aleitamento, manter um pouco de leite ao redor do mamilo também seria bom (**crescimento e desenvolvimento da puérpera, tomada de decisão da aluna, interação e comunicação**).

Ao acompanhar o banho das filhas mostrou interesse, ajudou a tirar as roupas das filhas, comentou que o ambiente era gostoso para as crianças. Comparou as filhas pondo uma perto da outra e comentou: “que interessante, olha como uma é maior que a outra e mais morena. Acho que essa puxou para o pai, mas essa é a minha cara” (**percepção da puérpera**).

Observou atentamente como eu fazia, depois incentivei-a a dar o banho na outra, aceitou e fez com orgulho. Realizou o curativo do coto umbilical, um pouco trêmula e com medo de tocar (**crescimento e desenvolvimento da puérpera e estresse da mesma**). Percebendo isso, expliquei que podia movimentar sem medo, pois o RN não sente dor na região. Vestia as filhas procurando dar atenção para as duas, posição inclinada sobre elas oferecendo a elas mais segurança (**transação**). Nesse momento perguntou sobre o uso ou não e faixa no umbigo e estava em dúvida em usar ou não, conversamos sobre as crenças e

mitos em relação a seu uso e aconselhei sobre a não necessidade (**interação, papel e saúde**).

Aconchega, consola, oferece o seio e coloca uma de cada vez no berço e oferece a chupeta. Procura sempre acalmar a que é mais exigente e irritada (**percepção da aluna**). Diz que é bom que elas acostumem no berço, pois será mais fácil para cuidar das duas em casa (**percepção da puérpera**). Quando a RN está no colo da mãe, abre o olho e enruga a pele da região frontal, pisca apertado e olha fixo procurando identificar o rosto da mãe. Afocinha na roupa da mãe e no seio, abocanha o mamilo, suga um pouco e dorme (**interação puérpera/recém-nascido**).

A mãe é participativa, demonstra disposição, tem um ótimo relacionamento com as filhas. Falou-me de suas experiências com a outra filha, as dificuldades que enfrentou e que desta vez provavelmente será melhor, pois teve maior apoio, maior ajuda prestada pelo pessoal do hospital e aluna (**interação puérpera/aluna**). Compartilhei com ela a tarefa de consolar as filhas quando as duas choravam juntas. No momento em que foi colhido sangue das meninas, consolei a puérpera e uma das RN (**estresse da RN e da puérpera, interação**).

Ao exame físico: PA: 120 x 80 mmHg P: 72 bpm; R 20 mrpm; T – 36°C. Mamas ingurgitadas, grandes, com presença de colostro. Os mamilos são protusos o que facilita a boa pega, globo de Pinard presente, eliminando lóquios rubra em pequena quantidade, períneo com epísio sem anormalidade, com discreto edema. Eliminações vesicais com bom fluxo, aspecto normal, intestinais ausentes (**papel da aluna, enfermagem e saúde**).

Ao abordar a questão do parto, fala que este foi mais difícil que o anterior, que as contrações eram mais fortes e demoravam mais para passar. E quando nasceu a primeira teve que tomar fôlego para parir a segunda (**tempo e espaço, percepção da puérpera**).

Com relação ao ambiente, a enfermaria dispõe de muitos leitos, todos com berço, ficando um pouco apertado, mas isso não interferiu na interação com a puérpera. Consegui trocar idéias sem problemas. O inconveniente era o calor, o quarto pouco ventilado, ficava abafado, inclusive a puérpera também queixou-se que o quarto era quente e abafado, a iluminação é boa (**ambiente, percepção da puérpera e aluna**). A queixa da puérpera era de não ter conseguido dormir à noite, porque as recém-nascidas choravam e como o

pessoal da noite é em menor número, isto é, apenas uma, não podia chamar muito e quando vinha, tinha pressa (**estresse, papel da enfermagem**).

As RNs são bem ativas, a GI é mais irritada, chora mais forte, as duas eliminaram mecônio diversas vezes e urinaram também, dormem a maior parte do tempo e quando levadas ao seio sugam bem (**saúde e enfermagem, percepção da aluna**).

A puérpera é participativa, discute as questões levantadas e ajuda a chegar a uma decisão de como fazer (**crescimento e desenvolvimento da puérpera e aluna**). Ao realizar este estudo me senti feliz com os objetivos alcançados. Tive boa interação com a paciente, ela é uma pessoa aberta e com experiência. Foi bom nosso compartilhar de idéias, cresci muito e acho que ela também (**interação aluna/puérpera**).

2ª fase - Lista de problemas

- **Percebidos e julgados pela aluna:**

- 1 – Mamas com discretas fissuras;
- 2 – Pega inadequada;
- 3 – Insegurança ao realizar higiene no coto umbilical;
- 4 – Ambiente quente e abafado;
- 5 – Poucos funcionários à noite.

- **Percebidos e julgados pela mãe:**

- 1 – Mamilos fissurados e doloridos;
- 2 – Insegurança para realizar o curativo do coto umbilical;
- 3 – Dúvida entre usar ou não faixa no umbigo;
- 4 – Medo de não dar conta dos cuidados das duas filhas em casa.

3ª e 4ª fases Planejamento (objetivos) e Implementação (meios)

PROBLEMA 01 (MÃE, ALUNA): Mamas com discretas fissuras e doloridas (**estresse, percepção**).

Objetivo: Favorecer uma boa amamentação, reduzindo situações de desconforto da mãe.

Ações de enfermagem: Conversei com a mãe sobre medidas que ela conhecia para tratar e evitar fissuras (**comunicação e enfermagem**). Expus sobre o uso da casca de banana ou mamão, após a amamentação. Concordamos em realizar aplicações de raios infra-vermelho na mama enquanto permaneceria internada, pois é uma forma de fortalecer a pele (**transação**) e conversei com a mãe sobre como improvisar uma lâmpada em casa, para aquecimento da mama, fazendo uma campânula. Conversei com a mãe para manter um pouco de leite nos locais de fissura ao final de cada mamada (**crescimento e desenvolvimento**).

PROBLEMA 02 (ALUNA): Pega inadequada (**percepção, papel**).

Objetivo: Melhorar a pega das RNs.

Ações de enfermagem: Ofereci auxílio à mãe durante a amamentação (**papel da aluna**). Discutimos a posição da mãe durante o aleitamento. Não fazer tesoura com os dedos. Compartilhamos a importância das RNs abocanhar bem o mamilo e a aréola ao sugar. Aconchegar bem as recém-nascidas ao amamentar (**interação e comunicação**).

PROBLEMA 03 (ALUNA, MÃE): Insegurança quanto a realização do curativo do coto umbilical (**estresse**).

Objetivo: Oportunizar segurança para a mãe realizar o curativo.

Ações de enfermagem: Demonstrei a realização do curativo explicando que o mesmo não dói e que é preciso fazer uma boa higiene. Incentivei e ela própria realizou o curativo umbilical de uma das filhas (**crescimento e desenvolvimento da puérpera**).

PROBLEMA 03 (MÃE): Dúvida entre usar ou não faixa no umbigo (**comunicação**).

Objetivo: Conversar com a mãe sobre crenças e tabus em relação ao uso da mesma.

Ações de enfermagem: Trocamos idéias em relação ao assunto, oportunizei à mãe a expor o que sabia e refletimos sobre crenças e a não influência do uso da faixa no conforto e estética do RN (**comunicação, crescimento e desenvolvimento**).

PROBLEMA 04 (ALUNA): Ambiente quente e abafado (ambiente).

Objetivo: Melhorar as condições do ambiente.

Ações de enfermagem: Conversei com as demais puérperas da enfermaria sobre a necessidade de manter as janelas abertas para ventilar melhor, se necessário mudar o berço do recém-nascido de lugar. Compartilhamos com a puérpera, a escolha de roupas leves para uso. Conversamos com a mãe sobre a necessidade de ingesta hídrica adequada (**comunicação e interação**).

PROBLEMA 04 (MÃE): Medo de não dar conta dos cuidados, das duas filhas em casa (**percepção da puérpera**).

Objetivo: Desenvolver atitudes que favoreçam adequação e ajustamento ao papel de mãe.

Ações de enfermagem: Incentivei sua participação nos cuidados das RNs, mantendo presença na unidade, para favorecer expressões de dúvidas e sentimentos. Dialoguei com a mãe, oportunizando-a expor seu medo. Salientei a ela que terá ajuda do marido e da filha mais velha e também que poderia contar com minha ajuda se necessário. Compartilhamos informações sobre o papel de mãe. Conversamos com o pai sobre a importância de sua participação nos cuidados. Conversamos sobre a importância de manter o aleitamento materno pelo menos até o 6º mês o que diminui o trabalho e a preocupação com a alimentação das RNs. Compartilhamos com a mãe vivência de outras mães que tiveram gêmeos, permitindo a ela expor dúvidas e opiniões (**interação e comunicação**).

PROBLEMA 05 (MÃE, ALUNA): Poucos funcionários à noite (**estresse da puérpera, poder**).

Objetivo: Discutir a questão com chefia de Enfermagem e da unidade.

Ações de enfermagem: Conversamos com a chefia de Enfermagem e da unidade, os relatos das clientes. Incentivamos as mães a participarem dos cuidados com os recém nascidos (**comunicação, interação e enfermagem**).

5ª fase - Avaliação

Ocorreu em dois momentos:

1º durante a internação: percebi que a mãe estava ansiosa em retornar para casa. Ficou mais tranqüila quando falei que faria visita domiciliar e que estava disposta a ajudá-

la se precisasse (**percepção da aluna**). Trocamos número de telefone, caso precise entrará em contato (**tomada de decisão**).

Pela disposição que demonstrou enquanto trocamos idéias e cuidados, acredito que enfrentará esta fase do puerpério com segurança e tranquilidade, apesar do trabalho, pelo fato de ser gêmeas.

O 2º momento da avaliação do processo de enfermagem ocorreu durante as visitas domiciliares. As quais oportunizaram a observação, a coleta de novos dados e validação de informações colhidas anteriormente na unidade, além de ter facilitado e fortalecido a interação aluno/puérpera/professora-mestranda favorecendo o alcance dos objetivos, a manutenção e a continuidade da assistência preconizada.

4ª Atividade

Visitas Domiciliares (Do hospital para casa)

No período puerperal a permanência da mãe no hospital é um período de transição entre a situação de ainda ter a criança na barriga sem alterar dramaticamente a rotina de vida, e o voltar para casa com o bebê nos braços e a responsabilidade sobre ele. Nesse sentido, o hospital é visto como um “ninho” seguro, onde as dificuldades que surgem podem ser contornadas pelo pessoal especializado. Ir para casa pode representar a perda dessa proteção e a sensação do “e agora, como vou fazer”? Maldonado, Dicksten, Nahoum (1997, p. 135) ressaltam que, “simbolicamente poder-se-ia dizer que há dois partos: um onde o bebê nasce e outro no dia da alta hospitalar, quando ele nasce para os pais”.

Portanto, a chegada do bebê em casa suscita uma emoção forte, misto de alegria pela presença de uma pessoa tão esperada, de alívio por sair do hospital e também de apreensão. “Agora, somos só nós e ele”. Não há mais a segurança da presença da enfermagem e dos médicos, seguros em suas atitudes e nos cuidados da dupla mãe-filho.

Segundo o Ministério da Saúde (1994), as complicações da gravidez, parto e puerpério estão dentre as sete principais causas de óbito entre mulheres na faixa etária de 15 a 49 anos. E adverte que praticamente todos os problemas que levam ao óbito poderiam

ser facilmente evitados, se fosse oferecido às mães, uma assistência adequada. Ressalta também que a maioria das dificuldades manifestam-se no retorno da puérpera ao domicílio.

Apesar do puerpério ser caracterizado como um período normal de retorno da fisiologia materna às condições pré-gravídicas, as modificações que ocorrem são extremamente importantes e potencialmente perigosas, as quais acontecem de forma mais incisiva nos primeiros 10 dias pós-parto. O alto índice de desmame precoce e de mortalidade neonatal que ocorre na primeira semana, caracteriza o período puerperal como um dos mais importantes a nível de atenção à saúde e de que necessita de pessoas capacitadas para assisti-las.

“...entendi que eu era para ela um ponto de referência...”. Acadêmica Joana.

“Criamos um elo de ligação e amizade. Mantínhamos contato por telefone quase que diariamente mesmo após ter terminado o processo de enfermagem e as visitas domiciliares”. Acadêmica Laura..

Diante da importância do período do puerpério para o binômio mãe/filho, propusemos um acompanhamento através de visitas domiciliares no sentido de acompanhar o processo de adaptação à nova situação da família, ajudando-os na medida do possível, além de diagnosticar precocemente problemas que poderiam intervir no processo normal do puerpério.

Lacerda (1996) trata o cuidado domiciliar como uma forma de fazer enfermagem, modalidade esta que necessita ser resgatada pelos profissionais enfermeiros, para que nossa prática possa cada dia mais, ser conhecida e levada às pessoas. E considera que o enfermeiro tem um importante compromisso social ao desempenhar o seu papel, pois leva os seus cuidados ao indivíduo, à família e à comunidade, devolvendo assim, à sociedade, a razão da existência de sua profissão, pois no desempenho deste papel, expressa sua contribuição como profissional e ser humano, visto pertencer a esta mesma comunidade que o afirma enquanto tal. Assim, voltar a atenção para os pacientes e seus familiares no domicílio pode ser uma forma de expressar este papel.

O domicílio, é o local onde está a família e é nela que os seus componentes se desenvolvem física, emocional, mental e espiritualmente. É aí que as primeiras relações sociais se estabelecem e também onde as dificuldades e problemas decorrentes do nascimento de um filho acontecem. Portanto, deve-se considerar o ambiente familiar como

um componente importante para a recém-mãe e seu(s) recém nascido(s), não só pelos aspectos físicos e materiais que oferecem como do ponto de vista afetivo-emocional e social.

Zampieri (1998, p. 158) citando Gonçalves & Alvarez & Rabello, Smith, Lacerda, Diadema, Santos, Londrina, Duarte e Boletim Informativo de Saúde da Prefeitura de Londrina, “ressaltam a importância do atendimento domiciliar, uma 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 risco de infecção hospitalar e os custos”.

*“... percebo que a puérpera dá valor e procura fazer o que combinamos, isso é muito bom, porque é sinal de que nossos objetivos estão sendo alcançados”.
Acadêmica Ana.*

Para o atendimento domiciliar há necessidade de profissionais capacitados. Nesse sentido, esse trabalho buscou desenvolver no aluno habilidades para lidar com as situações de saúde-doença fora do ambiente hospitalar, treinando-os para exercerem o papel de agentes condutores desse processo, já que faz-se necessário **repensar a assistência à saúde centrada apenas nos hospitais e postos de saúde.**

“Nossa interação cresceu a cada encontro, sentia que a mãe confiava em mim e desejava meu apoio. Eu já parecia fazer parte daquela família, houve um grande crescimento de ambas as partes”. Acadêmica Adriana.

Imbuídos deste desejo e certos de sua necessidade, os alunos acompanharam vinte e uma mulheres no período puerperal, em seus domicílios.

Acordamos entre o grupo de alunos que seria feito no mínimo duas visitas pós-parto a cada mãe, e que não abandonaríamos o acompanhamento até que percebêssemos necessidade do mesmo, só daríamos por concluído quando sentíssemos segurança e ajustamento à chegada do novo ser na família

A primeira visita do aluno seria feita em torno do terceiro dia pós alta hospitalar e a segunda em torno do sétimo dia ou conforme julgassem necessário. No entanto, tivemos

poucos casos de mães que receberam apenas duas visitas, a maioria dos alunos realizaram no mínimo mais uma visita. Alguns alunos fizeram mais de seis visitas na mesma família.

Para todas as mães foi explicado que este trabalho tratava-se de um trabalho acadêmico e então solicitava-se autorização para visita a domicílio. Para protegermos a identidade das mães os nomes usados nos registros são fictícios. Os registros durante as visitas foram feitos em forma telegráfica e após os mesmos eram descritos na íntegra pelo aluno. Os relatórios descritos pelos alunos foram entregues à professora-mestranda, em anexo ao processo de enfermagem. Verificamos após análise dos mesmos que, as mães e seus significantes necessitaram de várias formas de apoio, que variavam em tipo e grau, tais como: dificuldades no aleitamento materno devido às fissuras; avaliação do coto umbilical; uso de faixa; avaliação da episiorrafia ou da cesariana; banho e alimentação da puérpera; atenção emocional; eliminações do recém-nascido e da mãe, planejamento familiar dentre outros.

Analisando os relatórios das visitas entregues pelos alunos, concluiu que as mesmas oportunizaram:

- Avaliar a assistência prestada, através do alcance ou não dos objetivos traçados mutuamente em contatos anteriores (internação e outras visitas).
- Detectar pontos positivos e negativos do processo, possibilitando redirecionar a assistência e sua postura enquanto acadêmico e pessoa.
- Avaliar a ocorrência ou não de interação e transação. No caso da interação não ter ocorrido, tentar reiniciar o processo, agora com a mãe e seus significantes em seu meio ambiente.
- Diagnosticar lacunas na assistência oferecida, pois as dificuldades e necessidades são sentidas no dia-a-dia da mãe e seus significantes.
- Avaliar o processo ensino aprendizagem proposto.
- Reconhecer o valor e a necessidade de compartilhar os objetivos e os meios, tendo como base a realidade vivenciada pela família. Vejamos algumas expressões que retratam esta análise feita.

“De nada adianta idealizar um plano lindo que não sai do papel”. Acadêmica Ana.

“Após as visitas entendi porque parecia que a minha puérpera não me dava atenção, sua casa não tem luz elétrica nem água, não tem tanque nem pia, seu marido está desempregado. Hoje me pergunto de que adianta falar em comprar alimentos, muito menos fazer batida de frutas”. Acadêmica Cristina.

“É importante este acompanhamento realizado no domicílio, porque aí nós realmente trabalhamos com o que se dispõe, é todo um processo de aprendizagem acadêmica-puérpera”. Acadêmica Joana.

“O acompanhante demonstrou interesse em fornecer seu endereço, questionou sobre a mesma e disse que seria realmente muito importante”. Acadêmico Júnior.

“A cada visita realizada maior era nossa interação, crescemos tanto eu quanto a puérpera, compartilhamos idéias, alcançamos vários objetivos”. Acadêmica Laura.

Das vinte e uma mães, que receberam acompanhamento domiciliar feita pelos alunos, eu como professora-mestranda acompanhei pessoalmente dezessete delas. Tive como objetivo, avaliar a assistência prestada pelo aluno, possibilitando dessa forma, indiretamente, avaliar o processo ensino-aprendizagem proposto, além de oferecer suporte e motivação ao aluno, a mãe e seus significantes envolvidos nesse processo.

Em cada visita, realizei registros gravados, os quais transcrevia ao chegar em casa, sempre solicitando permissão para fazê-los.

Numa avaliação geral das visitas domiciliares, percebi que houve casos em que os vínculos estabelecidos foram além da proposta inicial do trabalho, como por exemplo, alunos que fizeram mais de seis visitas domiciliares; alunas que foram convidadas para ser madrinha do recém-nascido; além das manifestações de carinho recebidas por parte das mães e familiares em ambientes fora do hospital e domicílio (na rua, supermercado, igreja). Acredito que estas evidências são provas suficientes de que objetivos foram alcançados, que transações ocorreram e que o processo como um todo foi muito valido.

“Esta experiência foi muito boa, pois como já passei por este estágio no ano passado, só que com outra teoria, pude observar a diferença. Eu vivi intensamente, me doei inteiramente para que tudo desse certo, pois acreditei e tive bom resultado, comecei a ver a enfermagem de outra forma, cresci muito”. Acadêmica Edimara.

O acompanhamento domiciliar foi realizado por interesse acadêmico, mas comprovou-se ser de extrema necessidade e valia. Infelizmente na realidade concreta tal necessidade não tem contado com o apoio político e institucional. A perspectiva de viabilização desse acompanhamento é pequena por enquanto em nossa realidade, mas não

impossível. No entanto, tem sido muito utilizada no meio acadêmico, devido a necessidade sentida em prestar um cuidado continuado. Quem sabe nossos alunos consigam mostrar suas implicações na prática assistencial e consigam ir lançando a semente dessa proposta!

Apresento a seguir um relato das visitas domiciliares que deram continuidade a implementação do processo de enfermagem iniciado durante a internação da puérpera e apresentado nesse estudo a partir da página 142.

Visita Domiciliar 01

Visitei a puérpera no dia 02/11/99 em sua residência. Falou que estava bem, apenas as mamas um pouco ingurgitadas. Me questionou quanto a ordenha, se não faltaria leite para as meninas se o fizesse. Disse a ela que era necessário, para que a mama não empedrasse. Pediu se poderia usar a maquininha para realizar a ordenha, pois com as mãos cansava. Disse a ela que poderia se não estivesse doendo ou com fissuras, mas aconselhava a ordenha manual (**comunicação, crescimento e desenvolvimento**).

Solicitei se poderia examinar suas mamas, as mesmas estavam com moderado ingurgitamento e mamilos com discretas fissuras (**enfermagem**). Relatou-me que estava sentindo-se bem melhor com o uso de casca de banana na mama, parecia que aliviava e que então tentaria a ordenha manual (**transação, crescimento e desenvolvimento**).

O local da epíspio estava bem, com boa cicatrização. Relatou que era um pouco desconfortável para sentar.

As recém-nascidas são calmas, o umbigo delas ainda não caiu, mas está secando bem. Falou-me de um vasinho dilatado no olho de uma das meninas. Observei e falei que era normal. Percebi que ficou mais tranqüila. Falou que estava constipada e não sabia o que fazer. Perguntei o que estava comendo. Respondeu que estava comendo bastante coisa seca. Questionei sobre o que ela gostaria de comer. Disse: frutas, mas não sei se posso. Falei que poderia desde que não fossem ácidas demais e nem alimentos provocadores de gases e orientei o uso de uma fatia de mamão em jejum ou ameixas secas. Ensinei-lhe também uma batida de mamão, laranja, ameixa e creme de leite. Ficou animada e disse que experimentaria (**interação e enfermagem**). Falou que seu relacionamento com o marido

estava bom, que era uma pessoa excelente, estava ajudando-a nas tarefas da casa e com as RNs.

Na conversa com o marido falou-me que estava muito feliz com as filhas e que não se importava em ajudar a esposa e disse todo cheio de orgulho: as duas são a minha cara (**self do esposo**).

Acadêmica: Adriana.

Visita domiciliar 02

Retornei à casa de dona C.M, no dia 05-08-99 para ver como estava. Recebeu-me contente, disse que estava tudo bem, que seu intestino estava funcionando que era um relógio. Tinha acrescentado frutas na alimentação e que foi melhor (**transação**). Falou-me que as meninas estavam dormindo melhor à noite e só achava que elas dormiam demais. Coloquei então que era normal a criança dormir a maior parte do tempo quando pequena e conforme iria crescendo seus hábitos mudariam. Não estão tendo cólicas.

Perguntei como estavam os umbigos das crianças, então ela me mostrou: um já havia caído e o outro quase caindo.

Falou-me que seus pontos já haviam sumido e o local estava bem, e que sua filha mais velha ainda estava reclamando que as irmãs eram muito pequenas e que não conseguia brincar com elas. Dona C.M. conversa bastante com ela. Retornei para casa satisfeita, percebendo que tudo estava transcorrendo tranquilamente.

Acadêmica: Adriana.

Visita Domiciliar 03

Retornei à casa de dona C.M. no dia 08/11/99 com a professora Ivete. Chegando lá deparamo-nos com ela amamentando as filhas. Olhar de felicidade quando nos viu (**interação**). Convidou-nos para sentar em sua cama. A professora sentou e eu como estava com a roupa que tinha trabalhado à tarde toda no hospital, preferi um banco. A professora perguntou sobre como estava se sentindo, mãe de gêmeas. Respondeu que estava tudo bem.

Começamos a falar sobre o atendimento prestado no H.S.F. Falou que foi muito bom, só tinha queixa da noite, quando o número de funcionários era menor e não tinham tempo de dar a atenção necessária quando eram solicitadas. Quanto ao atendimento prestado pela aluna, gostou muito, “aprendemos muito juntas” e disse que sentiu-se segura sabendo que tinha uma referência caso precisasse (**enfermagem, papel e interação**).

Falamos sobre o umbigo das nenêns. Disse que já haviam caído, mostrou-nos como estavam e pediu se era normal estarem um pouco protusos. A professora falou que sim e disse que conforme elas crescerem e ganharem peso vão normalizando-se.

Durante nossas conversas deparei-me com uma questão que não tinha abordado no hospital: Constipação intestinal. Relatou-nos que estava comendo muita coisa seca e que estava constipada. Então sugeri a ela o uso do mamão, toda manhã uma fatia, em jejum ou então ameixas secas colocadas em um copo de água e deixadas por 12 horas na geladeira (após tomar em jejum e comer as ameixas). Falou-me que gostava de mamão e iria fazer (**comunicação, crescimento e desenvolvimento**).

Neste momento o marido chegou do trabalho, sentou-se ao lado da esposa na cama, ouvia com atenção e participava de nossa conversa. Falou que estava ajudando a trocar as fraldas, cuidava de uma enquanto a outra mamava (**interação**). Dona C.M. nos relatou que já havia feito o teste do pezinho e as primeiras vacinas e pretendia marcar a primeira consulta para as filhas (**transação**). Deixamos a casa de dona C.M. levando conosco uma bagagem muito grande de aprendizado acreditando o mesmo ter deixado lá (**percepção da aluna**).

Acadêmica: Adriana.

Conclusão do 2º momento de avaliação do processo de enfermagem, realizado pela aluna, com base nas visitas domiciliares.

Percebi que dona C.M. superou o medo de não dar conta do recado. Diz estar muito feliz como mãe novamente e que as duas filhas são uns anjos, só choram quando estão com fome. Sua maior dificuldade é atender as duas filhas ao mesmo tempo quando estão com fome, mas que estava podendo contar com a ajuda da filha mais velha e do marido para

desenvolver as tarefas. As mamas com muito leite, e mesmo após as duas mamarem as vezes fazia a ordenha manual, para retirar o excesso que sobrou.

Uma dificuldade que estava tendo é com a filha mais velha, que estava se sentindo rejeitada, já que a atenção voltou-se toda para as RNs. Mas estava conversando bastante com ela e explicando que por serem pequenas necessitavam de mais cuidados.

Dos objetivos traçados durante a internação todos foram alcançados.

Percebi que houve crescimento da mãe no momento em que conseguiu superar o medo e percebeu que era capaz de exercer o papel de mãe, mesmo sendo duas filhas ao mesmo tempo.

Para os problemas detectados pela acadêmica e puérpera durante as visitas, foram buscadas alternativas de resolução no momento em que apareceram.

Nossa interação cresceu a cada encontro, sentia que a mãe confiava em mim e desejava meu apoio. E eu já parecia fazer parte daquela família. Foi um grande crescimento de ambas as partes, pois houve grande interação e situações de transação, o que me deixou muito feliz.

Acadêmica: Adriana.

Minha Avaliação como professora da implementação do processo de enfermagem realizado pela aluna.

Acompanhei o trabalho desenvolvido pela aluna durante a internação da puérpera no hospital e na 3ª visita domiciliar da acadêmica à mãe.

Constatee a satisfação da mãe ao nos receber e percebi a grande interação existente entre acadêmica e mãe, conversavam fluentemente referindo-se às dificuldades detectadas em outras visitas e como haviam trabalhado com grande familiaridade. Percebia-se laços de confiança entre elas, o esposo e a outra filha do casal. A puérpera estava tranqüila, desempenhando o papel de mãe com segurança, emocionalmente parecia muito bem, contava com a ajuda da filha e do esposo e de uma mulher para os serviços da casa; estava amamentando exclusivamente ao seio, mamas em boas condições, umbigo das RNs já caídos e bem, aparentemente tudo transcorrendo muito bem. Percebia-se satisfação no olhar da aluna com seu trabalho, pois atingiu os objetivos, houve boa interação e situações

de transação, percebia-se que estavam satisfeitos e agradecidos com a assistência e diziam que cresceram muito juntas. Concluindo este acompanhamento, constato que os objetivos foram alcançados, com a ocorrência de interações e transações, o que comprovou que este processo ensino-aprendizagem foi viável para a assistência proposta à puérpera e seus significantes.

Para mim foi muito gratificante presenciar este momento pois esta relação tão bonita foi fruto desse trabalho.

Observação: optei por ilustrar esse estudo com esse exemplo de processo de enfermagem e acompanhamento domiciliar porque no início do estágio esta aluna escreveu uma carta dizendo-me que não suportava obstetrícia. Ao final do estágio, construiu essa relação tão linda. Nesse sentido ser a facilitadora desse processo foi muito gratificante para mim e demonstrou um processo de superação, crescimento e desenvolvimento quando se acredita no potencial do ser humano.

ASSOCIAÇÃO DA TEORIA DO ALCANCE DOS OBJETIVOS COM A PRÁTICA VIVENCIADA NESSE ESTUDO

Nesse capítulo, apresento uma análise das reflexões e resultados do estudo, estabelecendo conexão entre os caminhos percorridos e o marco referencial proposto para a condução do processo ensino-aprendizagem, que teve sua fundamentação na Teoria do Alcance dos Objetivos, de Imogene King (1981). A escolha do referencial teórico deve-se a atenção especial que King dispensa para o relacionamento interpessoal, promovido pela comunicação e interação das pessoas, o que considero como princípio número um, para a humanização da assistência.

King apresenta em sua teoria os conceitos de ser humano; ambiente; saúde e sociedade, todos vinculados ao sistema pessoal, interpessoal e social. Sendo que dentro de cada um desses sistemas, definiu uma série de conceitos como: percepção, *self*, imagem corporal, crescimento e desenvolvimento, tempo, espaço, interação, comunicação, transação, estresse, organização, poder, autoridade, status, tomada de decisão e papel. Levamos teoricamente todos eles para a prática assistencial, mas para a presente discussão, consideramos apenas os conceitos que emergiram nas relações estabelecidas.

Dentre os conceitos utilizados, destacou-se explicitamente o de comunicação, interação, *self*, percepção, transação, estresse, papel, crescimento e desenvolvimento. Os quais estão representados na figura IV (p. 161). Embora, os demais conceitos também tenham permeado esse processo, pois nas relações que se estabeleceram não se eximiu nenhum deles, porém sentiu-se subjetivamente e objetivamente que a intensidade e profundidade de uso de um ou outro foi maior ou menor, segundo as diferentes exigências do momento e da situação.

Acredito que o destaque de alguns devem-se ao tipo de abordagem desse estudo, que primou pela humanização do ensino e da assistência. Ao elaborar esse marco, considerei que os personagens envolvidos (professora-mestranda, alunos, puérperas e seus significantes) tinham condições de agir, assumir seus papéis, intercambiar percepções e compartilhar. Portanto, em condições de utilizar plenamente a metodologia proposta que tem como premissa básica a participação ativa dos envolvidos. Conforme define King, o resultado da ação e reação, através das dinâmicas de percepção, comunicação, interação e da transação na busca do alcance dos objetivos, deve-se a interrelação entre os envolvidos e seu meio.

Em cada situação percebida e julgada pelos dois, ou por um e compartilhada pelos dois, surgia um processo de interação. Quando essa se dava de forma aberta, clara e compartilhada na identificação, análise e busca de alternativas para a situação, surgia uma nova relação num sistema compartilhado de tomada de decisões. Dessa forma todos os partícipes do mesmo sistema social percebiam, comunicavam-se e buscavam fixar os objetivos e meios dentre as possíveis alternativas discutidas e analisadas para o alcance dos objetivos.

Dessa atitude compartilhada, na maioria dos casos, nascia uma nova alternativa ou proposta de ação, atendendo aos objetivos de ambos (aluno/puérpera, aluno/professora-mestranda, puérpera/professora-mestranda). As alternativas e ações advindas dessa maneira não eram necessariamente propostas de um dos envolvidos, nem a do outro. Era uma nova proposta discutida, analisada e aceita por ambas as partes.

Nesse compartilhar, a identidade, as crenças, os valores, as percepções e papéis puderam ser afetados e modificados na relação, em direção ao crescimento e desenvolvimento. Compreendendo que somos todos seres em transformação constante, em cada nova relação estabelecida, não somos os mesmos, nos modificamos.

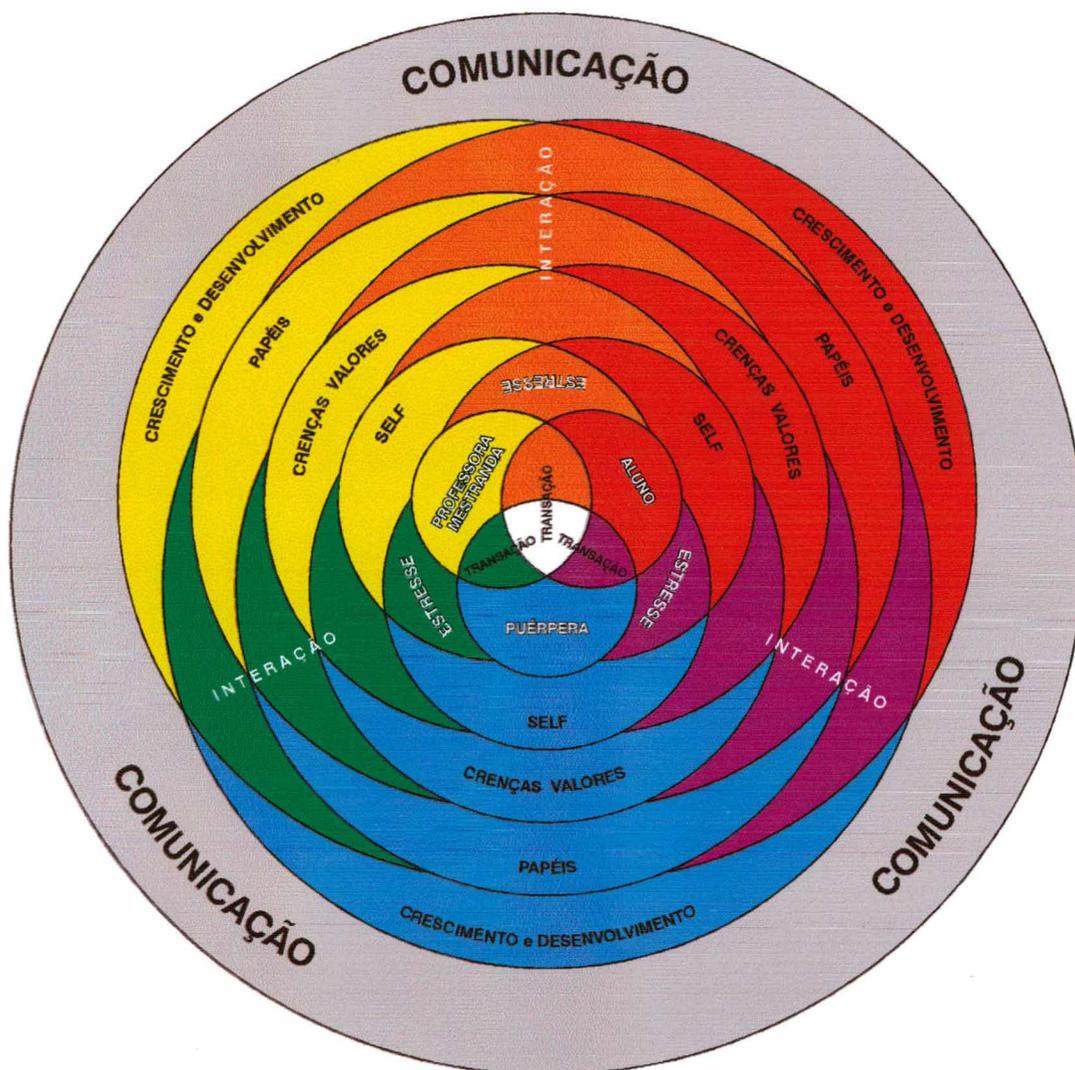
Esse sistema de mudanças e transformações estabelecidas nas interrelações humanas levou-me a fazer uma analogia com a combinação das cores. Por exemplo, quando misturamos amarelo com vermelho, temos como consequência nem o amarelo nem vermelho, mas sim o laranja. Da mesma forma, da mistura das cores vermelho e azul,

surge a cor lilás e da mistura das cores amarelo e azul surge a cor verde. Da mistura de todas as cores surge a cor branca.

Essa analogia facilita a compreensão do processo de crescimento e desenvolvimento havido na implementação desse marco referencial e na metodologia aplicada nesse trabalho. Quando eu, ^{entrevista} ou o aluno, ou a puérpera ou seus significantes (cada um com seu "eu", suas crenças, seus papéis, suas percepções, seus valores e conhecimentos) surgia como consequência um resultado que normalmente não era totalmente a minha proposta nem a proposta deles (alunos, puérperas e seus significantes), mas algo intermediário, o que permitia que pudéssemos evoluir nas nossas crenças, nossos papéis, nossas percepções e reações e conseqüentemente saíssemos dessa relação num estado mais evoluído, que caracterizamos como crescimento e desenvolvimento dos envolvidos. Conforme representado na figura IV, a seguir:

Figura IV

PROCESSO DE INTERAÇÃO E TRANSAÇÃO



Legenda:

- Aluno
- Puérpera e seus significantes
- Professora-mestranda
- Interação e/ou transação aluno/puérpera
- Interação e/ou transação puérpera/professora-mestranda
- Interação e/ou transação professora-mestranda/aluno
- Interação e/ou transação aluno/puérpera/professora-mestranda
- Processo de comunicação

As transações que ocorreram nesse processo se deram em função da participação ativa, não aparecendo como algo já existente, mas novo, diferente, com outra tonalidade, como na reação da junção das cores primárias entre si, afetando sua própria identidade, influenciando nas percepções, julgamentos e condutas dos personagens envolvidos.

Da mesma forma, podemos entender a interação entre alunos e puérperas ou entre professora-mestranda e puérperas, ou mesmo entre os três personagens entre si. As alternativas e soluções compartilhadas advindas de cada interação, por serem aceitas por todos acabavam produzindo um resultado mais expressivo e real em relação à maneira convencional de fazer enfermagem. Observado principalmente após a alta hospitalar, que pelo fato da puérpera ter compartilhado na definição dos objetivos e meios para a solução dos problemas a comprometia para que as ações propostas efetivamente fossem executadas, conforme o planejado, levando dessa forma ao alcance dos objetivos propostos.

Salienta-se que nesse sistema de assistência de interação e de decisões compartilhadas, os personagens envolvidos vão evoluindo permanentemente nos seus “eu”, nas suas crenças, nos seus papéis e vão conseqüentemente incrementando o seu crescimento e desenvolvimento. Chamamos atenção a esse sistema de atuação, porque houve crescimento de todos os envolvidos, havendo benefícios para a puérpera, por utilizar as ações por ela aceita e que partilhou da escolha e portanto as aplicará. Para o profissional da saúde, no caso o aluno e professora-mestranda, porque terá eficácia na sua função com maior resolutividade das dificuldades e problemas. Disso deverá resultar seu crescimento como profissional e como ser humano, pelos inúmeros processos interacionais que surgirão durante sua vida profissional.

Haverá nos personagens envolvidos, conforme demonstrado na figura IV (p. 161), crescimento e desenvolvimento em cada “eu”, pois após cada interação promovida ou facilitada pela comunicação, resultará em alguma mudança e evolução em suas crenças, valores e no desempenho dos seus papéis.

Dewey e Bentley apud King (1984) dizem que os homens geram um “mundo de suposições”, a fim de levarem a cabo atividades significativas para alcançar suas metas. Esse mundo é a realidade de cada pessoa, através da forma de como o vê, a maneira pela qual ele influi em nós, e nós nele. Cada ação humana é o resultado de uma transação, na

qual a pessoa desempenha um papel ativo. Quanto mais exata for a percepção, mais perfeita será a interação e conseqüentemente mais efetiva será a transação. Em conseqüência, não se pode compreender a percepção mais simples sem considerar a variável-meta. Assim, os acontecimentos unicamente podem ocorrer, em algum meio ambiente se houver algum propósito que requeira alguma ação, cujo grau de consciência ou percepção baseou-se nas experiências passadas e objetivos presentes.

Entretanto, para que esse sistema proposto se concretize, para que as interações efetivamente ocorram, é fundamental e indispensável que haja um sistema de comunicação eficiente entre os envolvidos. Coube ao personagem no controle (o aluno ou a professora-mestranda) o direcionamento desse sistema, criando condições para que todos participassem do processo e alcançassem os objetivos propostos. No diagrama proposto nesse processo, colocamos a comunicação, pela sua importância como contenedora de todo o sistema.

King (1981) ao descrever sua teoria, define que os indivíduos são seres orientados no tempo, atuam segundo suas percepções e julgamentos, determinando a qualidade das transações. Nesse estudo, o ser humano manifestou-se como único, real e integral. Cada qual com personalidade e motivação distintas, bem como em diferentes graus de envolvimento com o processo e com o agir no mundo, o que condicionou sua forma de interagir e formular seus planos e metas.

Ao trabalhar com uma multiplicidade de seres (alunos, puérperas e seus significantes) pude perceber diante de cada situação, de cada vivência as características individuais, personalidades, temperamentos e motivações. Alguns alunos apresentavam-se motivados, perseverantes, curiosos outros inibidos com pouca iniciativa e disponibilidade.

Suas participações na etapa de socialização do marco, deu-se de forma grupal mais ou menos homogênea, o que não ocorreu na segunda etapa, quando cada aluno com suas experiências de vida e potencialidades dirigia seu próprio caminho. Foi nesse momento que as diversidades de interesse, expectativas e desejos se manifestavam, emergindo revelações, consideradas por nós como muito importantes, nas relações interpessoais desenvolvidas.

A maioria dos alunos demonstraram-se atuantes, estabeleceram trocas de conhecimentos com vista ao crescimento e desenvolvimento de todos, percebendo-se também em alguns momentos, inconclusos dentro do limite de seus conhecimentos.

Nas relações estabelecidas entre eles e deles com as puérperas e seus significantes, o meio ambiente mostrou-se inseparável do todo, que influencia e é influenciado pelas relações existentes entre ambos. Manifestaram-se também, as diversidades culturais existentes entre os próprios alunos e entre esses e as puérperas e que em algumas situações interferiram diretamente no conceito de saúde e nas formas adotadas pelas pessoas para mantê-las. O fato comum observado é que todos a seu modo, buscam ter atitudes e realizam atividades de tal modo que mantenham ou recuperem a saúde. Percebeu-se que, os ajustamentos e atitudes tomadas, variam segundo o padrão e a qualidade de vida e considerados conforme a classe social a que pertencem.

Para King (1981) enfermagem é, perceber, pensar, relacionar, julgar e agir de forma compartilhada, nas situações da vida diária e nas situações que demandam ajustamentos, com vistas a ajudar os seres a desenvolverem suas potencialidades e a enfrentarem as dificuldades, estimulando a capacidade de agirem e de decidirem. Esse conceito adequou-se às vivências no processo proposto, como os alunos lidaram com mulheres, num período que demanda muitos ajustamentos, possibilitou situações de um compartilhar ilimitado. Como suporte oferecido pela comunicação verbal e ou principalmente não-verbal, as relações de trocas manifestavam-se na maioria das situações, como num misturar de cores, novos tons iam emergindo, novas opiniões, novas emoções, novas experiências, transformado-se mutuamente em cada relação, as quais tornavam-se mais presentes e evidentes, com o passar do tempo e de interações sucessivas entre os envolvidos.

Também foi possibilitado compreender que as percepções, os julgamentos, ações e reações dos seres envolvidos (alunos, puérperas seus significantes e professora-mestranda) que determinaram as transações, foram únicas e particulares em cada situação.

A fundamentação teórica, as reflexões grupais e individuais, as leituras de textos pertinentes, serviram como suporte de nossas ações cotidianas. O engajamento, o comprometimento dos alunos, das puérperas e da professora-mestranda foi essencial em toda a ação desenvolvida, pois as transações dependiam das interações e intercâmbios realizados entre os envolvidos, a fim de conferir poder negociar e promover mudanças

sociais, numa ação cooperativa e recíproca de crescimento e desenvolvimento. Nessa troca infindável pudemos transformar e aperfeiçoar nossas percepções em relação as situações vivenciadas e também em relação aos outros seres humanos com quem partilhamos nosso caminho.

No processo de cuidado, esteve presente em muitas situações a incerteza e a imprevisibilidade, o que nos impulsionava na busca do concreto e possível. As dinâmicas utilizadas para vivenciar esse desafio, como: as reflexões grupais e individuais, a implementação do processo de enfermagem, as visitas domiciliares, mostraram-se apropriadas para o alcance dos objetivos desse estudo e a superação dos obstáculos que se apresentaram.

Com relação ao papel, King (1981) define como um conjunto de comportamentos esperados de parte daqueles que ocupam uma posição no sistema social. Na experiência aqui descrita o papel de cada um foi modificando-se no transcorrer do processo, em função das situações vivenciadas e das tomadas de decisões realizadas em conjunto para crescimento e desenvolvimento de todos.

O desejo de realizar um trabalho num processo participativo, onde aluno, professora-mestranda, puérperas e seus significantes seriam agentes, objetos de um mesmo espaço e mesmo fim e com a intenção de provocar mudanças através do compartilhar idéias, meios, metas e compromissos, exigiu tanto minha como dos alunos e puérperas uma mudança de postura e conseqüentemente de papéis. Essa mudança não foi tarefa fácil para mim, muito menos para o aluno que por um lado, sempre esteve habituado a receber tudo pronto e por outro na assistência diante de seus clientes, estava habituado a adotar uma postura de detentor do saber determinando o que fazer e como fazer. Para a puérpera o desempenho do papel passivo, peculiar a sua condição de internada teve que ser abandonado, o que nem sempre foi uma postura fácil de assumir.

Como intermediadora desse processo, uma postura autoritária e prescritiva não tinha espaço, o que exigiu muito esforço, disciplina e um aprendizado contínuo. Nesse sentido, desempenhei diferentes papéis, ora de "cuidadora", de cooperadora, de motivadora, de coordenadora, de participante, de pesquisadora e/ou de facilitadora. Isso representou um misto de papéis, que me levou a usar os conhecimentos, as habilidades e minhas capacidades com vistas ao crescimento e desenvolvimento de todos.

Segundo Vecchietti (1991) a enfermeira [acrescento o aluno] pode assumir o cuidado de enfermagem desde o indivíduo, família, grupos sociais, institucionais ou um sistema social definido ou ainda assumir diversos papéis na organização a qual pertence. O que não varia entretanto, no desempenho de cada um desses papéis, é a necessidade de interagir sempre numa troca expressa ou simbólica de informações na busca de estabelecer e alcançar meios comuns, através de meios e ações convenientes a ambos.

É portanto, necessário que, a enfermeira conheça os indivíduos com quem interage, o conhecimento da explicação dos comportamentos, crenças e percepções que as pessoas têm de si mesmas e do mundo que as cerca. É mediante essa base que a enfermeira processa a interação e através da participação recíproca discute e acorda meios que supram as necessidades, aspirações e metas.

O poder, para King (1981) é um elemento essencial nos sistemas sociais, seja na tomada de decisões, no domínio da informação, no controle financeiro e orçamentário, na persuasão, na provação ou compensação. O poder pode ser considerado como um tipo de força que impele ou bloqueia as ações dessas pessoas.

Nesse estudo a enfermeira-mestranda com sua habilidade e conhecimento deteve um poder junto ao aluno e suas clientes, nesse caso as puérperas e seus significantes que foi utilizado para estimular mudanças, crescimento e desenvolvimento de todos.

Nesse meio de tomada de decisões, de desempenho de papéis, de poder e organização, as situações de estresse também se manifestaram como um componente presente nas relações estabelecidas. Segundo King (1981) parece ser o estresse um componente essencial da vida e não está limitado pelo tempo e espaço. Está em todas as partes, nas plantas, animais e seres humanos. Os fatores que os provocam são os mesmos que distorcem a percepção e estão presentes na dinâmica interativa dos homens com seu ambiente. Tivemos situações momentâneas de alunos desanimados, desmotivados, da mesma forma como tivemos puérperas pouco receptivas e pouco interativas com o aluno e com seus significantes, situações essas que exigiram esforço adicional para a superação e mudança.

Diversos foram os fatores que indiretamente ou diretamente vincularam-se ao estresse enfrentado pelos alunos. O ato de experienciar nova proposta teórica e metodológica de aprender e cuidar, nova disciplina, nova clinica, somadas a sobrecarga de

outros estágios e disciplinas, provas, o trabalho profissional, para alguns a sobrecarga atribuída ao fato de conviverem com a família e filhos, para outros a saudade e distância de seus familiares e amores, dentre outros fatores, aqui não relacionados, mas que como pessoa e docente, sabe-se que interferem na vida dos alunos.

A própria King (1981) descreve que o crescimento e desenvolvimento dificilmente ocorrem tranqüilamente e sem conflitos, saem via de regra, prejudicados pelos desajustes contínuos provocados pelos agentes estressores do ambiente interno e externo. Isso compromete muitas vezes o desempenho de papéis e os resultados das interações. Portanto, a influência dos sistemas sociais pode aumentar ou diminuir a efetividade do cuidado. O cuidado centra-se na participação de todos na tomada conjunta de decisões, que ao interagirem estabelecem os objetivos, apreendem e entendem melhor a situação, apesar das influências estressoras.

No entanto com o transcorrer do processo percebi maior participação dos alunos nos trabalhos grupais e progresso nas reflexões individuais com tomada de decisões conjunta. As situações de interação e comunicação tornaram-se freqüentes com os objetivos e metas traçadas mutuamente.

Dada a natureza desse processo nos foi possibilitado interagir entre nós durante a socialização do marco e entre mais pessoa no desenvolvimento das atividades no hospital e nos domicílios das puérperas e seus significantes, levando-nos a identificação conjunta de interesses, prioridades, necessidades e aspirações e sobre elas buscamos agir com recursos próprios, no estabelecimento de metas comuns. Essa atitude interativa constante possibilitou crescimento e desenvolvimento gradativo de cada um.

Ao nos reportamos novamente a figura IV (p. 161), entenderemos que ao final do processo, o crescimento e desenvolvimento ocupou o maior espaço do diagrama, ocorrendo concomitante aumento das transações que aconteceram num processo gradativo de internalização dos conceitos, de empenho e de envolvimento dos partícipes, fazendo com que todos saíssem melhores a partir das relações estabelecidas. Reafirmando que quando as pessoas participam, elas se comprometem com as mudanças necessárias engajando-se num processo de crescimento e desenvolvimento sem fim. Cabe perfeitamente nesse espaço referendar o conceito de saúde de King (1981) que é o estado resultante de experiências dinâmicas na vida de um ser humano, o qual implica contínuos

ajustes a tensões do ambiente interno e externo, para através do aproveitamento ótimo dos recursos das pessoas, alcançarem o máximo do potencial de cada um. Este processo procurou exatamente despertar nos alunos e puérperas um olhar para suas potencialidades e possibilidades através do estímulo ao crescimento e desenvolvimento, proporcionado pelas interações com comunhão de saberes, interesses e propósitos.

Concluindo esse capítulo, afirmo que o marco referencial utilizado nesse estudo atendeu às exigências situacionais. Sobressaindo-se alguns conceitos do sistema pessoal e social, mas o destaque especial esteve no sistema interpessoal, nos conceitos de comunicação e interação, pois o foco desse processo foram as ações e interações que ocorreram entre os componentes de um sistema em evolução. Constatando-se que a evolução foi tanto maior e mais rápida quanto melhor foi o intercâmbio comunicacional estabelecido entre os envolvidos. A medida que essas capacidades evoluíram mais amplas foram as respostas e conseqüentemente maior o crescimento e desenvolvimento de todos.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

ARTICULAÇÕES ENTRE TEORIA E PRÁTICA DENTRO DO PROCESSO EDUCATIVO

É chegado o momento de confrontar o pensado com o realizado nesse processo de ensino-aprendizagem, compartilhado entre professora-mestranda, alunos, puérperas e seus significantes.

Realizar um processo de ensino-aprendizagem mostrou-se como um caminho natural dentro da minha vida, como docente de uma escola de graduação em enfermagem aproveitei esta oportunidade para qualificar minha própria prática e por continuidade, a dos alunos que são a essência do meu fazer. A caracterização desse estudo como uma Pesquisa Convergente Assistencial, adequou-se perfeitamente às exigências do processo ensino-aprendizagem proposto, pois possibilitou buscar e manter durante todo o processo estreita relação como o contexto social do ensino e da prática da enfermagem. Propiciou um agir e um refletir do cotidiano vivenciado no dia-a-dia e o entendimento de que o pensar e o fazer fazem parte de um mesmo continuum e se completam. Conforme referem Trentini e Paim (1999, p. 29), “a renovação e inovação da prática assistencial dependerá da competência das enfermeiras em desenvolver pesquisa como parte da sua prática cotidiana”.

O desenvolvimento desse estudo, realizado em duas etapas , a primeira para socialização do marco referencial e a segunda para sua implementação na assistência à mulher e seus significantes vivenciando o puerpério possibilitou:

- Apontar como se pode ensinar uma teoria de enfermagem e possibilitar que os alunos percebam seus conceitos abstratos na prática da assistência.

- Comprovar que a Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King proveu suporte não apenas para o cuidado, mas também para desenvolver um processo de ensino-aprendizagem com alunos de um Curso de Graduação em Enfermagem.
- Constatar que entre os conceitos da teoria do alcance dos objetivos, destacaram-se os conceitos do sistema pessoal e interpessoal, com ênfase maior aos conceitos de comunicação e interação;
- Permitir que os alunos encontrassem subsídios para superar os desafios de vivenciar um novo processo teórico-metodológico para o desenvolvimento da disciplina materno-infantil I, que aborda não apenas os aspectos biológicos do ser humano mas que valoriza os aspectos dialógicos e interacionais das relações humanas;
- Contar com o aluno como co-partícipe desse processo, permitindo que ele o leve consigo para fora dos limites da Universidade, atuando como futuro multiplicador;
- Elevar a auto-estima dos alunos, reconhecendo-se capazes de produzir saberes importantes para a profissão;
- Entender a dimensão holística do ser humano, pois atualmente o mundo da enfermagem se insere num contexto onde o que nos diferencia é a nossa capacidade de comunicar e interagir;
- Constatar que quando o aluno e puérpera realmente participam, sentem-se comprometidos e lutam pelas mudanças e questões necessárias para seu adequado crescimento e desenvolvimento, e que quanto maior for a responsabilidade atribuída e creditada ao aluno, maior será sua motivação e empenho.
- Vivenciar um processo interativo no qual as interações firmam-se cada vez mais assumindo uma conotação muito mais profunda do que simplesmente uma relação profissional tradicional;
- Entender que independente do papel do ser humano (aluno, professora-mestranda, puérpera...), o que esteve presente em todas as situações, foi a necessidade de uma boa comunicação e interação para o alcance dos objetivos;
- Entender que no processo de viver, cada aluno, cada puérpera, cada família, cada disciplina, cada conteúdo, enfim cada momento histórico social exige uma maneira própria e singular de vivenciar e compartilhar para o alcance dos objetivos;

- Entender que é possível unir a tecnologia com a sensibilidade e diminuir a distância entre o profissional da saúde/cliente através da comunicação e interação;
- Compreender que ao prestar assistência não se pode prescindir dos conhecimentos técnicos-científicos fundamentais para o cuidado, contudo não se restringe apenas a isto, sendo necessário a articulação entre o fazer e o pensar;
- Fazer uma reflexão contínua das situações vivenciadas, constituindo-se em caminho para uma prática científica da enfermagem presente e futura;
- Fazer com que a apreensão dos conhecimentos relevantes ao marco referencial e da própria disciplina ocorressem de forma mais explícita (a avaliar pelas atitudes, posturas e fazeres no transcurso do processo), pelo entendimento das interdependências e articulações entre teoria e prática;
- Entender que o descompromisso dos profissionais da saúde, o apego exagerado as normas e rotinas das instituições, os diálogos poupados, as relações frias e superficiais **podem e devem** dar espaço a mudanças e transformações nas relações, a caminho de relações mais dialógicas e interacionais oportunizadas por um processo de troca, interação e envolvimento.

O grupo selecionado (alunos, puérperas e seus significantes), por estarem em processo de transição, encontram-se mais receptivos a novas experiências e em busca de aprendizado, possibilitando o entendimento do processo, o crescimento e desenvolvimento. O embasamento teórico inicial, a motivação e incentivo propiciado pela primeira etapa desse estudo (socialização do marco) serviu de ponte e amparo constante no transcórre de todo o processo. Aliado a isto o conjunto de atividades (implementação do processo de enfermagem na assistência direta às puérperas e seus significantes, as reflexões individuais e grupais e as visitas domiciliares) desenvolvidas no contexto real dos envolvidos foram as ações que possibilitaram as articulações e construções de elos entre teoria e prática.

Foi na união do fazer e pensar que esse processo se deu, ao (re)conduzir e (re)articular a teoria com as situações concretas vivenciadas desvelou-se o valor, a possibilidade e a necessidade de ambas (teoria e prática), para enriquecer e consolidar um processo de ensino-aprendizagem, levando-nos a lançar um olhar mais crítico e reflexivo ao ensino e prática da enfermagem, reformulando, reconstruindo, redirecionando e transformando.

Nesse sentido, nem a teoria nem o estágio foram realizados como mera complementação da disciplina, mas foram vistos e trabalhados como espaço ímpar para as aproximações desejadas, com reflexões críticas e articuladas entre uma e outra, numa ação de complementariedade e interligação entre elas. Este novo caminhar oportunizou aos alunos, puérperas e professora-mestranda, como sujeitos do processo, ensinar-aprendendo e aprender-ensinando. Foi um desafio que desinstalou um saber e uma prática estabelecida e vivenciada há anos. A tentativa foi desvelar o ponto mais próximo de equilíbrio entre a racionalidade técnica e o humanístico, conforme refere Waldow (1998) remover a visão dicotômica entre o ensino e a prática, devendo haver fluência harmônica entre ambas.

Com relação às limitações desse estudo destaca-se: a impossibilidade de captar a totalidade das situações vivenciadas dada a variedade e diversidade; as prováveis parcialidades de análise; as dúvidas de estar ou não no caminho certo, exigindo reavaliações constantes; o modelo biomédico de assistência incorporado no aprendizado e vivências do aluno e professora mestranda; a heterogeneidade de interesses, expectativas e objetivos tanto dos alunos quanto das puérperas e seus significantes; as diversidades de opiniões e condutas dentro da própria equipe de profissionais da saúde; o pouco tempo em que este estudo foi desenvolvido; a pequena permanência da mãe na maternidade, limitando em algumas situações as possibilidades de interação e transação e o grande número de profissionais no mesmo período abordando a mãe.

Concluindo, posso afirmar que foi um processo de conquista passo a passo, com envolvimento constante e ativo do aluno na implementação, nas teorizações e abstrações, nas avaliações e reavaliações do processo, alcançando o entendimento da distância existente entre o idealizado e o possível frente ao conhecimento da realidade, buscando propostas dinâmicas de ações e enfrentamento aos novos e constantes desafios da vida acadêmica e profissional. Ao ouvir citações como: “esta teoria nos tornou diferentes, influenciou o meu pensamento”, “tenho mudado o meu dia-a-dia não só como acadêmica, mas como profissional”, era muito gratificante e servia de estímulo e força para continuar. A semente foi lançada, acredito que em terra fecunda, há de crescer e florir espalhando seus frutos nos mais variados cantos desse país, não importa para onde forem, com certeza levarão consigo a essência desse estudo.

Embora esse processo tenha sido desenvolvido apenas na disciplina Materno-Infantil I, pode oferecer subsídios que podem ser aplicados em outras disciplinas do curso e por outros educadores em enfermagem engajados nessa luta por uma enfermagem mais **humanizada**. Pois acredito que se este olhar humanístico e interativo proposto, for integrado ao currículo de enfermagem e for focalizado em diversas disciplinas, passará a constituir comportamento habitual da profissão, proporcionando maior qualidade e efetividade tanto no ensino quanto na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AGUILA, Lea Tavares de Mello Arce. Proposta de dois modelos teóricos na assistência às puérperas hospitalizadas : um estudo comparativo. Florianópolis, 1979. Dissertação (Mestrado em Ciências da Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1979.
- BADINTER, Elisabeth. Um amor conquistado : o mito do amor materno. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1985.
- BITTES JÚNIOR, Arthur, MATHEUS, Maria Clara Cassuli. Comunicação. In: CIANCIARULLO, Tamara Iwanow. Um desafio para a qualidade de assistência. São Paulo : Atheneu, 2000. p. 61-73.
- BORBA, Marta Riegert. Alunos e professora de graduação em enfermagem criando um espaço terapêutico : re-inventando caminhos. Florianópolis, 1997. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de saúde materno-infantil. In.: Conferência Nacional de Saúde, 5, Brasília, 1975. Anais... [S.l. : s.n], [1975?].
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação Materno Infantil. Manual dos Comitês de Mortalidade Materna. Brasília, 1994.
- BURROUGHS, Arlene. Uma introdução à enfermagem materna. 6. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995. Cap. 16: Interação pais-filhos.
- CAMPONOGARA, Silviamar. Educar para cuidar : uma proposta fundamentada na teoria do cuidado transpessoal. Florianópolis. 1999. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Necessidades educativas de puérperas com alta médica. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 34, n. 2, p. 146-152, abr./jun. 1981.

- CARRARO, Telma Elisa. A mulher no período puerperal : uma visão possível. *Texto & Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 6, n. 1, p. 84-91, jan./abr. 1997.
- CESTARI, Maria Elisabeth. *Vivenciando um processo educativo* : um caminho para ensinar-aprender e pesquisar. Rio Grande, 1999. Dissertação (Mestrado Em Assistência De Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1999.
- CHAGAS, Dolores Reginato. *Cuidado participativo a paciente psiquiátrico* : uma construção pautada na Teoria de Imogene King. Florianópolis, 2000. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2000.
- CIANCIARULLO, T. I. Quando a prática se aproxima da teoria. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 9, 1994.
- CLEMENTS, Imelda W, ROBERTS, Florence B. Health. *A theoretical approach to nursing care*. New York : J. Wiley & Sons, 1983.
- CORONEL, Luiz Carlos Illafont. Grupos de reflexão. In: ZIMERMAN, David E., OSORIO, Luiz Carlos et al. *Como trabalhamos com grupos*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.
- FALLEIROS, Maria Neiva Ribeiro Barbosa. *Travessia para o amanhã*. : relacionamento interpessoal terapêutico com o doente mental crônico. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- FARIA, Eliana Marília. Comunicação e informação : instrumentos para a transformação da prática dos serviços de Saúde. *Texto e Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 4, n. 1, p. 47-59, jan./jun. 1995.
- _____. *Comunicação na saúde fim da assimetria...?* Florianópolis : FEN-UFSC, 1998. (Série Teses de Enfermagem).
- FERRARI, Denis Moraes. O puerpério : sua importância na formação da família. *Femina*, v. 22, n. 10, p. 508-518, out. 1994.
- FIGUEREDO, Maria Cristina S., CANDIOTTI, Sandra Maria C. O papel da enfermeira no ambulatório de assistência à puerpera. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 46, n. 1, p. 68-78, 1993.
- FINGER, William R. Uma mejor atención en el posparto salva vidas. *Network em español family health international*, North Carolina, v.17, n. 4, p. 18-21, 1997.
- GEORGE, Júlia B. *Teorias de enfermagem* : fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- GUIDO, Laura de Azevedo. *A interação/transação enfermeiro/cliente* : uma metodologia para assistência ao cliente cirúrgico-ambulatorial. Florianópolis, 1996. Dissertação

- (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- HORTA, Wanda de A. *Processo de enfermagem*. São Paulo : EPU, 1979.
- HUDAK, C. M., GALLO, B. M. *Cuidados intensivos de enfermagem* : uma abordagem holística. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1997.
- KING, Imogene M. *Toward a for nursing*. New York : J. Wiley & Sons, 1971.
- _____. *A theory for nursing* : systems, concepts, process. New York : J. Wiley & Sons, 1981.
- _____. *Enfermería como profesión*, filosofía, principios y objetivos. México : Limusa, 1984.
- LACERDA, Maria Ribeiro. *O cuidado transpessoal de enfermagem no contexto domiciliar*. Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Expansão Polo I – Universidade Federal do Paraná, 1996.
- LENARDT, Maria Helena. *O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica*. Curitiba, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- LEOPARDI, Maria Tereza. *Contribuição ao estudo das teorias de enfermagem*. [S.l. : s.n.], 1988. (mimeo).
- MACKENZIE, Carol Ann, CANADAY, Mary Elizabeth C., CARROL, Elizabeth. *Clínicas de enfermagem da América do Norte*. Rio de Janeiro : Interamericana, mar. 1982.
- MALDONADO, Maria Tereza, DICKSTEIN, Júlio, NAHOUM, Jean Claude. *Nós estamos grávidos*. 10. ed. São Paulo : Saraiva, 1997.
- MELEIS, Afaf. *Theoretical nursing* : development and progress. Philadelphia : Lippincott, 1985.
- MENDES, Isabel Amélia Costa. *Enfoque humanístico à comunicação em enfermagem*. São Paulo : Sarvier, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento* : pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo : Hucitec, 1992.
- MONTICELLI, Marisa. As ações educativas em enfermagem : do senso comum ao bom senso. *Revista Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v. 3, n. 2, p. 7-16, jul./dez. 1992.
- NASCIMENTO, Eliane Regina Pereira do. Assistência de enfermagem a indivíduos com infarto agudo do miocárdio, fundamentada na Teoria de Imogene King. Florianópolis,

1991. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- NITSCHKE, Rosane Gonçalves. *Nascer em família* : uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- PATRICIO, Zuleica Maria. *A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural*. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- PEREIRA, Rosane Carrion Jacinto, GALPERIM, Maria Regina de Oliveira. Cuidando, ensinando e pesquisando. In: WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta Júlia Marques, MEYER, Dagmar Estermann (Orgs.). *Maneiras de cuidar maneiras de ensinar* : a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p. 135-149.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Saúde dialética do pensar e do fazer*. São Paulo : Cortez, 1986.
- REZENDE, Jorge D. *Obstetrícia*. 7. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1995.
- ROCHA, Maria Lusani. *Assistência de enfermagem à clientes traumató-ortopédicos fundamentada no marco conceitual e teoria de Imogene King*. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- RODRIGUES, Maria de Fátima. *Buscando um marco conceitual e uma metodologia baseados em Imogene King* : experiência com clientes adultos diabéticos. Florianópolis, 1992. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1992.
- SANTOS, Evangelia Kotzias Atherino. Enfermagem no alojamento conjunto e aleitamento materno. In: OLIVEIRA, Maria Emília de, MONTICELLI, Marisa, SANTOS, Odaléia Maria Bruggemann dos (Orgs.). *Enfermagem obstétrica e neonatológica* : textos fundamentais. Florianópolis, 1999. p. 89-103.
- SANTOS, Sílvia Maria Azevedo dos. *Prática de enfermagem para idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King*. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.
- SAUPE, Rosita. *Ensinando e aprendendo enfermagem* : a transformação possível. São Paulo, 1992. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 1992.
- _____. Ação e Reflexão na Formação do Enfermeiro através dos Tempos. In: _____ *Educação em enfermagem da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1998. p. 27-73

- SILVA, Alcione Leite da. Um tempo para novos paradigmas. In: _____. Cuidado transdimensional : um paradigma emergente. Pelotas : Universitária, 1997. p. 18-37.
- SILVA, Maria Júlia Paes da. Comunicação tem remédio : a comunicação nas relações interpessoais em saúde. 2. ed. São Paulo : Gente, 1996.
- SIQUEIRA, Hedi Crescência Heckler de. O enfermeiro e sua prática assistencial integrativa : construção de um processo educativo. Bagé : Ediurcamp, 1998. 144 p.
- SOIFER, Raquel. Psicologia da gravidez, parto e puerpério. 4. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1980.
- STEFANELLI, Maguida C. Comunicação com o paciente : teoria e ensino. São Paulo : Robe, 1993.
- TEDESCO, José Júlio, ZUGAIB, Marcelo, QUAYLE, Julieta. Obstetrícia psicossomática. São Paulo : Atheneu, 1997.
- TORRES, Gertrude. Theoretical foundations of nursing. New York : Appleton, 1986. Cap. 6. Systems oriented theories, 1986.
- TRENTINI, Mercedes. Relação entre teoria e prática. Revista da Escola de Enfermagem da USP, São Paulo, ago. 1987.
- _____, GONÇALVES, Lúcia T. Pequenos grupos : um método no desenvolvimento de tecnologias em enfermagem. (aceito para publicação) Revista Texto Contexto Enfermagem, v. 9, n. 1, jan./abr. 2000.
- _____, PAIM, Lygia. Pesquisa em enfermagem : uma modalidade convergente-assistencial. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1999. 162 p.
- VALVERDE, Maria Marlene Montes. Assistência às adolescentes grávidas : um desafio amoroso à enfermagem. Florianópolis, 1997. Tese (Doutorado em Filosofia de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- VECCHIETTI, Elisabete Costa de. Um processo participativo de enfermagem comunitária fundamentado em King : experiência em um centro de ensino Universitário. Florianópolis, 1991. Dissertação (Mestrado em Ciências da saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- WALDOW, Vera Regina. Educação para o cuidado. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v. 14, n. 2, p. 108-112, jul. 1993.
- _____. Marcas da diversidade : saberes e fazeres da enfermagem contemporânea. Porto Alegre : Artes Médicas, 1998. 241 p.
- _____, LOPES, Marta Júlia Marques, MEYER, Dagmar Estermann (Orgs.). Maneiras de cuidar maneiras de ensinar : a enfermagem entre a escola e a prática profissional. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

WOLFF, L.D.G. *Compreendemos a experiência em ser cuidadora em enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica.* Florianópolis, 1996. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

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

ZIEGEL, Erna E., CRANLEY, Mecca S. *Enfermagem obstetrícia.* 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1985.

ANEXOS

ANEXO I

TERMO DE CONSENTIMENTO DA DIREÇÃO ACADÊMICA

Eu, **ELISETE MARIA PEDOTT**, diretora acadêmica do Campus de Concórdia, afirmo que me foi apresentado a proposta de trabalho da professora **IVETE TERESINHA REDIN DAL BELLO** para o desenvolvimento da disciplina Materno Infantil I do Curso de Graduação em Enfermagem a qual faz parte da proposta de dissertação de mestrado em assistência de enfermagem da referida professora. E estou de acordo com sua implementação.

ELISETE MARIA PEDOTT

Diretora Acadêmica

ANEXO II

TERMO DE CONSENTIMENTO

ARTHUR JOSÉ HUMMEL, administrador do hospital, **AILÉ LUNARDI**, gerente do serviço de enfermagem, **JOECI BALDIN**, chefe de enfermagem da maternidade, afirmam que conhecem e que foram explicados os objetivos e metodologia da proposta de estágio da disciplina Materno Infantil I, proposta pela professora **IVETE TERESINHA REDIN DAL BELLO**, a qual faz parte de sua dissertação de mestrado. E consentimos que a mesma seja desenvolvida na unidade de puerpério desse hospital.

ARTHUR JOSÉ HUMMEL
Administrador

AILÉ LUNARDI
Gerente Serviço de
Enfermagem

JOECI BALDIN
Chefe de Enfermagem
Maternidade

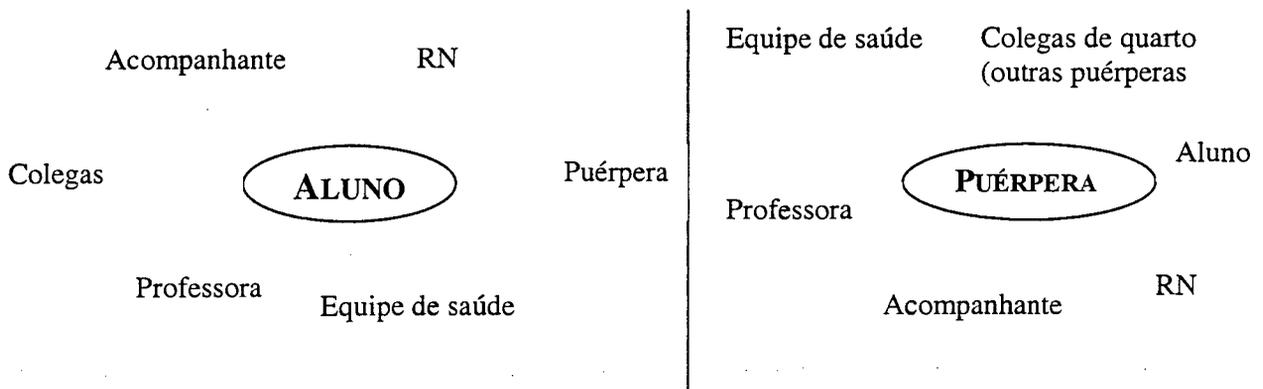
ANEXO V

ROTEIRO PARA REFLEXÃO DIÁRIA DO ALUNO SOBRE SITUAÇÕES VIVENCIADAS NO PERÍODO DA MANHÃ

Aluno _____ Puérpera _____

Dia _____ Leito _____

- 1 Em que situações você vivenciou ou presenciou interação (processo de interação é perceber-julgar-agir, identificando em conjunto os objetivos e os meios para alcançá-los).

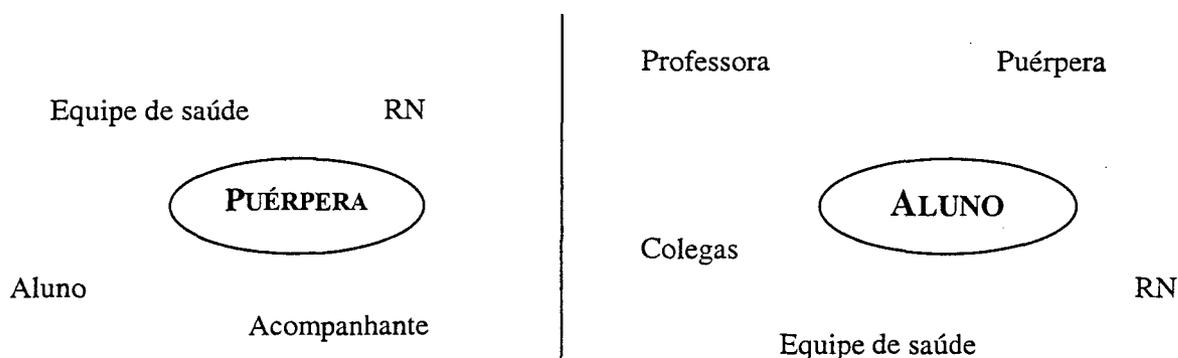


Descrever a interação que houve entre cada um dos envolvidos.

- 2 Houve situação de transação? Descreva-a. (Definem o caminho a ser percorrido pelos envolvidos, ocorre dentro de um processo de percepção, comunicação e interação entre puérpera-aluno-professora-mestranda e se concretiza quando os objetivos traçados por ambos forem alcançados)

3 Nesta manhã que situações você identificou como desconfortáveis ou de dificuldade que tenha envolvido a puérpera, RN, acompanhante, seus colegas, equipe de saúde, professora e especialmente você. (Todos os fatores, ações, e comportamentos que deixam os envolvidos em dúvida ou desconforto)

4 Que tipo de comunicação este presente no processo de interação desta manhã entre: (Gestos, expressões faciais, atos e posturas de ouvir, sentir, olhar, desenhar, escrever, falar)



Descreva-as:

5 Em que situações você percebeu nesta manhã evolução ou crescimento de:
- você mesmo; da mãe; do acompanhante; do colega; da equipe de saúde;

6 Descreva de forma espontânea como você está se sentindo nesta manhã (sentimentos, emoções, conquistas, perdas e reflexões).

ANEXO VI

AVALIAÇÃO FINAL DO PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM

- 1** Como você experienciou o processo ensino aprendizagem proposto para esta prática assistencial?
- 2** Faça um paralelo entre a prática assistencial realizada até hoje e a que foi vivenciada neste estágio (pontos positivos, negativos, dificuldades).