

O QUOTIDIANO DE GESTANTES: A ENFERMAGEM PROMOVENDO O SER SAUDÁVEL

Ana Isabel de Godoy Ferreira¹, Viviane Soares², Rosane Gonçalves Nitschke³, Adriana Dutra Tholl⁴, Maria Angeles Garcia Carpintero Muñoz⁵, Samanta Rodrigues Michelin⁶

¹ Enfermeira Residente da Residência Integrada Multiprofissional em Saúde da Família do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina (HU/UFSC). Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: anagoyfer@gmail.com

² Enfermeira Residente da Residência Integrada Multiprofissional em Alta Complexidade do HU/UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: vivianesoares_enfermagem@yahoo.com.br

³ Doutora em Filosofia da Enfermagem. Professora do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-graduação (PEN) da UFSC. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: rosanenitschke@gmail.com

⁴ Doutoranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Docente da Faculdade Estácio de Sá de Santa Catarina. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: adrianadtholl@gmail.com

⁵ Doutora em Ciências da Saúde. Professora Titular Departamento de Enfermería de la Universidad de Sevilla. Sevilla, España. E-mail: agcarpin@us.es

⁶ Mestranda em Enfermagem do PEN/UFSC. Bolsista CAPES. Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. E-mail: samantasemh@hotmail.com

RESUMO: Trata-se de uma pesquisa qualitativa, exploratório-descritiva, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano. Buscou-se compreender o cotidiano das gestantes, no contexto familiar, a partir do pré-natal. A pesquisa foi realizada em Centro de Saúde do Sul do Brasil, com dez gestantes. A coleta de dados deu-se através de entrevistas semiestruturadas, utilizando o genograma intrafamiliar e ecomapa, entre março e maio de 2011. A análise de dados envolveu: análise preliminar, ordenação, ligações-chave, codificação e categorização. Os resultados mostram que o cotidiano das gestantes envolve modificações de ordem biológica e vivências de ordem emocional que geram uma necessidade de modificações no ritmo de vida, cuja concretização depende de modificações de ordem social, demandando uma rede de apoio que pode contribuir para a promoção da saúde na gestação.

DESCRIPTORES: Gestantes. Enfermagem familiar. Promoção da saúde. Atividades cotidianas. Cuidado pré-natal.

THE DAILY LIFE OF PREGNANT WOMEN: NURSING PROMOTING BEING HEALTHY

ABSTRACT: This is a qualitative, exploratory-descriptive study, grounded on the everyday life and interpretative sociology. The aim of the study was to understand the everyday life of pregnant women and their families, based on prenatal care. The study was conducted in a health center in southern Brazil, and it involved ten pregnant women. Data were collected by means of semi-structured interviews, using the intrafamilial genogram and ecomap, between March and May of 2011. Data analysis involved: preliminary analysis, ordering, key links, coding and categorization. The results show that the everyday life of pregnant women involves biological changes and emotional experiences that generate a need for changing their pace of life, whose implementation depends on social changes, requiring a support network that may contribute to promote health during pregnancy.

DESCRIPTORS: Pregnant women. Family nursing. Health promotion. Activities of daily living. Prenatal care.

LO COTIDIANO DE MUJERES EMBARAZADAS: LA ENFERMERÍA PROMOVIENTE EL SER SALUDABLE

RESUMEN: Se trata de un estudio cualitativo, exploratorio-descriptivo, basado en la Sociología Compreensiva y el Cotidiano. Hemos tratado de entender el cotidiano de las mujeres en el ámbito familiar, desde el período prenatal. La investigación se realizó en un Centro de Salud en el sur de Brasil, con diez mujeres embarazadas. La recogida de datos fue a través de entrevistas semi-estructuradas utilizando el Genograma Intra-familiar y Eco-mapa, entre marzo y mayo de 2011. El análisis de los datos: análisis preliminar, clasificación, palabras clave, codificación y categorización. Los resultados muestran que la vida cotidiana de las mujeres embarazadas implica la modificación de algunas experiencias biológicas y emocionales que generan una necesidad de cambios en el ritmo de la vida, cuya implementación depende de cambios de orden social, que requieren una red de apoyo que pueden contribuir a la promoción de salud durante el embarazo.

DESCRIPTORES: Mujeres embarazadas. Enfermería de la familia. Promoción de la salud. Actividades cotidianas. Atención prenatal.

INTRODUÇÃO

O momento da gestação, no processo de formação de uma família, é um momento de enfrentamento crítico e vital, pois durante o período gravídico-puerperal ocorre a transformação e ampliação do sistema conjugal para um sistema parental.¹ Este enfrentamento pode gerar um processo de desorganização e conflito, podendo vir a causar sofrimento e demandando, portanto, uma atuação da equipe de saúde no sentido de reorganizar o tempo da gestante e sua família, auxiliando-os a adaptar seus ritmos de vida, e promovendo os rearranjos da organização familiar e do trabalho que se façam necessários, formando assim, uma rede de apoio.

Além disso, a assistência ao pré-natal é o primeiro passo para o parto humanizado e para a redução dos índices de morbimortalidade materna e perinatal, que estão intimamente relacionados à qualidade da assistência que é prestada pelos profissionais de saúde, especialmente ao nível da atenção primária, e deve passar por ações voltadas não somente aos aspectos biológicos, mas também aos aspectos psicossociais, com atividades educativas, preventivas e de promoção da saúde.² Importa salientar que a empatia da gestante com os profissionais e o serviço contribui na adesão às consultas e assistência integral.³

A presente pesquisa teve por objetivo compreender o cotidiano das gestantes, no contexto familiar, a partir do pré-natal, visando contribuir para uma melhor atuação dos profissionais de saúde e da enfermagem, entendendo-se o cotidiano como a maneira de viver dos seres humanos, expressa no seu dia a dia, através de suas interações, crenças, valores, imagens e símbolos, que constroem seu processo de viver, em um movimento de ser saudável e adoecer, pontuando seu ciclo vital.⁴

MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, de natureza exploratório-descritiva, fundamentada na Sociologia Compreensiva e do Quotidiano,⁵ no seu entrelaçamento com o processo saúde-doença, envolvendo o ciclo vital da família.¹ Também toma como ponto de partida as diretrizes do Ministério da Saúde² e da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis,⁶ que enfatizam a importância de noções como sensibilidade, compreensão, modo de vida, potenciais e processo de nascimento, a partir dos quais podemos nos remeter às noções de razão sensível, compreensão, cotidiano, potência,⁵ e

ciclo de vida familiar,¹ juntamente às noções de limites, imaginário e ética da estética,⁵ unindo, assim, a literatura especializada sobre a assistência ao pré-natal ao nosso referencial teórico-metodológico, reforçando a abordagem qualitativa.

O estudo teve como cenário o Centro de Saúde da Lagoa da Conceição (Florianópolis, Santa Catarina, Brasil). Participaram desta pesquisa dez gestantes. Os critérios de escolha das mulheres entrevistadas foram: estarem gestantes; serem residentes da área de abrangência do centro de saúde do referido local de pesquisa; estarem realizando seu acompanhamento pré-natal nesta unidade de saúde; aceitarem o convite para participar da pesquisa, feito durante consulta de pré-natal ou reunião do grupo de gestantes. Na ocasião da pesquisa, 13 mulheres faziam o pré-natal neste centro de saúde, todavia dez gestantes aceitaram participar da pesquisa.

O convite para participação na pesquisa foi sempre realizado ao final das consultas, procurando evitar que a assistência recebida fosse vinculada a essa participação. Foram realizadas leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) com as entrevistadas, antes do início das entrevistas, esclarecendo os objetivos da pesquisa, sua forma de participação nela, seu caráter voluntário, a garantia de sigilo, a não-vinculação ao atendimento nos serviços de saúde e os instrumentos que seriam utilizados. Após concordância, as participantes da pesquisa assinaram o TCLE em duas vias, em conformidade com o preconizado pela Resolução n. 196/96 do Conselho Nacional de Saúde.⁷ O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Universidade Federal de Santa Catarina (certificado n. 1774, processo n. 1774, folha de rosto n. 402219). Foram usados codinomes, a fim de garantir o anonimato e o sigilo das informações.

A coleta de dados junto às gestantes foi realizada pelas autoras, através de entrevistas semiestruturadas, com questões norteadoras abertas, quais sejam: 1) Como está o seu cotidiano? Fale-nos sobre o seu dia a dia; 2) Conte-nos sobre sua gestação, como foi/está sendo para você (planejamento, desejo/aceitação por você e seus familiares, alegrias, preocupações, ansiedade, etc); 3) O que a gestação significa para você?; 4) Quando você iniciou o seu pré-natal?; 5) O que facilitou/contribuiu/ajudou para que você conseguisse seu pré-natal/naquele momento?; 6) O que dificultou/impidiu/atrapalhou o início do seu pré-natal?

Também foi feito uso da técnica da terceira pessoa, na qual era solicitado que a gestante falasse sobre uma temática, e não precisamente sobre sua vivência específica. Esta estratégia visava possibilitar que sentimentos, dificuldades, barreiras ou aspectos que não conseguissem revelar, também pudessem vir à tona. As entrevistas (com duração em média de 60 a 90 minutos) foram previamente agendadas, após a realização de consulta de enfermagem, preferencialmente, nos domicílios (sete entrevistas), mas também no espaço do grupo de gestantes (uma), no centro de saúde (uma) e no local de trabalho da entrevistada (uma), durante o período de março a maio de 2011. Em oito das dez entrevistas foram utilizados os instrumentos genograma intrafamiliar e mapa das interações extra-familiares ou ecomapa, cujos dados contribuíram para contextualização das gestantes, em seu ambiente familiar e em sua rede social ampliada. Duas gestantes optaram por não desenvolver estes dois instrumentos, referindo falta de tempo, estando uma delas atrasada para o trabalho. As entrevistas foram gravadas e transcritas, na sua íntegra, contribuindo para posterior análise. Após todas as entrevistas, os dados foram registrados em diários de campo,⁸ que envolvem notas de interação, notas teóricas, notas metodológicas e notas reflexivas, as quais contribuíram para a composição da análise e discussão dos resultados, ao registrar reflexões e *insights* ocorridos no momento das entrevistas ou logo após as mesmas.

Deste modo, os dados das entrevistas e do diário de campo foram analisados com base em pressupostos da pesquisa qualitativa de campo,⁹ envolvendo: análise preliminar, ordenação, ligações-chave, codificação e categorização (identificando-se categorias), tendo como fio condutor o objetivo. Buscamos, ao longo do processo de pesquisa, unir ao olhar das mulheres entrevistadas o nosso olhar sensível, na tentativa de compreender o cotidiano destas gestantes, percebidos e descritos por elas no processo de pré-natal. Assim, emergiu o cotidiano, no qual identificamos categorias, com suas propriedades e características, bem como a forma como estas se relacionam entre si, conforme mostramos, a seguir, na figura 1.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Perfil sociodemográfico

A observação do perfil sociodemográfico das gestantes que participaram do estudo apresenta, em relação à idade, distribuição na faixa etária de

20 a 35 anos, sendo que cinco corresponderam à faixa de 26 a 30 anos; quanto ao nível de escolaridade, seis apresentaram ensino médio (completo ou incompleto), três com ensino superior (completo ou incompleto) e um com ensino fundamental (incompleto); sobre a ocupação, classificou-se dentro dos seguintes grandes grupos ocupacionais, segundo a Classificação Brasileira de Ocupações:¹⁰ cinco entrevistadas pertencem ao grupo de “trabalhadores dos serviços, vendedores do comércio em lojas e mercados” (confeiteira, balconista e vendedoras); uma como “profissionais das ciências e das artes” (naturóloga); um como “membro superior do poder público, dirigentes de organizações de interesse público e de empresas e gerentes” (empresária); e três como outros (do lar e empregada doméstica). Revelou-se que todas viviam em área urbana e, quanto à sua procedência, uma das entrevistadas era natural de Santa Catarina e nove de outros Estados.

Também buscou-se identificar o seu estado civil e situação afetiva (quanto ao vínculo de casal). Em relação ao estado civil, oito declaram-se solteiras, uma casada e uma com união estável, formalizada em cartório. No entanto, sete do conjunto de entrevistadas, embora não tivessem um vínculo civil, ou seja, fossem legalmente solteiras, tinham uma relação afetiva de casal, isto é, parceiros aos quais se referiram como namorado, marido ou futuro esposo. Assim, aquelas que tinham parceiros, com ou sem vínculo legal, somaram nove das mulheres entrevistadas, embora algumas tenham se referido à relação afetiva como uma condição não garantida. Apenas uma mulher se declarou solteira, sem parceiro ou parceira, descrevendo a gestação como não planejada, porém desejada, considerando-se como independente e capaz de cuidar do bebê por conta própria, caracterizando uma “monomentalidade advinda”.¹¹ Além disso, sete viviam juntas com seus parceiros e três viviam sozinhas ou com outros familiares, tais como: irmãos, irmãs, filhos, filhas, pai, mãe, cunhados, cunhadas, sogro, sogra, madrasta, afilhada e tio.

O cotidiano das gestantes: as modificações de ordem biológica, emocional, social e de ritmo de vida

Identificou-se que o cotidiano envolve as seguintes categorias: modificações de ordem biológica; modificações de ordem emocional; modificações de ordem social e modificações do ritmo de vida, conforme podemos visualizar na figura 1.

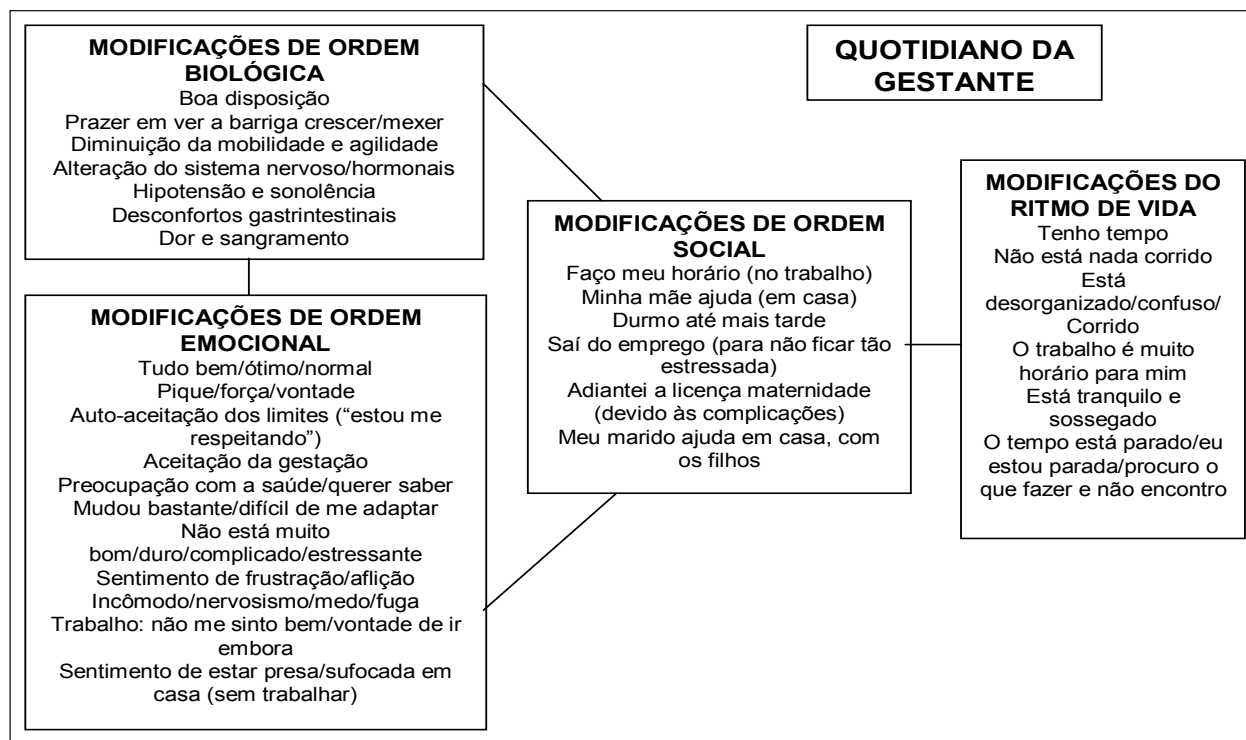


Figura 1 - Resumo esquemático do cotidiano das gestantes no contexto familiar a partir do pré-natal

Deste modo, as modificações de ordem biológica, referem-se às alterações e desconfortos gravídicos esperados nas gestações de baixo risco ou, ainda, complicações obstétricas, naquelas de alto risco, sendo acompanhadas de vivências e transformações de ordem emocional, ou seja, na forma de sentir este período do ciclo de vida familiar, gerando uma tendência e uma necessidade de modificações no ritmo de vida que, para poderem ocorrer, demandam modificações de ordem social. Discutiram-se, de forma integrada, as categorias que envolvem as modificações de ordem biológica, emocional; as modificações de ordem social e do ritmo de vida, refletindo sobre suas repercussões para a equipe de saúde e de enfermagem na promoção da saúde da gestante, considerando seu contexto familiar.

As modificações de ordem biológica e emocional

O cotidiano das gestantes e suas famílias é, portanto, uma mescla de sentimentos e emoções, feito de realidade e sonho, amor e rejeição; compartilhados dia a dia no estar junto, na convivência familiar, compondo a ética da estética, que se constitui, justamente, em emoções partilhadas e vivenciadas em comum. Assim sendo, a ética da estética é definida como uma contraposição à

moral castradora instituída socialmente. Seria uma espécie de moral sem restrições, sem fronteiras, limites ou barreiras, prevalecendo o desejo de estar junto, o sentimento de pertença aos micro-grupos germinados.¹² Contudo, quando ocorre o contrário, sobretudo a ausência do apoio do companheiro ou da família pressupõe uma vivência de insegurança e solidão.¹³

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

Ao falar de sentimentos ambivalentes, como amor e rejeição, por exemplo, e refletir sobre a contraposição da ética da estética à moral castradora instituída socialmente, não podemos deixar de abordar a construção do mito do amor materno¹⁴

como amor incondicional. Trata-se de uma reflexão que depende, em grande medida, da visão que temos da assistência à saúde da mulher, dos direitos sexuais e reprodutivos e, ousando ampliar mais a discussão, daquilo que entendemos por ser mulher. Em uma sociedade sexista, patriarcal e heteronormativa, com muita frequência, as mulheres são vistas meramente como mães em potencial, ou parideiras. A condição de mãe, ou gestante, é vista como natural, implícita à condição de mulher.

Tal forma de nos vermos e sermos vistas implica negligência e violência social, nas várias esferas da vida de cada mulher, inclusive, na assistência que recebe, ou deixa de receber, nos serviços de saúde. Parte-se, muitas vezes, do pressuposto de que todas as mulheres, indiscriminadamente, especialmente se adultas e casadas, têm a maternidade como um sonho e um projeto de vida, mesmo aquelas que engravidaram de forma não planejada e, talvez, não desejada. Estamos imbuídos, em nosso cotidiano, desta moral castradora instituída socialmente, sentindo-nos ainda incapazes de compartilhar esta moral sem limites, restrições, fronteiras ou barreiras. O resultado é que, de um modo geral, deixamos passar preciosas oportunidades de fazer educação em saúde, especialmente, a educação para a saúde sexual. Muitas vezes, sentindo-nos incapazes e desajeitados, por não sabermos o que dizer sobre o aborto sofrido ou sobre a não aceitação de uma gestação, deixamos de intervir em situações de risco, negligenciando o planejamento pré-concepcional, a depressão pós-parto ou tantas outras situações delicadas que surgem em nossas consultas.

Neste rol de situações cotidianas de negligência ou violência social, podemos talvez incluir a naturalização e a conseqüente banalização da morbimortalidade na gestação. Neste sentido, advoga-se pela melhoria das condições de saúde reprodutiva, considerando esta um desafio, já que as situações de risco atingem, principalmente, mulheres com pouco acesso aos serviços de saúde. Esse fato exige uma assistência ao pré-natal e ao parto de qualidade, um controle social eficaz com ampliação e qualificação dos Comitês de Morte Materna e a mobilização de gestores, profissionais de saúde e da sociedade civil na promoção de políticas públicas que busquem a redução da mortalidade materna.¹⁵

O pensamento patriarcal, como já foi visto, alimenta-se dos preconceitos, realiza-se na opressão cultural e concretiza-se na qualidade dos serviços de saúde oferecidos às mulheres. A essa moral

patriarcal está relacionada a construção histórica do mito do amor materno: “ao se percorrer a história das atitudes maternas, nasce a convicção de que o instinto materno é um mito. Não encontramos nenhuma conduta universal e necessária da mãe. Ao contrário, constatamos a extrema variabilidade de seus sentimentos, segundo sua cultura, ambições ou frustrações. Como, então, não chegar à conclusão, mesmo que ela pareça cruel, de que o amor materno é apenas um sentimento e, como tal, essencialmente contingente? Esse sentimento pode existir ou não existir; ser e desaparecer. Mostrar-se forte ou frágil. Preferir um filho ou entregar-se a todos. Tudo depende da mãe, de sua história e da História. Não, não há uma lei universal nessa matéria que escapa ao determinismo natural. O amor materno não é inerente às mulheres. É adicional”^{14:366}.

Assim, o sentimento de não desejar a gestação e o filho é compreensível e humano. No entanto, por conta da construção social de tal mito, à mulher que o carrega parece “errado”. “Em vez de instinto, não seria melhor falar de uma fabulosa pressão social para que a mulher só possa se realizar na maternidade? [...] Já que a mulher podia ser mãe, deduziu-se não só que ela devia ser mãe, mas também que devia ser apenas mãe e que só na maternidade podia encontrar a felicidade”^{14:355}.

As modificações de ordem social e do ritmo de vida

Percebe-se que, a partir das modificações de ordem biológica e vivências e transformações de ordem emocional, a vivência do tempo transfigura-se, toma um ritmo mais lento, demandando uma desaceleração ou moderação do ritmo de vida. Quando as circunstâncias desrespeitam estas tendências, forçando a manutenção de um ritmo acelerado, especialmente no trabalho, imprimem ao cotidiano um caráter duro, difícil, expressões essas, geralmente associadas à sobrecarga de trabalho ou à carga horária excessiva no trabalho.

A concretização dessa tendência ou a necessidade de modificação do ritmo de vida (desaceleração ou moderação) depende, portanto, da ocorrência de rearranjos na organização familiar e do trabalho, que possibilitem a adaptação do cotidiano à nova vivência do tempo, transfigurado a partir das modificações dos ritmos orgânicos. Ou seja, também se fazem necessárias modificações de ordem social, envolvendo rearranjos na rede de apoio, e a própria existência de tal rede de

apoio para que o ritmo de vida possa adequar-se à situação presente. Como algumas vezes estes rearranjos não ocorrem, ou não acontecem de modo satisfatório, a mulher gestante não tem condições de adaptar seu ritmo de vida aos seus novos ritmos orgânicos e afetivos.

Em relação à questão das modificações de ordem social e no ritmo de vida e à vivência da gestação como prazerosa ou como fonte de sofrimento, parece-nos interessante observar que os sentimentos negativos estão presentes, tanto entre aquelas mulheres gestantes que trabalham fora de casa, quanto entre aquelas que não trabalham; bem como os positivos, indicando que o trabalho fora de casa pode ser elemento de estresse e sobrecarga por um lado; ou de estímulo profissional, social e pessoal, por outro. Das dez mulheres entrevistadas, cinco estavam trabalhando fora no momento da entrevista; destas, três relatam o cotidiano com expressões, tais como: tenho tempo e/ou sossegado, e duas, que está corrido e/ou desorganizado. Cinco não estavam trabalhando fora no momento e, destas, três consideram que seu ritmo de vida está tranquilo, enquanto as outras duas acham que o tempo está parado, ou se sentem sufocadas, pois procuram o que fazer e não encontram.

As exigências sobre as mulheres, em muitos momentos, são maiores do que às dos homens. No seu cotidiano, a mulher se divide entre a dedicação e a educação dos filhos, tendo, simultaneamente, que cumprir com as tarefas da casa, do trabalho, ao mesmo tempo em que é exigido dela um cuidado com o corpo. Por outro lado, percebe-se, em algumas situações, uma resistência ao modelo ideal de mãe, como aquela mulher que tem uma vida social ativa: que trabalha fora, que compatibiliza o trabalho com muitas responsabilidades dentro e fora de casa, que deixa as crianças com babás parte do tempo, às vezes, tendo que refazer ou retomar uma vida emocional após uma ruptura.

A mulher, assim, será induzida a fazer escolhas, por vezes, abdicando de suas necessidades de mulher, mãe, esposa, profissional, para atender uma outra necessidade imposta. Vai contra o imaginário social amplamente reproduzido nas revistas e meios de comunicação: supermães de silhueta esbelta, que podem ir à academia três vezes por semana, com filhos saudáveis e sem problemas, triunfadoras em todos os âmbitos, com casamentos felizes, bons trabalhos e sem perder o sorriso. Estes modelos impostos, e sua difícil implementação na realidade geram, na maioria das mulheres, um

sentimento de culpa e de que não estão cumprindo seu papel como mães, já que é difícil fazer os malabarismos necessários para chegar a eles. Na nossa sociedade se prioriza o gozo imediato, e um filho não é gozo, nem coisa imediata.

Assim, as afirmações das mulheres entrevistadas de que o ritmo de vida durante a gestação está tranquilo ou sossegado equilibram-se em frequência e intensidade com expressões de que está corrido, estressante, difícil ou desorganizado. Percebeu-se que mesmo aquelas entrevistadas que iniciaram suas respostas com termos positivos, apresentaram, em seguida, sentimentos contraditórios, intensos, às vezes negativos, expressando vivências ambivalentes e demonstrando, talvez, que a resposta inicial (tranquilo, por exemplo) poderia expressar aquela resposta que se acreditava ser a resposta esperada, ou a resposta correta. Posteriormente, ao longo da conversa, os sentimentos mais profundos e complexos foram se revelando e complementando a resposta inicial.

A equipe de saúde e de enfermagem na promoção da saúde da gestante: a prescrição de tempo

As descrições de preocupação e incômodo nos remetem a um aspecto importante que se destacou em algumas falas: a desorganização e reorganização do tempo e do ritmo de vida durante a gestação. O momento de gerar os filhos no processo de formação de uma família pôde ser considerado um exemplo de enfrentamento crítico. Esta fase mostrou-se vital para a construção da família nuclear. Ao longo deste período, que se inicia durante a gestação, ocorre a transformação e a consequente ampliação do sistema conjugal para o parental. Neste momento, os sentimentos de maternagem e paternagem são respectivamente despertados na mulher e no homem. No entanto, este processo de aprender a desempenhar novas funções e assumir o papel de mãe e de pai nem sempre ocorre de forma equilibrada e adequada entre o casal para que possa atender às adaptações exigidas pela chegada do novo ser. Neste sentido, a questão da saúde e doença das pessoas mostrou que o processo de ser saudável e de adoecimento estão relacionados com as questões sócio-culturais, ambientais, além das biológicas e das interações estabelecidas com o espaço onde vivem. Daí a necessidade de compreender o cotidiano das pessoas, como elas o vivenciam e enfrentam as adversidades que se apresentam em seu dia a dia na construção de seu processo de viver.¹⁶⁻¹⁷

Este processo de desorganização e conflito pode causar sofrimento, mal-estar e angústia e, por conta dele, nas entrevistas também apareceram termos como aflição, frustração e complicado. A reorganização do tempo, dos ritmos de vida, faz-se necessária e, muitas vezes, a atuação da(o) profissional da saúde, da(o) enfermeira(o) apoiando (acalentando), promovendo educação em saúde (empoderando), pode ser fundamental na promoção de uma vivência saudável e prazerosa da gestação. Ações de educação em saúde, também são concebidas enquanto espaço de trocas de experiências, saberes e vivências que também levam à construção e à reconstrução do conhecimento a partir de um processo de identificação entre os sujeitos envolvidos, durante o processo de cuidado em saúde, premissa básica para o *empowerment*.¹⁸⁻¹⁹

Trata-se do cuidado focado no cotidiano, de uma intervenção terapêutica no sentido de repensar e reorganizar os arranjos familiares e do trabalho, a fim de promover o ser saudável, mediante a prescrição de tempo, sendo preciso tempo para repensar a maneira de viver o nosso dia a dia, as interações, as crenças, os valores, as imagens, os significados e os símbolos. Ao buscar ambientes favoráveis para a promoção da saúde das famílias, em que interagem homens, mulheres, crianças, trazendo seu imaginário, para um mundo onde o trabalho foi transfigurado, talvez os profissionais da saúde e da educação precisem prescrever tempo.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A compreensão do cotidiano das gestantes, no contexto familiar, a partir do pré-natal, mostrou-nos que se as intensas transformações da gestação, já são, por si só, elementos geradores de sentimentos e vivências ambivalentes, contraditórias, paradoxais, parece-nos que a desarmonia entre os ritmos desejados (instituintes) e os ritmos impostos (instituídos) pode-se colocar como um fator de adoecimento ou, ao menos, de uma vivência menos prazerosa da gestação.

No entanto, precisamos compreender que essa necessária prescrição de tempo pode encontrar-se destituída de valor terapêutico se não levar em conta os limites que possam se apresentar para o rearranjo da organização familiar e do trabalho no cotidiano de cada uma das mulheres atendidas. Como discutido anteriormente, além da vivência dos conflitos conjugais em relação às divisões desiguais de tarefas (relações de gênero), a mídia também exerce uma poderosa influência sobre as mulheres e as famílias, com sua lógica

patriarcal e capitalista, que impele as mulheres de assumirem a tripla jornada de trabalho (emprego, casa e filhos). Assim, se nossa intervenção terapêutica não levar em conta tais limites, se não se compuser de uma troca com a mulher gestante, de escuta sensível, de acolhimento, poderá tornar-se meramente prescritiva, ou seja, de difícil adesão. Quebramos vínculos, ao invés de construí-los. Intensificamos angústias, ao invés de amenizá-las.

Afinal, justamente por estarmos nos debruçando sobre o cotidiano, estamos nos envolvendo em hábitos e relações e, portanto, em dinâmicas que foram construídas e consolidadas ao longo de toda uma vida e que, portanto, demandam significativas potências (forças interiores) para sua transformação. Ou seja, a modificação das dinâmicas familiares, por meio de um processo de desconstrução e reconstrução dos significados de maternidade e paternidade, de maternagem e paternagem, do imaginário sobre modelos e relações de gênero não se constitui em um processo pontual, individual ou simples. Trata-se, sim, de uma necessária e profunda transformação nas relações sociais, um processo de caráter global, social e complexo, do qual não poderemos dar conta, em seu conjunto, se nossa atuação se restringir estritamente ao espaço do consultório e das condutas clínicas.

A relação entre profissional, usuária gestante e família, precisa, portanto, em tantos espaços quanto possíveis, assumir também seu caráter social e suas potências transformadoras. Precisa contribuir quotidianamente para a desconstrução e reconstrução dos modelos de gênero e das relações que dele resultam, não se esquecendo, tampouco, de abranger outras questões sociais que possam interferir nos ritmos de vida e nas transformações de ordem social, tais como: raça, classe, orientação sexual. Em outras palavras, poderíamos dizer que, além das forças interiores, já citadas, as potências para essas transformações estão expressas, também, pelas forças sociais, muitas vezes adormecidas nas relações dos profissionais de saúde com os usuários do Sistema Único de Saúde. Relativizam-se, mais uma vez, o micro e o macro social, o individual, o coletivo, e o familiar, sublinhando a multidimensionalidade e a complexidade do viver, ou seja, do cotidiano. O fortalecimento dos vínculos e o despertar dessas potências transformadoras podem exercer influência significativa na forma como ocorre o processo de adesão ao pré-natal, não apenas em relação à sua ocorrência precoce, mas também à sua periodicidade, plenitude de ações e ampla cobertura.

Dada às limitações desta pesquisa, realizada com um número reduzido de gestantes (devido ao critério de seleção das participantes) e em apenas uma unidade de saúde, em estudos futuros, sugere-se a observação participante das gestantes em suas atividades do dia a dia, incluindo a coleta de dados com outros familiares.

Por se tratar de uma realidade social, urge aprofundar a discussão sobre o cotidiano das gestantes e suas famílias em novos estudos. É preciso refletir sobre a atuação dos profissionais da saúde, especificamente, da enfermagem, na atenção às gestantes e suas famílias, envolvendo o seu cotidiano, sua maneira de viver, considerando a dinâmica da vida em sociedade, na contemporaneidade, destacando-se a dimensão intersubjetiva e étnico-cultural, ao se considerar sua multidimensionalidade e a complexidade do ser humano.

REFERÊNCIAS

1. Carter B, Macgoldrick M, colaboradores. As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2ª ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2001.
2. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada – Manual Técnico. Brasília: MS; 2006.
3. Vieira SM, Bock LF, Zocche DA, Pessota CU. Percepção das puérperas sobre a assistência prestada pela equipe de saúde no pré-natal. *Texto Contexto Enferm.* 2011; 20 (Esp): 255-62.
4. Muñoz MAGC, Nitschke RG, Tholl AD. Sexual behavior in the everyday life of adolescents and young adults from the hip hop culture. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2014 Jan-Mar [acesso 2014 Abr 5]; 23(1):126-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072014000100126&lng=en&nrm=iso&tlng=es
5. Maffesoli M. O conhecimento comum: introdução à sociologia compreensiva. São Paulo: Ed. Brasiliense; 2010.
6. Secretaria Municipal de Saúde de Tubarão. Diretoria de Atenção Primária. Gerência de Programas Estratégicos. Programa Saúde da Mulher. Protocolo de atenção integral à saúde da mulher. Tubarão: Ed. Copiart; 2010.
7. Ministério da Saúde (BR), Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. Resolução n. 196 de 10 de outubro de 1996: diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: MS; 1996.
8. Teixeira MA, Paiva MS, Nóbrega SM, Nitschke RG. Manuseio com massa de modelar: uma estratégia sensível de coleta de dados na pesquisa em saúde e enfermagem. *Texto Contexto Enferm* [online]. 2013 Jul-Set [acesso 2014 Mai 8]; 22(3):857-63. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a36.pdf>
9. Schatzman L, Strauss AL. Field research: strategies for a natural sociology. New Jersey: Prentice-Hall; 1973.
10. Brasil. Portaria n. 397, de 09 de outubro de 2002. Aprova a Classificação Brasileira de Ocupações - CBO/2002.
11. Yunes MAM, Mendes NF, Albuquerque BM. Percepções e crenças de agentes comunitários de saúde sobre resiliência em famílias monoparentais pobres. *Texto Contexto Enferm.* 2005 Nov; 14 (Esp.): 24-31.
12. Nóbrega JF, Nitschke RG, Silva FP, Carraro CAG, Alves C. Um olhar sensível às tribos pós-modernas: cuidando da saúde dos adolescentes no cotidiano. *Rev Gaúcha Enferm.* 2013 Mai; 34(3): 201-05.
13. Shimizu HE, Lima MG. As dimensões do cuidado pré-natal na consulta de enfermagem. *Rev Bras Enferm.* 2009 Mai-Jun; 62(3):387-92.
14. Badinter E. Um amor conquistado: o mito do amor materno. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1985.
15. Morse ML, Fonseca SC, Barbosa MD, Calil MB, Eyer FPC. Mortalidade materna no Brasil: o que mostra a produção científica nos últimos 30 anos? *Cad Saúde Pública.* 2011 Abr; 27 (4): 623-38.
16. Pereima RR, Reibnitz KS, Martini JG, Nitschke RG. Doação de sangue: solidariedade mecânica versus solidariedade orgânica. *Rev Bras Enferm.* 2010 Mar-Abr; 63 (2):322-7.
17. Fernandes JV, Alves C, Freitas R, Erdmann, AL, Nitschke RG, Koerich MS. O cotidiano pós-moderno e a incidência de acidente vascular encefálico em adultos jovens: um estudo descritivo-exploratório. *Online Brazilian Journal of Nursing* [online]. 2009 Abr [acesso 2014 Mai 8]; 8(1):464-84. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/rt/printerFriendly/2103/464>
18. Reberte LM, Hoga LAK, Gomes ALZ. O processo de construção de material educativo para a promoção da saúde da gestante. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2012 Jan-Fev; 20(1):1-8.
19. Santos RV, Penna CMM. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. *Texto Contexto Enferm.* 2009 Out-Dez; 18(4): 652-60.

Correspondência: Ana Isabel de Godoy Ferreira
Rua das Acácias, 121, bloco B3, ap. 301
88040-560 – Carvoeira, Florianópolis, Santa Catarina
E-mail: anagoyfer@gmail.com

Recebido: 09 de abril de 2013
Aprovado: 04 de dezembro de 2013