

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

**EU, VOCÊ - NÓS: CO-PARTÍCIPES NO EDUCAR**

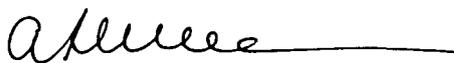
**VALÉRIA SILVANA FAGANELLO MADUREIRA**

**Florianópolis  
Agosto 1994**

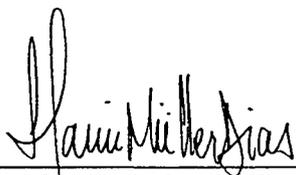
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE - CCS**  
**MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

**EU, VOCÊ - NÓS: CO-PARTÍCIPES NO EDUCAR**

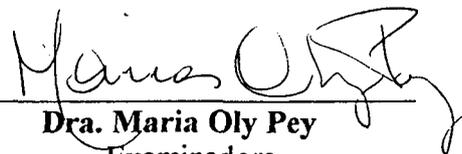
Dissertação submetida à banca examinadora por *Valéria Silvana Paganello Madureira*, sob orientação da Dra. *Ana Lúcia Magela de Rezende* para a obtenção do grau de *Mestre em Enfermagem*. Aprovada em 12 de agosto de 1994 pelos membros da banca examinadora:



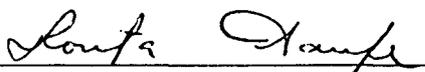
**Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende**  
Presidente



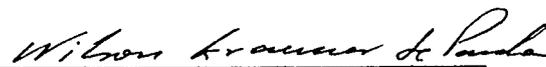
**Dra. Lygia Paim Müller Dias**  
Examinadora



**Dra. Maria Oly Pey**  
Examinadora



**Dra. Rosita Saupe**  
Examinadora Suplente



**Dr. Wilson K. de Paula**  
Examinador Suplente

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

**EU, VOCÊ - NÓS: CO-PARTÍCIPES NO EDUCAR**

Dissertação submetida à banca examinadora por *Valéria Silvana Faganello Madureira*, sob orientação da Dra. *Ana Lúcia Magela de Rezende* para a obtenção do grau de *Mestre em Enfermagem*. Aprovada em 12 de agosto de 1994 pelos membros da banca examinadora:

---

**Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende**  
Presidente

---

**Dra. Lygia Paim Müller Dias**  
Examinadora

---

**Dra. Maria Oly Pey**  
Examinadora

---

**Dra. Rosita Saupe**  
Examinadora Suplente

---

**Dr. Wilson K. de Paula**  
Examinador Suplente

**Orientadora: Dra. Ana Lúcia Magela de Rezende**

*Ao Sérgio, meu marido, meu amigo,  
meu amor.*

*A meus pais, Lúcia e Névio, autores do  
meu começo.*

## **AGRADECIMENTO ESPECIAL**

À Dra. *Lygia Paim Müller Dias*, que fez parte desta minha história orientando o projeto deste trabalho. A você, *Lygia*, meu afeto e minha admiração.

## AGRADECIMENTOS

Ao *Sérgio*, meu marido, por encorajar meu crescimento e compreender minhas ausências. Sem você, não teria valido a pena!

À *Ana Lúcia* que, mais que orientadora, foi amiga estimulando com seus conselhos, seu otimismo e seu incrível bom humor o meu caminhar e ajudando a tornar prazerosa a tarefa de escrever. À você, meu carinho, minha amizade, minha saudade.

À *Rosita* pelas boas conversas, pela disponibilidade, pela confiança e por estimular-me a crescer.

À *Mary Oly* e ao *Wilson* pela simpática e valiosa participação na banca examinadora desta dissertação.

A meus pais, *Lúcia* e *Névio*, e a meus irmãos, *Decléia*, *Luciana*, *Daniela* e *Daniel*, pelo incentivo constante, pelo carinho e por fazerem de Concórdia um bom lugar para retornar.

À *Decléia*, minha irmã e minha amiga, por digitar este trabalho e por entusiasmar-se com meus escritos.

À *D. Ilza*, *seu Sérgio*, *D. Zina*, *Rocliu* e *Rodrigo*, pelo apoio e pelo carinho.

À *Stela*, *Ana Maria*, *Ivete* e *Zita*, amigas e colegas de trabalho, por possibilitarem-me esta conquista.

À *Leoni*, pelo carinho, amizade e incentivo constante.

À *Grace*, minha amiga, companheira das boas horas, apoio nos maus momentos, parceira dos bate-papos dos quais surgiram as melhores idéias. A você, meu carinho e minha saudade.

À *Ilca*, minha amiga e companheira das muitas idas a Ratonés, pela parceria otimista e entusiasmada nos enfrentamentos aos desafios, dificuldades e vitórias que pontuaram aquele período de nossas vidas. Saudade!

A *Marisa, Vera, Telma, Grace, Ilca, Amaury, Antônio, Margareth, Lilian, Ivonete, Marta, Gladys, Clarice, Ana, Izabel e Sayonara*, meus amigos do mestrado, pela amizade, pelo convívio e pelo aprendizado compartilhado no cotidiano acadêmico.

À *Lúcia*, por ser como é, pela amizade, pelo convívio e por ter transformado a sua casa no meu lar em Florianópolis.

Ao *Sidnei* e ao *Gabriel* pela amizade e pelo convívio.

À *Denise G. Vieira da Silva*, por orientar meus primeiros estudos na área do enfrentamento, pelo encorajamento e por revisar meus escritos nesta área.

A *Valdemar Spricigo*, pela simpatia de sua colaboração na impressão deste trabalho.

A *João José da Silva, Ivan Tavares e Adelino Parisotto Júnior*, por transformarem meus rabiscos em desenhos.

À *D. Neusa Machado*, minha professora dos tempos de colégio, por realizar a revisão de português de meus escritos.

À *Loreni*, pela disponibilidade e pelo auxílio na digitação de meus trabalhos acadêmicos.

À *Vera Durigon* pelo auxílio na revisão deste trabalho.

À *Ariede S. R. Soares e Rosane Massolini Silva* por ajudarem-me a ilustrar o Almanaque Amizade.

A *Franz Victor Rúdio* pela cortesia demonstrada ao enviar-me seus textos sobre diálogo de ajuda e pelos bons conselhos.

À *D. Dodô*, madrinha do Grupo Amizade, pela hospitalidade, pela paciência e pela amizade.

À *Orquídea, Crisântemo, Rosa, Violeta e Jasmim*, membros do Grupo Amizade, que deram riqueza e colorido a esta experiência.

Aos funcionários do Centro de Saúde de Ratoles, *Neusa, D. Vilma e seu Maurílio*, pela cordialidade com que me receberam.

Aos funcionários das secretarias do Departamento de Enfermagem e da Pós-Graduação em enfermagem da UFSC, especialmente à *Luzia* e à *Ione*, pela disponibilidade, dedicação e atenção com que atendem as inúmeras solicitações dos alunos.

Aos *professores* do mestrado em Assistência de Enfermagem da UFSC, pelo convívio e pelo aprendizado.

À *FEAUC*, campus II, da Universidade do Contestado.

À *CAPES/CNPq* pelo apoio financeiro.

## SUMÁRIO

	Pág.
INTRODUÇÃO.....	11
MARCO CONCEITUAL.....	19
APRESENTANDO O LOCAL ONDE O ESTUDO FOI DESENVOLVIDO .....	29
Um grupo em composição .....	34
Iniciando uma caminhada em grupo .....	37
Éramos quantos? .....	39
Tornando-se um grupo .....	43
As discussões.....	47
Dinâmica dos encontros.....	56
Tornar-se um grupo: um caminho em ciclo feito de partes que se sobrepõem e complementam.....	61
Compondo um grupo .....	61
Construindo os encontros.....	62
Dialogando sobre os temas geradores.....	62
Concluindo os encontros .....	62
Avaliando os resultados.....	63
O Enfermeiro.....	64
REFLETINDO SOBRE O SER SAUDÁVEL.....	73
ENFRENTAMENTO - UM PROCESSO ENVOLVIDO NO VIVER.....	89
Procurando compreender melhor .....	98
Desvelando o enfrentamento no grupo.....	128
EDUCAÇÃO EM SAÚDE: VISLUMBRANDO UM CAMINHO .....	132
Ajudando a desmitificar pensamentos.....	141
Um processo de transformação que começa com aquilo que as pessoas sabem .....	149
Reconsiderando.....	153
À GUIA DE FINALIZAÇÃO .....	159
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	164

## RESUMO

Este trabalho apresenta o relato de uma experiência vivida com um grupo de mulheres com filhos na faixa etária de zero a um ano, desenvolvida dentro de uma proposta de prática assistencial de enfermagem de compromisso com a educação em saúde. Esta educação em saúde fundamentou-se no diálogo compartilhador de vivências e saberes e voltou-se para o enfrentamento destas mulheres às variadas situações envolvidas no seu viver cotidiano, dentre as quais as relativas ao cuidado do filho. O grupo Amizade, como o mesmo autodenominou-se, reuniu-se semanalmente no período de julho a dezembro de 1993 na comunidade de Ratoles, interior de Florianópolis, ilha de Santa Catarina. Ao longo destes encontros, várias foram as temáticas debatidas, algumas das quais são aqui apresentadas e discutidas; estas temáticas referem-se mais especificamente à concepção de ser saudável, aos enfrentamentos cotidianos vivenciados pelas mulheres do grupo e ao papel do profissional enfermeiro segundo a visão do grupo. Juntamente com elas vem a apresentação do marco conceitual que norteou a prática assistencial, a discussão do processo de formar e tornar-se um grupo e dos caminhos percorridos pela educação em saúde dentro desta proposta.

## **ABSTRACT**

In this study, the report of an experience lived in company with a group of women having children on the zero to one year age bracket, is presented. It has been developed following a proposition of nursing assistance practice turned to health education practices. Such health education plan had its foundation on a dialogue where living experiences and knowledge were shared, its main scope being the way those women should face their daily life situations, wich compraised also care offered to there children. The Friendship Group, using a self-atributed name, got together on weekly meetings from july to december of 1993, in the community of Ratonos, interland of Florianópolis, Santa Catarina island. Several were the themes discussed at such meetings, of wich a few are presented and discussed along this study. The main focus was placed on the conception of being healthy, the coping of daily situations lived by the women from the group, and the role attributed to the professional nurse as seen by the group. Concurrently, the conceptual framework guiding assistance practice, debates on the process of setting-up and becoming a group and the pathways covered by health education encompassed by the present proposition, are also expounded.

## INTRODUÇÃO

A mulher, membro de uma sociedade patriarcal, polarizada no masculino, tem árdua e progressivamente conquistado direitos que lhe possibilitem exercer sua cidadania. Hoje há maior abertura e maior aceitação da participação da mulher em todos os setores da vida e pode-se inclusive dizer que há uma certa pressão social neste sentido; o mundo já não está tão fechado a ela, o que não significa a completa abolição da discriminação e das restrições que lhe são impostas mas que se está em processo de mudança.

Estas mudanças alcançaram também a maternidade mas, se hoje a mulher já tem possibilidade de decidir sobre ter ou não filhos, o cuidado na criação dos mesmos ainda se mantém quase que exclusivamente nos domínios femininos. Mesmo assim, a mulher já pode, atualmente, "não construir sua existência em função de sua progeneritura, mas adaptá-la ao seu projeto de vida" (Badinter, 1986, p. 260).

A vinculação mulher-maternidade-cuidados dos filhos não pode ser percebida como meramente biológica pois é também sócio-culturalmente promovida. Este vínculo que tem historicamente contribuído para manter a mulher restrita aos limites e interesses do lar, contribuiu também para que ela assumisse o cuidado de saúde não só do filho pequeno como de todos os membros da família. Os cuidados de saúde que se passam no âmbito do lar, caracterizam-se como mais uma das funções maternas e conferem à saúde uma conotação doméstica (Scavone, 1989). Em virtude disto, as mulheres desenvolveram um saber medicinal assistemático, fundado na prática e na experiência, que se enraiza profundamente no seu cotidiano e que elas têm empregado no cuidado à saúde, apesar do saber científico já conquistado nesta área (ibidem).

Ao longo da história, a maior responsabilidade com o cuidado do lar e das crianças tem cabido às mulheres; são elas que tentam tirar o máximo proveito dos recursos de que dispõem

para manter um nível de saúde que permita a sobrevivência e, neste contexto, assumiram os cuidados com as crianças e o tratamento caseiro de algumas doenças mais simples e corriqueiras. Deste viver cotidiano, dos enfrentamentos que ele exige, nasce um saber significativo e uma rica prática em saúde que, acumulados e passados de geração a geração, têm permitido à população cuidar de si e permanecer viva. (Vasconcelos, 1991).

As mulheres são, no âmbito do seu lar e de sua vizinhança, verdadeiras trabalhadoras da saúde; elas desenvolvem, no seu cotidiano, uma série de ações de promoção da saúde bem como de prevenção e tratamento de doenças. Este papel de cuidadora, de agente de saúde não é opcional, especialmente se a mulher é também mãe (Dias, 1991).

Na verdade, a relação biológica da mulher com a maternidade determina a responsabilidade social da mesma para com a boa saúde das crianças e, para responder a esta responsabilidade, ela lança mão do saber popular nas questões de saúde, utilizando os conhecimentos que lhe foram transmitidos por mulheres mais velhas e que fazem parte de sua tradição cultural (Scavone, 1989).

Hoje, paralelamente a esta atenção doméstica, sobressai-se a assistência institucionalizada de saúde, presumível direito do cidadão, que privilegia e reconhece o saber técnico-científico como conhecimento válido e que coloca nas mãos dos profissionais o poder sobre os recursos de assistência (Silva, 1992). Assim, quando a mulher busca assistência nestas instituições, tem seu saber negado em favor do saber técnico institucionalizado.

Na área de saúde materno-infantil, considerada prioritária no Brasil desde a Conferência Nacional de Saúde de 1975, têm sido desenvolvidos programas de atenção à saúde da mulher e da criança que traduzem, na prática, o amplo reconhecimento, pela comunidade científica, da íntima ligação mãe e filho, também culturalmente construída. Estes programas incluem atividades educativas que, na prática, são desenvolvidos numa forma de atendimento individualizado a casos particulares, reduzindo a educação a orientações sobre a doença, sobre o problema, e sobre o que deve ser feito em cada caso (Silva, 1992).

A educação vem sendo entendida, na maioria dos serviços de saúde, como repasse de informações técnicas com o objetivo de obter a cooperação do cliente para o tratamento a partir da perspectiva do saber científico, considerado como melhor. O técnico avalia cada caso e prescreve o que fazer, centrando em si as decisões; não há diálogo nesta forma de conduzir a educação onde a voz do outro é silenciada.

Esta forma de proceder deixa patente a desvalorização do saber e das práticas populares em saúde quando faz do outro uma tábula rasa em que as orientações de caráter técnico podem ser impressas. Aqui, o outro, neste caso a mulher, é "extraída" de seu mundo e "preenchida" com um

conhecimento que não raro não tem ligação alguma com seu viver cotidiano, com suas condições concretas de existência.

Ciente deste estado de coisas, acreditava eu que, embora o cuidado com os filhos viesse sendo secularmente atribuído à mulher e de tal forma que a sociedade em geral acreditasse que esta capacidade lhe fosse inata, as mulheres tinham necessidade de obter e aperfeiçoar conhecimentos que lhes permitissem buscar um viver mais saudável para si, para seus filhos e para sua família. Comumente esta obtenção e aperfeiçoamento de conhecimentos se dá na própria vida, por força das circunstâncias, ou nas relações com outras mães, curandeiras, benzedoras, comadres, amigas, parentes, profissionais de saúde, com quem espontaneamente intercambiam saberes sob a consideração de ajuda.

A procura desta ajuda se dá em caráter eventual e o encontro de elementos de auxílio ocorre ou não sob riscos de exposição ou reprodução de padrões favoráveis ou adversos ao processo de ser saudável das mulheres, das crianças e do grupo familiar como um todo.

Foi na qualidade deste espaço subjacente à procura das mulheres em busca de aprendizagem que residiu a possibilidade de um trabalho assistencial de enfermagem de compromisso com a educação em saúde, desenvolvido em um grupo que reunia uma enfermeira e mulheres com filhos de zero a um ano de idade. A dimensão educativa da assistência foi focalizada neste trabalho sem que se ignorasse as condições materiais da existência mas oferecendo deliberada atenção às idéias, à consciência, à arte, à cultura como aspectos imateriais de uma mesma realidade social.

A realidade social a que se referiu este trabalho, configurava-se no viver daquelas mulheres, que buscavam, em suas relações com os outros no mundo, conhecer e saber mais para vir a ser mais, para conquistar um viver mais saudável, para criar e re-criar formas de enfrentar as diversas situações envolvidas no seu cotidiano, dentre as quais as relacionadas com o cuidado com os filhos.

De acordo com meu modo de pensar, a busca de conhecimentos, a criação e re-criação de formas de enfrentar as situações cotidianas, inclusive as relativas ao cuidado dos filhos, poderiam ser intencionalmente favorecidas pela abordagem de assistência de enfermagem na dimensão educativa em saúde, desenvolvida com um grupo de mulheres, em projeto de apoio à situação de aprendizagem.

Acreditava eu que a reunião, em grupo, de mulheres que compartilhassem uma mesma realidade social, que estivessem vivenciando experiências semelhantes, oferecesse a cada uma delas a oportunidade de, na expressão de Paulo Freire, "se dizer", de expressar suas vivências, de externar sua subjetividade, de compartilhar seus saberes, de perceber que tudo isto poderia formar

as bases de um saber novo, re-criado, re-inventado, que lhes fosse mais próximo possibilitando a re-criação de suas artes de viver e, aí incluídos, seus desempenhos na qualidade de serem mães.

A enfermeira participaria como membro deste grupo, tendo também a possibilidade de "se dizer", de externar sua subjetividade, de expressar suas vivências, de compartilhar seus saberes, responsabilizando-se em socializar, pelo diálogo, os conhecimentos que a profissão lhe conferiu.

Tomando fundamento nesta forma de pensar, propus-me desenvolver uma prática assistencial de enfermagem com um grupo de mulheres com filhos na faixa etária de zero a um ano, que privilegiasse a educação em saúde e que, através do diálogo compartilhador de vivências e saberes, possibilitasse aos membros do grupo a obtenção e aperfeiçoamento de conhecimentos para a criação/re-criação de formas de enfrentamento às diversas situações envolvidas no cotidiano, dentre as quais as relativas ao cuidado dos filhos.

É importante dizer que embora meu olhar estivesse voltado para a saúde das crianças, os sujeitos deste trabalho foram as mulheres, visualizadas na complexidade de seus diversos desempenhos sociais e não unicamente como genitoras, evitando assim considerá-las como sinônimos de mãe, como tem historicamente ocorrido.

A intenção de trabalhar com educação em saúde e da maneira como trabalhei, nasceu da insatisfação crescente que há muito me acompanhava em minha prática profissional junto a mulheres e crianças, tanto em hospital quanto em Centro de Saúde.

Já no início da minha vida profissional, percebi que as mulheres tinham muitas dúvidas e inseguranças quanto a cuidar dos filhos, situação que se exacerbava quando a criança, especialmente na idade de 0-1 ano, adoecia. A partir desta minha percepção, acreditava eu que a melhor forma de ajudá-las a superar suas inseguranças seria através da educação em saúde e comecei, então, a orientá-las, no hospital, não somente sobre os cuidados com o filho doente mas também sobre outros aspectos envolvidos no cuidado com a criança (alimentação, sono, recreação, vestuário, imunizações, etc.), visando a possibilidade de um viver e ser mais saudável. Logo me apercebi que durante a permanência da criança no hospital o foco de atenção da mulher era a doença do filho, o que a tornava altamente seletiva nas orientações, interessando-se mais pelas relacionadas com a doença do que com as relacionadas aos cuidados de promoção de um viver e ser saudável. Dei-me conta também que as orientações à mãe precisavam ser repetidas inúmeras vezes durante a internação e que, após a alta, as mulheres raramente as colocavam em prática exigindo, numa nova internação da criança, a repetição das mesmas orientações.

Considerarei, então, a possibilidade de mudar isto, modificando este processo e educando as mulheres fora da situação de uma hospitalização, na referência do viver saudável; e, assim,

comecei a atendê-las em Centro de Saúde, onde realizava consultas de enfermagem à criança, orientando as mães, ainda assim, de acordo com os problemas e necessidades levantadas.

Pude perceber, nesta experiência, que quando a mulher busca o Centro de Saúde, geralmente o faz com o filho já doente; o enfermeiro, então, realiza uma consulta de enfermagem, investiga dúvidas, faz um exame físico e, de acordo com os problemas levantados, presta suas orientações. Para cada problema e para cada período de desenvolvimento da criança, tem um rol de orientações cientificamente preconizadas e "empacotadas" para repassar e as repassa, da melhor forma que pode, para que a mãe as coloque em prática nos cuidados com o filho.

Agindo deste modo institucionalizado, o enfermeiro crê que "educa", que instrumentaliza a mulher para a prevenção de problemas futuros de modo a garantir à criança uma infância mais saudável. No momento em que a mãe deixa o consultório, o "educador" considera sua tarefa concluída e seu dever cumprido.

Quando a mulher retorna, vezes sem conta, com seu filho apresentando os mesmos problemas, o enfermeiro tende a considerar que ela está falhando no cumprimento de sua parte; mesmo assim, desincumbe-se repetindo o pacote das mesmas orientações e quando percebe que a mulher volta a não cumpri-las, apesar de sabê-las "de cor", a considera relapsa no cuidado com o filho e se frustra.

Na verdade, o enfermeiro focaliza o que considera problema, analisa-o no mundo das doenças a partir de uma perspectiva técnica e prescreve condutas geralmente estranhas àquela mulher, à situação da mesma, deixando em segundo plano as peculiaridades e as potencialidades dos seres humanos ali envolvidos. Raramente procura saber o que a mulher conhece sobre si mesma e seus filhos, qual é sua maneira de enfrentar as situações que se lhe apresentam, o que estas situações significam para ela, o que a impede de colocar em prática o saber de que dispõe por sua vivência e por outras orientações recebidas, a quem ela busca para auxiliá-la quando se depara com uma situação nova no cuidado com o filho. Raramente considera o saber que a mãe tem sobre saúde, chamado saber popular, acumulado ao longo da história e que as pessoas, de geração a geração, herdaram e recorrem para sobreviver e cuidar da saúde, apesar do conhecimento científico já existente.

Neste tipo de atuação, desvaloriza-se a mulher como ser de decisão e compromisso, capaz de agir e refletir; ignora-se que ela está apta a aprender e a ensinar, desvaloriza-se o seu saber popular, hipervalorizando-se o saber profissional, cientificamente autorizado e prescreve-se o que "deve ser feito".

Eu, como enfermeira, agi assim por um longo tempo e o fiz acreditando ser esta a melhor forma de educar. Em minha vida como docente de enfermagem, sempre enfatizei o desempenho

do enfermeiro enquanto educador e a importância e necessidade de educação de mães na sua saúde e na saúde da criança. Orientava meus alunos para a forma de educar que eu conhecia, que parecia considerar o desempenho de mãe, à parte dos demais desempenhos sociais da mulher e do contexto no qual eles têm lugar. Orientava-os para a prescrição de condutas baseadas no saber técnico e centralizadas no enfermeiro. Esta forma de agir, repetida ao longo dos anos e os resultados da mesma, provocaram em mim uma grande inquietação e uma grande sensação de frustração.

Ao entrar para o mestrado, continuava acreditando na educação em saúde como forma de ajudar a mulher a vencer suas inseguranças, conquistando conhecimentos que lhes permitissem cuidar de si, do filho e viver melhor, mas sabia que o tipo de educação em saúde centralizada no enfermeiro, verticalizada, que hipervalorizava o saber técnico em detrimento do popular, contribuía muito pouco (se posso chamar de contribuição) para isso. Acreditava também que as condutas tomadas pela mãe com base nos conhecimentos populares geralmente ajudavam a enfrentar as situações mais imediatas com que se deparava no cuidado diário com o filho, e que isso deveria ser levado em consideração ao se pretender desenvolver educação em saúde. Acreditava que se a mulher fosse o sujeito de sua própria busca de conhecimento, a aprendizagem seria apropriada; e ainda, que a educação em saúde não era feita **para** seres humanos mas **com** seres humanos e que o saber científico complementava o popular e vice-versa.

Algumas questões me inquietavam: um grupo de mulheres representa uma boa maneira de desenvolver educação em saúde? Que desafios as mulheres enfrentam no seu desempenho como mães? De que forma as mulheres respondem às diversas situações envolvidas no cuidado dos filhos? Onde e com quem elas buscam ajuda? Quais suas ansiedades, expectativas e dúvidas no cuidado com os filhos? De que forma os demais desempenhos sociais interferem no seu desempenho como mãe? Como pode o enfermeiro contribuir para a aprendizagem de novas habilidades e novas estratégias de enfrentamento que possam ser utilizadas pelas mulheres no seu cotidiano, aí incluídos o cuidado do filho?

Ao buscar um referencial teórico para a prática, encontrei em alguns conceitos do itinerário pedagógico de Paulo Freire, que valoriza o diálogo entre seres humanos diferentes, com saberes próprios, capazes de agir e refletir modificando sua ação, a si próprios e suas formas de ser/estar no/com o mundo, inspiração para procurar possíveis respostas a algumas destas indagações.

Foi também a partir das leituras dos conceitos envolvidos no itinerário pedagógico de Paulo Freire que surgiu a idéia de trabalhar com mulheres de uma mesma comunidade, que estivessem vivenciando experiências semelhantes, reunidas em grupo e em sua própria comunidade, de forma que pudessem compartilhar vivências e saberes. Acreditava que nesta situação e desta vivência

compartilhada, emergiram os temas da aprendizagem, tradutores de interesses individuais e coletivos, frutos da vida cotidiana dos seres humanos envolvidos num processo de educar e educar-se.

Foi também principalmente em Paulo Freire que busquei inspiração para elaborar um marco conceitual que servisse de referência a minha prática. Ao lado disso, busquei compatibilizar uma posição teórica sobre enfrentamento, na perspectiva de que a ponte Educação em Saúde abrisse possibilidades de enfrentamento ao grupo, no agir e refletir os temas geradores derivados das situações cotidianamente vivenciadas pelas mulheres, dentre as quais aquelas envolvidas no "ser mãe".

Ao longo do desenvolvimento deste trabalho, atenção especial foi dedicada à observação e ao respeito às implicações éticas do mesmo, cuja necessidade foi despertada não só pela minha vivência anterior no trabalho com seres humanos, como também pelo conhecimento do código de ética que rege a enfermagem no Brasil, dos códigos internacionais de ética da investigação (1990) e das sugestões de Selltiz, Wrightsman e Cook (1987) referentes a esta questão.

Assim, o primeiro aspecto ético respeitado foi a apresentação e discussão do projeto de trabalho com os funcionários do Centro de Saúde de Rationes, local geográfico onde se desenvolveu o trabalho, com o fim não só de torná-los cientes do mesmo mas também de convidá-los a participar.

Outro aspecto considerado foi a apresentação dos objetivos do trabalho para as mulheres do grupo, de forma que pudessem livre e conscientemente decidir por participar ou não. Além disto, possibilitou-se que o consentimento, desistência ou recusa de cada mulher fosse verbalmente declarado na presença do grupo, assegurando-se também a cada um dos membros a possibilidade de retirar-se do mesmo no momento em que assim o desejasse.

O respeito à individualidade e à privacidade das participantes foi uma constante neste trabalho e as mesmas, por si próprias, determinaram quanto de si, de suas vivências e de seus saberes desejavam compartilhar. O anonimato foi garantido pela manutenção em sigilo dos nomes e dados que pudessem revelar a identidade das participantes.

Outro aspecto ético observado relaciona-se com os dados obtidos em cada encontro que, depois de transcritos e analisados, eram devolvidos ao grupo para validação, garantindo a fidedignidade dos mesmos e retomando os aspectos da aprendizagem do grupo.

Finda a experiência com o Grupo de Mulheres-Mães Amizade, auto-denominação do grupo, os dados discutidos e analisados foram devolvidos às participantes organizados no Almanaque Amizade, por elas mesmas ilustrado. Ainda em observação às implicações da ética e do respeito ao ser humano, todo compromisso por mim assumido junto ao grupo foi respeitado e cumprido.

O trabalho que ora apresento trata do relato da experiência vivida com o Grupo Amizade por ocasião da operacionalização da proposta de assistência educativa de enfermagem, baseada no diálogo compartilhador de vivências e saberes. Inicialmente apresento o marco conceitual que norteou esta experiência já com as modificações sugeridas pela prática. Na seqüência e fazendo uma tentativa de contribuir para o preenchimento de um vazio encontrado na literatura por ocasião da elaboração do projeto, discuto o processo de formar e tornar-se um grupo, discutindo, também, o papel do profissional enfermeiro de acordo com a concepção do grupo.

A seguir são apresentadas três temáticas extraídas das diversas discussões de grupo e que envolvem *o ser saudável, o enfrentamento a situações cotidianas e a educação em saúde*. A opção por estas temáticas foi influenciada pelo teor do projeto de trabalho que aborda as três questões e pelo fato de as mesmas terem revelado grande significação ao longo da análise e organização dos dados obtidos em cada um dos encontros grupais. Para finalizar traço algumas considerações acerca da experiência vivida.

## MARCO CONCEITUAL

Para Neves e Gonçalves (1984, p. 213), "marco conceitual é uma estrutura mental logicamente organizada, que serve para dirigir o processo de investigação". De acordo com estes autores, o pesquisador elabora seu marco conceitual a partir de conceitos de teorias ou partes de teorias, fatos classificados e analisados em pesquisas anteriores e a partir de suas próprias idéias.

Da forma como o entendo e utilizei neste trabalho, marco conceitual significa uma construção mental formada por conceitos interrelacionados que servem como referência à prática assistencial de enfermagem. O marco conceitual proposto como base à prática de educação em saúde, foi criado a partir de meus pensamentos sobre o assunto, de leituras sobre educação, educação em saúde e enfrentamento.

A prática sugeriu algumas modificações nas definições dos conceitos que compunham o marco, bem como a inclusão do conceito "cidadania". Apresento, agora, o marco conceitual já com as alterações sugeridas pela prática.

Neste trabalho com o grupo Amizade, **SER HUMANO** foi, com base em Freire (1991), considerado como:

*Ser singular, inconcluso, que, criando, re-criando e transformando a si próprio e a seu mundo, busca continuamente ser mais em suas relações sociais e em sua orientação de vida expressando assim sua arte de viver.*

É um ser da ação e da reflexão, o que o torna capaz de, em certo momento, distanciar-se de seu mundo para refletir sobre ele, sobre sua forma de ser/estar nele e com ele, de modo a visualizar as limitações e desafios à sua busca do ser mais. Nesta reflexão o ser humano amplia seu

conhecimento sobre o seu mundo, fortalecendo-se para buscar respostas às limitações e aos desafios com que se defronta.

O ser humano é um ser de relações, não existe como ser isolado; tudo o que ele pensa, sente e faz tem causa, sentido e significação em suas relações com os outros seres humanos e, em virtude disso, não é possível compreendê-lo fora destas relações (Rúdio, 1991).

Na sua busca do ser mais o ser humano reflete sobre sua atuação no/com seu mundo, identifica suas limitações, as de seu mundo e busca, no encontro consigo próprio e com os outros, formas de vencê-las. Esta busca não é feita isoladamente mas com os outros seres humanos, "em comunhão com outras consciências" (Freire, 1991, p. 28). Ao ultrapassar suas limitações, o ser humano transforma a si e suas relações na medida em que, refletindo, descobre novas limitações e procura formas de vencê-las. Daí dizer-se ser a **Busca do Ser Mais**

*um movimento contínuo no qual o ser humano reflete sobre seu ser/estar no e com o seu mundo, identifica suas limitações pessoais bem como aquelas que se interpõem à sua ação e procura formas de vencê-las, fortalecendo-se em sua cidadania para a re-criação cotidiana de si, do mundo e de sua arte de viver.*

A mulher como ser humano, reúne algumas peculiaridades devidas não somente a suas características físico-biológicas como também aos papéis que lhe são social e culturalmente atribuídos.

Algumas destas peculiaridades relacionam-se com a maternidade pois, embora a vida da mulher não mais gravite exclusivamente em torno do lar e dos filhos, o cuidado do filho pequeno continua principalmente nos domínios femininos. Estas circunstâncias fazem parte da arte de viver da mulher, e estão incorporadas a sua orientação de vida de tal forma que ao movimentar-se na busca do ser mais, a mulher não transforma somente a si própria, não re-cria somente a sua arte de viver mas também influencia na transformação do filho, na arte de viver deste bem como na transformação do mundo no/com o qual é/está. Assim, nesta proposta de trabalho **Cliente** foi definido como:

*Grupo de mulheres que enfrentam as mais variadas situações no desempenho de seus diversos papéis sociais, dentre as quais encontram-se as relacionadas com o cuidado do filho, e que buscam, no compartilhamento de vivências e saberes, encontrar novas formas de enfrentamento a estas*

*situações, que lhes permitam a re-criação saudável de si próprias, de suas artes de viver e do mundo.*

Ser saudável é visto aqui como um processo relativo e dinâmico que se dá na medida em que o ser humano se relaciona no e com seu mundo. As relações seres humanos-mundo podem ser conflituosas e, no enfrentamento destes conflitos, o ser humano assume uma postura ativa configurando a idéia dinâmica de saúde. É uma postura humana ativa frente às diversas situações de vida geradas nas relações do ser humano no e com seu contexto (Rezende, 1986). Com base nestas considerações e tomando inspiração em Paim (1992) e Rezende (1986), **SER SAUDÁVEL** foi definido como:

*Um processo expresso na arte de viver a partir da postura ativa assumida pelo ser humano frente as diversas situações geradas em suas relações no e com seu mundo, variável de acordo com sua competência inata ou adquirida para enfrentá-las e que lhe possibilita movimentar-se em sua busca do ser mais, re-criando de forma saudável sua arte de viver, transformando a si e a seu mundo.*

A postura ativa aqui considerada refere-se a utilização pelo ser humano de todo o seu potencial para o enfrentamento das situações geradas nas suas relações no e com seu mundo. A educação em saúde pode estimular esta postura ativa à medida que possibilita ao ser humano refletir sobre suas relações, identificar seus limites e possibilidades, buscando formas de, respectivamente, ultrapassá-los e explorá-las.

As relações do ser humano no e com seu mundo e a postura ativa que nelas ele assume são influenciadas pela sua **Orientação de Vida** que, com base em McHaffie (1992), Trentini e Silva (1992) e Hymovich e Hagopian (1992), considere como:

*Sistema de crença, valores e atitudes que fundamenta os significados que o ser humano atribui a cada situação de vida e que influencia sua forma de enfrentá-la.*

Esta orientação de vida não é inata ao ser humano mas é cultural e socialmente construída no jogo de suas relações no e com seu mundo. Neste sistema,

. **valores** revelam aquilo que o ser humano considera importante e desejável em sua vida (McHaffie, 1992)

. **crenças** referem-se ao que ele pressupõe como verdade (Hymovich e Hagopian, 1992);

. **atitudes** referem-se à maneira de pensar e sentir que predispõe o ser humano a certas formas de ação e comportamento (Hymovich e Hagopian, 1992).

Este sistema não é estático; enquanto social e culturalmente construído, ele pode modificar-se na medida mesma em que o ser humano transforma a si próprio e a suas relações no e com o mundo.

No seu ser/estar no e com o mundo o ser humano cria a sua arte de viver, na qual ele é o sujeito principal e, ao viver sua arte, ele a re-cria continuamente a partir do aprendizado que conquista nas suas vivências, das transformações que, em decorrência deste aprendizado, promove em si e no mundo. Cria e re-cria sua arte de viver ao atuar, refletir sobre sua ação e re-atuar a partir de sua reflexão.

"Viver é em si mesmo uma arte, com efeito, a mais importante e, ao mesmo tempo, mais difícil e complexa arte praticada pelo homem", cujo objetivo é o processo do ser humano tornar-se aquilo que é em potencial, sendo simultaneamente artista e objeto de sua arte (Fromm, 1983, p. 25).

O ser humano aprende e transforma no cotidiano sua arte de viver, a medida que mobiliza sua criatividade, seu empenho e seu talento para enfrentar as situações do seu dia a dia, para criar maneiras diferentes de manejá-las, para desenvolver suas capacidades, habilidades e potencialidades.

**ARTE DE VIVER** revelou-se, então,

*uma aprendizagem criada e re-criada no cotidiano a medida que o ser humano mobiliza sua criatividade, seu empenho, seu talento, seus saberes e suas relações no/com seu mundo, para o enfrentamento das situações envolvidas no seu dia a dia. Ao enfrentar estas situações, o ser humano lança mão de suas capacidades e habilidades, desenvolve suas potencialidades e busca ser mais bem como transformar a si, a seu mundo e suas relações nele e com ele.*

No seio de suas relações, o ser humano enfrenta as diversas situações com que se depara, de uma maneira própria criada com base em suas experiências anteriores, seus saberes, suas habilidades, suas capacidades, sua orientação de vida e nos recursos pessoais de que dispõe bem

como daqueles que o mundo lhe oferece. O leque de possibilidades de enfrentamento às diversas situações que compõem o repertório de cada ser humano pode ser modificado e ampliado pela aprendizagem cotidiana.

Esta aprendizagem na qual o ser humano se instrumentaliza para os enfrentamentos que a arte de viver lhe solicita, se dá no processo educativo formal e informal que se desenvolve continuamente no bojo das relações do ser humano. A partir destas considerações, **PROCESSO EDUCATIVO** foi visto aqui como:

*Um processo que se dá em todos os momentos do viver, que pode ser favorecido por um grupo no qual os seres humanos, reunidos e em diálogo, compartilham suas vivências, seus saberes, buscando aprender formas de transformar seus ser/estar no/com o mundo e de ser mais. Neste processo, o ser humano descobre, modifica e cria possibilidades de enfrentamento às diversas situações com que se depara no exercício de sua arte de viver, buscando re-criá-la na transformação de si e do mundo no qual e com o qual é/está.*

Este processo educativo não formal teve uma intencionalidade que se traduziu no interesse de possibilitar às mulheres com filhos na idade de zero a um ano, reunidas em grupo, a aprendizagem necessária para a ampliação do leque de possibilidades de enfrentamento às diversas situações envolvidas no seu viver cotidiano, dentre as quais encontram-se também aquelas relacionadas ao cuidado do filho.

O grupo, contexto no qual desenvolveu-se este processo, representa mais do que um conjunto de pessoas reunidas em um mesmo local e ao mesmo tempo; sua essência não se traduz na soma de seus componentes. Com esta convicção, **Grupo** foi aqui concebido como

*um encontro de seres humanos que desenvolvem entre si uma relação de confiança mútua, afeto e solidariedade, interessam-se pelos problemas, pelos sentimentos e pela história de cada um e de todos, compartilham vivências e saberes, aprendem uns com os outros e buscam expressar o aprendido exercitando sua cidadania na re-criação cotidiana da arte de viver.*

Falando-se em grupo, subentende-se seres humanos que são e estão de formas diferentes no e com o mundo, que detêm saberes diferentes, que têm interesses semelhantes e que desejam compartilhar vivências. Nele, todos assumem posição de quem ensina e aprende, de sujeitos no processo em que crescem juntos.

O diálogo é essencial ao desenvolvimento do processo educativo. Nele, o ser humano capaz de refletir sobre si e sobre suas relações no e com o mundo, problematiza o relacionamento entre o saber e o mundo no qual o saber nasce e para o qual retorna e, a partir disto, constrói com os outros uma nova forma de conhecer, um novo saber. Este novo saber poderá ser utilizado na modificação da atuação do ser humano no mundo, permitindo-lhe ultrapassar os limites que lhe são impostos, bem como transformar a si mesmo e sua arte de viver. O diálogo, então, "sela o ato de aprender que nunca é individual, embora tenha uma dimensão individual" (Freire, 1990, p. 14).

Foi com inspiração em Freire e Rúdio que defini **Diálogo** como

*Expressões comunicativas plenas de significação que se dão no encontro baseado na confiança, na compreensão e no respeito mútuo, no qual os seres humanos compartilham vivências, aprendem uns com os outros, ampliam seus saberes de forma a aplicá-los na re-criação cotidiana de suas artes de viver e nas suas buscas do ser mais.*

A educação em saúde, neste processo educativo, desenvolve-se em grupo e em diálogo, promovendo o compartilhamento de vivências e saberes. Neste compartilhar, dá-se o entrelaçamento dos saberes popular e técnico em saúde, considerados igualmente úteis e importantes, e que se podem melhorar e complementar mutuamente.

Nesta situação, a educação em saúde não desvincula o ser humano do mundo, de onde vêm os subsídios e para onde retornam os frutos de sua educação.<sup>1</sup> Os temas de discussão emergem do diálogo que seres humanos reunidos travam sobre suas formas de enfrentar seu viver cotidiano, sobre seus saberes, sobre suas vivências, e, no intercâmbio de saberes técnico e popular, aperfeiçoam e ampliam seus conhecimentos, de forma a utilizá-los na re-criação de suas formas de responder às situações encontradas no exercício da arte de viver.

**A Educação em Saúde** foi, então, considerada

*um processo desenvolvido entre seres humanos que, em grupo e em diálogo, compartilham vivências, saberes e refletem sobre os mesmos buscando compreender melhor seu ser/estar no/com o mundo, descobrir, criar e*

*inventar novas possibilidades de enfrentamento às diversas situações envolvidas no exercício cotidiano da arte de viver, bem como transformar a si próprios e ao mundo no qual, com o qual são/estão.*

Esta educação em saúde não tem o objetivo de manter o ser humano adaptado ao mundo, mas sim tornar-lhe possível, pela reflexão, a descoberta de novas possibilidades de enfrentamento que lhe permitam modificar sua atuação, re-criar de forma saudável sua arte de viver, transformando a si próprio, o mundo e seu ser/estar no e com o mesmo. Nesta transformação de si e do mundo o ser humano começa a perceber-se como cidadão. Em virtude disto, o conceito **Cidadania** foi incluído neste marco conceitual e vem com inspiração em Demo (1993) definido como:

*uma qualidade social das sociedades organizadas que outorga aos seres humanos que nela convivem, direitos e deveres legalmente reconhecidos dos quais os deveres são, por força da lei, cumpridos e os direitos são conquistados à medida que os seres humanos tomam consciência deles, percebem criticamente a si e ao mundo no/com o qual são/estão e fortalecem-se para exercê-los.*

Enfermeira e mulheres-mães são co-partícipes deste processo educativo em saúde; como tal, percebem-se e respeitam-se como detentoras de saberes diferentes e buscam, em diálogo, contribuir para o crescimento mútuo. **Enfermeira** foi aqui considerada como

*membro de uma profissão imbuida de saber técnico-científico e ético, que tem a intencionalidade de compartilhar suas vivências e seus saberes com o grupo de mulheres-mães, de forma que o diálogo atue como fonte para a aprendizagem de novas possibilidades de enfrentamento às diversas situações geradas no viver cotidiano, dentre as quais encontram-se as envolvidas no cuidado com os filhos.*

No exercício cotidiano da arte de viver surgem as mais variadas situações, as quais solicitam do ser humano um enfrentamento. Com base em Hymovich e Hagopian (1992) e em Lazarus e Folkman (1984), **ENFRENTAMENTO** foi visto como:

*um processo dinâmico, cognitivo, afetivo e comportamental no qual o ser humano maneja as mais variadas situações geradas cotidianamente nas suas relações no e com o mundo, lançando mão de recursos e estratégias que lhe estão disponíveis, na intencionalidade de re-criar de forma saudável sua arte de viver, na perspectiva de vir a ser mais e de contribuir para transformar a si e ao mundo no/com o qual é/está.*

O modo como uma situação é percebida depende da avaliação que o ser humano faz dela com base em suas experiências pretéritas, sua orientação de vida e nos recursos de que dispõe. Ao avaliar, o ser humano percebe e interpreta a situação a partir de sua subjetividade atribuindo a ela um significado. Então, **Avaliação** foi com fundamento em Lazarus e Folkman (1984), vista aqui como:

*um processo mediador contínuo no qual o ser humano julga o significado que a situação assume para si, os recursos e opções de enfrentamento que lhe estão disponíveis para manejá-la e os resultados potenciais da mesma.*

Com base em Lazarus e Folkman (1984) e Folkman e Lazarus (1985), o processo de avaliação inclui uma **avaliação primária**, na qual o ser humano julga o significado que a situação assume para ele, uma **avaliação secundária** no qual ele analisa o que pode/deve ser feito, recursos e opções disponíveis, sua aplicabilidade e possível eficiência e uma **reavaliação**, que se refere a mudanças na percepção inicial do evento a partir de novas informações e dos resultados das respostas dadas pelo ser humano. Os dois primeiros níveis de avaliação ocorrem simultaneamente e o terceiro segue um esforço de enfrentamento no qual se engajou o ser humano, conferindo ao processo um caráter dinâmico, cíclico e contínuo.

Ao avaliar, o ser humano considera suas necessidades e seus recursos. **Necessidades** referem-se a algo desejado pelo ser humano/grupo e necessário para o alcance de uma meta ou finalidade (Hymovich e Hagopian, 1992). **Recursos** de enfrentamento referem-se, com base em Trentini e Silva (1992), a tudo o que possa ajudar o ser humano/grupo a alcançar sucesso naquilo que deseja. Podem ser **internos** - auto-confiança, auto-estima, humor, habilidades, esperança, saberes, valores - ou **externos** - lazer, trabalho, rede social e segurança financeira. A presença e disponibilidade destes recursos podem ser percebidas pelo ser humano ou por outras pessoas e influenciam no processo de enfrentamento. O grupo tem um grande valor na identificação e/ou

descoberta dos recursos disponíveis para o enfrentamento às situações envolvidas no exercício cotidiano da arte de viver.

O processo de enfrentamento solicita diversas estratégias; estas constituem um sistema dinâmico, sempre em transformação que se modifica à medida em que, avaliando continuamente a situação e suas respostas à mesma, o ser humano/grupo modifica a percepção que tem dela, seus objetivos de saúde e descobre como utilizar melhor os recursos que lhe estão disponíveis.

**Estratégias** de enfrentamento, tal como aqui concebidas, não se resumem "àquilo que as pessoas fazem", à dimensão da ação, mas incluem uma atividade do pensamento, uma dimensão de reflexão e nestas duas dimensões, co-existe uma terceira, a da emoção. Reúnem-se, nas estratégias, ação, reflexão e emoção que conferem às mesmas um caráter dinâmico de crescimento e transformação.

O processo de enfrentamento pode ter resultados efetivos ou não. Com fundamentação em Caplan (1963) e em Miller (1983) o enfrentamento foi considerado efetivo quando o ser humano/grupo explora ativamente a realidade e busca informações, expressa livremente sentimentos positivos e negativos, solicita ajuda, divide os problemas em partes e as enfrenta uma a uma, está ciente da fadiga e da tendência à desorganização, desenvolve atividades, engaja-se em esforços de resolução de problemas, acredita em si e nos outros, mantém suas relações com outras pessoas e permanece otimista com relação aos resultados.

Dentro da educação em saúde os seres humanos reunidos em grupo, em relação de confiança e em diálogo, refletem sobre as situações que vivenciam, reconhecem os recursos de que dispõem para enfrentá-las, descobrem e aprendem novas possibilidades de enfrentamento. O grupo oferece também às pessoas um ambiente afetuoso necessário ao aumento de sua auto-estima e auto-confiança, indispensáveis ao enfrentamento efetivo das situações com que se deparam no exercício da arte de viver.

O enfermeiro é co-partícipe deste grupo e contribui, com o conhecimento que tem do sistema de saúde, com suas vivências e com seu saber, para que os seres humanos envolvidos no processo de educação em saúde aprendam, criem e re-criem possibilidades de enfrentamento a situações presentes e futuras do seu cotidiano.

Em grupo, os seres humanos são co-partícipes no educar, assumem a postura de quem sabe e de quem procura saber mais com os outros no mundo.

O espaço onde o ser humano se movimenta na sua busca do ser mais, onde estabelece suas relações com outros seres humanos e onde busca aprender sempre mais para re-criar sua arte de viver, transformar a si e ao mundo no qual e com o qual é/está, representa o **Mundo da Vida Cotidiana** (Schutz, 1979).

Este mundo é o mundo intersubjetivo que se dá à experiência e interpretação do ser humano e que ele reconhece naturalmente como realidade. Ao movimentar-se no e com o mundo da vida cotidiana, o ser humano encontra inúmeros obstáculos a sua ação e, reconhecendo-os, reflete sobre eles buscando formas de vencê-los. Neste movimento de ação e reflexão no, com, sobre o mundo, o ser humano transforma a si mesmo, suas relações e o próprio mundo (ibidem).

## **APRESENTANDO O LOCAL ONDE O ESTUDO FOI DESENVOLVIDO**

O trabalho sobre o qual versa este relato teve lugar na comunidade de Ratonos, localizada em Florianópolis a 35km do centro da cidade, em direção ao norte da ilha. Seu nome deve-se ao fato de um de seus rios desembocar defronte às ilhas Ratonos (em forma de rato). Não foram obtidos dados referentes ao ano de instalação da comunidade mas o templo local da Igreja Católica marca em sua fachada o ano de 1924 como o de sua construção, o que faz crer que a formação da comunidade foi anterior a esta data.

A comunidade distribui-se em três pontos nos quais a aglomeração de residências é maior: Centro, Cachoeira e Canto do Moreira. A distância entre um ponto e outro é de cerca de 4km. O Centro de Saúde situa-se em Cachoeira.

A agricultura foi, por longo tempo, a atividade básica de seus moradores. Hoje, as terras outrora destinadas ao plantio, foram reduzidas a pequenas propriedades em consequência de sucessivas partilhas de terra por herança ou por vendas a terceiros. Em consequência disto e talvez da crescente urbanização da ilha, apenas as pessoas mais idosas trabalham atualmente na lavoura; a população mais jovem trabalha no centro ou nos arredores de Florianópolis, em supermercados, na Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) como vigilantes, como faxineiras, como domésticas diaristas, etc. Durante o verão, muitas moradoras empregam-se em hotéis e residências das praias próximas ou desenvolvem atividades mais informais como a venda de alimentos e bebidas nas praias e lavagem de roupas para hotéis em suas próprias casas. Há ainda a presença de migrantes predominantemente do oeste do estado que trabalham como chacreiros nos sítios locais. Existe também em Ratonos um atelier que trabalha com tapetes e tapeçarias em tear manual que emprega várias mulheres como tecelãs e diversos homens para fabricação de teares.

São 4 as religiões seguidas pelos moradores: Católica, Assembléia de Deus, Cruzada e Deus é Amor. Cada uma delas tem seu próprio templo e a igreja Católica está construindo um salão paroquial. As pessoas freqüentam suas próprias igrejas mas visitam as outras em ocasiões de casamento, formatura ou falecimento.

A comunidade é servida por luz elétrica, telefone, serviço público de coleta de lixo (três vezes por semana), uma escola isolada com ensino de 1ª a 4ª séries vinculada ao governo do estado, uma escola básica com ensino completo de 1º Grau mantida pela Prefeitura Municipal. Não há rede pública de água e esgoto. As casas são abastecidas com água de poços ou de "cachoeira" (proveniente de fontes situadas nos morros que circundam Ratonés e conduzida por canos plásticos até as residências). A maioria das casas utiliza fossas sépticas e algumas escoam seus detritos nos rios locais. O atendimento de saúde é feito pelo Centro de Saúde, há 21 anos em funcionamento na comunidade.

O Centro de Saúde do tipo I (CSI) é vinculado à Secretaria de Saúde e Desenvolvimento Social (SSDS) do município de Florianópolis. Esta secretaria relaciona-se com a organização e execução das ações de saúde do primeiro nível de atendimento do município, através do Sistema Único de Saúde (SUS) do Estado e do País, que prioriza ações preventivas e educativas complementadas por ações curativas de baixa complexidade (Verdi, 1993). Dentro desta estrutura, o Centro de Saúde I oferece serviços de consulta médica em clínica geral, consulta odontológica e atendimento básico de enfermagem.

Uma técnica de enfermagem, um atendente de enfermagem e uma auxiliar de serviços gerais trabalham no Centro de Saúde. Este número de funcionários é insuficiente para cobertura de férias, licenças de saúde e licenças prêmio, o que determina uma certa sobrecarga de trabalho aos mesmos e contribui para restringi-los a atividades intramurais, limitando suas incursões à comunidade àqueles casos de grande necessidade. Não há enfermeiro diariamente no Centro de Saúde. Este profissional desenvolve suas atividades em regime de supervisão semanal, ocasião em que integra-se à rotina do pessoal de enfermagem, esclarece dúvidas e discute assuntos solicitados pelos funcionários, realizando uma espécie de reciclagem informal.

Em virtude destes fatores, o caráter educativo do trabalho de enfermagem não era conhecido pela população local uma vez que só haviam vivenciado atividades estritamente técnicas como injeções, curativos, vacinações e nebulizações, dentre outras.

O Centro de Saúde atende a comunidade no período da manhã permanecendo fechado a tarde. O atendimento médico é oferecido duas vezes por semana e é marcado por períodos de ausência em consequência de viagens, férias do profissional ou mesmo por dificuldade de contratação deste profissional para atendimento em Ratonés. Como resultado, é comum ouvir-se

comentários como "estamos sem médico" ou "o posto não tem médico" dentre os moradores locais. O funcionamento do Centro de Saúde apenas no período da manhã e a localização física do mesmo na comunidade (relativamente distante dos aglomerados humanos locais) aliados às freqüentes ausências de atendimento médico contribuem para que a população busque assistência de saúde em outros locais.

O atendimento odontológico é diário mas prioriza crianças em idade escolar, restando poucas vagas para os adultos e crianças de outras faixas etárias. Isto determina um certo descontentamento na comunidade que se sente sem assistência, apesar do grande número de escolares atendidos.

As famílias são, em sua maioria, constituídas pelo casal e por dois ou três filhos. A união de grande parte dos casais se dá precocemente, quando a moça tem cerca de 16 anos e o rapaz em torno de 22 anos de idade. Não raro, a união é precipitada pela gravidez e não é oficializada pelo matrimônio. O casamento civil e religioso realiza-se por ocasião do batismo do primeiro filho, o que comumente ocorre quando a criança completa um ano de idade. Em consequência disto, as festas de primeiro aniversário, realizadas na casa dos noivos ou na casa dos pais de um deles, reúnem um grande número de convidados animados por muita comida, bebida e música. A festa é, na verdade, comemoração de três acontecimentos: o batismo, o aniversário da criança e o casamento dos pais.

Para quem não faz parte desta cultura, a impressão é que o casamento é realizado para que a criança possa ser batizada, atendendo as exigências da Igreja Católica. Esta impressão é reforçada pelo clima de informalidade em que se desenvolve a cerimônia religiosa, a qual reúne muitos casais, suas testemunhas, os bebês e os padrinhos dos mesmos. Não se sente, na igreja, o clima solene comum aos casamentos, não há silêncio, não há entrada dos noivos, não há roupas tradicionais. É claro que há aqui um julgamento de valor de alguém que visualiza o casamento com os olhos de uma cultura diferente, na qual as cerimônias matrimoniais são marcadas pela tradição e pela solenidade e, assim sendo, não há como evitar-se um certo choque cultural.

As cerimônias de batismo e casamento são realizadas fora de Ratonés, isto porque a localidade pertence à Paróquia de Saco Grande e mesmo tendo uma igreja em sua comunidade, só recebe a visita do padre duas vezes por mês. O deslocamento para Saco Grande ou para o centro de Florianópolis se dá de ônibus, já que carro próprio é um bem raro entre os moradores. Esta dificuldade de locomoção pode contribuir para a presença de poucas pessoas na igreja para assistir a cerimônia religiosa de casamento.

A maioria dos casais jovens têm sua própria casa situada no mesmo terreno ou nas proximidades da casa de seus pais e de outros familiares, o que confere à vizinhança uma

característica de parentela. Esta proximidade favorece a participação das avós e de outras mulheres da família e vizinhança (conselheiras) no cuidado da criança.

Há um grande número de famílias jovens com filhos lactentes e pré-escolares, bem como algumas mães adolescentes solteiras. Pode-se perceber no comportamento das mulheres uma certa discriminação para com a "mãe solteira", que é aquela mulher que desincumbe-se sozinha da criação do filho. As mulheres que têm junto de si o pai da criança mesmo sem estarem legalmente casadas, não classificam a si próprias como solteiras e discriminam as que se incluem nesta categoria.

As mulheres têm predominantemente partos hospitalares, em maternidades no centro de Florianópolis. Algumas realizam acompanhamento pré-natal no Centro de Saúde local, outras deslocam-se para outros serviços.

O povo de Ratonés é trabalhador tendo, a maioria das pessoas, uma renda mensal de 1 a 2 salários mínimos, segundo informações dos próprios moradores e dos funcionários do Centro de Saúde. As mulheres geralmente trabalham fora do lar ou exercem alguma atividade remunerada sem sair de casa, o que contribui para o aumento da renda familiar, mesmo tendo o trabalho feminino na maioria das vezes uma característica temporária e sazonal.

Este perfil econômico limita um pouco as opções de lazer da população que se traduzem em atividades simples como prestigiar as partidas de futebol de campo dos times locais (um feminino e outro masculino), ir à praia com a família, assistir televisão, ouvir rádio, visitar amigos e parentes, participar de bailes no salão local ou na Costa da Lagoa, participar de bingos (realizados freqüentemente quer com finalidade de puro lazer, quer para auxiliar algum morador que esteja vivendo dificuldades financeiras). Há ainda as festas folclóricas como Farra do Boi, Boi de Mamão e festas juninas que congregam os moradores, bem como as novenas de Páscoa e Natal.

Pode-se perceber que as atividades de lazer são geralmente desenvolvidas em grupo mas, afora elas, há poucas experiências de organização grupal na comunidade. Houve, há cerca de três anos, uma experiência com um grupo de mães coordenado pela Associação de Crédito e Assistência Rural do Estado de Santa Catarina (ACARESC), que se reunia no Centro de Saúde. As mulheres recebiam aulas de corte e costura, tricô e culinária. O grupo desfez-se depois de um ano de atividades e percebeu-se, nas conversas com mulheres que dele participaram, o desejo de que o mesmo fosse reativado, sendo comum ouvir-se comentários como "era uma coisa boa", "era divertido", "era muito bom, a gente ria bastante."

Foi criada uma associação de moradores que não parece muito ativa. Há também uma associação de pescadores que congrega algumas pessoas e que, apesar dos poucos associados, é bastante ativa, entrando em atrito com a associação de moradores. Aqui, sente-se que enquanto a

Associação de Pescadores realmente representa uma categoria de pessoas, a de moradores não representa a população, tanto que a mesma não participa dela. Existe também um Clube de Idosos que se reúne uma vez por semana na casa de sua presidente.

Ratones reúne diversas facilidades urbanas como mercearias, bares, escolas, centro de saúde, energia elétrica, rede de telefonia e ônibus coletivo circular para o centro de Florianópolis a cada 2 horas. Estes fatores contribuem para que a vida da população, especialmente a feminina e infantil, desenrole-se nos limites de sua comunidade. Mesmo assim, o vínculo com Florianópolis é permanente pois há uma certa dependência deste centro para onde a população se desloca para buscar atendimento médico de maior complexidade ou mesmo para uma consulta rotineira quando há falta de profissional médico em Ratones; para buscar serviços hospitalares, de banco, para tratar de documentações diversas e fazer compras, dentre outras coisas.

A escolha desta comunidade se deu em razão de vários motivos, dentre os quais o fato de eu ter, já de início, gostado do local por suas belezas naturais, pela calma que reina ali, pela simpatia de sua gente. A acolhida oferecida pelos funcionários do Centro de Saúde por ocasião de nosso primeiro contato, o interesse inicial que demonstraram pelo trabalho e a possibilidade de utilização do prédio do Centro de Saúde para os encontros, como a princípio se pretendia, contribuíram também para a escolha de Ratones. Outro ponto que contou a favor de Ratones foi que havia outra pesquisadora, também enfermeira mestranda\*, desejando desenvolver um projeto de trabalho semelhante, no mesmo local, o que permitiria a ajuda mútua, a discussão de vários aspectos, metodológicos ou não, envolvidos na evolução do trabalho e reduziria os custos operacionais do mesmo para ambas. Mas de todos os fatores envolvidos nesta escolha, o realmente decisivo foi o fato de jamais ter sido lá desenvolvido um trabalho de enfermagem de natureza diferente daquelas atividades técnicas cotidianas do atendimento em um centro de saúde. Em razão disto, desenvolver um trabalho educativo que fugisse dos padrões de relacionamento enfermeiro-cliente em uma consulta de enfermagem para privilegiar sujeitos reunidos em grupo, representava um desafio.

---

ALONSO, Ica L.K. Buscando caminhos para um viver saudável : uma prática educativa de enfermagem voltada às mulheres primogenitoras em seus enfrentamentos cotidianos. Florianópolis : UFSC, 1993. (Projeto de dissertação).

## UM GRUPO EM COMPOSIÇÃO

Uma vez aceito o desafio, restava trabalhar para vencê-lo. Mas, como a proposta fundamentava-se em um grupo de mulheres-mães, vencê-lo não seria tarefa de uma só pessoa. Começaram então os esforços para compor um grupo.

Esta etapa foi desenvolvida em conjunto com outra enfermeira, seguindo o sistema de colaboração mútua sobre o qual se falou anteriormente. Foi um período trabalhoso e de lenta evolução; talvez não tão lenta se se pensar em Ratonés como uma comunidade com pouca experiência com organização grupal e desconhecadora do caráter educativo do trabalho do enfermeiro, mas extremamente lenta se pensar-se na ansiedade das enfermeiras envolvidas que desejavam que a rapidez na formação do grupo correspondesse à sua vontade de colocar em prática seus projetos de trabalho.

Desenvolvemos, inicialmente, atividades no Centro de Saúde, buscando uma reaproximação com os funcionários do mesmo e com a comunidade. Neste período, procuramos interagir com as pessoas que buscavam os serviços deste Centro, especialmente com mulheres que tivessem filhos na faixa etária de zero a um ano. O objetivo desta interação era, além de conhecer as pessoas e por elas fazermos-nos conhecer, expor os objetivos do trabalho proposto e explicar o que se pretendia desenvolver, buscando motivá-las a participar e pedindo ajuda para divulgação da proposta junto à comunidade. Além disso, levantamos nos prontuários e nas fichas de imunização, nome e endereço de mulheres com as características desejadas, potenciais participantes dos futuros grupos.

Percebendo a receptividade e aparente interesse tanto nos funcionários quanto nas pessoas que buscavam atendimento no Centro de Saúde, decidimos, depois de uma semana de atividades, realizar uma primeira tentativa de reunião. Sabíamos ser precoce esta iniciativa e imaginávamos a possibilidade de comparecerem poucas pessoas mas, mesmo assim, o encontro foi marcado para sábado, dia 19 de junho de 1993, às 15 horas. Para divulgar este intento, elaboramos cartazes convidando as mulheres da comunidade, que foram posteriormente afixados em diversas vendas, pontos locais de referência selecionados com a ajuda dos funcionários do Centro de Saúde. Nas visitas a estas vendas, conversávamos com os donos, explicando-lhes a proposta e pedindo-lhes ajuda para divulgação da mesma junto à comunidade. Mostraram-se receptivos e dispostos a colaborar, informando-nos, inclusive, sobre as mulheres que conheciam com filhos na idade de zero a um ano, referindo-se às mesmas sempre pelo nome do marido ("a mulher do fulano").

No dia da reunião lá fomos nós, Ilca e eu, em pleno sábado a tarde, munidas de café, biscoitos e muita vontade, esperar as mulheres de Ratonés. O encontro seria no próprio Centro de Saúde. Ninguém compareceu!

Mesmo sabendo ter sido uma iniciativa precoce, foi impossível evitar uma pontinha de desilusão que não foi, entretanto, suficiente para refrear os ânimos. Mesmo não tendo o encontro desejado ocorrido, aquela não foi uma tarde perdida! Tomamos o café, comemos os biscoitos, conversamos sobre o que já havia sido feito e concluímos aquilo que de certa forma já sabíamos: um contato rápido na sala de espera, antes da consulta médica, odontológica ou da imunização não é suficiente para despertar nas pessoas o desejo de participar e a permanência no Centro de Saúde não possibilita conhecer a dinâmica da vida cotidiana em Ratonés e nem tampouco compreender as relações existentes entre as pessoas bem como entre elas e o Centro de Saúde. Dentro do Centro de Saúde nossa posição enquanto profissionais de saúde era privilegiada, colocando-nos, mesmo sem que desejássemos, na posição hierárquica de poder historicamente cultivada nas instituições de saúde e que poderia estar impedindo uma verdadeira comunicação com as pessoas que buscavam atendimento.

Optamos, então, por outra forma de reaproximação da comunidade: a visita domiciliar. Utilizamos os endereços obtidos nos prontuários e fichas de imunização como ponto de partida. Depois, as próprias mulheres visitadas indicaram novos endereços. Estas visitas seguiam uma dinâmica baseada mais na experiência profissional prévia do que em recomendações teóricas: iniciávamos com os cumprimentos de praxe e uma apresentação pessoal; em seguida, falávamos da proposta de trabalho, explicando os objetivos da mesma, pedíamos a opinião das pessoas que eram sempre convidadas a participar; na despedida, pedíamos ajuda na divulgação da proposta combinando um retorno para comunicar a data e o local do primeiro encontro. Visitamos também alguns líderes comunitários que não se incluíam naquela população de interesse direto - mulheres com crianças na faixa etária de zero a um ano - mas que, em virtude de sua posição ativa na comunidade, foram de grande ajuda para que conhecêssemos um pouco mais do modo de vida em Ratonés. Fomos muito bem recebidas (com algumas exceções) em todas as casas; as pessoas convidavam a entrar, ofereciam café e conversavam sobre assuntos diversos geralmente relacionados com o tema de nossas propostas: mulheres e crianças. Foram realizadas, no total, 25 visitas domiciliares, cada uma com duração média de 30 minutos.

Em cada residência visitada, pedíamos sugestões de locais para futuros encontros. Uma senhora residente no Canto do Moreira, aqui denominada Papoula, colocou sua casa a disposição como sede dos encontros, como de fato ocorreu. Mais tarde, já no decorrer dos encontros, Papoula demonstrou ser uma líder em sua vizinhança que com sua alegria de viver e simpatia,

atraia as pessoas. Além disso, sua casa localizava-se em um ponto central do Canto do Moreira, facilitando o acesso à mesma. Nas casas visitadas no Centro de Ratoles percebemos uma certa reticência por parte das pessoas em oferecer sua casa para as reuniões. Sugeriram a escola como local para o primeiro encontro para "conhecer as pessoas primeiro". Esta maneira de agir e pensar confirmava a informação de um funcionário do Centro de Saúde que disse ser geralmente necessário um certo grau de intimidade e confiança para que os moradores de Ratoles permitam a entrada de uma pessoa estranha em seu lar.

No intuito de conhecer e fazermos-nos conhecer, visitamos a escola básica local. Nesta ocasião, conversamos com a diretora expondo a proposta de trabalho e verificamos a possibilidade de realizarmos o primeiro encontro nas dependências da escola. A diretora explicou que dificilmente alguma sala permanecia ociosa mas, coincidentemente, na semana seguinte haveria uma à disposição.

Depois de termos visitado um grande número de mulheres e tendo 2 locais disponíveis, decidimos realizar nova tentativa de reunião. Levando em conta a dificuldade de acesso ao Centro de Saúde, a distância média de 4km entre as três áreas de Ratoles e os pontos de maior aglomeração de mulheres com crianças na faixa etária pretendida, optamos por realizar o primeiro encontro em locais diferentes: um, na escola básica e outro, em casa de Papoula.

O trabalho nesta etapa pautou-se essencialmente na experiência conquistada em quase uma década de vida profissional como enfermeira e no projeto de trabalho para dissertação de mestrado sem, contudo, seguir linhas muito definidas de abordagem e conduta. Apesar disto, esta forma de trabalho não pode ser rotulada de espontaneísta pois não se visitava as pessoas apenas por visitá-las; tínhamos, claro, o objetivo de conhecê-las mas, além disto, compreender um pouco mais a vida cotidiana destas pessoas, vislumbrar algo de seus valores, de seus interesses, de suas dificuldades, falar de nós e de nossa proposta de trabalho esperando que o nosso entusiasmo contribuisse para motivá-las a participar.

A posteriori, buscando em literatura referente a trabalhos com grupos, percebi que esta etapa corresponde ao que Burgess (1985), ao oferecer orientações gerais para organização de grupos de auto-ajuda, denomina de publicidade. Segundo este autor, a divulgação do trabalho proposto deve ser feita com pelo menos duas semanas de antecedência ao início do grupo e recomenda o emprego de anúncios em jornais, chamadas pelo rádio, afixação de cartazes em locais públicos na comunidade. Prossegue dizendo que este período de duas semanas refere-se ao tempo usualmente necessário para que participantes em potencial avaliem os prós e os contras da proposta e tomem a decisão de participarem.

Ainda de acordo com Burgess (1985), um contato de apresentação anterior ao início do grupo oferece a oportunidade de despertar expectativas para o grupo bem como a chance de familiarizar-se com potenciais membros do mesmo e é mais efetivo quando realizado pessoalmente.

Nesta prática utilizamos os recursos de que dispunhamos para divulgar o trabalho, sem sofisticação alguma. Os instrumentos principais empregados neste intento foram a visita domiciliar e o diálogo.

## **INICIANDO UMA CAMINHADA EM GRUPO**

Realizamos, finalmente, o primeiro encontro na escola básica local ao qual compareceram duas mulheres primogenitoras com seus bebês. No dia seguinte, realizamos outro encontro em casa de Papoula, no Canto do Moreira, ao qual compareceram seis mulheres acompanhadas de seus filhos menores de um ano; o número de filhos destas mulheres varia de um a seis.

Nestes encontros, retomamos a proposta de trabalho dando voz às participantes que fizeram inúmeras perguntas com vistas a esclarecer suas dúvidas e satisfazer sua curiosidade a nosso respeito. As perguntas foram semelhantes nos dois grupos: quem éramos, de onde vínhamos, o que e porque pretendíamos, porque escolhemos Ratonés. Além de oferecer respostas a estas perguntas, esclarecemos que seriam dois grupos, um formado por mulheres primogenitoras, que atenderia os objetivos do trabalho de Ilca e outro, constituído por mulheres com um ou mais filhos, que responderia aos objetivos do meu trabalho. Esclareceu-se também que ambas participaríamos de todos os encontros e que sempre uma de nós tomaria parte nas discussões enquanto a outra fazia anotações sobre as mesmas. Foram feitos, nesta ocasião, alguns acordos como: frequência dos encontros, tempo de duração de cada um, tempo de duração do trabalho como um todo, o modo como se daria meu desengajamento do grupo, forma de validação dos dados, maneira de devolução dos dados ao final, a garantia de sigilo sobre o que seria discutido, a gravação das discussões, o café com bolo ou biscoito ao final de cada encontro, como surgiriam os temas para discussão. Procuramos transmitir o entusiasmo e o prazer autêntico que sentíamos com este trabalho e por estarmos com elas, ressaltando que ficaríamos muito felizes se nossos encontros fossem entusiasmadores, úteis e prazerosos para elas também. Veio como sugestão das mulheres, apesar de termos pensado em sugerir isto, que fossem comemorados os aniversários dos

membros dos grupos. A idéia foi acolhida com entusiasmo por todas. Ao final, agendamos o encontro seguinte na escola básica, que reuniria os dois grupos e comemoraria o aniversário de uma das participantes.

Ficou patente, depois destes primeiros encontros, que os encontros semanais propostos afiguravam-se às mulheres como uma possibilidade de discutirem temas relacionados à sua saúde e à de seus filhos a partir de suas próprias relevâncias, promovendo-as a sujeitos ativos do processo de discussão e aprendizagem; mas ficou claro também que o grupo acenava-lhes também com a possibilidade de fugir da rotina de seu cotidiano, sugerindo uma forma alternativa de lazer. Estou convicta que o que atraiu as mulheres para o grupo foi a perspectiva de dedicarem algumas horas semanais para si, deixando de lado o quefazer rotineiro de mãe, esposa e dona-de-casa. Estou certa também que o que as impediu de ir à primeira reunião marcada no Centro de Saúde não foi somente a distância do mesmo ou o pouco tempo dedicado até então à divulgação do trabalho mas também a sisedez, a impressão de trabalho pouco alegre e difícil, a idéia de local branco, frio e estéril que o Centro de Saúde (não só este mas a maioria deles) transmite. Nenhuma destas mulheres estava disposta, hoje sei, a trocar seu cotidiano pesado por algo tão pesado quanto ele.

O encontro seguinte contou com onze mulheres, sendo que nove delas eram participantes dos grupos, acompanhadas de seus filhos menores de um ano. Desenvolvemos, neste dia, uma dinâmica de grupo sugerida por Fritzen (1993) denominada "Apresentação", com o intuito de favorecer a integração grupal, o início da relação interpessoal e o rompimento de tensões. A discussão já seguiu o modelo que se repetiria nos encontros subseqüentes e, enquanto uma de nós participava da discussão, a outra tomava notas; o gravador foi também utilizado.

Quanto ao uso de gravador como instrumento de trabalho, creio serem cabíveis alguns comentários. Este recurso que a priori imaginei ser de valor secundário, mostrou-se de grande valor para que se pudesse garantir a fidedignidade dos dados. Isto porque se numa entrevista conseguimos reconstruir com maior facilidade os diálogos com o apoio exclusivo da memória, quando a conversa se desenrola em grupo, com as falas freqüentemente sobrepondo-se, esta mesma memória prega algumas peças resultando na quase alteração das falas. Quando se transcreve diretamente de uma gravação, parece menor o risco de submeter as falas a filtros de valor. Entretanto a gravação perde muito de seu valor se não for complementada pelas observações feitas durante o encontro, já que o gravador mesmo preservando a clareza das falas, deixa perder as nuances não verbais da comunicação humana e que conferem significado as palavras; é neste aspecto que o diário de campo assume grande importância complementar. Temia, no princípio, que este instrumento constrangesse as mulheres, tolhendo-lhes a espontaneidade na discussão mas este temor mostrou-se infundado pois o gravador permanecia como um recurso a

mais nos encontros, sendo que as mulheres mesmas preocupavam-se em verificar se o mesmo estava funcionando ou em comunicar que havia terminado a fita. Além disto, adoravam ouvir suas próprias vozes gravadas.

Ao final deste encontro sugerimos que os próximos fossem agendados, o que provocou uma demonstração inequívoca de que as diferenças entre os dois trabalhos haviam sido compreendidas: elas mesmas decidiram entre si em que dia e local se encontraria o "Grupo do Centro", formado por mulheres primogenitoras e foram combinar detalhes com a Ilca. O mesmo ocorreu com o outro grupo, misto quanto ao número de filhos. Assim aconteceu, sem nossa interferência, a separação dos grupos.

As participantes dos dois grupos gostaram muito umas das outras e da reunião, tanto que perguntaram se os encontros não poderiam ser conjuntos. No encontro seguinte, já com os grupos separados, houve uma negociação visando alcançar uma solução que agradasse a todos: a elas que desejavam encontros conjuntos e a nós que precisávamos que os mesmos fossem separados. Finalmente, decidiu-se realizar dois encontros com os grupos separados seguidos por dois encontros com os grupos reunidos, e assim sucessivamente até o final. Algum tempo depois, quando já se haviam consolidado as relações em cada grupo esta dinâmica foi modificada por solicitação das próprias mulheres.

Este acontecimento nos faz pensar no modo como se desenvolvem as relações, no modo como se comportam as pessoas quando fazem parte de um processo de educação em saúde (neste caso específico) como sujeitos do mesmo. A manipulação, a condução da aprendizagem através de relevâncias exclusivamente pessoais é impossível porque as pessoas cedo percebem que têm voz, que esta voz é ouvida e que pelo exercício da voz podem conquistar vez. Assim o grupo aprende a compartilhar, a defender seus pontos de vista, a ceder em alguns aspectos, a modificar seu ponto de vista em favor do bem comum.

## **ÉRAMOS QUANTOS?**

Depois destes três encontros, o grupo do Canto do Moreira, que mais tarde auto-denominou-se "Grupo de Mulheres-Mães Amizade", compunha-se de 7 mulheres, dentre as quais me incluo; uma delas desistiu e prosseguimos até o final em 6 membros. Geralmente, uma pessoa faltava aos encontros que se desenrolaram, então, com uma participação média de 5 pessoas.

O tamanho do grupo foi, a princípio, uma preocupação cuja causa era o temor que ocorressem desistências reduzindo-o a ponto de empobrecer o diálogo e as discussões mas, em contra-partida, não desejava que fosse um grupo grande a ponto de não oferecer oportunidade às pessoas se dizerem, compartilharem experiências e saberes.

Na literatura pode-se perceber controvérsias entre os autores no que se refere a número de componentes de um grupo. Mailhiot (1976, p. 127), diz que quanto maior for um pequeno grupo mais inadequado o exercício da autoridade e mais difícil a participação dos membros em todos os momentos do trabalho. Para este autor, em grupos com "dois ou quatro membros as oposições e os conflitos tendem a tornar-se irredutíveis; nos grupos de três, um dos membros percebe-se com ou sem razão, excluído ou marginalizado dos dois outros"; prossegue afirmando que grupos ímpares têm maiores possibilidades de funcionar sendo que cinco ou sete seriam números ótimos de participantes, enquanto um número superior a dez poderia resultar em percepção seletiva e formação de sub-grupos.

Burgess (1985) ao falar de grupos de auto-ajuda concorda com Mailhiot no que se refere ao número ideal de 5 a 7 membros e ressalta que um grupo destas características deve ser composto por 3 a 12 clientes. Anderson (1990) corrobora esta posição ao sugerir que pequenos grupos com não mais do que sete elementos são considerados ideais, destacando que o tamanho do grupo é um fator primordial na eficiência do ensino grupal de modo que o tamanho do mesmo deve ser grande o suficiente para atingir os objetivos e pequeno o bastante para permitir a participação ativa de cada indivíduo.

O tamanho do grupo pode representar uma barreira à comunicação efetiva, afirmam Brammer e Shostrom (1982), de acordo com quem o número mínimo de elementos para uma interação efetiva é de três a cinco, enquanto que dez a doze seria o número máximo. Asseguram ainda que oito seria um número ótimo de membros em um grupo. Para estes autores um número de quatro a oito membros é grande o suficiente para evitar polaridades marcadamente positivas ou negativas, para atender as necessidades de cada membro, para promover diversificação e heterogeneidade, para remover as tensões da conversa face a face; mas, em contra-partida, é pequeno o suficiente para operar sem normas rígidas ou numerosas e para permitir que cada membro receba atenção e tempo. Ao falar de grupos focais, Nyamathi e Shuller (1990) sugerem uma composição ideal de sete a dez pessoas já que, para estes autores, grupos menores que cinco e maiores que doze são desencorajados por limitarem a expressão de experiências e por poder aumentar a divisão seletiva do grupo.

Outros autores são menos específicos como Taylor (1992, p. 383), para quem grupo é "um sistema identificável composto de três ou mais indivíduos que se engajam em certas tarefas para

atingirem um objetivo comum"; diz também que o tamanho máximo de um grupo é ditado pela facilidade com que os participantes podem relacionar-se uns com os outros ao mesmo tempo, o que não é possível com mais de vinte pessoas. Mills (1970, p. 12) mantém uma perspectiva igualmente aberta em relação ao tamanho do grupo, que se traduz ao definir pequenos grupos como "unidades compostas de duas ou mais pessoas que entram em contato para determinado objetivo e que consideram significativo este contato".

Na experiência com o grupo Amizade observei que um número de quatro a seis pessoas nas discussões permitiu a participação de todas, ampliando as possibilidades de estabelecimento de um diálogo compartilhador de saberes, sentimentos e vivências bem como o desenvolvimento de relações mais próximas baseadas na confiança mútua. Desta forma, as participantes sentiram-se seguras para falar de si e de seu viver cotidiano como mulheres no desempenho de seus diversos papéis de mãe, esposa, filha, dona-de-casa, trabalhadora.... Nesta experiência, o número de cinco participantes mostrou ser ideal pois nas discussões ofereceu uma variedade de idéias e de pontos de vista que estimularam e nutriram o diálogo, aprofundando o debate em torno dos temas em questão.

Houve, no início, uma preocupação pessoal minha em ampliar o número de participantes por acreditar que desta forma o diálogo entre os membros seria enriquecido. Procurei então estimular o grupo a convidar outras pessoas para os encontros e surpreendi-me com a grande resistência apresentada à inclusão de novos membros. Cada nome sugerido era submetido a uma cuidadosa avaliação que possivelmente obedecia a critérios nascidos da vida cotidiana na comunidade e que eram para mim desconhecidos. Após esta avaliação, alguns nomes eram aprovados e outros sumariamente descartados; aos primeiros o grupo convidava a participar mas este convite nunca trouxe um novo membro aos encontros, o que leva a crer que o mesmo não se fazia acompanhar por muito entusiasmo.

Este comportamento me intrigava! Ao mesmo tempo, o nível de confiança mútua conquistado no grupo e minha posição de estrangeira naquela comunidade impedia a iniciativa pessoal de convidar outras pessoas para os encontros. Uma atitude desta natureza poderia desagradar aqueles que já eram membros, destruindo o que já se conquistara e se oporia frontalmente ao caráter grupal que se desejava imprimir ao trabalho.

A este respeito, Brammer e Shostrom (1982) fazem referência à Teoria da Expansão Nuclear, segundo a qual em um grupo que inicia com dois ou três membros a expansão é realizada de acordo com a identificação e similaridade das necessidades destes membros em particular.

Na prática vivenciada foi possível confirmar esta afirmativa uma vez que os membros do grupo atuaram como verdadeiros e poderosos filtros a novos participantes. Isto permite-me

assegurar que, uma vez iniciado, o grupo assume personalidade própria impedindo, ou pelo menos limitando, as iniciativas individuais de expandi-lo.

Quando os encontros reuniam os dois grupos, escolhia-se um tema pelo qual ambos houvessem demonstrado interesse ou um tema que tivesse emergido das discussões anteriores dos mesmos e utilizava-se uma dinâmica que previa dois momentos: um, em que se lançava algumas questões a serem discutidas pelos dois grupos em separado e outro, com todas as participantes reunidas para uma síntese comum. Neste segundo momento o tamanho do grupo crescia para dez ou mais elementos. A experiência mostrou que com este número de pessoas surgem discussões paralelas alheias ao tema em questão e formam-se sub-grupos contribuindo para a dispersão geral e para desvios frequentes do objetivo da discussão. Nestas ocasiões, o tempo de duração do encontro prolongava-se, o que, aliás, remete a outra questão: o tempo de duração de cada encontro.

A este respeito os autores também não são muito claros e raramente encontra-se referência direta ao assunto. Falando de grupos de aconselhamento, Brammer e Shostrom (1982) recomendam que as sessões de grupo desenvolvam-se uma vez por semana por um período que varie de uma hora a uma hora e meia. Anderson (1990) é mais vago em sua abordagem desta questão, sugerindo apenas que indivíduos adultos exasperam-se e irritam-se com sessões longas. Já Taubenheim (1988) é mais específico ao relatar que em sua experiência com grupos de suporte formados por futuros pais, os encontros realizavam-se semanalmente por duas horas.

O Grupo de Mulheres-Mães Amizade reunia-se semanalmente e o tempo de duração das discussões variou de uma a duas horas. As discussões prolongavam-se quando o assunto em questão exigia um esforço maior de abstração e abstrair sobre um tema cotidiano era atividade extremamente difícil para aquelas mulheres imersas nas questões práticas da vida, às quais seguidamente faltavam não as idéias mas as palavras para traduzi-las. O vocabulário restrito aumenta a dificuldade de abstração e esta restrição poderia talvez ser atribuída à escolaridade do grupo cujo nível variava de analfabetismo ao primeiro grau completo.

Sem deixar de considerar o que foi exposto, posso com segurança dizer que, na experiência vivida, uma hora demonstrou ser o tempo ideal de discussão propriamente dita. Este tempo permitia o desenvolvimento de um bom diálogo sobre o assunto em pauta, diminuindo as possibilidades de cansaço e dispersão do grupo, que fatalmente desviavam a discussão de seu foco. Se houvesse necessidade de prolongamento da discussão, cuidava-se que este não ultrapassasse trinta minutos pois após hora e meia de reunião as mulheres apresentavam sinais evidentes de cansaço, as crianças tornavam-se impacientes. Havia, entretanto, um sinal inequívoco de que o tempo de discussão chegava ao fim: a dona da casa, que no caso do grupo Amizade

geralmente era Papoula, colocava a chaleira no fogo para fazer o café; isto indicava que restavam, no máximo, trinta minutos de discussão. Havia, contudo, uma razão iminentemente prática para que o tempo de um hora fosse eleito como ideal para uma discussão: o tempo exigido para transcrição da gravação pois cada hora de discussão grupal gravada significa pelo menos quatro horas de dedicação à transcrição. Uma reunião mais demorada exige um esforço muito maior tornando-se extremamente cansativa já que a transcrição exige, além de atividade mecânica, muita atenção e discernimento.

## **TORNANDO-SE UM GRUPO**

Tornar-se um grupo é um processo trabalhoso, demorado, pontuado por altos e baixos que exige mais que o simples agrupamento de pessoas; entretanto, o estar reunido representa o primeiro passo em direção ao tornar-se, ao ser um grupo.

O processo de tornar-se um grupo requer que as pessoas estejam prontas para abrirem-se ao outro, para conhecê-lo, conhecer-se e dar-se a conhecer; para ampliar sua percepção para além de seu ser individual, de suas próprias necessidades, pontos de vista e desejos; solicita um diálogo verdadeiro entre os sujeitos "onde a confiança de um polo no outro é a consequência óbvia" (Freire, 1992, p.81).

Ao estar reunido talvez siga-se o conhecer-se, conhecer o outro e dar-se a conhecer, que contribuem para o crescimento do grupo e para o fortalecimento das relações entre seus membros, integrando-os.

Na experiência vivida, pode-se perceber mudanças no comportamento das participantes ao longo dos encontros. No início, esperavam que eu tomasse a dianteira nas discussões, mostravam-se retraídas, tímidas, até um pouco desconfiadas. Este foi um período especialmente difícil para alguém como eu, enfermeira habituada a assumir a dianteira nas situações, a ensinar "o certo", apontar "o errado" e que havia se proposto compartilhar saberes e vivências através de um diálogo em relação horizontal com o outro. Tanto foi difícil que caí na armadilha de conduzir a discussão e quando me apercebi disto, a mesma estava reduzida a um jogo de perguntas e respostas muito distante daquele diálogo compartilhador e criador de saberes idealizado. Despertada a consciência para a falha, modifica-se o comportamento. Retraí-me então da discussão abstendo-me de oferecer

prontamente a resposta para estimulá-las a participar, a refletir, permitindo que viesse à tona o saber, a vivência de cada uma.

Passaram então a participar mais, a falar mais, se bem que ainda de maneira pouco fluida. Agiam como se estivessem reconhecendo o terreno; a comunicação era formal como se seguisse algumas normas de conversação; faltava espontaneidade. Hoje percebo, analisando o que se passou, que os membros do grupo procuravam conhecer uns aos outros e moviam-se cuidadosamente neste intento.

Como consequência da segurança obtida nesta exploração de cada um e de todos, aumentaram as participações nas discussões, com vozes mais altas e, com frequência, sem esperar o final da fala do outro, o que levava a uma sobreposição de vozes cada vez mais altas ou a conversas colaterais. A evolução trouxe a alternância de períodos em que todas participavam harmoniosamente das discussões, com períodos dispersivos, de conversas colaterais sobre o tema em questão, aos quais seguia-se um curto silêncio indicativo da prontidão do grupo para retomar, de forma mais organizada, as discussões. Este "padrão" predominou até o último encontro, crescendo a espontaneidade das falas, a descontração e a camaradagem entre os membros.

Sintetizando o pensamento de vários estudiosos da gênese de grupos, Mailhiot (1976) aponta três fases na integração do grupo. Uma primeira, denominada individualista, na qual cada participante deseja afirmar-se como indivíduo; é muito importante para o futuro do grupo uma vez que nela os membros engajam-se em sua primeira tarefa: a aceitação mútua. Na segunda fase, de identificação, os participantes procuram integrar-se em sub-grupos antes de formarem um grupo único. A terceira fase, de integração, encontra os indivíduos sentindo-se plenamente aceitos e prontos para integrarem-se como grupo, trabalhando com coesão para alcançar seus objetivos.

Clark (1987), a exemplo de Mailhiot, também refere-se a um movimento de grupo que se traduz em fases. A primeira fase, de orientação, em que os membros procuram fazer-se aceitar, buscando identificar similaridades e diferenças com seus pares; prevalece um clima de incerteza e insegurança, com os participantes tratando-se com polidez e formalidade, discutindo temas que não exijam confrontações. Este comportamento prolonga-se até que os participantes percebam ser seguro relacionar-se de forma mais aberta. Segue-se a fase de trabalho, onde o grupo já aprendeu a trabalhar em cooperação mútua, a coesão aumenta e há progressos em direção ao alcance dos objetivos; as diferenças continuam existindo mas a maturidade do grupo permite superá-las; depois (e isto eu estou afirmando), nas discussões os membros sentem-se seguros para expor seus pontos de vista e para discordar do que é falado, defendendo suas idéias. Na fase de conclusão, a experiência grupal é avaliada e sumariada, podendo surgir tristeza pelo final do grupo e/ou satisfação com o trabalho realizado.

Apesar de modificarem-se as denominações, as fases propostas pelos autores são semelhantes e oferecem uma idéia da evolução do grupo como um processo de movimento contínuo. Taylor (1992) afirma que no início a tendência dos participantes é comportar-se da maneira como o fazem em outros grupos mas que, à medida que o grupo desenvolve características próprias, seus membros passam a comportar-se de modo a integrarem-se a elas. Este autor também sugere fases para a evolução do comportamento de um grupo terapêutico. Na primeira, de pré-afiliação ou de conhecimento, os membros comportam-se como estranhos e não têm confiança uns nos outros, traduzindo em seu comportamento um dilema de abordagem - evitamento. A segunda fase, chamada de Conflito Intra-Grupo, caracteriza-se por questões de controle e poder que inevitavelmente resultam em conflito. Segue-se a fase de Operação ou de Intimidade e Diferenciação, em que o trabalho é atingido, os membros compartilham sentimentos e preocupações e a comunicação entre eles é de bom nível. Finalmente, a fase de Conclusão objetiva auxiliar os membros a integrarem o que aprenderam. Brammer e Shostrom (1982) também reconhecem estas fases.

Na experiência com o Grupo de Mulheres-Mães Amizade pode-se nitidamente identificar esta característica de processo na evolução da integração grupal. É certo que houve um momento em que os membros comportaram-se como estranhos, "sondando o terreno onde pisavam" e que foi marcado pela formalidade. É igualmente certo que a auto-confiança aumentou, bem como a camaradagem entre os membros de modo que eles passaram a sentir-se seguros para expor seus pontos de vista e para discordar do que era falado, defendendo suas idéias; o respeito às idéias dos outros cresceu à medida que aumentava a aceitação e o respeito entre os membros. Como consequência óbvia, as discussões tornaram-se mais "produtivas", fluíram com maior facilidade, enriqueceram. Aumentou a confiança mútua. O grupo passou a fazer parte, a pertencer à vida das pessoas e isto era dado a perceber em comentários como *"só falta se não der mesmo prá vim"*, *"eu largo tudo e venho"*, *"fiquei esperando pra falar com vocês sobre isso"*... Houve também um momento em que as pessoas começaram a lembrar o final próximo dos encontros e a organizar suas vidas sem o grupo. Este momento veio acompanhado por manifestações que mesclavam pesar pela perda e orgulho pelo que se aprendeu, pelas coisas produzidas, pelas amizades conquistadas; começaram elas mesmas a lembrar da necessidade de organizar tudo o que foi produzido.

Identificando os diversos momentos deste processo de tornar-se um grupo, é possível dizer que existiram basicamente 4 momentos: um primeiro, marcado pela formalidade, em que os membros procuravam conhecer-se uns aos outros e aceitar-se, cujas discussões não contavam com espontaneidade; um segundo momento em que a confiança mútua e a auto-confiança aumentaram,

aumentando também a intimidade entre os membros e conferindo certa excitação às discussões, com falas sobrepostas e muitos risos. Em um terceiro momento, o respeito ao outro uniu-se ao afeto e à confiança já existentes, trazendo um novo elemento ao grupo: a solidariedade; aqui os encontros mesclavam períodos de discussão harmoniosa com períodos de conversas colaterais. Finalmente, o momento da separação, em que o grupo preocupou-se em organizar sua produção e em concluir assuntos pendentes.

No início do processo de tornar-se um grupo, quando os membros buscavam a aceitação uns dos outros, pode-se perceber modificações no comportamento de cada um. Estas modificações foram muito mais evidentes no comportamento de Orquídea, 17 anos e apenas um filho, que gradualmente foi deixando suas maneiras adolescentes, para assumir uma postura mais de acordo com as demais participantes. Era interessante observá-la! Quando ela desejava falar alguma coisa, corrigia sua postura física, mantendo as costas eretas, a cabeça levantada e peito levemente inclinado para a frente; a entonação de sua voz tornava-se mais grave e ela falava pausadamente. Como era a mais jovem e tinha menos experiência que as demais, era geralmente a última a falar e introduzia sua fala fazendo uma síntese do que já havia sido dito, acrescentando algum elemento novo que caracterizava o discurso como seu. Aos poucos, as mulheres do grupo deixaram de tratá-la com condescendência e a acolheram. Mesmo nos encontros com o grupo do Centro, cujos membros tinham idade que variava dos 17 aos 20 anos, Orquídea continuava a comportar-se como um "senhora" criticando, por vezes, a participação ruidosa e o riso exagerado das demais adolescentes que, segundo ela, *"atrapalha a discussão. Tem muito barulho."*

Vejo o processo de integração grupal, de tornar-se um grupo como algo que se dá em um crescendo sem contudo ser linear ou unidirecional. É um movimento de ir e vir, cheio de altos e baixos, em que as fases - se é que podem os vários momentos serem assim chamados - não se sucedem simplesmente como se dado um passo adiante não se pudesse retroceder. A insegurança e a formalidade podem ressurgir em qualquer momento do processo e isto pode ser precipitado, como o foi, pela volta ao grupo de um membro ausente há alguns encontros. Nestes momentos, o grupo retrai-se como se voltasse a "sondar terreno".

O tornar-se um grupo pode ser verificado, por quem estiver envolvido e atento ao processo, pelo aumento na confiança mútua. À medida que ela aumenta, as pessoas sentem-se à vontade para falar de assuntos mais pessoais, permitem-se abordar assuntos extremamente íntimos como a relação homem-mulher, partilhando seus problemas e buscando compreensão, simpatia uns nos outros. Esta confiança cultivada e conquistada entre os membros, traduz-se em expressões como *"só falo disso porque é entre nós aqui"*, *"sei que vocês vão entender"*, *"pensei muito se devia*

*trazer isto no grupo", "acho que aqui eu posso falar". Juntamente com a confiança, fortalece-se o afeto entre os membros do grupo.*

Depois que as pessoas exprimem sua confiança umas nas outras dialogando sobre questões íntimas, surge um novo ingrediente na relação grupal: a solidariedade. Solidários, os membros passam a valorizar a opinião uns dos outros nas mínimas coisas. Neste grupo Amizade, a solidariedade alcançou seu ponto máximo de expressão quando do falecimento do esposo de uma das participantes, que ficou sozinha, em má situação financeira e com vários filhos ainda em fase de crescimento. Neste momento o grupo organizou-se para conseguir junto à comunidade víveres, roupas e dinheiro para uma ajuda imediata e combinou repetir o movimento todos os meses porque *"depois do primeiro mês, as pessoas esquecem e aí começam mesmo as dificuldades"*. Este acontecimento fortaleceu ainda mais o grupo e motivou a escolha do nome do mesmo: Grupo de Mulheres-Mães Amizade.

## AS DISCUSSÕES

O trabalho propunha-se desenvolver educação em saúde de forma diferente daquela tradicionalmente realizada pelos enfermeiros, traduzida pelo repasse puro e simples de informações selecionadas a partir da perspectiva do profissional, no mais das vezes descomprometidas com o ser humano ao qual se dirige e desvinculadas da realidade do mesmo. O desejo era o de romper com aquela forma de educação em saúde em que o enfermeiro oferece, para cada situação, um conjunto de medidas e cuidados cientificamente aprovados, previamente organizados em pacotes a serem eficientemente repassados, com o objetivo de "induzir as pessoas a atitudes tidas como desejáveis para a promoção da saúde e prevenção da doença". (Nascimento e Rezende, 1988. p. 11)

Utilizando como ponto de referência a crença que os seres humanos se educam dentro de suas relações no mundo e com o mundo, no seu viver cotidiano, desejava que os temas a serem discutidos no grupo emergissem da vivência cotidiana das participantes, atendendo às relevâncias do seu viver; daquele mesmo viver que muitas vezes exige "estratégias criativas de sobrevivência e um elaborado saber em saúde", cultivado e transmitido de geração a geração. (Vasconcelos, 1991. p. 127)

Desta forma, o saber e a experiência de cada mulher seriam valorizados e em diálogo compartilhados, atuando como matéria-prima para as discussões em grupo e para o movimento de aprender-ensinando, ensinar-aprendendo em saúde. O diálogo assim desenvolvido viria pautado na realidade concreta dos sujeitos envolvidos, criando condições para a reflexão sobre a mesma.

Não há que se supor, entretanto, que a enfermeira-pesquisadora permanecesse à margem do diálogo ou que se portasse ou comportasse como mera espectadora. Ela participava do diálogo com sua vivência e com o saber técnico-científico próprio de sua profissão, compartilhando-o; acreditava que este diálogo entre seres humanos com formas diferentes de conhecimento possibilitaria a criação de um saber novo, re-criado, re-inventado, que as pessoas pudessem identificar como seu e que pudessem mais facilmente utilizar nas situações práticas do cotidiano, uma vez que fundamentado nas condições concretas de existência daqueles que o criaram. Procurei, como enfermeira, participar das discussões assumindo a postura "humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo" (Freire, 1991. p. 29), sem tentar verticalmente substituir os procedimentos empíricos dos membros do grupo por aquele saber que, da perspectiva da ciência, é tido como o correto e o melhor.

Neste movimento de criação e re-criação, o outro seria valorizado como ser capaz de refletir sobre sua atuação e de, a partir disso, transformar a si, a seu mundo e sua forma de ser/estar nele e com ele. A educação em saúde - que antes de saúde, é educação e não pode furtar-se a esta realidade sob pena de transformar-se em uma prática ingênua - procurava desenvolver o ímpeto criador inerente aos seres humanos, despertando-os para a consciência crítica da realidade, necessária a suas opções e decisões; integrava educandos-educadores e educadores-educandos permitindo que, na problematização das relações homens-mundo, o conhecimento fosse criado e re-criado e possibilitando a participação de todos no processo de crescimento mútuo; valorizava a capacidade de ação e reflexão do ser humano que não pode se dar fora das relações homens-mundo (Freire, 1988,1990,1991,1992). A educação em saúde assim concebida procurava fomentar a cidadania ao invés de conformar-se em repassar maneiras de manter a saúde, de evitar a doença ou de cuidar dela.

Assim, um programa de temas para discussão estabelecido a priori estaria completamente fora de propósito e então, o mesmo foi sendo construído em conjunto ao longo dos encontros.

Para a primeira discussão do grupo Amizade, tencionava propor como tema o ser saudável, conceito básico para o projeto e que, eu supunha, levaria as participantes a refletirem sobre suas condições de vida. A intenção frustrou-se quando, ainda nos primeiros minutos de conversa, uma das mulheres expressou sua preocupação com o filho que, segundo ela, era "*muito paradinho. Meus menino são levado, eu sei. Este eu acho que ele não tem tamanho e gordura prá idade*

*dele*". As demais começaram a comentar sobre seus próprios filhos, estabelecendo comparações entre as crianças. Sentindo o interesse geral do grupo e percebendo que o assunto traduzia uma situação vivida naquele momento, desisti da idéia inicial e dei livre curso à discussão, que se desenvolveu em torno do tema crescimento e desenvolvimento.

Da análise desta primeira discussão, emergiram outros temas relacionados com o crescimento e desenvolvimento como aleitamento materno, verminose, anemia, estimulação e recreação, que foram mais tarde revistos e aprofundados de acordo com o interesse do grupo. Todos foram debatidos, quer como tema gerador de um encontro, como verminose e estimulação e recreação, quer embutido em outras temáticas, como anemia (assunto abordado na discussão sobre alimentação da criança e verminose) e aleitamento materno, relacionado com a maioria dos temas discutidos.

As temáticas abordadas nos diversos encontros foram surgindo aos poucos e, à medida que melhorava a relação de confiança entre os membros e aumentava a integração do grupo, estas temáticas desviaram-se de questões diretamente relacionadas com o cuidado da criança para questões de cunho mais pessoal.

Ao falar sobre tópicos discutidos em um grupo, Brammer e Shostrom (1982) referem-se à história de vida dos mesmos e sugerem um esquema norteador para a análise desta história. Segundo este esquema, é importante observar o modo como o assunto surgiu, a maneira como o grupo trabalha com ele, as mudanças ocorridas no modo como o grupo considera o assunto ao longo da discussão e qual é o destino do mesmo.

Com base nas considerações destes autores, procurei analisar as temáticas desenvolvidas nas discussões do grupo Amizade. Cada tema tem realmente uma história de vida, isto é, um nascedouro e um destino. No que se refere às origens, as temáticas emergiram de várias formas: algumas traduziam necessidades expressas pelas mulheres no dia do encontro, como no caso da discussão sobre crescimento e desenvolvimento da criança; outras emergiram da análise de discussões anteriores como o tema ser saudável; outras, foram sugeridas ou solicitadas pelo grupo, como as discussões sobre a caderneta de saúde, verminose e alimentação da criança; outras, finalmente, foram sugeridas por mim com base no projeto de trabalho, como foi o caso das temáticas *enfrentamento e profissional enfermeiro*. Em resumo, os assuntos surgiram de um indivíduo, da interação entre os membros do grupo ou ainda de um outro tema discutido.

Dos temas abordados, alguns foram discutidos em profundidade e eleitos para fazerem parte da produção final do grupo; outros foram relegados a segundo plano e superficialmente debatidos, enquanto outros ainda foram descartados pelo grupo. As temáticas emergentes de outras discussões retornaram ao grupo que reafirmava ou não seu interesse pelas mesmas; à medida que

aumentava a integração entre os membros do grupo, este momento em que era decidido o destino de um tema passou a assumir características de uma verdadeira negociação, com discussão de prós e contras, com contraposição de interesses individuais e grupais, com comparações entre temas para optar por aquele de maior importância para os membros.

O modo como o grupo trabalhava nas discussões variava de acordo com o tema. Quando a discussão referia-se a aspectos essencialmente práticos da vida cotidiana, quando o tema em questão fazia parte da vivência dos membros, o diálogo fluía facilmente e a reflexão era enriquecida por argumentações seguras, por considerações dos diversos aspectos de um assunto e por exemplos práticos. Nestas ocasiões, o grupo mostrava-se eufórico, a dispersão era mínima e as falas mais desordenadas, porque ao falar de um aspecto, lembravam-se de outro, que chamava à participação outro membro, que citava um exemplo, despertando uma lembrança ou curiosidade em outro membro e assim por diante. Minha participação nestes momentos exigia sínteses frequentes para ordenar o que já havia sido discutido e as linhas de pensamento; incluía também a moderação das discussões, a introdução de questionamentos que aprofundavam a reflexão e a colocação de aspectos novos à discussão.

A predileção por temáticas de cunho prático em detrimento daquelas que solicitam um esforço maior de abstração pode, de acordo com Anderson (1990), ser uma característica daquilo que denomina de aprendizes adultos. Para este autor, adultos têm uma bagagem considerável de experiência de vida que lhes serve como recurso de aprendizagem; o conhecimento prévio que detêm aumenta as possibilidades de conflitos com novas informações, determinando uma lentidão maior na assimilação das mesmas. Além de tudo isso, ou talvez em virtude de tudo isso, têm verdadeira predileção por temas, por conhecimentos passíveis de aplicação prática imediata e tornam-se ansiosos com temáticas pouco usuais - como seriam os temas que solicitam um esforço maior de abstração -, as quais atuam como barreiras à aprendizagem. Prossegue dizendo que os adultos, especialmente aqueles na faixa etária de 20 a 40 anos, precisam de uma razão prática para aprender, precisam ver uma necessidade para as novas informações ou habilidades que justifique o dispêndio de tempo e energia na aprendizagem de algo novo.

Quando, porém, o tema em pauta referia-se a aspectos mais abstratos da vida sem participação direta e imediata no cotidiano dos membros do grupo, a espontaneidade não fazia parte das discussões; o grupo mostrava-se tímido e retraído, o desvio do diálogo para outros temas era comum e os períodos de silêncio eram maiores e mais frequentes. Nestas discussões minha participação aumentava, não para discorrer sobre o tema mas para procurar introduzir questões relacionadas com o mesmo, pautadas naquilo que eu já conhecia do viver cotidiano daquelas mulheres, de modo que pudessem refletir sobre o assunto e criar suas próprias

conclusões. Estes foram momentos difíceis e de grande aprendizagem pessoal; resistir à tendência de responder a perguntas que não foram feitas não é tarefa fácil como também não é fácil dominar o impulso de falar, de "aproveitar" a ocasião para oferecer orientações de saúde. O silêncio, então, representava uma verdadeira tortura, especialmente no começo do grupo quando eu o tomava como uma demonstração inequívoca de desinteresse. Embora seja difícil assumir um papel menos verbal no grupo, cedo se compreende que o silêncio não significa desinteresse pelo tema mas que os membros estão pensando, ordenando as idéias para então expressá-las. Suportar, ou como diz Burgess (1985, p. 837), "permanecer confortável com o silêncio" foi um grande, senão o maior, desafio para mim. Hoje sei que a aprendizagem do calar-se e esperar que me foi solicitada permitiu a evolução do grupo e concordo plenamente com Burgess (1985) quando diz que o enfermeiro pode bloquear o avanço do grupo ao responder rapidamente a questões ou ao oferecer interpretações prematuras sobre um tema. Permanecer confortável com o silêncio inclui respeitar o ritmo e o tempo de cada um e de todos sem, contudo, furtar-se de participar das discussões.

Respeitados o silêncio, o ritmo, o tempo, as falas, a experiência dos membros, o diálogo enriquece e as conclusões deixam transparecer as mudanças ocorridas no modo de pensar o tema, o qual pode ser examinado em profundidade. À medida que as pessoas se dizem, revelando o seu pensar, torna-se necessário problematizar esta forma de pensar introduzindo novos elementos à discussão que despertem os membros do grupo para outros aspectos do tema, aprofundando a reflexão sobre ele. Pode-se claramente perceber a evolução do grupo no modo de perceber o tema, especialmente em questões mais abstratas - como o ser saudável - em que o grupo passa de uma percepção mais ingênua, linear, centrada no indivíduo para uma mais crítica, multifacetada, contemplando aspectos individuais e sociais da questão.

É importante, entretanto, que não se imagine ser dispensável a presença do profissional enfermeiro neste grupo pois sem ele o diálogo teria sido reduzido a uma mera troca de impressões sobre situações da vida cotidiana contribuindo para a manutenção e não para a transformação da consciência, da forma de ver a si e ao mundo daquelas pessoas envolvidas no processo de compartilhar, aprender, ensinar e crescer juntas.

Sob o risco de incorrer em ingenuidade e falta de compromisso, não há como ignorar que, como diz Vasconcelos (1991), a sabedoria popular tem limites fortes e que a educação em saúde pode ajudar a ultrapassar estes limites, possibilitando a reflexão, investigação e a troca de experiências necessárias ao desenvolvimento deste saber. Valorizar a experiência e o saber popular não implica em fechar os olhos a suas limitações, mas reconhecê-las bem como às limitações da ciência e do saber científico.

O saber popular vem impregnado por uma forma mágica de pensar, o que faz com que a captação da realidade se dê, como diz Freire (1991, p. 67), por "via preponderantemente sensível ... [resultando em] compreensão preponderantemente mágica da realidade" á qual corresponderá uma ação mágica. Dando-se vez à expressão desta percepção mágica da realidade, cria-se a oportunidade de problematizá-la introduzindo elementos até então não considerados que despertem a reflexão, possibilitando a transformação daquela percepção inicial e, conseqüentemente, da forma de atuar. O ingrediente novo traduzido aqui é a valorização do pensar que, tendo como ponto de partida a compreensão mágica da realidade, dá início à "construção de uma compreensão crescentemente crítica" desta mesma realidade (Freire, 1991, p. 70). Esta construção se dá em diálogo entre seres humanos com histórias e saberes diferentes, entre saber popular e saber científico, dispostos a ensinar e a aprender.

Neste movimento de ação e reflexão, é muito importante que o profissional esteja atento ao comportamento dos demais membros do grupo, que esteja autenticamente aberto para uma relação de confiança mútua e para um verdadeiro compartilhar. Digo isto porque somente com esta postura algumas nuances do trabalho de grupo se desvelam. Uma delas é, sem dúvida, a necessidade de respeitar o silêncio; outra, a de aprender a diferenciar as perguntas que exigem uma resposta direta daquelas que podem e devem ser problematizadas. Os membros do grupo tentam, é claro, dirigir as questões relativas à saúde e doença para o profissional que pode facilmente incorrer em dois tipos de erro: responder de imediato tolhendo todas as possibilidades de diálogo ou então devolver todas as perguntas para reflexão, podendo passar ao grupo a impressão que não pode, não quer ou não sabe responder, arriscando-se a perder a confiança que o grupo deposita nele. É importante que às perguntas que assim exigem, as respostas sejam oferecidas sem delongas, e geralmente estas questões têm um teor eminentemente técnico como, por exemplo, "*porque não dá prá colocar pano quente em cima da vacina?*" ou "*porque o meu filho vomita (regurgita) depois que mama?*"

Em um dado momento, a aproximadamente mês e meio do final dos encontros, o grupo começou a dar sinais de falta de motivação; surgiam perguntas como "*do que vamo falá até o final?*", como se se sentissem caminhando por uma estrada sem saber onde ela terminaria. Além disso, aproximava-se o final do ano e iniciava-se precocemente a temporada de praia, introduzindo novos elementos no cotidiano daquelas mulheres, trazendo-lhes a perspectiva de aumentar a renda familiar e ameaçando tomar-lhes o tempo disponível. Neste momento, propus que fizéssemos uma listagem dos temas emergentes das discussões anteriores e daqueles assuntos solicitados pelo grupo, para que fosse possível analisá-los e decidir quais seriam ainda debatidos.

Desta forma e já no seu décimo quinto encontro, o grupo construiu um programa formal de discussões e estabeleceu um cronograma de trabalho. Aqui o grupo deu novas mostras da solidariedade e do afeto existente entre seus membros ao decidir que, em consideração à recente viuvez de uma das mulheres, o tema "relacionamento homem-mulher" não seria contemplado no programa.

Esta solicitação espontânea de formalização foi uma surpresa em si mesma e nos resultados que provocou. Uma vez decidido o programa, renovou-se o entusiasmo do grupo, as discussões enriqueceram e tornaram-se mais funcionais, mais operacionais, mais produtivas, como se o grupo cumprisse uma tarefa. Os desvios do tema em pauta eram mínimos e pouco freqüentes. Talvez o pouco tempo livre tenha contribuído para isto pois se antes as mulheres tinham a tarde toda para o grupo, com o início da temporada roubavam duas ou três horas de outras atividades para poderem participar dos encontros. Além disso, por ocasião da construção do programa, o grupo externou o desejo de realizar sessões de relaxamento e ginástica. Ficou combinado que isto seria feito ao final das discussões, alternando as sessões de relaxamento e as de ginástica. Talvez o desejo do grupo em participar destas atividades e a expectativa gerada por elas tenham contribuído para a maior funcionalidade das discussões.

A mudança de rotina resultante do início da temporada de praia, refletiu-se nos grupos, que passaram a reunir-se no mesmo dia, o que impediu que Ilca continuasse a participar dos encontros do grupo Amizade. Dali em diante, perdido o apoio das anotações de Ilca, a gravação das discussões passou a ser o principal instrumento de coleta de dados.

Este período final dos encontros do grupo foi marcado pela tentativa de aproximá-lo do Centro de Saúde, o que traduzia não só um desejo mas uma necessidade inclusive ética. Mesmo tendo o trabalho uma característica acadêmica e apesar dele haver sido desenvolvido fora dos limites físicos do Centro de Saúde local, não se deu à margem do sistema de saúde em vigor. Os funcionários do Centro de Saúde, apesar de repetidamente convidados, não puderam participar dos encontros por razões de ordem pessoal e profissional. Em virtude disto, o grupo corria o risco de tornar-se um trabalho paralelo, sem vínculo com o Centro de Saúde, que não contribuiria em nada para transformar as relações entre ele e os membros do grupo.

Ao longo das discussões, o grupo deixou transparecer sua insatisfação com as instituições de saúde em geral e com o Centro de Saúde local, vendo-se como integrante da grande porção desassistida da população brasileira que precisa implorar por assistência de saúde transformando, como diz Silva (1992), em um favor aquilo que lhe é de direito. Assim sendo, um dos temas incluídos no programa foi "o Centro de Saúde na comunidade e a relação entre eles."

A discussão em torno deste tema foi longa e proveitosa; nela, os membros do grupo falaram de suas insatisfações, refletiram sobre o papel desempenhado pela comunidade no desenvolvimento dos trabalhos do Centro de Saúde e examinaram os recursos pessoais e comunitários disponíveis para transformar a situação. Em seguida, traçaram estratégias, em grau crescente de complexidade e procurando respeitar a hierarquia dos serviços de saúde no município, a serem empregadas no intuito de melhorar a assistência de saúde local e aumentar o nível de satisfação da população.

O primeiro passo dado foi uma reunião dos dois grupos com os funcionários do posto, com o intuito de expor-lhes a situação, conhecer a posição deles e conquistar sua simpatia e colaboração. A esta reunião compareceu apenas um dos três funcionários do posto; dois deles estavam em licença e, mesmo presentes na comunidade, não compareceram. Superadas as inibições iniciais, o diálogo desenvolveu-se com as duas partes buscando, em conjunto, respostas alternativas ao problema. Ao final ficou decidido a realização de uma assembléia com toda a comunidade para discutir o problema. O grupo resolveu que o convite para a assembléia seria feito de casa em casa, pessoalmente e, que por ocasião do convite, colheriam assinaturas para um abaixo assinado, cujo enunciado foi elaborado com a participação de todos os que se fizeram presentes na reunião no Centro de Saúde.

A seguir, decidiram a data, horário e local da assembléia, quem seria o encarregado de reservar o local, dividiram Rationes em setores, definiram os responsáveis pela divulgação da assembléia e pela coleta das assinaturas em cada setor e escolheram dois responsáveis gerais pela organização dos trabalhos: Crisântemo e Orquídea, do grupo Amizade. Nesta ocasião, o grupo fez uma brincadeira de amigo secreto, que seria revelado no dia da assembléia, após a mesma.

Deste ponto em diante, o grupo seguiu sozinho, sem minha interferência. Incumbiram-se de convidar pessoas e de coletar as assinaturas, enquanto um funcionário do Centro de Saúde encarregou-se de reservar uma sala de aula na escola municipal. Permanecer à margem, sem tomar iniciativas, oferecendo apenas o apoio que o grupo necessitasse e se necessitasse, não foi fácil pois a tendência de assumir a dianteira, de decidir e fazer, havia estado sempre presente em minha vida profissional. O medo de que não desse certo, que as pessoas não se fizessem presentes, que o grupo também não comparecesse me inquietava. Procurei então lembrar que aquelas mulheres já não eram as mesmas do início dos encontros do grupo, que elas estavam mais críticas em relação a si e a sua realidade, que estavam mais conscientes de seu poder de transformação, de seus direitos e deveres. Pensando assim, aguardei!

Chegado o dia, o grupo Amizade completo se fez presente, do grupo do Centro faltaram alguns membros; da comunidade compareceram duas pessoas, uma das quais era o intendente

local e, para surpresa geral, o secretário da saúde do município de Florianópolis, acompanhado por um membro da equipe que coordena os serviços de saúde bucal, também se fez presente. Éramos, ao todo, 14 pessoas. Dos funcionários do Centro de Saúde, nenhum compareceu.

Inicialmente, Ilca explicou o motivo daquela assembléia e agradeceu a presença de todos, especialmente a do secretário. O grupo reforçou as colocações de Ilca falando através de testemunhos de vida, de situações cotidianas. O Secretário ouviu, esclareceu a posição da Prefeitura Municipal, pedindo a ajuda do grupo para buscar soluções, comprometendo-se em dar uma resposta em um curto prazo de tempo. Ao final, Crisântemo entregou as diversas folhas de abaixo assinado e agradeceu mais uma vez a presença do Secretário da Saúde.

Após a reunião, reinava um clima de euforia no grupo o que, sem dúvida, devia-se à presença do Secretário da Saúde, que deu prestígio à assembléia apesar das poucas pessoas presentes. Tudo isto contribuiu para aumentar a confiança daquelas mulheres em seu próprio poder de transformação, para que se apercebessem de seu papel de sujeito em suas relações com os outros no e com o mundo, de seu direito de optar e decidir; de sua capacidade de responder a desafios que ultrapassem a esfera do individual, de buscar e criar formas de responder, de seu "dever" de participar. Contribuiu para que vissem a realidade não somente como ela é, mas como pode vir a ser, dando-se conta, talvez, "que a estrutura social é obra dos homens e que, se assim for, a sua transformação será também obra dos homens. Isto significa que a sua tarefa fundamental é a de serem sujeitos e não objetos de transformação" (Freire, 1991, p. 48).

O dia da assembléia foi o último em que estivemos juntas e isto deu lugar a inúmeras manifestações de carinho e de pesar pelo final do trabalho. Endereços foram trocados juntamente com promessas de correspondência. Neste momento foi possível perceber que o grupo havia ocupado um espaço especial na vida daquelas mulheres, contribuindo, dentre outras coisas, para aumentar a auto-confiança de cada uma, o que foi verbalmente expresso por Crisântemo ao falar que *"antes, eu queria falar e não conseguia. As palavras não saía. Ia numa reunião na escola, queria dizer uma coisa e não saía, chegava em casa e chegava a chorar de raiva. Hoje eu já falo; falei até com o Secretário e não tive medo. E tudo isso graças a vocês (o grupo)"*. Estou convicta que a valorização do saber e da experiência de cada uma e o respeito às mesmas como seres de decisão, de compromisso, de ação e de reflexão aliados ao fato de não considerá-las como folhas de papel em branco onde se pode imprimir ensinamentos e idéias (Vasconcelos, 1992), contribuiu para fomentar este sentimento de auto-confiança, de auto-valorização que é, para mim, a base para todas as ações humanas.

Por ocasião do último encontro, anterior ainda à assembléia, o grupo discutiu o modo de organizar sua produção. Minha sugestão de organizar o material em um livreto foi aceita, ficando

sob meu encargo a elaboração do texto enquanto o grupo, em conjunto, se encarregaria das ilustrações. Foi escolhido também um título para o livreto: Almanaque Amizade.

Neste mesmo dia, levei à consideração de todas a utilização ou não dos verdadeiros nomes dos membros na redação final da dissertação, levantando pontos a serem considerados na decisão. O grupo optou pela utilização de flores como codinomes. O Grupo de Mulheres-Mães Amizade que se encontrou semanalmente durante cinco meses, reuniu, além de mim:

Crisântemo: 38 anos, cinco filhos

Jasmim: 38 anos, dois filhos

Orquídea: 17 anos, um filho

Rosa: 32 anos, seis filhos

Violeta: 24 anos, dois filhos

Papoula: 62 anos, madrinha do grupo

## **DINÂMICA DOS ENCONTROS**

Não havia normas pré-definidas às quais os membros do grupo precisassem adaptar-se, mas aos poucos o grupo foi desenvolvendo uma certa disciplina e criando para si uma certa rotina, que jamais foram verbalmente explicitadas mas que eram conhecidas e aceitas por todas.

As discussões eram precedidas por alguns minutos de conversa animada, que tinha por tema os acontecimentos da semana e as novidades de cada uma. A esta conversa, seguia-se um momento de silêncio em que todas olhavam para mim, dando o sinal da prontidão do grupo para iniciar a discussão. Ilca tomava o caderno de notas.

Para dar início à discussão, eu trazia, ao grupo, os dados do encontro anterior para serem validados. Este momento, em que os dados já analisados e organizados eram devolvidos ao grupo, revestia-se de grande importância pois para serem organizados, os mesmos eram analisados a partir de uma perspectiva pessoal e assim sendo, não raro o dado organizado deixava de corresponder plenamente à informação que lhe deu origem. O grupo apercebia-se disto e fazia as correções necessárias acrescentando, com frequência, algum elemento novo que facilitava ou ampliava a compreensão dos dados. A participação dos membros do grupo no esforço de validação era espontânea e intensa, deixando transparecer inclusive um certo sentimento de

orgulho, como se os envaidecesse saber que suas falas receberam atenção depois de findo o encontro e ver suas palavras transcritas.

Validados os dados, a discussão prosseguia cedendo espaço ao tema em pauta, surgido das discussões anteriores, solicitado pelas mulheres ou sugerido por mim. A princípio intimidava-me sugerir temas para discussão, como se a simples sugestão de um tema pudesse trazer à cena aquela prática unidirecional, prescritiva e anti-dialógica que eu desejava transformar. Refletindo sobre a questão, concluí que se eu fazia parte do grupo, colocando-me como ser humano com saberes e vivências próprias, introduzir temas para a discussão seria uma parcela da minha participação. Se eu tivesse declinado deste direito talvez contribuisse para estabelecer o distanciamento já tradicional em relações enfermeiros-clientes. Freire (1992, p. 115) afirma que a introdução de temas fundamentais que não tivessem sido sugeridos pelo povo (neste caso, pelos outros membros do grupo) corresponde à dialogicidade da educação pois "se a programação educativa é dialógica, isto significa o direito que também têm os educadores-educandos de participar dela, incluindo temas não sugeridos." A estes temas Freire denominou "temas dobradiças", explicando que os mesmos facilitam a compreensão entre dois outros temas ou traduzem as relações existentes entre o conteúdo geral e a visão de mundo que as pessoas estejam tendo e que mereçam ser percebidas.

A discussão em torno de um tema desenrolava-se pautada na vivência de cada membro e, justamente por isso, as falas eram pontuadas por exemplos de situações experienciadas cotidianamente. É errôneo, contudo, pensar que uma vez colocado um tema, o diálogo girasse em torno dele do princípio ao término do encontro; a citação frequente de situações vividas dava origem a outros assuntos que, mesmo relacionados com o tema central, provocavam um certo desvio no curso da discussão. Estes desvios a princípio tomavam-me de surpresa, talvez porque esperasse um diálogo com curso lógico didaticamente organizado, esquecendo-me de considerar que o saber popular não tem uma organização didática e nem a sistematização do conhecimento científico.

Nestes momentos era preciso que minha atenção estivesse completamente voltada para o diálogo para que fosse possível perceber as oportunidades que o mesmo oferecia de retomar a questão principal e tirar proveito delas sem tolher a liberdade de expressão dos membros. Posso com segurança afirmar que tentar impedir estes desvios relativos do tema central não contribui em nada para o enriquecimento do diálogo pois é principalmente nestes momentos que as pessoas deixam transparecer seus valores, os fundamentos de sua forma de pensar o mundo, as crenças e práticas populares que influenciam sua ação, os costumes e hábitos da comunidade e outras tantas sutilezas da vida cotidiana que não emergiriam em um momento mais formal da discussão. É indispensável, contudo, tomar cuidado para que o diálogo não seja transformado em uma

miscelânea de assuntos superficialmente debatidos. Para isto é preciso estar atento e retomar o curso central da discussão. É como se o tema fosse um caminho que, apesar das curvas e desvios, sempre tem um ponto de partida e um ponto de chegada, que deve ser respeitado sob pena de caminhar-se em vão.

Após cerca de uma hora de discussão, a participação do grupo começava a declinar. Era chegado o momento de concluir a discussão, sintetizando o diálogo. Falando a respeito de maneiras de concluir um encontro grupal, Burgess (1985) sugere que o enfermeiro sumarie a discussão procurando reunir os pensamentos e sentimentos expressos pelo grupo. Segundo este autor, esta forma de síntese provê aos membros do grupo uma estrutura cognitiva e afetiva da discussão. Sugere ainda que, à medida que se desenvolve o grupo, os membros passem a tomar parte desta tarefa.

Na experiência do grupo Amizade, a síntese das discussões foi, em algumas ocasiões, feita exclusivamente por mim, o que ocorria principalmente quando o tema em pauta solicitava dos membros um esforço maior de abstração. Na maioria das vezes, porém, sintetizar o diálogo foi uma tarefa compartilhada, apesar de estimulada por mim ao perguntar ao grupo "o que discutimos hoje?".

Mas este momento final de sumarização que encerrava o encontro não era o único. Como eram freqüentes os desvios relativos do assunto central, a síntese era feita mais de uma vez ao longo do diálogo como uma forma de organizar o que havia sido debatido até então, organizando os pensamentos para retomar o curso central da discussão.

As diversas sínteses, e especialmente aquela final, demonstraram ser um aspecto importante do encontro porque, além de oferecer ao grupo uma estrutura cognitiva da discussão, traduziam a essência do diálogo tornando-se valiosas para a organização posterior dos dados.

À medida que aumentava a confiança e o afeto entre os membros do grupo, estes momentos de síntese passaram a fluir mais espontaneamente e foram facilitados por Orquídea que, como já falado, costumava introduzir sua fala fazendo um exposição do que havia sido até então discutido.

Geralmente ocorria, neste momento final, uma avaliação do encontro do qual todas participavam, externando opiniões pessoais a respeito do mesmo. O encontro seguinte era agendado e o tema a ser discutido, escolhido. Era freqüente haver sugestão de mais de um tema. Algumas vezes, especialmente quando o tempo de duração da discussão tivesse sido muito longo, a avaliação era feita no encontro seguinte. Foi numa destas ocasiões, depois de um encontro particularmente tumultuado, que os membros sugeriram reduzir os encontros que reunissem os dois grupos. Assim, passaram a se realizar três reuniões em separado seguidas por um encontro conjunto.

Depois, já transcorrida pelo menos uma hora de discussão, o café já estava pronto, e o grupo fazia um lanche durante o qual a conversa corria mais livremente. Este momento também trazia à tona dados interessantes ao trabalho.

Em todos os encontros acontecia uma situação interessante: por mais que os membros estivessem ansiosos para voltar a suas casas e que afirmassem ter mil coisas a fazer, nunca deixavam a reunião antes que Ilca e eu nos retirássemos. Depois das despedidas e dos acenos, todas permaneciam reunidas mais alguns minutos, conversando no portão. Este comportamento despertava-nos a curiosidade mas jamais soubemos o teor destas conversas.

Apesar desta dinâmica ter predominado nos encontros, muitas vezes utilizei outras atividades, logo após aquele período inicial de conversa, com o intuito de descontração e socialização e que freqüentemente já introduzia a discussão. As brincadeiras com lápis de cor e papel foram as mais utilizadas e geralmente os desenhos, as pinturas sugeridas correspondiam à temática do dia. Na primeira vez em que uma atividade desta natureza foi sugerida, o grupo mostrou-se retraído e tímido, comportamento que já era esperado uma vez que a maioria dos membros era de baixa escolaridade (havendo inclusive uma analfabeta) e não estavam familiarizados com lápis, canetas e papel; algumas delas jamais haviam trabalhado com um tubo de cola. Tão logo perceberam a informalidade da tarefa e seu fim principalmente recreativo, entregaram-se ao prazer da brincadeira. Este comportamento do grupo, apesar de esperado, fez com que eu tomasse o cuidado de não constranger seus membros com atividades que solicitassem escrita.

Alguns autores, como Taylor (1992), Sundeen et al (1989) e Dashiff (1982), afirmam que os participantes do grupo tendem a desenvolver comportamentos diferenciados que podem contribuir para o bloqueio, a construção ou a manutenção do grupo e denominam estes comportamentos de papéis grupais. Na experiência com o grupo Amizade, os participantes apresentavam comportamentos diferenciados mas isto parecia ser mais devido a características do comportamento humano do que ao desempenho de um papel, talvez porque este termo seja sugestivo de um comportamento específico apresentado sempre pela mesma pessoa. Quanto a mim, se eu buscasse um rótulo para definir minha participação no grupo, utilizaria o termo *animador* sugerido por Minayo (1993, p. 129) ao afirmar que a discussão do grupo "geralmente tem a presença de um animador que intervém, tentando focalizar e aprofundar a discussão", e que sintetiza aquilo que procurei fazer em cada encontro. Mas, acima de qualquer rótulo, fui um membro do grupo que participou do mesmo dispondo de seus saberes e de suas vivências, inclusive profissionais, para, em diálogo, favorecer a reflexão sobre temas do viver cotidiano e a

aprendizagem de novos elementos que oferecessem subsídios à re-criação, à transformação do mesmo.

Mas independentemente do desempenho ou não de papéis, o essencial neste trabalho com o grupo foi a existência de um relacionamento de confiança mútua entre seus membros, que contribuiu para que os mesmos participassem autenticamente das discussões, dispondo-se a compartilhar, a aprender e a ensinar.

Scavone (1989), parece ter sido movida por esta mesma convicção ao eleger as discussões de grupo como metodologia para uma pesquisa sobre saúde das mulheres desenvolvida em São Luis do Maranhão. Segundo esta autora, a metodologia de grupos permitia uma maior aproximação entre os sujeitos da pesquisa, fornecendo uma apreensão mais rica e qualitativa do real. Diz ainda que o grupo possibilitou uma maior identificação entre as mulheres que, ao se perceberem em situações comuns, desenvolveram um relacionamento de confiança que permitiu discussões menos formais dos temas em questão.

De acordo com o vivido, um grupo com as características do desta experiência em que se desenvolve o diálogo entre saberes científico e popular e no qual, conforme afirma Freire (1991), todos assumem a posição de educadores e educandos co-partícipes do processo em que crescem juntos, representa um importante e rico recurso educativo ainda não muito explorado pelos profissionais de saúde. A este respeito, Bryant e Gultiz (1993) dizem que pouca atenção tem sido dispensada ao importante papel educativo que os grupos focais podem desempenhar para ajudar os participantes a compreender valores, expandir conhecimentos e adotar comportamentos saudáveis.

A conclusão, o encerramento dos trabalhos do grupo é um outro aspecto que merece atenção. Sundeen et al. (1989) descrevem a conclusão como uma das fases do processo de grupo na qual o foco de interesse dos participantes volta-se para a revisão e avaliação das tarefas realizadas. Esta fase, segundo estes autores, caracteriza-se por sentimentos intensos provocados pela separação iminente. Para Brammer e Shostrom (1982) este é um período crítico do desenvolvimento do grupo, no qual emergem sentimentos de perda que levam os membros a discutir as possibilidades de continuação do grupo. Estes autores referem que às vezes ocorre o que eles denominam de fenômeno da reunião-fantasia, com os membros planejando um reencontro futuro e troca de endereços.

Logo nos encontros iniciais do grupo Amizade, juntamente com a exposição da proposta de trabalho, falei que a intenção era prosseguir com os encontros semanais até o início de dezembro, sem contudo fixar uma data exata para a última reunião. Por ocasião da elaboração do programa de discussão o grupo definiu o dia do último encontro; mais tarde, os membros solicitaram mais

uma reunião para discutir alguns aspectos que na visão deles estavam pendentes e para criar as ilustrações do Almanaque Amizade.

A preocupação com a conclusão dos trabalhos do grupo esteve presente desde o início. A finalização do grupo foi acontecendo progressivamente ao longo dos encontros, à medida em que a auto-confiança e o poder de cada um para opções e decisões eram trabalhados, e a iniciativa e a independência do grupo eram estimuladas. Uma demonstração prática da iniciativa e independência do grupo, foi a organização da assembléia na escola, o que contribuiu para que a finalização do grupo transcorresse sem dificuldades.

## **TORNAR-SE UM GRUPO: UM CAMINHO EM CICLO FEITO DE PARTES QUE SE SOBREPÕEM E COMPLEMENTAM**

Acredito que o processo de formação do grupo, já aqui descrito, possa ser também visualizado em um ciclo de "fases" que na verdade não se sucedem rigidamente mas isto sim, sobrepõem-se, interpenetram-se e complementam-se. A guisa de resumo, compreendo este processo marcado pelas seguintes fases (fig. 1 e 2).

### **COMPONDO UM GRUPO**

Nesta fase, o estar junto e se aproximando da comunidade e de membros potenciais do grupo foi decisivo e foi feito, inicialmente dentro do Centro de Saúde e depois, através de visitas domiciliares a mulheres com filhos na faixa etária de zero a um ano e às lideranças locais. Neste momento, expunha-se a proposta de trabalho buscando conquistar o aceite de mulheres-mães, despertando-lhes o interesse e motivando-as a participar. Exposta a proposta de trabalho e percebendo o grau de interesse demonstrado pelas mulheres, agendava-se o primeiro encontro com base nas sugestões das mesmas sobre o local, dia e hora ideais para realizá-lo.

## **CONSTRUINDO OS ENCONTROS**

Em todos os encontros, o ponto de partida foi a retomada "do que nos leva ao encontro", na voz das participantes. No primeiro encontro, este momento propiciou a discussão sobre os objetivos do trabalho a partir do entendimento que as mulheres haviam tido dos mesmos e o esclarecimento de dúvidas sobre eles. Sempre, em cada encontro, uma dinâmica "quebra-gelo" era desenvolvida na intencionalidade de propiciar a integração grupal e a descontração, importantes para a discussão de temas geradores.

## **DIALOGANDO SOBRE OS TEMAS GERADORES**

Estes temas emergiam das situações vivenciadas pelas participantes do grupo no seu cotidiano, dentre as quais encontram-se aquelas relacionadas com o cuidado dos filhos. Estes temas eram sugeridos ao final de um encontro para serem debatidos no seguinte, tendo sido porém mantida a possibilidade de modificá-lo para um tema em torno do qual as participantes tivessem interesse mais premente. Como membro do grupo, também sugeri temas para discussão sem contudo manipular e conduzir os trabalhos unicamente através de minhas relevâncias e sem impor verticalmente minha forma de saber. A tônica deste diálogo em torno dos temas geradores foi o compartilhar vivências e saberes, o que possibilitou a exploração dos temas geradores. Nesta exploração, o diálogo foi complementado por outras atividades como, por exemplo, colagens, ilustrações, desenhos.

## **CONCLUINDO OS ENCONTROS**

Cada um dos encontros era concluído com uma síntese da discussão e com o momento do lanche. Além disto, estava sempre presente a preocupação com o encerramento futuro dos encontros e, com vistas a isto, iniciativa e independência eram fomentadas.

## AVALIANDO OS RESULTADOS

A avaliação foi feita ao final de cada encontro, quando as participantes realizavam uma síntese das discussões do dia, a qual era complementada no início do encontro seguinte quando esta síntese era por mim retomada no intuito de validá-la.

Além destes dois momentos, as próprias participantes ofereciam informalmente, ao longo das discussões, elementos indicadores de sua aprendizagem e da incorporação da mesma ao viver, possibilitando uma avaliação do trabalho.

Outro elemento importante para a avaliação foi a transcrição das gravações feitas em cada encontro, o que permitiu uma análise mais profunda das falas, e a comparação das discussões com conseqüente percepção das mudanças ocorridas no grupo. Importante é, porém, ressaltar que a avaliação não marca um momento isolado no processo, mas, ao contrário, o permeia em todo seu evoluir.

Neste processo de formação do grupo foram utilizados como instrumentos de trabalho a visita domiciliar, a observação, o diálogo e as discussões em grupo.

As visitas domiciliares foram desenvolvidas no intuito de conhecer a comunidade e especialmente participantes potenciais do grupo, fazer-se conhecer e apresentar a proposta de trabalho, procurando despertar o interesse para a mesma bem como o desejo de participar. A dinâmica imprimida às mesmas incluía cumprimentos iniciais, apresentação pessoal, apresentação da proposta de trabalho com explicação dos objetivos da mesma, esclarecimentos de dúvidas com a abertura de espaço para que as pessoas expressassem suas opiniões. A tudo isto, seguia-se uma despedida com solicitação de ajuda para divulgação e agendamento de retorno para comunicar local e data do primeiro encontro. Cabe ressaltar que, ao contrário do previamente esperado, a visita domiciliar revelou-se um instrumento muito valioso de trabalho, essencial no processo de formação do grupo.

A observação que, segundo Triviños (1992), não significa simplesmente olhar, envolve mais do que mera contemplação, implica um olhar deliberadamente atento aos seres humanos em suas relações no e com o seu mundo, especialmente àqueles detalhes sutis, não verbais, que complementam e dão significado às palavras. A utilização deste instrumento de trabalho exige atenção contínua do observador, envolvimento do mesmo com o grupo, habilidade para fazer registros descritivos e organizados e uma capacidade bem desenvolvida de auto-crítica e disciplina para que não enxergue apenas aquilo que está predisposto a ver. É importante dizer que a observação não foi feita em momentos especialmente reservados a ela mas, ao contrário, permeou o trabalho em todos seus instantes.

O diálogo representou outro instrumento valioso e essencial para o desenvolvimento da proposta de trabalho. Ele foi a base das visitas domiciliares, do período de permanência no Centro de Saúde e dos encontros do grupo. O desenvolvimento do diálogo ofereceu às participantes a oportunidade de se dizerem, de falarem de si, de suas vidas, de suas histórias, de conhecerem umas às outras e de construir um relacionamento marcado pela confiança, pelo afeto e pela solidariedade. Foi com base nas características deste relacionamento que o diálogo fortaleceu-se como compartilhador de vivências e saberes, efetivando-se como algo mais que mera troca de informações, de forma a respaldar a educação em saúde.

Os encontros do grupo, outro instrumento importante de trabalho, cuja dinâmica de discussões já foi anteriormente abordada, ofereciam o espaço ideal para o desenvolvimento do diálogo e da observação.

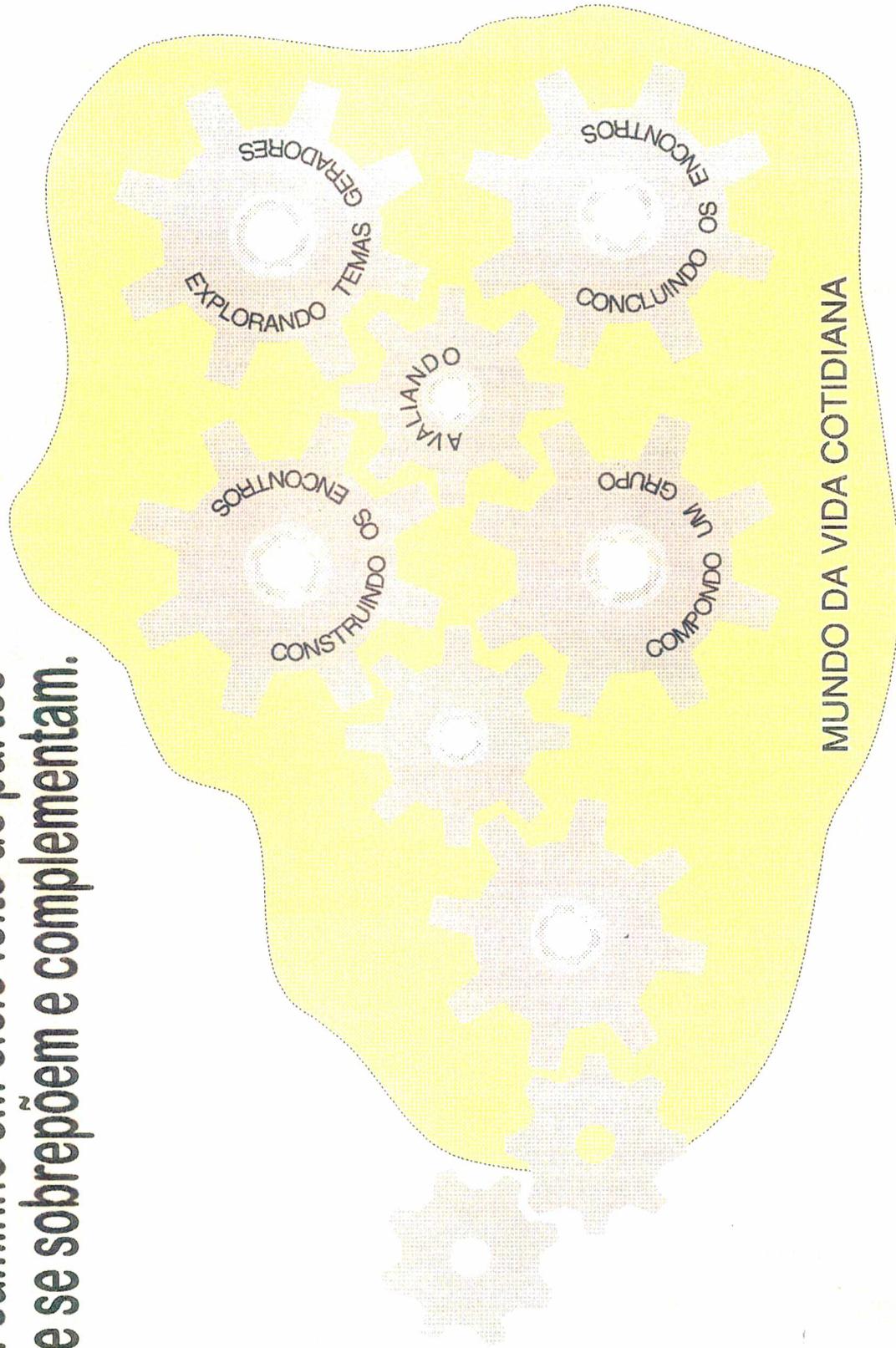
Foi com o emprego da observação e do diálogo ao longo dos encontros e dos diversos momentos deste processo de tornar-se um grupo que emergiram as informações necessárias para conhecer aquelas pessoas, compreender o significado que assume para elas o ser saudável e, com base nisso, vislumbrar um caminho para a educação em saúde.

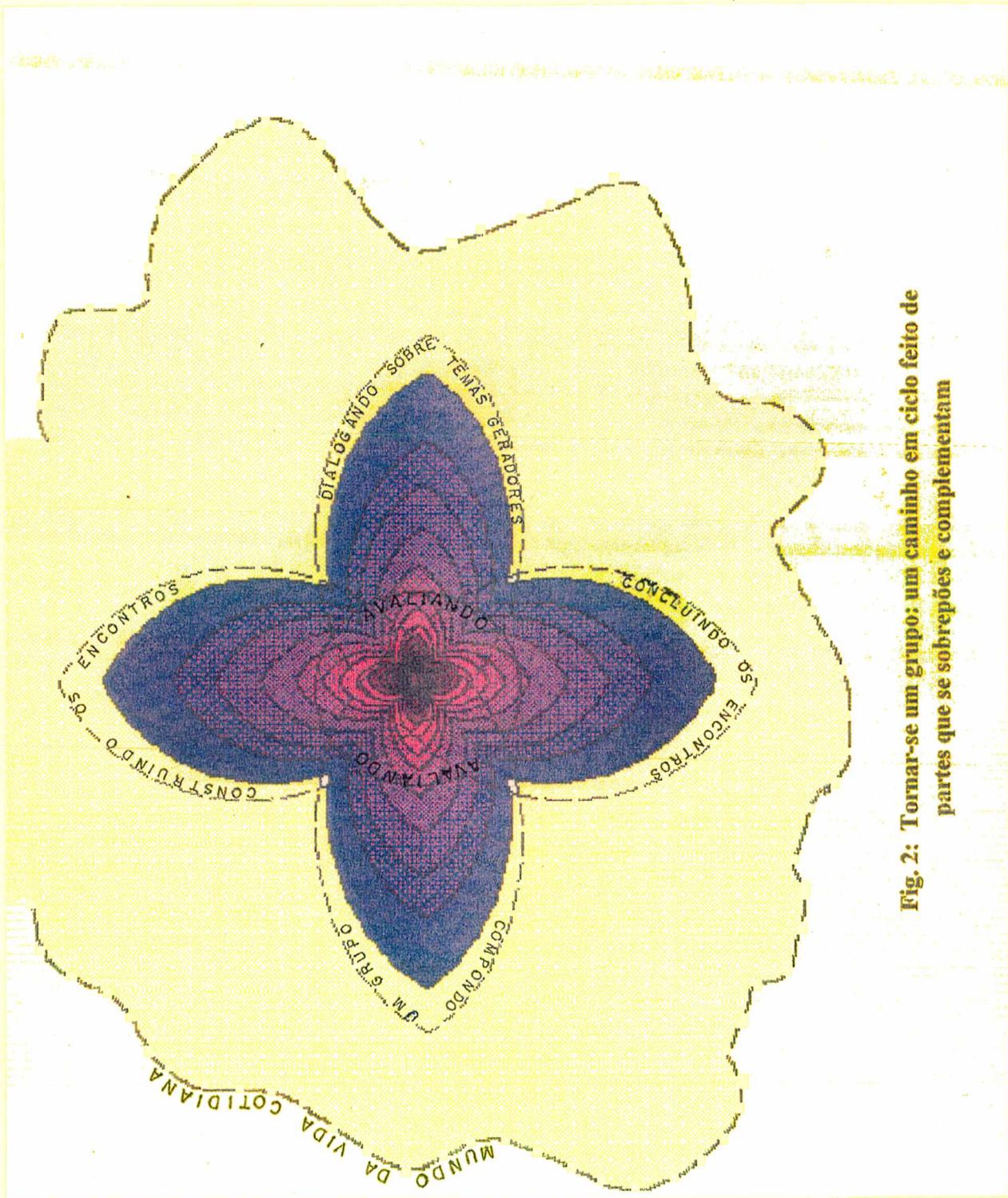
## **O ENFERMEIRO**

Apesar de contar há 21 anos com o atendimento de um Centro de saúde e apesar de o cuidado à saúde fazer intensamente parte da vida das pessoas, o conhecimento que a comunidade de Ratonés tinha sobre o trabalho da enfermagem restringia-se àquelas atividades essencialmente técnicas executadas dentro dos limites físicos do Centro de Saúde, em campanhas de vacinação ou em visitas domiciliares esporádicas a doentes. Não havia enfermeiro no Centro de Saúde, o que fazia deste profissional um quase desconhecido para a população local. Este desconhecimento só não era completo porque os moradores com frequência buscavam atendimento médico nos hospitais de Florianópolis, que contam com os serviços de enfermeiros.

Quando do início do grupo Amizade, ao ser apresentada e discutida a proposta de trabalho, falei sobre minha profissão, esclarecendo os motivos que me levaram a desenvolver um trabalho da natureza daquele que estava sendo proposto, enfatizando meu desejo de desenvolver educação em saúde baseada no compartilhamento de saberes e vivências.

**Fig. 1 - Tornar-se um Grupo:  
um caminho em ciclo feito de partes  
que se sobrepõem e complementam.**





**Fig. 2: Tornar-se um grupo; um caminho em ciclo feito de partes que se sobrepõem e complementam**

Mais tarde, baseadas nas análises de discussões anteriores que revelaram o descontentamento de ambos os grupos com as instituições de saúde, Ilca e eu decidimos sugerir este assunto como tema para um dos encontros utilizando como centro o enfermeiro, o modo como os grupos visualizavam este profissional e seu trabalho.

Desta discussão emergiram alguns elementos importantes reveladores da imagem do enfermeiro feita por aquelas pessoas, os quais procuro descrever.

Ficou claro que, na percepção dos membros do grupo, o profissional enfermeiro mantém um vínculo estreito com o ambiente hospitalar e com a doença. Outros ambientes, além do hospitalar, foram lembrados como possíveis locais para o desenvolvimento do trabalho do enfermeiro - maternidades, postos de saúde, empresas, domicílios - mas quando as falas traduziam experiências vividas, o hospital predominava. O vínculo com a doença surgiu na descrição das atividades do enfermeiro, na referência ao hospital como principal local de trabalho e na utilização de expressões como doente e paciente. A relação enfermeiro-hospital-doença fica claramente explicitada nas falas das mulheres:

*"a gente encontra [o enfermeiro] quando tá mal de saúde... na hora da doença"*

*"quando tá doente"*

*"tá toda hora lá, vendo pressão... levando remédio... trocando soro..."*

*"tá ali toda hora vendo como tá reagindo o paciente."*

Surge também implícito no discurso, a compreensão do enfermeiro como alguém que faz algo por e para alguém, no caso o paciente, que depende dele. Isto parece traduzir a relação hierárquica enfermeiro-cliente tradicionalmente presente nas instituições de saúde e a característica manual historicamente atribuída à enfermagem, conferindo destaque ao fazer em detrimento do pensar.

Em uma pesquisa sobre a imagem do enfermeiro realizada na cidade de Ribeirão Preto por Cassiani e Zanetti (1988), a maioria dos sujeitos entrevistados relacionaram este profissional com a instituição hospitalar, demonstrando o predomínio dos aspectos curativos do seu trabalho na percepção da população pesquisada. Os autores destacam também a associação marcante entre enfermeiro-hospital-paciente.

Um estudo sobre perfil e competências do enfermeiro foi realizado por Camargo et al. (1988) no estado de Santa Catarina, com o intuito de oferecer subsídios para o movimento nacional para reformulação do currículo mínimo dos cursos de graduação em enfermagem. Os

resultados deste estudo demonstraram também que a população estudada relaciona o profissional enfermeiro à instituição hospitalar e às atividades próprias daquele ambiente, dentre as quais encontra-se o cuidado a pacientes internados.

As participantes do grupo Amizade percebem também o enfermeiro como um subordinado de outro profissional como, por exemplo, o médico e esta relação de subordinação médico-enfermeiro remete novamente ao hospital e à doença.

*"Durante aquele período que ele [enfermeiro] trabalha, ele faz um relatório prá deixá, prá apresentá pro médico... prá quando o médico visitá o paciente, podê vê como o paciente passô naquele horário que aquele enfermeiro tava com ele".*

Esta, na verdade, é uma questão antiga na enfermagem e que é muito mais profunda do que uma mera disputa profissional. A meu ver, esta é uma situação vinculada também à própria história da mulher, marcada pela submissão, pela dependência e por uma série de limitações que tornaram árduo o avanço na conquista de seus direitos como ser humano, como cidadã.

Ao referirem-se ao profissional médico, o artigo empregado é masculino, o médico, enquanto que com relação ao enfermeiro a designação é sempre feminina - a enfermeira. O médico é homem, a enfermeira é mulher e, desta forma, reproduz-se no terreno profissional as relações de poder entre os sexos e que não deixam de ser semelhantes àquelas já tão antigas de homem-mulher, marido-esposa, pai-mãe ou irmão-irmã.

Wright (1988) agrupou os resultados de vários estudos realizados sobre a imagem da enfermeira e da enfermagem publicados em periódicos nacionais da profissão; concluiu que dentre as diversas maneiras pelas quais profissional e profissão são percebidos pelo público, encontra-se aquela da enfermeira ajudante de médico, sempre subserviente. Cassiani e Zanetti (1988) obtiveram, na pesquisa já mencionada, um alto número de respostas referindo a enfermeira como auxiliar do médico. Segundo Rossi (1988, p. 577), a representação da enfermeira como atendente de médico "lança sobre o grupo uma imânência pouco digna, mas ... ligada às funções da mulher na sociedade."

Na verdade, o enfermeiro, membro da equipe de saúde, ajuda o médico mas esta ajuda deveria ser interpretada como colaboração profissional e não como característica de subalternidade.

Destaca-se, no discurso das mulheres do grupo a figura do enfermeiro como uma presença constante, revelada no desenvolvimento de procedimentos técnicos, acompanhamento e avaliação do paciente e na atenção a ele dispensada.

*"Tá toda hora ali, tirando a febre, tá toda hora levando remédio, tá toda hora ali, vendo o que tem, como é que tá reagindo o paciente... dá atenção pro paciente."*

Aliada à presença constante está a percepção do caráter ininterrupto do trabalho do enfermeiro no ambiente hospitalar.

*"Todos, a turma do dia, a turma da noite..."*

*"O enfermeiro tá sempre ali, vendo o que tem, o que precisa. Quando eu tive com ele [filho] no Universitário, elas vinham até de madrugada vê se tava tudo bem. Ele tava mal, quase perdi ele."*

Há compreensão, por parte do grupo, de que no hospital a equipe de enfermagem revesa-se nos diferentes horários e de que há uma forma padronizada de comunicação inter-turnos que permite o acompanhamento e prosseguimento da assistência.

O enfermeiro tem também, segundo os membros do grupo, uma função de controle, exercida sobre os clientes, funcionários e sobre a assistência e que visa garantir o bom andamento da mesma.

*"Aquela Crespinha [enfermeira] é exigente. Cobra ó, tais com a vacina atrasada, a limpeza, a higiene, tudo! Eu fui lá e ela tava vendo se tava tudo em ordem, tava controlando ali."*

A organização, supervisão e controle da assistência e dos aspectos que nela exercem influência tem sido assumida pelos enfermeiros, descrita sob o rótulo de função administrativa. Muitas vezes, os profissionais, por diversas razões, dedicam-se exclusivamente a estas atividades, afastando-se da assistência direta ao cliente. No estudo desenvolvido por Camargo et al. (1988), já aqui referido, a crítica levantada por aqueles participantes pertencentes às demais categorias da enfermagem com relação à postura de mando assumida pelo enfermeiro frente ao pessoal de

enfermagem, chamou a atenção. Segundo dados deste estudo, o enfermeiro é aquele profissional que chefia, dá ordens e dita normas.

Mas de todas as características atribuídas ao enfermeiro, uma delas, que distingue os "bons" profissionais dos "maus" profissionais, sobressaiu-se no discurso das participantes do grupo: a necessidade de "ter o dom". O enfermeiro que tem o dom seria aquele que além de executar procedimentos técnicos, dispensa atenção e carinho ao paciente.

*"Tem alguns que até parece que faz aquilo por obrigação."*

*"... chega lá, vê a pressão, marcô, vira as costas e sai."*

*"Tem enfermeiro que faz amizade com a gente e até isso ajuda muito o paciente."*

*"Tem uns que conversa, que cuida da gente, que anima."*

*"... tem uns enfermeiro que além de tê aquele cuidado, eles ainda faz aquela amizade que o paciente se sente melhor. Dá uma força especial para o paciente... dá uma atenção especial. Além de tudo o que ele vai fazê ali, ele bate um papo, ele te dá um injeção de ânimo, como se diz, né?"*

*"Além de todo o cuidado tem aquela vontade de cuidá do paciente."*

*"Tem paciência de tratar do paciente."*

*"Tem enfermeiro que a gente vê que faz aquilo por prazer."*

O bom enfermeiro, aquele que tem o dom, ultrapassa os limites da competência técnica conferindo ao cuidado uma conotação mais humana, transformando aquilo que poderia resumir-se à execução de procedimentos, em amizade, confiança e respeito, ingredientes de uma relação valorizadora, comprometida e prazerosa.

Com o aprofundamento da discussão e da reflexão em torno do tema, uma outra característica do enfermeiro juntou-se às anteriores, o seu papel educativo. No desempenho deste papel, o profissional busca prevenir doenças evitando a hospitalização e promover a saúde.

*"Eu vejo vocês, por outro lado, como professoras; podem ser enfermeiras, mas professoras que vieram passá prá gente, né, alguma coisa assim... que pode ajudá a evitá alguns problema, evitá que possa levá... que precise levá num hospital."*

*"Eu acho que vocês passam... coisas boas prá gente, né, ensinam e, de repente, aprendem alguma coisa também, né?"*

A lembrança do papel educativo do enfermeiro foi despertada pelo trabalho do grupo, de educação em saúde, fundamentado no compartilhamento de saberes e vivências visando o ser saudável.

Lembrando ao grupo nossa condição de enfermeiras, perguntamos, Ilca e eu, se nos viam como tal. As respostas provocaram surpresa.

*"Então vocês, além de que estão estudando, vocês também são enfermeiras? Trabalham em algum hospital?"*

*"Eu não vi vocês como enfermeiras porque a gente não encontrou vocês num hospital, não com a roupa apropriada ou com aquele aparelho de ver coração... como se vê uma enfermeira."*

*"Prá gente vê vocês como enfermeiras só se a gente for atendida por vocês quando a gente tiver doente. Senão, assim, vocês são nossas amigas, professoras... nossas professoras. Agora, como enfermeiras, não consigo."*

*"Eu só queria tomá uma injeção pela mão de vocês."*

Estas falas revelam um pouco mais da imagem que estas pessoas fazem do enfermeiro, vendo-o como habitante de um mundo estranho, o do hospital, no qual circula usando roupas brancas e utilizando instrumentais especializados na assistência. O discurso reforça também o vínculo com a doença e o fato de nós, apesar de não sermos vistas como enfermeiras, sermos consideradas amigas, parece revelar que os profissionais enfermeiros comumente não o são.

Para aprofundar a discussão, perguntamos se pelo menos tínhamos "jeito" de enfermeiras e as respostas foram igualmente surpreendentes.

*"Você tem [Ilca] mas ela [eu] não."*

*"Eu acho que a Valéria tem mais jeito que a Ilca."*

*"A Valéria tem cara de enfermeira. A Valéria é que tem."*

*"Nem pensá. Quem tem é a Ilca."*

O curioso foi que para as mulheres do grupo Amizade, Ilca tinha mais "jeito" de enfermeira, enquanto que na opinião do grupo do Centro, eu me parecia com este profissional. Talvez isto tenha sido resultado da postura assumida por nós nas reuniões de grupo. Nos encontros do grupo

Amizade eu participava de todas as atividades, enquanto Ilca permanecia calada, concentrada, geralmente séria, tomando notas. Nos encontros do grupo do Centro ocorria o contrário.

O fato de as mulheres terem relacionado a figura do enfermeiro àquela de nós que tomava notas parece sugerir que a população, ou pelo menos as pessoas deste grupo, vêem no enfermeiro um indivíduo sério de expressão e de postura, que se mantém distante dos clientes que atende.

## **REFLETINDO SOBRE O SER SAUDÁVEL**

Logo nos primeiros encontros o grupo Amizade deixou transparecer nas discussões que seus membros estabeleciam diferenças entre a doença e a saúde e que utilizavam alguns parâmetros para diferenciar o ser saudável do ser doente. Era possível, também, perceber que o grupo atribuía significados diferentes tanto à saúde como à doença e, por consequência, ao ser saudável.

A importância conferida à saúde foi reforçada ainda mais quando, em uma discussão sobre valores de vida, ela despontou como valor principal para a maioria dos membros do grupo. Com base nisso, sugeri o ser saudável como tema para um encontro, acreditando que esta discussão ofereceria subsídios não somente para o desenvolvimento de todo o trabalho, como também abriria aos membros do grupo a possibilidade de aprofundarem o conhecimento de si e dos outros, favorecendo a integração grupal.

Desta discussão surgiram elementos importantes tradutores do pensamento do grupo com relação ao tema, bem como do significado atribuído ao mesmo, e que foram progressivamente trabalhados não só naquele encontro como também ao longo de todos os subsequentes. Da análise e organização dos dados de cada discussão resultou uma estrutura conceitual - se é que é possível utilizar esta denominação - que traduz a compreensão alcançada pelo grupo e que procuro, agora, descrever.

Esta estrutura conceitual deixa evidente as múltiplas faces, as diversas dimensões do ser saudável que envolve, ao contrário do que se poderia imaginar, elementos que não se restringem ao corpo biológico, compatibilizando-se com a visão holística do ser humano hoje intencionada nas ciências da saúde.

A **capacidade para o desempenho de atividades da vida cotidiana** esteve sempre presente nas referências do grupo ao ser saudável e esta presença foi tão forte a ponto de determinar que as pessoas não se percebam como doentes enquanto estiverem em condições de trabalhar.

*"Enquanto consigo fazê as coisa, não me sinto doente."*

*"Não me acho doente porque ... eu tenho capacidade de fazê as coisa."*

Esta postura tem reflexos na decisão de buscar ajuda junto aos serviços oficiais de saúde, protelada ao máximo e só tomada quando o problema passa a ameaçar o desempenho cotidiano no trabalho.

Em um estudo sobre conceitos de saúde e doença desenvolvido com famílias de uma vila pesqueira do interior da ilha de Florianópolis, Elsen (1984) concluiu que, para aquelas famílias, a seriedade da doença e a interferência da mesma no trabalho são fatores que distinguem um adulto saudável de um doente; esta forma de raciocínio faz com que os membros da família esperem um longo tempo antes de buscar tratamento para problemas por eles considerados comuns ou pouco sério.

Em pesquisa desenvolvida na comunidade da Costa da Lagoa, em Florianópolis, Cartana (1988) também relata a categoria trabalho/atividades relacionadas como central nos conceitos de saúde de homens e mulheres, para quem a capacidade de realizar tarefas está intimamente vinculada ao ser saudável.

A ênfase conferida à capacidade de trabalhar como elemento essencial do ser saudável pode estar (e certamente está) relacionada à responsabilidade assumida pelos adultos da família no que se refere ao sustento de seus membros. Embora esta função seja comumente atribuída ao homem, às mulheres cabem todas as atividades ligadas à manutenção do lar - lavar, passar, cozinhar, arrumar, cuidar dos filhos e do marido, plantar - que exigem condições e capacidade de trabalhar; além disto, as mulheres desenvolvem atividades remuneradas paralelas àquelas do lar e que contribuem para o provimento do sustento da família.

Muito embora a capacidade de trabalhar seja importante para os membros do grupo, ela não se restringe ao simples desempenho de atividades, à mera execução de tarefas. Para que esta capacidade de desenvolver atividades da vida cotidiana possa ser considerada como clara evidência do ser saudável, é necessário que se faça acompanhar por um outro elemento: a **disposição para o trabalho**.

*"Tem saúde, tem tudo na vida, tem tudo! Tem disposição prá trabalhá."*

*"Se eu tô bem disposta, tenho vontade de trabalhá".*

O estado de ânimo das pessoas como elemento do ser saudável fica mais evidente quando elas falam sobre a doença, responsável pela perda da disposição e não só da capacidade para o trabalho.

*"Quando tá doente, [a pessoa] fica desanimada, abatida, triste. Não tem vontade prá nada, não tem disposição prá trabalhá."*

Fica claro nos discursos que um ser saudável apresenta capacidade e disposição para o desempenho de suas atividades cotidianas, o que parece evidenciar dois aspectos aparentemente contraditórios envolvidos no trabalho: a necessidade de trabalhar aliada ao prazer que o trabalho proporciona quando feito com vontade. Para Elsen (1984), a disposição como componente da saúde marca a diferença entre trabalhar por obrigação e trabalhar por gostar de fazê-lo.

Cartana (1988), em estudo já mencionado, verificou que o trabalho feminino inclui algo mais que a execução de tarefas domésticas pois é esperado que a mulher saudável tenha disposição para executá-las. Esta autora prossegue dizendo que o elemento disposição refere-se ao prazer e satisfação aliados à eficiência na realização das atividades cotidianas.

Outra dimensão relativa ao ser saudável e aparente nos discursos dos membros do grupo, refere-se a aspectos emocionais do processo de viver e poderia receber a denominação de **estado de espírito**, utilizada por Elsen (1984) e por Elsen, Hense e Eckert (1992).

*"Ser saudável é tar feliz, de bem com a vida."*

*"Ter alegria."*

*"Tá satisfeita, tá tão bem com a vida, tão feliz."*

O valor atribuído à alegria, felicidade e satisfação como expressões do ser saudável destaca-se ainda mais quando, nas discussões, a doença vem vinculada a emoções opostas.

*"Tá doente mesmo! Sente uma forte dor, tá abatido, triste."*

*"A pessoa que tá doente fica desanimada, abatida, fica triste."*

*"A gente fica triste, preocupada... falô em doença entra em pânico, fica apavorada."*

*"A doença faz lembrá de dor, mal estar, preocupação."*

Além disto, outros elementos que contribuem para a segurança afetiva dos seres humanos, são considerados essenciais ao ser saudável.

*"Ter um lar, uma família."*

*"A pessoa pode tá bem, corada, mas se falta uma família... um lar... amor..."*

*"A pessoa prá sê saudável precisa de um lar, uma família, de carinho."*

*"Aí, é falta de carinho. Ai você tá abatida, não sente dor, começa a pensá nos filho, você sente aquela saudade e... pode ficá doente. Na própria mente da pessoa a gente fica doente, sem dor."*

*"Ser saudável não é só do corpo, é do sentimento, do pensamento, da alma da gente."*

As falas deixam transparecer a importância assumida por aspectos imateriais da existência na expressão do ser saudável, que abandona os limites do corpo físico passando a significar muito mais do que a mera ausência de doença e a incluir algumas "necessidades intangíveis", como diz Remen (1992), do ser humano.

Este ponto remete a outra questão envolvida na conceptualização grupal sobre ser saudável e que vem a ser a **presença ou ausência de doença**, ou ainda, a presença ou ausência de sinais e sintomas de uma doença. Problemas corriqueiros de saúde tais como cefaléias, resfriados e vermes, parecem ser considerados naturais e, assim sendo, parte integrante do processo de viver e do ser saudável. Algumas situações são consideradas comuns a determinadas faixas etárias, como é o caso do desconforto pré-menstrual para as mulheres e a cólica para os bebês. Desta forma, não são rotuladas como doenças.

*"Ah, uma dor de cabeça, quem não tem? Mas isso não é nada!"*

*"Um resfriadinho de vez em quando, uma dorzinha eu tenho, Mas uma doeeença, dessas de ficá de cama, nunca tive."*

*"Ele [o bebê] teve cólica até os três mêsê. Ai ele chorava bastante mas passava, pronto! Já ficava alegrinho de novo, brincava. Teve febre das vacina e dos dente, mas doente, nunca ficou. Ele é bem saudável."*

Surge mais uma vez nestas falas a vinculação doença/incapacidade de desenvolver atividades cotidianas e ser saudável/capacidade - disposição de trabalhar. Aquela doença que mantém o ser humano acamado faz com que ele se admita e se sinta doente. Isso ao tratar-se de adultos pois com a criança a vinculação parece ser ser saudável/capacidade - disposição para brincar. A brincadeira é tradicionalmente tida como a atividade própria das crianças e uma condição que não as impeça de brincar, como resfriado e febre, não as torna menos saudáveis.

Tem-se a clara impressão que saúde e doença não são visualizadas em separado pelo grupo; pelo contrário, parecem fazer parte de um todo integrado. Parece inclusive que um componente quantitativo de tempo é considerado na avaliação do ser saudável e a questão da cólica do bebê pode esclarecer este ponto de vista: a alegria, a brincadeira são pontos considerados importantes para uma criança saudável, porém no momento das cólicas, o bebê não se encontra alegre e muito menos em condições de brincar; mas este período de cólicas é relativamente curto se for comparado com as vinte e quatro horas do dia e, depois dele, a criança volta a mostrar-se alegre e a brincar. Então, ao longo do dia, a criança permanece alegre e brincando por um período maior do que aquele em que está com cólicas, o que faz dela um ser saudável apesar da cólica.

Mesmo situações mais graves e que solicitam tratamento específico, como arritmia cardíaca e anemia, parecem não contribuir para tornar a pessoa menos saudável, a menos que se façam acompanhar por sintomatologia capaz de alterar o ritmo cotidiano da vida, interferindo na capacidade para o trabalho.

*"Eu não me acho doente porque eu tenho capacidade prá fazê as coisa, não sinto dor, tô contente. Mas como eu tô com anemia, tô com uma doença mas não me sinto doente. Não me sinto doente porque não sinto dor, eu me sinto capaz de fazê o que eu quero, entendeste?"*

*"Quando a gente não sente nada, não tá doente."*

*"O médico diz que eu tenho arritmia mas eu não sinto nada, nada; eu não tenho nada, nada. Não me sinto doente, portanto, o remédio tá ali, ó. Não tomo mais."*

*"Eu fiquei doente mesmo só uma vez, na gravidez. Eu tive cistite forte. Tinha muita dor e febre alta. Fiquei no hospital e tudo. Depois, em casa, fiquei ainda na cama. Não podia fazê nada. Nossa, quanta dor!"*

As falas deixam a impressão de que a doença faz parte do ser saudável, quer dizer, é tido como natural que uma pessoa saudável apresente alguns problemas de saúde. Estes problemas têm, entretanto, graus diferentes de gravidade, variando de situações corriqueiras como resfriados e cefaléias, até situações que restringem ou impedem o desenvolvimento de atividades cotidianas. As situações que interferem na capacidade de trabalho são as que levam o ser humano a sentir-se doente.

Elsen (1984), em estudo já mencionado, verificou existirem na população pesquisada, alguns problemas de saúde considerados comuns em cada uma das faixas etárias analisadas (criança, adulto, idoso); estes problemas passaram a ser esperados e aceitos como parte do ser saudável em todas as idades. O autor prossegue dizendo que, para aquela população, o que distingue um adulto saudável de um doente é a gravidade da doença e sua interferência no trabalho, enquanto que para as crianças, é a frequência e a gravidade de uma doença e, para os idosos, mesmo os problemas crônicos são aceitos se não restringirem demasiado suas atividades.

Isto tudo equivaleria a dizer que, independentemente da idade, o ser saudável inclui - e não descarta - a possível ocorrência de doenças. Esta forma de visualizar o ser saudável parece não dicotomizar saúde e doença como fenômenos estranhos, opostos, não simultâneos e separados, da forma como têm tradicionalmente feito as ciências da saúde; parece sugerir, isto sim, que enquanto os profissionais da saúde se esforçam para obter uma visão holística do ser humano, da doença e da saúde, este mesmo ser humano vivencia o holismo no seu cotidiano e de tal forma que, por ser natural, torna-se difícil para ele descrevê-lo.

Elsen, Hense e Eckert (1992, p. 30) dizem que a forma de considerar o ser saudável sem dicotomizar saúde e doença, reconhecendo a supremacia do todo sobre suas partes "é coerente com os autores que defendem uma visão holística do ser saudável."

No que se refere ao vínculo ser saudável - capacidade de trabalhar, Gelbcke (1992) verificou, em estudo realizado junto a trabalhadores de um hospital-escola, que a ocorrência de algumas anormalidades comuns e passageiras como resfriados, parece não interferir na totalidade do processo saúde-doença, na percepção daqueles trabalhadores, principalmente por não impedirem o indivíduo de trabalhar.

Isto tudo contribui para reforçar a importância do trabalho para os seres humanos que, conforme entendo, representa mais do que mera capacidade de desenvolver atividades. O trabalhar traz no seu bojo uma série de outras implicações caras ao ser humano como, por exemplo, liberdade, independência, autonomia. A doença ao impedir o ser doente de trabalhar, lhe tolhe não somente a capacidade de desempenhar tarefas mas também todas estas outras implicações, tornando-o, não raro, dependente de terceiros.

Esta forma de pensar reflete a dinâmica da sociedade capitalista em que vivemos, que visualiza o corpo como instrumento de trabalho e o trabalho como caminho para o progresso. Assim, fica mais fácil compreender o papel desempenhado pela capacidade de trabalhar como uma dimensão do ser saudável; saúde e trabalho teoricamente garantem a produção necessária à sobrevivência e, em grau maior, ao progresso.

De acordo com Rezende (1986, p. 19) a simples idéia da doença ou da morte torna-se ameaçadora neste tipo de sociedade, especialmente quando atinge indivíduos jovens, produtivos, "porque aniquila, ou temporariamente inativa, a potencialidade de produzir". O não poder trabalhar significa tornar-se improdutivo, incapaz, um peso social. Neste contexto, o corpo humano, instrumento básico de trabalho, evidencia-se como patrimônio pessoal do indivíduo e patrimônio público, quando expropriado em função das exigências da sociedade a que serve. Como instrumento de trabalho, este corpo será disciplinadamente utilizado, cuidado, protegido e recuperado, "tendo em vista seu valor no processo produtivo" (ibidem).

No espaço aberto pela necessidade de manutenção da capacidade produtiva do corpo atua o saber científico em saúde que atomiza o ser humano, dicotomiza saúde e doença, perdendo de vista a essência holística tanto do ser humano quanto do processo saúde-doença.

O trabalhar torna-se, então, forma importante de expressão do ser saudável e, a meu ver, revela dimensões de poder, dever, querer e necessitar. Poder trabalhar "significa" ter saúde; o dever trabalhar responde aos valores introjetados em virtude das solicitações feitas pela sociedade em que se vive, àquilo que se aprendeu como "certo", "bom" e "ideal", enquanto que o necessitar trabalhar surge em função das condições exigidas para sobrevivência e que só podem ser providas com os bens e o dinheiro que o trabalho traz (ou que pelo menos deveria trazer).

O vínculo ser saudável-capacidade de trabalhar condiciona também a percepção da doença fazendo com que o ser humano não a perceba como tal se não houver uma sintomatologia corroborando-a. Este aspecto pode fazer com que o indivíduo ignore problemas graves protelando a busca de ajuda ou negligenciando o tratamento.

Nerenz e Leventhal (1983) dizem que doentes crônicos sem sintomatologia freqüentemente abandonam o tratamento porque este os faz sentirem-se doentes mesmo sem terem um sinal concreto de sua doença. Segundo estes autores, o doente busca sintomas que combinem com o rótulo que lhe foi apostado; procura dados em suas experiências presentes e passadas que validem sua doença e, quando não os encontra, não se vê e não se sente doente abandonando o tratamento para retomá-lo apenas quando retornarem os sintomas.

Silva e Borenstein (1992), em uma reflexão sobre o ser-e-viver-saudável-no-mundo baseada nos significados dados por seres doentes internados em clínica médica, detectaram a

possibilidade de ser-e-viver-saudável-no-mundo mesmo sendo doente. Prosseguem dizendo que a ausência de sintomas da doença pode dar ao Ser doente a sensação de ser-e-viver-saudável-no-mundo.

As situações descritas por estes autores, isto é, o abandono do tratamento e a percepção de si como saudável conseqüentes à ausência de sintomas de uma doença, parecem ocorrer também em problemas não crônicos de saúde como, por exemplo, a anemia e a cólica renal (exemplos do grupo Amizade), fazendo com que as pessoas não se apercebam do potencial de gravidade das mesmas.

Remen (1992) parece também concordar com a concepção de que o ser saudável não se traduz na mera isenção de doença e ressalta ser necessário distinguir entre enfermidade - experiência subjetiva da doença - e o processo fisiológico da doença pois as mesmas não são mutuamente dependentes e podem não co-existir. Para este autor, a visão de saúde como ausência de doença é imprecisa e limitada pois é possível uma pessoa ter menos doenças sem sentir-se mais saudável. No caso da co-existência de doença e enfermidade, Remen (1992) diz que pessoas saudáveis utilizam a experiência para melhorar sua qualidade de vida e que neste fato reside a arte de viver uma vida saudável. Em resumo, ser saudável e doença não são mutuamente excludentes.

Um outro elemento considerado pelo grupo como essencial ao ser saudável é o **convívio social**, que se traduz nas relações existentes entre as pessoas da comunidade, nas relações do ser humano no e com o mundo. Ser saudável implica também em:

*"Ser amigo das pessoa. Tê amigo."*

*"Sentá, conversá."*

*"Saí, visitá os vizinho."*

Este mundo de relações no qual os membros do grupo Amizade se movimentam é marcado pelo afeto, pela confiança e pela solidariedade. Fisicamente, seus limites são pouco extensos e algumas pessoas "de fora" são aceitas como parte do mesmo em função do parentesco e do afeto, sendo clara, entretanto, a preponderância do segundo sobre o primeiro.

Freire (1991, p. 64) afirma que o ser humano é um ser de relações e, como tal, não é se não no convívio com outros seres humanos; no bojo de suas relações no e com o mundo, o ser humano vai dinamizando o seu mundo, acrescenta algo a ele, faz opções, "vai criando, recriando, decidindo."

Neste mundo, a macro-estrutura sócio-econômica e política do país não é criticamente percebida; pode-se dizer que ela é "sentida" em função de seus reflexos no dia a dia,

marcadamente evidenciados nos esforços de sobrevivência. Para os membros do grupo, o viver se desenrola num micro-cosmo que congrega um número relativamente pequeno de pessoas que pontuam com o afeto suas relações.

Tudo isto parece enfatizar o valor assumido pelo cotidiano, pelo mundo da vida cotidiana no viver de seres humanos. Maffesoli (1986) fala de uma revalorização do cotidiano como palco das relações entre os seres humanos, onde a vida comum e o tempo presente da existência assumem uma grande importância. Para este autor, a vida cotidiana, feita de participação e solidariedade, se arraiga na socialidade, que se refere "à solidariedade orgânica, onde se correspondem, num movimento sem fim, a relação ao cosmos e a relação ao outro." Nesta forma de visualizar o cotidiano, o indivíduo não se dilui, não se exaure no coletivo; ele continua sendo um, ligado aos outros e ao mundo pelo afeto, pela confiança e pela solidariedade.

O ser humano saudável se relaciona e suas relações contribuem para torná-lo mais saudável. De acordo com Maffesoli (1987, p. 170) incluem-se aqui não somente as relações interindividuais mas também aquelas que ligam os seres humanos a um território por eles compartilhado; "dessa maneira, se forma um 'nós' que permite a cada um olhar além da efêmera e extravagante vida individual."

A força da solidariedade e do afeto fomentadas pelo ser humano nas suas relações cotidianas se fez sentir em pequenas coisas ocorridas ao longo dos encontros e evidenciou-se sobremaneira por ocasião do falecimento do esposo de Rosa, conforme já relatado.

Fez parte do marco conceitual que norteou este trabalho, um conceito denominado Mundo da Vida Cotidiana, definido, com base em Schutz (1979), como o mundo intersubjetivo que se dá à experiência e interpretação do ser humano e que ele reconhece naturalmente como realidade. Ao movimentar-se no e com o mundo da vida cotidiana, o ser humano encontra inúmeros obstáculos a sua ação e, reconhecendo-os, reflete sobre eles buscando formas de vencê-los. Neste movimento de ação e reflexão no, com, sobre o mundo, o ser humano modifica a si mesmo, suas relações e o próprio mundo.

Hoje, revendo, com base no vivido, a teorização, percebo que a esta definição faltou considerar o caráter afetivo e solidário das relações cotidianas entre os seres humanos que faz deles seres ativos e criativos, atores soberanos de suas próprias histórias e co-partícipes nas histórias de cada um.

Multifacetado, o conceito de ser saudável revela a **aparência física** como mais uma de suas dimensões, a qual é empregada, pelos membros do grupo, na diferenciação de indivíduos mais ou menos saudáveis. Esta dimensão, embora seja válida também para adultos, evidencia-se na avaliação de crianças.

*"Tá gordinha, com um arzinho de sorriso, tá c'o olho bem brilhante, bem aceso, tá fazendo força prá se apoiá. Já qué sentá."*

*"Eu acho que tem bastante saúde pela carinha dele."*

*"Ela tá com uma boa aparência, tá sorrindo. A cara dela ... a cara é de saúde. Tá forte, sorridente."*

*"Parece saudável; tá com um olhar vivo, curioso, tá bem coradinho."*

*"Quando tá doente, fica com uma carinha triste, como se tivesse dor. Fica abatido, os olhos dele fica assim, abatido, bem apagado."*

*"A expressão dela é que tá feliz, com saúde."*

*"Tá com uma boa aparência, tá sorrindo; tá forte."*

A sugestão implícita nestas falas é a de que ser saudável não é suficiente, é preciso também, aos olhos dos outros, parecer saudável, passar a impressão de saúde. Esta dimensão parece estar intimamente relacionada com a anterior, convívio social, pois o ser e parecer saudável permite o estabelecimento de relações no e com o mundo que serão certamente diferentes daquelas estabelecidas quando a impressão de saúde não se evidencia numa aparência saudável.

A este respeito, Silva e Borenstein (1992, p. 67) dizem que "a maneira do Ser se apresentar ao mundo se consubstancia no estado de espírito e na aparência pessoal", de tal forma que aparência corada, lábios rosados, estado de espírito alegre, feliz e sorridente são sinais de manifestação do ser saudável ao mundo.

As **condições materiais da existência** são também consideradas essenciais ao ser saudável.

*"Prá tê saúde é preciso tê o que comê."*

*"E onde morá também."*

*"Se não der prá comprá ropa, a gente passa com o que tem. Tando bem limpinha, não quer dizê sê velha. Agora, se não tem o que comê, fica difícil".*

*"O pior de tudo é a fome. Querê comê e não tê."*

*"Eu acho a alimentação, né, que é importante prá saúde."*

Alimentação, moradia e vestuário representam as condições mínimas necessárias à vida ou, como diz Leopardi (1992), à (sobre)vida e que, sob o prisma de Horta (1979), poderiam também

ser denominadas necessidades humanas básicas. O caráter indispensável destas necessidades traz à baila uma outra questão já aqui abordada: a do trabalho.

*"É preciso ter trabalho. Sem trabalhá, não tem dinheiro prá comprá nada."*

*"Tem que trabalhá prá tê as coisa, senão ..."*

Ressurge o trabalho nos discursos como condição básica para a satisfação daquelas necessidades já citadas. E, ao lado do poder, querer, dever e necessitar trabalhar, emerge o ter trabalho como um elemento novo. Este elemento se coloca "fora" do indivíduo pois ao contrário dos demais, que se iniciam e se findam no âmbito do individual, o ter permanece no domínio daqueles que compram o trabalho.

Esta é a lógica do modo de produção que rege a sociedade contemporânea, na qual é pensamento corrente que a venda do trabalho restitui ao trabalhador um poder de compra que lhe permite adquirir aqueles bens necessários à sua subsistência. Porém, nem sempre esta restituição corresponde às necessidades, sonhos, desejos daquele que fez por merecê-la e ao invés dela (restituição) adequar-se às solicitações da subsistência, são estas que se adequam a ela.

Para o grupo, o ser saudável envolve **esforço pessoal**, isto é, é necessário que o ser humano empregue forças e energias para alcançá-lo; o ser saudável, então, não é algo que "está aí" para alguns e não está para outros. É algo que, aliado às condições materiais da existência, solicita empenho para ser conquistado; implica numa busca empreendida pelo ser humano com os outros no mundo.

*"Eu tenho que fazê alguma coisa prá ser saudável. Tenho que tê meu trabalho, ganhá meu dinheiro prá tê as coisa prá isso."*

*"Eu tenho que me cuidá, i no médico de vez em quando."*

*"Tomá banho, escová os dente."*

*"Também não adianta tê as coisa e não se cuidá. Tem muita gente que tem tudo e vive doente. Tem que se esforçá. Se a pessoa diz, assim... que tá sempre doente, sempre doente, ela não vai nunca melhorá."*

*"É, as vezi a gente tá c'um resfriado, uma gripe, mas não se entrega. Senão a doença toma conta e pronto."*

O ser saudável parece resultar de uma luta cotidiana travada contra a doença e contra todas as condições que possam apontar para um ser menos saudável. O não se entregar, o resistir

à doença, o enfrentar todas as condições que possam levar a ela parece revelar também uma preocupação das mulheres do grupo com os outros, com os demais membros da família, especialmente com os filhos, que dependem delas. Neste contexto, entregar-se à doença significaria também comprometer o bem-estar de outras pessoas. A consciência disto pode fazer com que a pessoa resista à doença até ser vencida pela gravidade da mesma, retardando ao máximo a busca de tratamento, como já foi aqui falado e como detectado por Elsen (1984).

Este ponto de vista parece estar em concordância também com Rezende (1986, p. 93) que diz que "a doença cria a ansiedade e o medo. Surge ... como um choque para o qual a pessoa não está preparada. Ela é a quebra da harmonia orgânica e, muitas vezes, transcende a pessoa do doente, interferindo na vida familiar e comunitária. Ela se apresenta como uma ameaça ao equilíbrio social e por isso o homem luta contra ela."

Ser saudável pressupõe, então, uma postura ativa frente ao viver, condicionada não apenas pelas condições individuais do ser humano como também pelas do mundo no qual e com o qual ele é-está. Isto fica patente em expressões como:

*"Eu tenho que fazê alguma coisa prá sê saudável."*

*"Tem que procurá as coisa, sê ativo. Não dá prá ficá parado esperando cai do céu."*

*"Tem que se esforça ..."*

Esta postura é condizente com o ser humano criativo, sujeito de sua história que, de acordo com Freire (1991), atua no/com seu mundo e que é capaz de, em certo momento, distanciar-se para refletir sobre si, sobre seu ser/estar no/com o mesmo. Desta forma, os seres humanos alcançam a razão dos obstáculos que se interpõem a sua ação, de modo a conquistar a possibilidade de transpor os limites que o próprio mundo lhes impõe (ibidem).

Ao definir o conceito Ser Saudável que, como parte do marco conceitual, norteou este trabalho, pressupus ser o mesmo um "processo expresso na arte de viver a partir da postura ativa assumida pelo ser humano frente as diversas situações geradas em suas relações no e com seu mundo, variável de acordo com sua competência inata ou adquirida para enfrentá-las e que lhe possibilita movimentar-se em sua busca do ser mais, recriando de forma saudável sua arte de viver.

Os resultados da prática parecem corroborar a postura ativa pressuposta, uma vez que o ser ativo foi continua e repetidamente reafirmado como parte do ser saudável, traduzindo a busca e a luta ininterrupta empreendida pelo ser humano para ser mais em todos os aspectos do seu

viver. Assim, o ser humano ativo e criativo atesta sua situação de sujeito de sua própria história, com vocação para a transformação e não para a adaptação.

Do modo como entendo, esta postura ativa é inerente ao ser humano, embora possa encontrar-se adormecida. Muitas vezes as possibilidades de assumi-la podem estar reduzidas e limitadas em virtude de inúmeros fatores como, por exemplo, a imersão do ser humano em uma condição de objeto, o que o leva a não reconhecer seus próprios recursos, os recursos que o mundo lhe oferece no seu cotidiano e os seus direitos enquanto cidadão; além disto, uma compreensão superficial de suas relações no/com o mundo e das diversas circunstâncias que condicionam o seu viver podem limitar as possibilidades de o ser humano assumir esta postura ativa.

A utilização do termo processo na definição de ser saudável teve a intenção de imprimir ao mesmo a idéia de movimento, de ir e vir que mescla, no momento presente, as vivências passadas e as perspectivas e expectativas futuras. A este respeito, Castilló (1984, p. 12) afirma que o conceito de processo unifica em si a realidade do momento atual e a realidade passada, sempre presente. Este autor não inclui o futuro nesta unificação de realidades possibilitada pelo conceito processo mas, a meu ver, o futuro faz parte da mesma como elemento sempre presente na busca do ser mais empreendidas pelos seres humanos, como perspectiva de vir a ser, fundamentada no *é* e no *foi*, que está implícita nesta busca.

Em algumas falas pode-se claramente perceber passado e futuro envolvidos no presente:

*"Sempre fui saudável, nunca tive doente."*

*"A M. (filha) sempre foi doentinha."*

*"Ah, mas se sempre teve saúde, nunca teve doente, vai sê sempre um menino forte, né. Eu acho."*

Elsen (1984) fala que, para a população pesquisada, em seu estudo, ser saudável tem também uma dimensão temporal. Esta dimensão revelou-se quando ao avaliar seu estado de saúde, cada pessoa considerou suas condições ao longo da vida e não somente no momento presente. Desta forma, um passado com muitos problemas de saúde levava aquelas pessoas a considerarem a si próprias como menos saudáveis. Isto nos leva a crer que se uma pessoa daquela população *foi* e *é* menos saudável, sempre o será, o que traz implícita a inclusão do futuro na percepção presente do ser saudável.

Ainda Elsen (1984, p. 154) refere-se ao ser saudável como um conceito multidimensional que envolve pelo menos quatro categorias: físico/comportamental, estado da mente,

trabalho/atividades relacionadas e presença/ausência de doenças. Esta autora prossegue dizendo que ser saudável ultrapassa o relacionamento entre a pessoa e o sistema de saúde, focalizando o indivíduo como membro de uma família, desenvolvendo papéis sociais e interagindo com outros membros da comunidade.

O que foi aqui discutido da experiência vivida coloca em evidência as múltiplas faces do conceito ser saudável que, para os membros do grupo Amizade, revelam-se como:

- . capacidade/disposição para o trabalho;
- . estado de espírito;
- . segurança afetiva;
- . presença/ausência de doenças ou sintomas;
- . convívio social;
- . aparência física;
- . condições materiais da existência;
- . esforço pessoal.

Nestes elementos pode-se perceber a importância que condições ligadas ao indivíduo e ao mundo no qual e com o qual ele é/está desempenham no ser saudável. Nas suas relações no/com o mundo o ser humano se depara com uma série de dificuldades e obstáculos, os quais é chamado a ultrapassar e, como diz Rezende (1986, p. 86), "é no enfrentamento da adversidade e na resolução de conflitos que se estrutura o ser humano ativo e a idéia dinâmica de saúde."

No enfrentamento da vida cotidiana é que se revela aquilo que Freire (1991, p. 32) chama de "ímpeto criador" do ser humano e que o leva a criar e re-criar respostas às diversas situações com que se depara, transformando a si próprio, seu mundo, sua história e sua cultura. Freire (1991, p. 62) diz ainda que há uma pluralidade nas relações do ser humano no/com o mundo, que se traduz na medida em que ele responde aos desafios deste mesmo mundo e "não se esgota num tipo padronizado de resposta."

O conceito ser saudável não é estático; ele se transforma à mesma medida em que se transformam seres humanos, mundo e as relações entre eles, tendo por fundamento o vivido que influencia, de forma indelével, o que se vive e o que se viverá. Esta forma de pensar encontra eco na afirmação de Castilló (1984, p. 11) de que o "passado se modifica pelo conhecimento melhor que temos dele em todos os presentes sucessivos; é cada vez diferente segundo a idéia que formamos dele e que resulta da unidade do conhecimento do presente com o conhecimento de épocas anteriores até agora obtido."

À medida que o ser humano transforma e amplia seus conhecimentos sobre si, sobre o mundo e sobre suas relações nele/com ele, transforma também sua compreensão das experiências vividas e sua concepção presente do ser saudável.

O ser saudável não é um processo individual apesar de ter uma dimensão individual; ele é vivido, experienciado, expresso, no convívio, nas relações dos seres humanos no mundo e com o mundo.

Este trabalho, que destacou um grupo dentro de uma comunidade, dando voz e vez aos que dele participaram, valorizando a vivência, o saber e as expectativas de cada um e de todos, criou um meio propício à fomentação do ser saudável. Isso porque ao longo das discussões fez da reflexão em torno do vivido a sua tônica, oferecendo elementos que contribuissem para aumentar o conhecimento de si, dos outros, do mundo e dos fatores que condicionam o viver, estimulando a percepção crítica dos mesmos. Nesta reflexão possibilitava a identificação de limites e possibilidades bem como dos recursos real ou potencialmente existentes para superá-los e explorá-las. Desta forma, o trabalho de grupo valorizou a vocação de sujeito do ser humano e procurou estimular, trazer à tona a postura ativa latente nele, necessária ao pleno exercício da cidadania.

Com este intuito, os membros do grupo não foram considerados como indivíduos separados de seu mundo e dos outros, nem tampouco foram esquecidos em favor do coletivo. Foram, isto sim, valorizados como seres humanos em convívio, cidadãos que têm em suas relações a essência do seu viver. Ao contribuir para o despertar da consciência crítica em um meio marcado pela solidariedade, pelo afeto e pela confiança, o grupo fomentou também a cidadania, elemento indispensável ao ser saudável.

É importante ressaltar que o que foi discutido não é fruto de levantamento e compilação de um pensamento original do grupo. Foi, isto sim, resultado de uma discussão específica sobre ser saudável e de todas as demais em que o tema foi trazido à baila, que contaram com a participação efetiva de um profissional da saúde que, utilizando seus conhecimentos em saúde, tomou para si a incumbência de aprofundar discussões e promover a reflexão introduzindo, ao pensamento inicial, elementos novos para ampliar a percepção inicial do grupo sobre o tema.

Então, o processo dinâmico, relativo e multifacetado de ser saudável não necessariamente exclui a doença mas, pelo contrário, pode até incluí-la, reunindo saúde e doença em uma mesma totalidade. Além disto, engloba elementos imateriais da existência como afeto, carinho, amor e felicidade que, juntamente com a aparência rosada e risonha, oferecem ao mundo a expressão da saúde. Ser e parecer saudável são igualmente importantes ao ser humano que trabalha buscando obter as condições materiais que lhe possibilitem manter-se saudável. Para este ser que tem no trabalho a expressão máxima de saúde, a doença representa uma ameaça e, como tal, resiste a ela,

recusando-se a admiti-la a menos que ela se manifeste por inequívocos sinais e sintomas. A doença ameaça seu lar, sua família e o seu convívio social, essenciais ao ser saudável. Mesmo assim, o ser humano não a exclui do seu viver; ele aprende a considerá-la parte deste viver, aprende a negociar com ela, a resistir a ela e a enfrentá-la.

O ser saudável precisa saber-se e sentir-se no comando de seu viver e assim, assumindo uma postura ativa frente a si e ao mundo, o ser humano, ator principal de uma obra composta em parceria com outros seres humanos - sua própria vida- faz do viver uma arte criada, re-criada, re-inventada no cotidiano e busca a possibilidade de exercer plena e conscientemente sua cidadania.

A compreensão e a discussão em torno da forma como o grupo concebe o ser saudável, concepção esta que vem marcada pela forte ênfase ao "poder fazer coisas", possibilitou a compreensão do modo como os membros do grupo enfrentam as exigências do seu dia a dia. O "fazer" sobressai-se também no enfrentamento de um cotidiano pontuado por tarefas diversas, responsabilidades inúmeras e grandes dificuldades.

## **ENFRENTAMENTO - UM PROCESSO ENVOLVIDO NO VIVER**

Ao longo do seu viver, o ser humano depara-se com as mais variadas situações, as quais precisa enfrentar. Muitas destas situações já fazem parte da vivência deste ser humano, dando-lhe oportunidade de enfrentá-las com estratégias e habilidades que já possui, mas outras tantas não foram ainda por ele experienciadas podendo demandar, no seu enfrentamento, estratégias e habilidades diferentes daquelas que compõem o seu repertório habitual. Estas situações podem ser por ele percebidas como estressores.

Os estudiosos do enfrentamento comumente utilizam o termo estressor e isto porque o enfrentamento tem sido estudado em situações de crise, geralmente precipitadas pela doença, que sobrecarregam e muitas vezes excedem as habilidades, as estratégias, os recursos de enfrentamento do ser humano que as vivencia. Hymovich e Hagopian (1992) definem estressor como qualquer estímulo que sobrecarregue ou exceda os recursos do indivíduo para a adaptação ou execução de tarefas, e que exijam dele uma resposta. Estes autores propõem uma classificação de estressores que os divide em de desenvolvimento, potenciais, existentes e situacionais.

O trabalho desenvolvido como o Grupo Amizade voltava-se para seres humanos sadios em suas condições cotidianas de existência numa perspectiva de educação em saúde e, como tal, privilegiava o ser e o viver saudável ao invés de situações de crise relacionadas com a doença. Nesta proposta, o enfrentamento foi vislumbrado como um processo inserido no dia a dia dos seres humanos, no qual incluem-se situações rotineiras ou não pois, como diz Singer (1984), todos enfrentam todo o tempo; cada momento representa algum tipo de desafio que é enfrentado usualmente sem que se perceba, enquanto o ser humano cuida de suas tarefas rotineiras. Assim sendo, o termo estressor não encontrou espaço neste trabalho, pois embora alguns momentos do

cotidiano possam ser como tal percebidos pelo ser humano, não é só a ele que as respostas de enfrentamento são oferecidas; ao contrário, toda e qualquer situação do viver cotidiano é pelo ser humano enfrentada. Então, ao invés de empregar o termo estressor comum nos estudos sobre enfrentamento, utilizei a denominação *situações do viver cotidiano*, a meu ver mais de acordo com o trabalho desenvolvido.

No enfrentamento está incluído o processo de avaliação que o ser humano faz, com base em sua orientação de vida e nos recursos de que dispõe, da situação por ele experienciada. Lazarus e Folkman (1984) dizem ser a avaliação um processo mediador contínuo no qual o ser humano julga o significado que o estressor assume para si, os recursos e opções de enfrentamento que lhe estão disponíveis para manejá-lo e os resultados potenciais da situação. Para Nyamathi (1989), é no processo de avaliação que o ser humano estabelece em que nível sua relação com o mundo é estressora.

Em 1979, Cohen e Lazarus apud McHaffie (1992) delineiam dois tipos de avaliação: uma avaliação primária, na qual o ser humano julga o significado que a situação assume para ele, e uma avaliação secundária, na qual ele analisa o que pode/deve ser feito, recursos e opções disponíveis, sua aplicabilidade e possível eficiência. Há ainda um terceiro nível de avaliação, a reavaliação, que se refere a mudanças na percepção inicial do evento, a partir de novas informações e dos resultados das respostas do ser humano (Lazarus e Folkman, 1984). Esta reavaliação confere um caráter dinâmico, cíclico e contínuo ao processo de enfrentamento.

Ao avaliar, o ser humano/grupo considera seus recursos os quais, com base em Trentini e Silva (1992), referem-se a tudo o que possa ajudar o ser humano/grupo a alcançar sucesso naquilo que deseja. Estes recursos podem ser internos, como auto-confiança, auto-estima, humor, habilidade, esperança, saberes e valores; ou externos, como lazer, trabalho, rede social e segurança financeira. A presença e disponibilidade destes recursos podem ser percebidas pelo ser humano ou por outras pessoas e influenciam no processo de enfrentamento às situações envolvidas no viver cotidiano. Com base nisto, eu acreditava que o grupo seria de grande valor na identificação e/ou descoberta dos recursos disponíveis para o enfrentamento a estas situações.

Ao avaliar a situação o ser humano/grupo considera também suas necessidades, as quais referem-se a algo desejado e necessário para o alcance de uma meta ou finalidade (Hymovich e Hagopian, 1992).

O processo de enfrentamento envolve diferentes estratégias que, com base em Pearlin e Schooler (1978), são esforços dispendidos pelos seres humanos para manejarem as situações encontradas no desempenho de seus diversos papéis sociais e que podem, segundo Lazarus e Folkman (1984) focalizar-se no problema ou na emoção por ele gerada. As estratégias focalizadas

no problema referem-se aos esforços para manejar, alterar ou remover a situação, melhorando as relações ser humano-mundo; as focalizadas na emoção referem-se às tentativas de reduzir o impacto da situação sobre a pessoa e o desconforto emocional por ela gerado. Ambas ocorrem simultaneamente e podem ser mutuamente facilitadoras (ibidem).

As estratégias de enfrentamento, tal como as concebi, incluem uma dimensão de ação, traduzida por "aquilo que as pessoas fazem", uma dimensão de reflexão e uma de emoção. Reúnem-se, nas estratégias, ação, reflexão e emoção, conferindo às mesmas um caráter dinâmico de mudança e crescimento. Este sistema dinâmico composto pelas estratégias de enfrentamento transforma-se à medida que, avaliando continuamente a situação e suas respostas à mesma, o ser humano/grupo modifica a percepção que tem dela, descobre novos recursos e formas de utilizar melhor aqueles que lhe estão disponíveis. O repertório de estratégias de enfrentamento pode ser ampliado à medida que formas alternativas de enfrentamento são aprendidas e novas habilidades são desenvolvidas.

O processo de enfrentamento pode ter resultados efetivos ou não. Com fundamentação em Caplan (1963) e em Miller (1983) concebi o enfrentamento como efetivo quando o ser humano/grupo explora ativamente a realidade e busca informações, expressa livremente sentimentos positivos e negativos, solicita ajuda, divide os problemas em partes e as enfrenta uma a uma, está ciente da fadiga e da tendência à desorganização, desenvolve atividades, engaja-se em esforços de resolução de problemas, acredita em si e nos outros, mantém suas relações com outras pessoas e permanece otimista com relação aos resultados.

Considerando a efetividade do enfrentamento, acreditei que, ao promover o diálogo, o grupo possibilitaria a expressão de pensamentos e sentimentos, a redução da ansiedade, a percepção dos recursos disponíveis, a descoberta de formas alternativas de enfrentamento e o desenvolvimento de novas habilidades.

No processo de educação em saúde, os seres humanos reunidos em grupo, em relação de confiança e diálogo, podem refletir sobre as situações que vivenciam, reconhecer os recursos de que dispõem para enfrentá-los, descobrir e aprender novas estratégias e habilidades de enfrentamento. O grupo pode também possibilitar aos seres humanos o aumento de sua auto-estima e auto-confiança, necessárias ao enfrentamento efetivo.

A enfermeira, co-participando deste grupo com o conhecimento que tem do sistema de saúde, com suas vivências pessoais e com seu saber, pode contribuir para que os seres humanos envolvidos no processo de educação em saúde enfrentem de forma efetiva as situações envolvidas no viver cotidiano, ao mesmo tempo que ela própria cresce e aprende com a experiência.

Compartilhando saberes e vivências em um grupo, os seres humanos aprendem não somente novas estratégias e habilidades para o enfrentamento das situações que vivenciam no momento, como também fortalecem-se para o enfrentamento a situações futuras.

No processo de enfrentamento, o ser humano é sujeito ativo que mobiliza recursos internos e externos para enfrentar efetivamente as situações do seu viver. Em grupo, o ser humano pode aprender novas estratégias e habilidades de enfrentamento como também contribuir para a aprendizagem dos outros. Assume a postura de quem sabe e de quem procura saber mais com os outros, no seu mundo.

Esta foi a posição teórica sobre enfrentamento que, ao idealizar este trabalho, procurei compatibilizar no marco conceitual que o norteou e assim procedi movida por algumas crenças. Acreditava que cada ser humano tem sua própria maneira de enfrentar as diversas e variadas situações envolvidas no seu viver cotidiano; acreditava também que cada ser humano tem em suas vivências e saberes, aprendizagem de toda uma vida, a matéria-prima necessária para criar, recriar, inventar formas de enfrentamento a estas situações e que, neste movimento de criação-invenção, faz do viver uma arte. Pressupunha também, ao início, que o repertório pessoal de estratégias de enfrentamento, forjado na vivência, poderia ser ampliado e/ou modificado pela aprendizagem e que a situação de grupo, onde o compartilhamento de vivências e saberes seria valorizado, ofereceria condições para esta aprendizagem.

À medida em que, ao longo dos encontros, foram tendo lugar as discussões sobre temas da vida diária, as formas de enfrentamento e os modos de enfrentar revelaram-se. Mesmo assim e buscando vislumbrar na prática o conceito teoricamente concebido, o enfrentamento foi tema de discussão em dois encontros; os resultados destes debates possibilitaram uma maior compreensão do significado do processo de enfrentamento para o grupo e dos diversos fatores envolvidos no mesmo.

Na visão do grupo, enfrentar significa:

*"Encará o que acontece no dia a dia; coisas que tu imaginas que pode acontecerê, coisas que tu nem imaginas..."*

*"Enfrentá, encará. Como se diz."*

Esta forma de conceptualização reflete a compreensão corrente no senso comum, de acordo com a qual enfrentar significa manejar a adversidade vencendo, superando o problema, resolvendo a situação. Ferreira (1986, p. 652) define a palavra enfrentar como "pôr, estar defronte de, defrontar, confrontar; atacar de frente; encarar, arrastar, afrontar...; lutar com (em competição

esportiva)...; defrontar-se, confrontar-se". McHaffie (1992) faz eco às posições de Ferreira (1986) ao dizer que, em vernáculo, quando se diz que uma pessoa está enfrentando, significa que ela está superando com sucesso o que quer que seja que esteja lhe provocando estresse.

Todas estas significações atribuídas à palavra enfrentar, trazem subentendida uma ação daquele que vivencia um problema no sentido de superá-lo. O enfrentar significando "encarar os problemas", conforme considera o grupo Amizade, ressalta a pressuposição de postura ativa comumente implicada no termo e traz em si os reflexos da vida cotidiana daquelas pessoas. No desenrolar de seu viver cotidiano, os membros do grupo são chamados a enfrentar situações rotineiras para as quais já conhecem estratégias e recursos, bem como situações novas que solicitam estratégias e diferentes recursos de enfrentamento a serem descobertos, criados, inventados.

Então, pelas falas descritas, o grupo não concebe o enfrentar apenas como resposta a situações novas, diferentes, inusitadas e inesperadas do seu dia a dia mas também como resposta àquelas situações já corriqueiras do cotidiano. Desta forma, a conceptualização reflete o vivido que se espelha nas falas reveladoras da experiência e por vezes o enfrentamento está tão enleado nos aspectos pragmáticos do viver, tão naturalmente envolvido neles, que torna-se difícil traduzi-lo em palavras:

Orquídea: *"ih, a gente enfrenta tantas!"*

Eu: *"Mas o que é enfrentar para você, Orquídea?"*

Orquídea: *(silêncio) "Não sei."*

Crisântemo: *"A Orquídea é a mais nova de todas nós e ..."*

Orquídea: *"É, eu sô a mais nova mas eu enfrento também. Enfrento e bastante porque ... tipo assim... eu trabalho, teço, mas eu tenho a casa, o filho, o marido, então já fica um corre-corre e eu tenho que enfrentá aquilo."*

Eu: *"E quando você diz enfrentar, o que você quer dizer?"*

Orquídea: *"Não sei."*

Fica evidente aqui que mesmo não conseguindo conceituar, as pessoas vivenciam o enfrentamento, que surge como elemento próprio da vida cotidiana. Surge também uma referência à dupla jornada feminina de trabalho também percebida como natural, com conotação de "é assim mesmo."

Como já anteriormente falado, as mulheres do grupo desenvolvem, em suas próprias casas, atividades remuneradas como tecelagem em tear manual, fiação de lã, costura e trabalhos manuais, paralelas às tarefas típicas do lar. Estas atividades não representam, porém, uma forma de ocupação do tempo ocioso, mesmo porque este quase inexistente, mas uma maneira de aumentar a renda familiar.

Ao trabalho realizado no cuidado com o lar e a família, considerado como função da mulher-esposa-mãe-dona-de-casa, somam-se novos deveres e obrigações, o que implica em uma dupla jornada de trabalho, fato comum dentre as mulheres das sociedades contemporâneas. Isto porque um pensamento socialmente aceito institui e reconhece como trabalho aquelas atividades remuneradas e desenvolvidas fora do lar. Desta forma, tudo o que a mulher desenvolve no âmbito do lar, que lhe exige horas e horas de função contínua, sem perspectivas de remuneração ou de férias, não é reconhecido como trabalho. De acordo com Wright e Carneiro (1985), o trabalho da mulher no seio da família não produziu ou produz mercadorias visíveis, o que o torna sem valor perante a sociedade. Não reconhecidas socialmente por seu trabalho no lar, é comum as mulheres ouvirem, como diz Haar (1975), que não têm ocupação e que o que fazem não é trabalho.

Mas, mesmo enfrentando no seu cotidiano longas e dobradas jornadas, a própria mulher assume um posicionamento de desvalorização daquilo que faz:

Jasmim: *"Ah, eu trabalho um pouco também. Fio lã lá prá minha cunhada."*

Eu: *"E quando não está fiando, o que você faz?"*

Jasmim: *"Ah, é cuidá da casa, lavá roupa, atendê os filho. Um monte de coisa".*

Eu: *"E isso não é trabalho?"*

**Silêncio**

Rosa: *"Acho que é mas é diferente, entendeste?"*

Eu: *"Como assim?"*

Orquídea: *"É que casa, filho, roupa, é com a mulher."*

Ou ainda:

*"A mulher passa trabalho mas o homem também passa. E se a gente pensá bem, passa mais trabalho do que nós."*

Esta dificuldade em reconhecer valor nas tarefas domésticas que realizam é fruto de uma educação recebida ainda na infância, que estabelece claramente as diferenças "reais e naturais" entre os sexos e os papéis sociais de cada um. Este modelo de educação, ainda vigente estabelece uma série de estereótipos de comportamento para cada um dos sexos e, de acordo com eles, é esperado que a mulher seja uma boa esposa, mãe e dona-de-casa, assumindo a guarda do lar e a criação-educação dos filhos, enquanto que o homem se encarrega de prover o sustento da família.

Uma vez introjetados, estes estereótipos e valores relacionados tanto à mulher quanto ao homem, assumem uma conotação "normal" e "natural", como se fossem inatos e não social e culturalmente adquiridos (Martin, 1975). Não há nada geneticamente condicionado na natureza da mulher e do homem que as determine e predisponha aos cuidados da casa e dos filhos e que as isente destas responsabilidades. Na verdade, os seres humanos nascem homens e mulheres, o que é uma determinação biológica, mas se tornam homens ou mulheres, em termos sociais, através de suas relações com outras pessoas no seu mundo, onde são aprendidos os papéis sociais culturalmente instituídos para ambos os sexos (Belkin, 1975; Martin, 1975).

É neste complexo sistema de papéis sociais, estereótipos e valores que se situa o trabalho feminino, o qual a menina aprende já cedo na vida a considerar secundário; aprende a vê-lo como uma forma de manter-se até formar sua própria família ou como um modo de ganhar um dinheiro extra que não a impeça de atender seu lar. Como diz Belkin (1975, p. 45), a mulher é ensinada a encarar o trabalho como "um meio de encher o tempo até que encontre o homem que lhe permita desempenhar o papel de esposa-mãe-dona-de-casa".

Rosa: *"... a menina tem que sê orientada prá quando ficá mocinha sê moça direita... tem que cuidá mais. O menino já tem que ensiná a andá com boas companhia, prá crescê, sê honesto e trabalhador."*

Eu: *"E a menina não vai trabalhar quando crescer?"*

Violeta: *"Pode."*

Jasmim: *"Mas é diferente!"*

Eu: *"Como assim?"*

Rosa: *"É que a menina tem os filho, a casa. Dá prá trabalhá fora, mas tem estas coisas também."*

Eu: *"Então primeiro a casa, filhos, marido..."*

Violeta: *"É, depois vem o trabalho."*

O trabalho remunerado das mulheres é visto por elas mesmas como secundário aos afazeres do lar pois é social e culturalmente instituído que o dinheiro proveniente do mesmo não se destina, teoricamente, ao custeio de gastos de manutenção uma vez que o papel de provedor é atribuído ao homem.

*"O menino cresce, vai tê uma família também e trabalhará prá sustentá essa família... claro que tem mulher que trabalha prá alimentá a família quando não tem marido... mas é diferente, né?"*

*"O home tem que trabalhá prá mantê a família."*

As mulheres ficam, então, divididas entre as lides e preocupações domésticas, que exigem horas de um trabalho rotineiro, não remunerado, "invisível" dentro do modo de produção que rege a nossa sociedade contemporânea, e o trabalho fora do lar, visto como fonte secundária de recursos financeiros e, justamente por isto, considerado de menor valor. Desta forma, a mulher enfrenta as variadas situações de seu cotidiano imersa em horas de trabalho ininterrupto.

*"Olha, a gente faz cada coisa! Não pára o dia inteiro."*

*"A gente não pára. é de dia, é de noite. Não tem sábado, não tem domingo, não tem folga."*

*"Como diz o ditado, levanta trabalhando e deita trabalhando. Eu tenho que i dormi pensando se a casa tá fechada, se os filho tão tapado."*

Os membros do grupo somam encargos às atividades tradicionalmente pertencentes ao mundo feminino. Esta situação, conforme deixam transparecer as falas, é aceita sem muitos questionamentos, como se fosse natural ou como se a mulher temesse perder ou não quisesse correr o risco de perder seu reino do lar cultural, histórica e socialmente assegurado, em favor de um trabalho para o qual poderia não ter capacidade ou do qual poderiam advir consequências como a responsabilidade de manter o lar.

O aparente medo de perder o espaço já certo do lar evidencia-se no esforço pessoal dispendido para manter o bom andamento da casa e da família, apesar do outro trabalho, no recrutamento das filhas adolescentes para auxiliar nos afazeres domésticos e no cuidados dos irmãos menores, bem como na resistência em aceitar e estimular a participação do homem nas atividades típicas do lar:

*"Home dentro de casa só atrapalha."*

*"O meu (marido) se vê que eu tô apurada, me ajuda mas se as meninas tão, aí ele mas faiz é nada."*

*"O meu foi trocá a fralda dele (bebê) mas fico toda froxa. Nem quero mais que faça!"*

*"Não sei. Eles não tem jeito de fazê as coisa!"*

*"Eu tive cistite quando tava grávida e quando voltei do hospital tava ali descansando, tava morrendo de dor... ele pegô a vassora, varreu a cozinha, limpô a cozinha inteira prá mim. Agora, se eu tivesse boa, ele não me ajudava."*

*"Bem assim, bota tudo nas minhas costa; fica sentadinho lá que nem um dotôzinho e eu tenho que fazê tudo."*

O comportamento destas mulheres traduz uma clara ambivalência: reclamam que os maridos não ajudam nas tarefas domésticas mas nem ao menos tentam chamá-los a participar e quando eles tentam ajudar, dizem que não está bem feito e dispensam a ajuda. Acredito que esta maneira de agir seja reveladora de um possível temor de perceber que alguém, um homem, consegue realizar a contento funções para as quais elas, as mulheres, foram preparadas desde a mais tenra idade, o que diminuiria o seu valor, sua importância, tornando-as dispensáveis.

Esta forma de perceber o seu próprio trabalho redundando em passividade e conformismo no enfrentamento da sobrecarga de trabalho e da não valorização do mesmo. Neste sentido, o grupo atuou estimulando a discussão sobre os papéis da mulher no lar e na sociedade, enaltecida como esposa-mãe-dona-de-casa e desprestigiada como trabalhadora; estas discussões despertaram a reflexão em torno dos condicionamentos sócio-culturais deste estado de coisas.

Neste grupo de pessoas, as questões sociais relativas ao gênero perpassam o enfrentamento às diversas situações envolvidas no cotidiano, influenciando-o, condicionando-o, ou mesmo determinando-o. Em função desta interrelação, as discussões sobre enfrentamento não podem deixar de considerar os aspectos referentes ao gênero, sob pena de mostrar-se superficial.

## PROCURANDO COMPREENDER MELHOR

Embora o termo "encarar", empregado pelo grupo para definir o enfrentar sugira dominação e controle de quem encara sobre o objeto encarado, não há que se supor que o mesmo implique sempre na resolução, superação, remoção da situação enfrentada.

Eu: *"Encarar significa o que? Resolver a situação?"*

Jasmim: *"As veze."*

Rosa: *"É, nem sempre. Se o problema é sério, não é fácil resolvê. A gente tenta...vai tentando... mas às veze não dá prá resolvê."*

Orquídea: *"Como é bom quando a gente consegue resolvê".*

Crisântemo: *"Não sei... eu acho que... qué dizê... prá mim você pode não resolver o problema mas você pode, como se diz, procurá sair dessa. Vê um jeito, otro jeito. Pode só aliviá."*

Embora as falas indiquem que o grupo não considera encarar como sinônimo de resolução da situação, fica evidente nas mesmas que, diante da situação, a pessoa não permanece passiva, que ela se mobiliza no sentido de buscar caminhos, procurar alternativas de enfrentamento.

De acordo com alguns autores, esta não passividade, esta busca de alternativas representa uma forma efetiva de enfrentamento, mesmo que não resulte, de imediato, na resolução ou superação da situação. A este respeito, Visotski et al (1961) consideram o enfrentamento efetivo quanto mantém o distresse dentro de limites manejáveis, gera encorajamento e esperanças, mantém ou restabelece a auto-estima e relações com outros significantes, aumenta a busca por recuperação física e a busca por situações favoráveis (interpessoais, sociais, econômicas). Estes autores falam de enfrentamento efetivo focalizando-se nos resultados do processo; já Caplan (1963) refere-se a estratégias efetivas de enfrentamento e identifica como tais, a exploração ativa da realidade e busca de informações, livre expressão de sentimentos negativos e positivos, tolerância à frustração, solicitação ativa de ajuda, separação dos problemas em partes a serem uma a uma enfrentadas, percepção da fadiga e das tendências à desorganização, desenvolvimento de atividades, engajamento em esforços de resolução de problemas, controle de sentimentos quando possível e aceitação do inevitável quando não, crença em si e nos outros e manutenção do otimismo sobre os resultados.

Ao falar de doença crônica, Miller (1983) cita como resultados efetivos do enfrentamento, o controle de sentimentos desconfortáveis como ansiedade, medo, culpa e mágoa, a manutenção da esperança, a melhora da auto-estima, a manutenção de relações com outras pessoas e a manutenção e melhora do bem estar.

O conceito de enfrentamento fez parte do marco conceitual que norteou este trabalho e, ao defini-lo, a efetividade foi considerada como elemento constituinte e importante do processo de enfrentamento. Com fundamentação em Caplan (1963) e em Miller (1983), pressupõe o processo de enfrentamento como efetivo quando o ser humano/grupo explora ativamente a realidade e busca informações, expressa livremente sentimentos positivos e negativos, solicita ajuda, divide os problemas em partes e as enfrenta uma a uma, está ciente da fadiga e da tendência à desorganização, desenvolve atividades, se engaja em esforços de resolução de problemas, acredita em si e nos outros, mantém auto-estima elevada, mantém suas relações com outras pessoas e permanece otimista com relação aos resultados.

Analisando as falas acima descritas com os parâmetros oferecidos por esta proposta de marco conceitual, é possível perceber na expressão "*a gente vai tentando*" a tradução de um engajamento em esforços de resolução de problemas, desenvolvimento de atividades e de exploração ativa da realidade. O mesmo pode ser vinculado às frases "*você pode, como se diz, procurá sair dessa. Vê um jeito, vê outro jeito.*"

Parece implícito nestes discursos, uma forma progressiva de enfrentamento bem como a sugestão de uma contínua avaliação permeando o processo e influenciando o mesmo. McHaffie (1992) fala desta progressão no enfrentamento quando aborda o mesmo como uma constelação de processos em mudança contínua que têm lugar no tempo, desenvolvendo-se e sendo progressivamente modificados. Este processo envolve pensamentos e ações que são influenciados pelo ambiente e pela percepção da situação. Ainda de acordo com este autor, há, mesmo em situações menos sombrias, uma filtragem de fatos e um enfrentamento por estágios, o que objetiva a utilização de vários recursos e permite uma revisão periódica da situação.

A revisão periódica equivale à avaliação contínua do processo de enfrentamento. No discurso do grupo, o "*vê um jeito, vê outro jeito*" traduz o envolvimento da avaliação dos recursos disponíveis e das estratégias no processo de enfrentamento. À medida que o ser humano busca maneiras diferentes de enfrentar a situação e engaja-se em esforços que visam superá-la, modifica, a cada passo, sua percepção da mesma e esta modificação exercerá influência sobre sua forma de enfrentá-la.

Avaliação contínua é considerada, pelos estudiosos do enfrentamento, como elemento essencial ao processo. McHaffie (1992) diz que a resposta a uma situação depende do significado

que a pessoa atribui à mesma. Seguindo linha semelhante de pensamento, Hymovich e Hagopian (1992) dizem que as pessoas enfrentam de acordo com o que a situação representa para elas. Embora sem utilizar o termo avaliação, estes autores deixam patente a presença da mesma quando vinculam o enfrentamento ao significado que o ser humano atribui à situação por ele vivenciada.

Lazarus et al apud McHaffie (1992) referem-se à avaliação como o processo no qual o resultado potencial de uma situação e os esforços de enfrentamento adotados para manejá-la são avaliados. No ano de 1979, Cohen e Lazarus apud McHaffie (1992) fazem referência a dois tipos de avaliação: uma primária, na qual a pessoa julga o significado que a situação tem para ela, e uma avaliação secundária, onde ela analisa o que pode/deve ser feito, os recursos disponíveis, sua aplicabilidade e possível eficiência. Lazarus e Folkman incluíram, em 1984, um terceiro nível de avaliação, a reavaliação, que se refere a mudanças na percepção original do evento, promovidas por novas informações obtidas do ambiente e das reações da pessoa.

Este processo de avaliação que inclui três níveis é também empregado por Hymovich e Hagopian (1992) em seu Modelo Contingencial de Cuidado a Longo Prazo. Segundo estes mesmos autores, a avaliação é um processo cíclico, dinâmico e contínuo. Prosseguem também dizendo que o modo como a pessoa avalia uma situação influencia o processo de enfrentamento, com o que concorda McHaffie (1992) ao dizer que o modo como as pessoas enfrentam depende da maneira como elas interpretam o evento à luz dos recursos disponíveis.

Então, ao avaliar, o ser humano percebe e interpreta a situação a partir de sua subjetividade, de forma que uma mesma situação pode assumir significados diferentes para seres humanos diferentes. Considerei, no marco conceitual proposto, os três níveis de avaliação: avaliação primária, secundária e reavaliação. Os dois primeiros níveis ocorrem simultaneamente e o terceiro segue um esforço de enfrentamento no qual engajou-se o ser humano. A reavaliação, responsável pela modificação na percepção inicial da situação a partir de novas informações e dos resultados das respostas do ser humano à mesma, é, a meu ver, o que confere ao processo um caráter dinâmico, cíclico e contínuo.

A característica progressiva e o envolvimento da avaliação no processo de enfrentamento evidenciam-se claramente nos cuidados dos filhos:

Violeta: *"Quando ele tá com diarréia, faço primeiro um chazinho de goiaba com folha de pitanga."*

Eu: *"E isto, quem decide?"*

*Violeta: "Eu... eu. Se eu vejo que fica um dia, dois dia e não resolveu nada, aí busca com as vizinha, né. Se as vizinha não ensinam nada, aí a gente vai embora pro hospital."*

O enfrentamento de situações relacionadas com o cuidado do filho segue uma linha de evolução na qual a mulher lança mão, em primeiro lugar das habilidades que já possui para manejar a situação; reavalia a mesma com base nos resultados de sua primeira ação e, em caso de não alteração ou piora de sua percepção inicial, busca ajuda nas pessoas que fazem parte de seu meio social imediato. Se esta ajuda buscada em elementos pertencentes à sua "rede interpessoal" (Pearlin e Schooler, 1978) não contribuir para modificação da situação original, a mulher procura ajuda mais especializada.

A progressão no processo de enfrentamento demonstra o papel desempenhado pela reavaliação na evolução do mesmo e a importância dos recursos - não só a existência como também o reconhecimento deles pelo ser humano - disponíveis para enfrentar a situação. Estes recursos podem ser internos como auto-confiança, auto-estima, humor, habilidades, esperança, saberes e valores, ou externos, como lazer, trabalho, rede social e segurança financeira.

Os recursos de enfrentamento são descritos por Pearlin e Schooler (1978) e McHaffie (1992) como não sendo aquilo que as pessoas fazem mas como o que lhes está disponível para o desenvolvimento de seus repertórios de enfrentamento. Estes autores, respectivamente, classificam os recursos em sociais e psicológicos e como propriedades do indivíduo ou do ambiente. Hymovich e Hagopian (1992) fazem referência a forças, as quais definem como sistema de recursos, características e habilidades internas e externas ao indivíduo ou grupo. Estas forças equivalem aos recursos de enfrentamento abordados pelos demais autores. Trentini e Silva (1992, p. 82) também referem-se a forças, as quais definem como "recursos ou tudo aquilo que ajuda a pessoa/grupo a ter sucesso naquilo que deseja" e as dividem em internas e externas. Para Nyamathi (1989), dentre o vasto número de fatores que podem ser considerados como recursos, destacam-se como principais a saúde física e mental, segurança financeira e espiritual e o suporte social, que evidenciam aspectos internos e externos ao ser humano. Nem sempre os recursos disponíveis são percebidos e reconhecidos pelo ser humano, o que limita as possibilidades de enfrentamento às diversas situações envolvidas no seu viver cotidiano.

No que se refere aos filhos, as mulheres do grupo mencionam uma série de situações envolvidas no cuidado dos mesmos e que precisam ser enfrentadas:

Eu: *"Já que estamos falando em filho, que situações a mulher enfrenta no cuidado do filho de zero a um ano?"*

Jasmim: *"Ih, é tanta coisa."*

Crisântemo: *"É coisa que não acaba mais."*

Violeta: *"Não dormi de noite, choro..."*

Orquídea: *"trocá, alimentá, cuidá prá não ficá doente..."*

Jasmim: *"É tanta coisa! Dá até prá escrevê um livro. Enfrenta tudo: a saúde, alimentação, vestimenta, tudo, tudo. Eles são pequeno, depende da gente."*

Violeta: *"A doença também. É fogo! Tem que adivinhá o que eles tem."*

Crisântemo: *"É, depois eles começa a caminhá, aí dá mais trabalho. Eles mexem em tudo, é fácil se machucá."*

Mesmo reconhecendo as inúmeras situações envolvidas no cuidado dos filhos e mesmo estando aparente nas falas acima quão pesados as mulheres consideram os encargos decorrentes das mesmas, o excesso de trabalho é visualizado como natural, como normal, como parte inseparável do ser mãe.

Jasmim: *"É. É pesado; as veze a gente cansa mas... fazê o que, né. Tem que fazê."*

Orquídea: *"E sabe como é, né. Filho é com a mãe!"*

Crisântemo: *"Eles são tão pequenininho, não falam, não comem sozinho, não anda... tudo é com a gente. Mãe é mãe. E a gente gosta tanto deles, que não qué dizê o cansaço."*

As mulheres estão, sem dúvida, biologicamente envolvidas na maternidade pois são elas que vivenciam a gravidez, o parto, a amamentação mas, em virtude deste envolvimento biológico, elas assumem também o cuidado das crianças, as responsabilidades por sua criação, onde o biológico cede lugar às determinações sócio-culturais relativas ao desempenho do papel de mãe. A este respeito, Scavone (1985) ressalta que uma das faces mais evidentes da maternidade é a que traduz a responsabilidade da mulher na reprodução humana, na qual evidencia-se a responsabilidade pelos corpos gerados. Esta autora prossegue dizendo que a maternidade apresenta múltiplas faces, o que faz dela não só um fenômeno biológico como também "um bloco de idéias e práticas sociais e historicamente legitimadas, que situam as mulheres numa situação específica no conjunto de

relações sociais" (ibidem, p. 44). Sob este ponto de vista, a autora refere-se à maternidade como um fenômeno muito mais social do que biológico.

As falas descritas acima deixam transparecer certas ambivalências na relação mãe e filho, nas exigências cotidianas do cuidado com o mesmo. A primeira delas surge entre o amor pelo filho que sabem dependente da mãe e a sobrecarga de trabalho, o excesso de exigências que se impõem no desenrolar deste cuidado. Outra ambivalência revela-se entre a consciência da sobrecarga de trabalho, o cansaço que advém dela e a idéia secularmente introjetada de que cuidar de filho é "coisa de mulher", é "da natureza materna", fazendo parte do sagrado papel de mãe. Desta forma, uma incumbência social e culturalmente instituída para o papel de mãe passa a ser percebida como natural, como pertencente à natureza feminina, contribuindo para conformar a mulher ao excesso de atividades e responsabilidades, bem como levando-a a sentir-se culpada quando verbaliza seu cansaço, como se, ao reclamar da sobrecarga de trabalho, estivesse revelando uma "condenável" falta de amor materno.

Rosa: *"Às veze a gente cansa, tem vontade de... Mas não é que a gente não gosta dos filho, entendeste? Mas às veze a gente cansa."*

Ao fazer uma reflexão sobre a função da dona-de-casa, a qual denomina ingrata, Haar (1975) reconhece o caráter ininterrupto do trabalho feminino no âmbito do lar ao afirmar que mães com crianças pequenas trabalham 24 horas por dia, sem salário e sem direito a férias pois, desde o momento em que tem um filho, a mulher abraça um trabalho diário interminável. A mulher, assim, trabalha incansavelmente conciliando as tarefas próprias do cuidado dos filhos com aquelas de manutenção do lar, às quais somam-se ainda atividades fora do lar. Mesmo assim não é socialmente reconhecida como trabalhadora.

Em uma pesquisa desenvolvida com grupos de mulheres em comunidades periféricas da Ilha de São Luis do Maranhão, Scavone (1985) detectou que, para aquelas mulheres, os filhos representam uma fonte presente e futura de segurança contra a solidão bem como um apoio financeiro para a velhice. À guisa de compreensão, a autora comenta que, em uma sociedade como a nossa, na qual o trabalho feminino na criação dos filhos não é econômica e socialmente contabilizado, os filhos surgem não só como tradução de uma aspiração a segurança material e afetiva mas também como forma de obter reconhecimento pelo trabalho doméstico que, sem os filhos, seria completamente invisível.

Scavone (1985, p. 43) percebeu ainda que, juntamente com o desejo de ser mãe expresso pelos sujeitos de seu estudo, estava presente o aspecto revelador da relação entre ser mãe e a

responsabilidade que este papel exige, fazendo com que nas falas daquelas mulheres a maternidade se expressasse "por um sentimento contraditório de desejo e fardo".

Nesta miscelânea de sentimentos, que confunde desejo de ser mãe, amor pelos filhos, a responsabilidade exigida no exercício do papel de mãe e o trabalho contínuo solicitado pelo cuidado com os filhos, as mulheres do grupo prosseguem no seu cotidiano resignando-se às responsabilidades e à sobrecarga de trabalho por considerá-los uma "verdade" natural, inerente ao viver feminino. Enfrentam esta condição trabalhando sem parar para cuidar da casa, dos filhos, do marido e conseguindo ainda um tempo para desenvolver atividades que ajudem a aumentar a renda familiar. Há, nesta forma de enfrentar, o reflexo dos valores e dos papéis femininos incorporados pelas mulheres ao longo de sua criação e ao longo da história; se tem algum trabalho a fazer, elas o fazem sem questionar e, em consequência, sem perceber alternativas para mudar este estado de coisas.

Contam, é claro, com algum tipo disponível de ajuda para enfrentar as inúmeras atividades de seu cotidiano, e fazem uso dela. Esta ajuda é representada por filhas, mães, sogras e, em grau menor, vizinhas e amigas.

As filhas realizam diversos tipos de atividades que incluem as tarefas típicas do lar e o cuidado com os irmãos menores. Elas são introduzidas nesta rotina muito cedo na vida e as tarefas que desenvolvem aumentam em complexidade e exigência à medida que elas crescem. À vida em casa conciliam a vida escolar. Aos filhos são destinadas outras atividades como ajudar o pai nos seus afazeres, trabalhos nos sítios da vizinhança, alimentar e tratar animais de criação da casa (vacas, cabras, porcos...).

*Rosa: "A minha sorte é que as minhas filha me ajuda em tudo. A R. cuida dele (bebê) p'rá mim podê tecê; ela dá a comidinha, troca... faz tudo. A M. é pequena ainda mas ajuda a limpá a casa, recolhê a ropa. O F. pula da cama cedo e vai tratá a criação no sítio do vizinho, depois volta, tomá café e vai p'rá aula".*

*Crisântemo: "As menina me ajudam bastante. A casa é praticamente com elas. Assim eu consigo costurá, fazê as minhas coisas. O C. tá sempre lá pra cima cuidando dos bichos dele. Ele adora fazê isso. Ele é que tá criando o porco pro aniversário do V. Depois eu te levo lá p'rá conhecê."*

Fica patente nestas falas a ajuda dispensada pelas filhas nos afazeres cotidianos do lar, o que as transforma em recursos de enfrentamento para a mãe; mas fica também claro a diferenciação de

atividades de acordo com o sexo, configurando as características dos papéis sexuais conforme o social e culturalmente instituído. Estes papéis reforçam, consolidam e perpetuam a íntima ligação mulher-filhos-lar, tornando-os praticamente inseparáveis.

As mães e sogras representam outra fonte de ajuda para a mulher, solicitada quando do nascimento de um filho, especialmente o primeiro, e em situação de doença:

*Orquídea: "Quando eu tive ele, no início eu achava tudo difícil. Tinha que trocar, meu Deus!... minha mãe me ensinou e na primeira vez eu aprendi. Quando ele tava com o umbiguinho eu nem tocava nele. Ela (avó) dava banho, trocava, ela mesmo não deixava. De noite ele acordava várias vezes prá mamá... e eu achava que era difícil. Agora eu acordo como se nada fosse... é que ele acorda menos vezes agora."*

*Violeta: "Do primeiro, minha mãe ficou doze dias comigo, depois veio uma sobrinha minha que ficou mais quinze dias. Quando eu tive o meu primeiro, era só cama (no resguardo). Queria sair mas minha mãe dizia 'que é isso gurria, volta p'rá cama.'"*

*Crisântemo: "Quando eu tive o C., morava com a minha sogra que cuidava também, ela cuidava muito (no resguardo). E aqui, com o V., tem a minha mãe. Ela diz não vai gurria. É cedo ainda. Fica dentro de casa."*

Nas falas acima pode-se perceber a influência exercida pelas avós no cuidado com o bebê e nos cuidados a serem tomados pela mulher no puerpério, o período de "resguardo", com o objetivo de evitar uma "recaída". A presença de pelo menos uma das avós é comum por ocasião do nascimento e quando surge alguma dificuldade com o bebê, a mãe as consulta em primeiro lugar.

Em estudo desenvolvido na comunidade pesqueira da Costa da Lagoa em Florianópolis - SC, Cartana (1988) observou que a mulher encontra ajuda de diversas fontes para desimcumbir-se das responsabilidades envolvidas no cuidado do filho. Este autor verificou que as pessoas consideradas como da família e que têm entre si um laço afetivo são as que auxiliam a mulher, prestando suporte social em situações como o cuidado da criança e com a saúde da mesma. Nesta comunidade, o cuidado dos "nenês", como é considerada a criança desde seu nascimento até o início da marcha independente, é tarefa feminina e as mães fazem uso da experiência dos avós da criança para aprender a cuidar do filho.

Boehs, Monticelli e Elsen (1988/89), em pesquisa sobre a percepção das mães a respeito dos cuidados com a criança no primeiro mês de vida, desenvolvida com mães de estrato sócio-econômico baixo e marginal de uma maternidade de Florianópolis - SC, também verificaram a necessidade de uma pessoa mais experiente para auxiliar nos cuidados com o recém-nascido. Estes autores observaram que este auxílio é com mais frequência buscado junto à avó materna, depois com a sogra ou ainda com irmãs e vizinhas que já têm filhos.

O atendimento às necessidades da criança exige habilidades e conhecimentos que a mãe pode ainda não possuir. Scochi et al (1992) dizem que, neste caso, ela pode receber ajuda da mãe, sogra, avó, vizinha ou de outra mulher de seu convívio que já tenha cuidado de seus próprios filhos e que a "aconselhe" com os conhecimentos que a vida lhe conferiu.

Mas embora a presença destas conselheiras seja geralmente de grande ajuda para a mulher, a proximidade e a interferência das mesmas pode restringir as ações da mãe no cuidado com o filho, dificultando-lhe a conquista da independência:

*Crisântemo: "Com a minha sogra era assim... 4 mese ela passô o bebê pro quarto dela, entendeu? Ah, essa criança chora muito, é frio. Tu dormes e não vês esta criança chorá, ela dizia prá mim. Eu só levantava prá fazê a mamadera, então eu tive aquela despreocupação toda, assim, porque ela é que ficô cuidando, ela fazia tudo. Eu era muito nova, despreparada. O difícil ela fazia e foi assim com os dois. Com este, minha mãe veio dá uma mão".*

*Orquídea: "Quando ele tava com o umbiguinho, eu nem tocava nele! Eu morria de medo, ele era muito pequeno, muito molinho... Ela (a avó) fazia tudo. Ela mesmo dizia que era prá deixa pr'a ela fazer."*

*Eu: "E se você tiver outro filho, como vai ser?"*

*Orquídea: "Ah, eu chamo ela prá cuidá do umbiguinho! Se não, eu vô tê que cuidá, né."*

Como se pode perceber, mesmo sendo esperada e desejada pelas mães, a ajuda das conselheiras pode impor limitações às iniciativas maternas e até mesmo ao desenvolvimento do vínculo mãe-filho. Há, porém, um outro aspecto influenciando a entrega que a mãe faz da criança às mãos da conselheira: o temor de fazer algo que nunca fizeram e na determinação deste sentimento, exerce grande influência a necessidade de manusear o coto umbilical, parte do corpo

de uma pessoa pequena, frágil, indefesa, que povoa o imaginário das mulheres, inspirando-lhes temor e respeito:

Jasmim: *"Eu acho que o imbiguinho é muito importante porque ele... assim... como vô dizê? É ele que alimenta o nenê na barriga da mãe, então..."*

Rosa: *"É que tem que cuidá bastante do imbiguinho porque ele vem de dentro da criança, entendeste?"*

Orquídea: *"Minha mãe falô que se não cuidá bem do imbiguinho, o nenê pode morrer."*

Crisântemo: *"Eu só sei que até que não caia o imbiguinho dos meu, eu não sossegava. Depois que cai fica mais fácil cuidá do bebê".*

As falas acima dão uma amostra dos sentimentos que o coto umbilical inspira nestas mulheres; ele vem relacionado à manutenção da vida durante a gravidez; surge como algo pertencente, inerente à criança que provém do seu desconhecido, misterioso interior; traduz uma íntima relação com a morte, mantendo a criança entre o viver e o morrer; e revela também uma dificuldade eminentemente prática no cuidado, que é a dificuldade de movimentar o bebê. Então, o cuidar do bebê durante a permanência do coto umbilical demonstra ser uma situação problemática para a mãe, a qual ela enfrenta lançando mão dos recursos de que dispõe: a conselheira e sua própria experiência no cuidado com outros filhos.

Em estudo realizado junto a uma maternidade de Florianópolis com 30 puérperas com o objetivo de verificar o significado do coto umbilical, o auxílio à nova mãe no cuidado ao recém-nascido e as práticas no cuidado com o coto umbilical, Boehs, Monticelli e Elsen (1991) verificaram que os significados atribuídos ao coto incluem a visão do mesmo como algo perigoso que pode levar a criança à morte; como uma referência espiritual ligada à vida da criança; como algo com explicação de ordem natural ou orgânica. As autoras detectaram também a influência de mulheres próximas à mãe no cuidado do bebê; destas mulheres, a mãe da puérpera surge em primeiro lugar, prestando os cuidados após o nascimento da criança. Na ausência da mãe da puérpera, seu lugar é ocupado pela sogra, irmã mais velha, avó ou vizinha. Estas mulheres ajudam a mãe aconselhando-a no cuidado, fazendo o curativo do coto, dando banho ou auxiliando nos afazeres domésticos. A mãe busca, então, ajuda de alguém mais experiente para fazer aquilo que lhe inspira medo ao mesmo tempo que as avós consideram um dever oferecer esta ajuda. (ibidem)

Embora o estudo citado tenha sido desenvolvido exclusivamente em torno do tema "coto umbilical", ficam claras as semelhanças entre suas verificações e as discussões do grupo Amizade.

Parece, realmente, que a presença do coto umbilical está relacionada com a insegurança das mães no cuidado de seus bebês.

Scocchi et al (1992) buscaram investigar as expectativas das puérperas e o conhecimento das mesmas sobre os cuidados com o recém-nascido. Para este fim, desenvolveram um estudo exploratório-descritivo, com uma amostra de 92 puérperas em idades entre 14 e 35 anos. Os sujeitos da pesquisa foram questionados, no momento da internação na maternidade, sobre que informações gostariam de receber sobre o cuidado do recém-nascido; 57,6% das entrevistadas referiram o desejo de receber informações sobre o curativo umbilical, cuidados gerais, alimentação e higiene do bebê. Estes autores verificaram também que dos ensinamentos recebidos pelas mães, 58,1% provinham de fontes como a própria vivência, pessoas não ligadas à área de saúde, como a mãe da puérpera e meios de comunicação.

Os estudos referidos e as discussões do grupo Amizade revelam a preocupação das mães com os cuidados relativos ao coto umbilical, que surge como um fator a ser enfrentado no cuidado dos bebês, bem como a ajuda prestada às mães pelas conselheiras. Para as mulheres com bebês pequenos, mães, sogras, avós, irmãs, vizinhas, formam uma rede social de apoio imediatamente acessível a elas, à qual recorrem nas suas dificuldades.

Então, no seu cotidiano as mulheres do grupo deparam-se com inúmeras situações relacionadas com o cuidado da casa, dos filhos, do marido e com outras atividades que desenvolvem para aumentar a renda familiar, o que lhes impõe uma longa jornada diária de trabalho. Para enfrentá-las lançam mão da colaboração eventual do marido nos afazeres domésticos, contam com a participação das filhas e com pessoas, no mais das vezes mulheres, próximas e significantes, que as aconselham e auxiliam no cuidado dos filhos pequenos ou em situações de doenças. Muitas vezes, a presença e a ajuda oferecida pelas conselheiras tolhe a iniciativa, a liberdade da mulher especialmente nos cuidados com o filho pequeno. Nestes cuidados, os relacionados com o coto umbilical representam fonte de insegurança e preocupação para as mães que o vinculam à morte e à vida, preferindo muitas vezes deixá-lo ao encargo de alguém mais velho e/ou mais experiente, a conselheira.

No seu viver as mulheres revelam diferentes formas de enfrentar, sobre as quais creio serem cabíveis aqui algumas considerações sobre o que trata a literatura a este respeito.

De acordo com os estudiosos do enfrentamento, formas de enfrentar equivalem a estratégias que, para Pearlin e Schooler (1978) são respostas específicas de enfrentamento; comportamentos, cognições e percepções nas quais a pessoa se engaja quando está realmente lutando com seus problemas de vida. Para estes autores, as estratégias representam aquilo que as pessoas fazem, seus esforços concretos para lidar com as tensões geradas no desempenho de seus diversos papéis.

McHaffie (1992) considera as estratégias como um método adotado pela pessoa para enfrentar eventos estressantes. Já Hymovich e Hagopian (1992) tratam estratégias como meios cognitivos, comportamentais e afetivos que indivíduo/grupo utiliza para minimizar ou aliviar um estressor.

De acordo com Lazarus e Folkman (1984), McHaffie (1992) e Hymovich e Hagopian (1992), são dois os tipos de estratégias: as focalizadas no problema, que são orientadas para a realidade e que se referem aos esforços realizados para manejar ou alterar o problema ou ainda para melhorar a relação pessoa-ambiente; e as estratégias focalizadas na emoção, que traduzem as tentativas de aliviar ou regular o impacto emocional do estresse sobre o indivíduo. Ambas ocorrem simultaneamente e podem ser mutuamente facilitadoras. Hymovich e Hagopian (1992) acrescentam ainda que as estratégias não são estáticas, mas modificam-se de acordo com as demandas da situação sobre a pessoa e com a percepção do indivíduo sobre a situação; sugerem também ser possível aprender estratégias alternativas para manejar uma situação.

Rosa: *"Qué vê é um filho ficá doente. Meu Deus!"*

Eu: *"Como a mulher enfrenta essa situação?"*

Rosa: *"Nem pensa!"*

Crisântemo: *"Resolve logo! A gente logo procura fazê alguma coisa prá mudá aquilo."*

Orquídea: *"Sai correndo."*

Eu: *"E porque?"*

Orquídea: *"É que ele é indefeso, depende da gente. Ai, não dá prá ficá esperando. Já faz logo alguma coisa."*

Eu: *"Mas e se o filho for maiorzinho, com 7 anos, por exemplo?"*

Rosa: *"Também... Tem que cuidá logo prá não piorá."*

Crisântemo: *"Mas daí ele já entende mais as coisa, pode colaborá mais. A gente fala, cuida, e ele se ajuda mais. Fica um pouco manhoso, né, mas se cuida."*

Analisando esta forma de agir sob a perspectiva dos teóricos do enfrentamento, pode-se perceber que, apesar dos temores e da insegurança, a mulher enfrenta os cuidados com o filho e as dificuldades que eventualmente surjam, com estratégias focalizadas no problema; no que se refere ao filho impera, no enfrentamento, a pronta ação:

Aqui, o significado que o filho assume para a mulher fundamenta sua forma de enfrentar, impulsionando-a à ação. O filho pequeno é visto como indefeso e, como tal, precisa ser protegido;

a mãe encarrega-se desta proteção zelando pela sua segurança e bem-estar. O significado atribuído à doença, vista como uma ameaça à vida que deve ser combatida, também influencia o enfrentamento. Então, frente a uma doença que ameaça o filho indefeso e dependente, a mulher move-se para modificar a situação, protegendo o filho.

Nesta forma de enfrentar que implica uma ação imediata com vistas a modificar a situação, fica subentendido a avaliação como componente do processo. No marco conceitual concebido para este trabalho, a avaliação foi definida, com base em Lazarus e Folkman (1984), como um "processo mediador contínuo no qual o ser humano julga o significado que o estressor assume para si, os recursos e opções de enfrentamento que lhe estão disponíveis para manejá-lo e os resultados potenciais da situação".

Considerando esta definição a partir da experiência vivida, já não utilizaria nela o termo "estressor" pois entendo que na avaliação, o ser humano aprecia a situação atribuindo-lhe um significado que irá influenciar sua forma de enfrentá-lo. Quer dizer, é a partir da avaliação que a situação emerge ou não como estressor e, mesmo sem assumir esta conotação, uma situação é avaliada e enfrentada. Com base nestes argumentos, hoje compreendo a avaliação como um processo mediador contínuo no qual o ser humano julga o significado que a situação assume para si, os recursos e opções de enfrentamento que lhe estão disponíveis para manejá-la e os resultados potenciais da mesma.

Um outro aspecto colabora, a meu ver, para que o enfrentamento da mulher às situações envolvidas no cuidado do filho seja focalizado no problema: a relação de poder mãe-filho e o modo como esta relação se desenvolve. Entre mãe e filho pequeno, o poder se encontra nas mãos da primeira já que o segundo depende dela. Esta dependência confere à mãe o poder de decidir o que, quando, onde, como e porque fazer alguma coisa. Com base naquilo que a situação vivenciada significa para ela, decide o que fazer, escolhe a maneira de fazê-lo, avalia os resultados, decide quando e onde buscar ajuda. A dependência do filho confere à mulher um poder decisório que não raramente lhe é negado em outras esferas do viver, dando-lhe autonomia e autoridade para agir.

Em estudo já mencionado e sem preocupar-se com o enfrentamento, Scavone (1985, p. 42) diz que "a presença dos filhos permite às mulheres exercerem um poder e uma autoridade no espaço doméstico". A autora diz ainda que o exercício deste poder limitado e específico permite à mulher personalizar seu desempenho em um papel que lhe é sócio-culturalmente atribuído, além de lhe oferecer uma forma de compensação social dentro de um contexto que a marginaliza política, econômica e socialmente. No grupo Amizade, este poder bem como a autonomia e a autoridade que advêm dele permitem à mulher dirigir suas ações, suas iniciativas de enfrentamento à

modificação da situação que as motivaram. Isto ocorre mesmo quando a situação envolve dinheiro, escasso e difícil de ganhar.

*Rosa: "Eu fiquei dois dia sem lavá ropa prá podê fazê tapete prá vê se eu ganhava um trocado, entendeste? Onte eu recebi dois mil. Vô desce sábado pagá minha prestação... porque meu filho ele vai de bicicleta todo dia e no inverno tá muito frio. Ele disse: 'mãe, tô precisando de uma blusa. Eu não tenho condição de pegá um milhão e meio prá comprá uma japona prá ele. Então, fui lá comprá a prestação; paguei três mil a prestação."*

O amor materno, tão enaltecido pela sociedade, traz no seu bojo ingredientes de presença constante, responsabilidade, abnegação e renúncia que tornam a íntima relação mãe e filho, amplamente reconhecida, a ponto de ambos serem percebidos como seres inseparáveis. Assim sendo, quando esta "íntima relação", que subentende proximidade física, é por algum motivo rompida, surge um novo elemento a influenciar o enfrentamento da mulher não só aos problemas do filho como também a outras situações envolvidas no seu viver cotidiano: a culpa.

*Crisântemo: "Onte de noite eu me lembrei dele (filho). Porque eu deixei ele e essa culpa eu tenho sempre junto comigo. Eu digo que ele é... o filho do meu orgulho porque ele podia, puxa, cai no vício, ou alguma coisa, porque perdeu o pai, logo depois, um ano e três meses, eu deixei ele nas mãos de uma pessoa de idade, embora ele sendo adulto, tinha 18 anos. Mas ele sofreu muito. Então, eu penso assim... eu pensei só em mim, no meu bem-estar; não pensei que minha família ia sofrê, que esta (filha) ia sofrê mesmo estando comigo, que ele ia sofrê muito. Então, tem horas que eu entro em depressão, quando acontece alguma coisa, eu penso: eu tô pagando! Quanto meu filho sofreu por eu ter deixado ele. Eu não pensei nele. Eu só pensei em mim, entendes? (Bate no peito) Só pensei em mim, só em mim eu pensei. Acontece alguma coisa, aí eu penso: eu tô pagando o que eu fiz prá ele. Aí eu aceito o que acontece comigo."*

Mesmo com o componente de poder na relação mãe e filho, que confere autoridade e autonomia decisória à mulher, a maternidade parece impor a ela uma certa dose de renúncia. Na vida da mulher, seus desejos, seus interesses, seu bem estar vêm em último lugar, deixados de lado

em favor dos interesses do lar, seu reino instituído, dos desejos e do bem estar dos filhos, indefesos e dependentes dela, e em favor dos desejos e interesses do marido, do qual ela depende. Este estado de coisas é percebido como natural, inerente a toda mãe, esposa, dona-de-casa. No desempenho do papel de mãe, essência do dom sagrado da maternidade, esta situação é exacerbada e perdura mesmo depois de adultos os filhos. Primeiro os filhos! Quando esta ordem de prioridades é modificada, surge o sentimento de culpa pois o abandono de um filho pela mãe, mesmo já sendo ele independente, constitui-se, perante a sociedade, um ato condenável, um pecado imperdoável. Este sentimento de culpa impregna o viver da mulher fazendo-a avaliar as dificuldades vividas como uma forma de redenção de supostos erros cometidos no passado. Desta forma, conformismo e o fatalismo marcam, em um primeiro momento, o enfrentamento. Cabe comentar que este conformismo e fatalismo não surgem naquelas situações relacionadas com o filho, que solicitam iniciativa da mulher, nas quais ela pode atuar modificando-a como, por exemplo, numa doença, num acidente, numa dificuldade financeira ou na escola. Fatalismo e conformismo, o "estar pagando" erros do passado surge em situações nas quais muitas vezes o filho não está envolvido e que fogem à esfera de poder da mulher como, por exemplo, no alcoolismo do marido, na agressividade do mesmo.

Na experiência do grupo Amizade foi possível perceber que o enfrentamento às situações envolvidas no cuidado com o filho, a mulher lança mão dos recursos que lhe estão disponíveis utilizando-os em grau progressivo de complexidade. Em primeiro lugar, a mulher recorre à sua experiência, seus conhecimentos, e aos recursos existentes no seu lar; em seguida, busca aconselhamento e ajuda junto a vizinhas, parentes, pessoas mais experientes da comunidade, para, finalmente, buscar os serviços de saúde. Esta "ordem" hierárquica é seguida a menos que uma emergência ou agravamento da situação exijam sua modificação.

Além dos aspectos até aqui considerados, três outros parecem exercer influência sobre a forma como a mulher enfrenta o cuidado dos filhos. Estes aspectos são o número de filhos, o espaçamento entre eles e a idade da mãe que parecem interatuar aumentando os conhecimentos, a experiência e a auto-confiança materna.

*Rosa: "Ah, do meu mais velho não foi fácil. Eu era muito nova, eu não sabia nada! Deste mais novo já tá bem mais fácil, apesar que ele é bem diferente dos outros. Mas também! Depois de seis só podia, né?"*

*Violeta: "Eu só tenho dois. Do primeiro era mais difícil. Deste aqui tá mais fácil."*

Jasmim: *"Eu também tenho dois mas quando esta nasceu o M. tinha 11 ano. Eu não sabia nem dobrá fralda mais! Desta aqui também não foi fácil."*

Crisântemo: *"Quando eu tive ele (bebê), a C. tinha 13 anos já. Eu já tinha esquecido muita coisa, como tu. Mas com ele tá diferente. Este eu tô curtindo. Não sei se é porque desse a gente tá mais velha, mais madura... não sei. Mas este eu tô curtindo."*

Como já falado a mulher enfrenta as situações envolvidas no cuidado dos filhos com vistas a modificá-las e emprega, para este fim, aquilo que estudiosos do enfrentamento denominam de estratégias focalizadas no problema. Não há, contudo, que se supor que este enfrentar não envolva emoção. Folkman e Lazarus (1988) referem-se ao enfrentamento como um mediador de emoção, defendendo a idéia de que o relacionamento entre enfrentamento e emoção é bidirecional, onde cada um afeta o outro. Para estes autores, o processo de avaliação de uma situação gera emoção e ambos influenciam o processo de enfrentamento que, por sua vez, modifica a relação pessoa-ambiente. Esta modificação passa por uma reavaliação, que resulta em mudança na qualidade e intensidade da emoção. Como um mediador, o enfrentamento origina-se durante a situação, transformando a avaliação inicial e as emoções por ela geradas (ibidem). Desta forma, a emoção permeia, impregna o processo de enfrentamento, sendo transformada à medida que se transforma a situação que a originou ou a percepção que o ser humano envolvido tem dela.

Foi possível perceber, ao longo dos encontros do grupo, inúmeras situações que parecem concordar com a posição defendida por Folkman e Lazarus (1988); procuro aqui relatar uma delas:

Em um dos encontros, Jasmim parecia particularmente preocupada e triste. Durante a discussão, revelou que a filha recusava-se a receber outro tipo de alimento além do leite materno. Ela, por sua vez, desejava desmamar a criança por saber que aos 8 meses de idade ela já necessitava de outros nutrientes para seu crescimento e porque a erupção dos primeiros dentes estava lhe causando sofrimento físico. Este era o motivo de sua preocupação e tristeza; como mãe acreditava que "mais cedo ou mais tarde ela (o bebê) vai pegá otro tipo de comida", enfrentava a situação conformando-se à continuação do aleitamento natural. O grupo perguntou a ela se a criança não aceitava realmente nenhum tipo de alimento, ao que respondeu:

Jasmim: *"É, ela come um pouco. Não é comêêê com vontade. A gente até desanima porque faze sopa, ela come duas, três colher e deu; dá maçã, é quatro-cinco colherada e deu. Suco e vitamina é que ela come mais".*

Crisântemo: *"Olha, eu não sei, mas com os meu também foi assim. Aos pouco, devagarinho".*

Orquídea: *"A médica falou que é assim mesmo. É que eles tem o estômago pequeno... depois, tão acostumado com o sabor do leite e até acostumá com outro gosto, demora. O L. também comia poquinho no começo. O que você acha, Valéria?"*

Eu: *"O que vocês falaram está certo. No começo, a criança aceita 3-4 colheres de alimento e vai aumentando aos poucos a aceitação. Ela tem o estômago pequeno, não está habituada ao sabor e à consistência de outros alimentos, precisa aprender a mastigar. Por isso o ideal é oferecer um mesmo tipo de alimento por vários dias o que, além de tudo, ajuda a mãe a identificar uma possível alergia alimentar."*

Jasmim: *"Ah, meu Deus. Então é assim? Eu pensei que tinha que come todo o prato de sopa. Não, não, então se é assim, ela come sim. Fiquei até mais tranquila."*

Orquídea: *"Ó, Valéria, bem que a gente podia discuti essa história de comida do bebê logo né?"*

Eu: *"Podemos. Que tal semana que vem?"*

Jasmim: *"Prá mim vai sê bom".*

Nesta situação pode-se perceber que o modo como a mulher avalia a situação gera como emoções a preocupação e a tristeza. Estas, fazem com que ela a enfrente conformando-se com o prolongamento da prática já dolorosa do aleitamento natural. Ao perceber que a situação por ela vivida fazia parte da introdução progressiva dos alimentos de desmame e que já havia sido experienciada por outras mulheres, tranqüilizou-se e retomou com mais ânimo a tarefa de oferecer novos alimentos à criança, passando a introduzi-los um a um, respeitando as características do período de crescimento e desenvolvimento da mesma. Então, parece que emoção e enfrentamento fazem parte de um mesmo ciclo que se renova, se transforma continuamente, no qual um influencia o outro.

Enfrentamento e emoção são parte integrante da relação mãe-filho que, além de biológica, é social e culturalmente instituída. Fica, porém, claro a meu ver que o traço biológico que vincula a mulher à maternidade também leva as mulheres a assumirem a responsabilidade pelos filhos, zelando pela vida dos mesmos. No cumprimento desta missão que lhe foi em parte conferida pela natureza e em parte pela sociedade, a mulher depara-se com inúmeras situações, as quais enfrenta

utilizando-se dos recursos disponíveis para modificá-las. Neste processo de enfrentar, conta com o auxílio das filhas e de conselheiras, papel representado geralmente pelas avós da criança mas que admite também vizinhas, irmãs, amigas. O processo de enfrentamento da mulher frente às situações envolvidas no cuidado do filho, mescla amor, poder e culpa, autonomia, autoridade, abnegação e renúncia. Neste jogo, as estratégias de que lança mão para enfrentar, são fruto de sua vivência, de seu saber, de seu convívio com outras pessoas em comunidade, principalmente com mulheres que cuidam ou já cuidaram de seus próprios filhos. Neste processo, enfrentamento e emoção fazem parte de um mesmo ciclo, influenciando-se mutuamente.

Mas... o que mais as mulheres do grupo Amizade enfrentam no seu cotidiano? São todas as formas de enfrentamento por elas empregadas voltadas para a modificação da situação que as motivou?

Na experiência aqui relatada, foi possível observar que o enfrentamento de algumas situações do viver não visa a modificação das mesmas. Exemplos disso, que se evidenciaram com muita força ao longo dos encontros, são os acontecimentos envolvidos na relação homem-mulher, esposa-marido dentro do lar.

Dentro desta relação, à mulher tem sido historicamente reservada uma posição de subalternidade, marcada pela dependência, subordinação e inferioridade. De acordo com uma lógica de contrários, ao marido é conferida uma posição de mando, de provedor do lar, superior em todos os aspectos.

De acordo com Miranda (1984), a condição subordinada da mulher marca toda sua trajetória de vida, ao longo da qual subordina-se ao pai, ao marido, aos filhos de acordo com seu estado civil: solteira, casada, viúva. Para esta autora, a situação da mulher, especialmente no âmbito familiar, foi sempre marcada pela dependência, pois não sendo responsável pelo provimento financeiro da família, mantém sua iniciativa à mercê da situação do marido. Esta parece ser uma situação comum e típica do modo capitalista de produção que rege nossa sociedade e que coloca todo o poder de decisão nas mãos de quem detém o dinheiro, posição comumente ocupada pelo homem.

A sociedade reconhece e reforça esta "inata superioridade masculina" rotulando a figura feminina com uma série de estereótipos. Ao falar sobre a mulher na América Latina, Martin (1975) enumera os principais estereótipos aplicados à feminilidade, dentre os quais encontram-se aqueles que definem a mulher como meiga, frágil, submissa, devotada, maternal, boa esposa, obediente, dependente e fiel. Esta série de condicionamentos evidencia-se claramente no comportamento feminino dentro do lar, influenciando sua forma de enfrentar as situações do seu cotidiano, fazendo-a forte e decidida com os filhos e frágil e submissa em sua relação com o marido.

Embora já sejam inúmeras as conquistas femininas que contribuíram e continuam contribuindo para a transformação da condição social da mulher, o estado de coisas acima descrito é ainda evidente na sociedade contemporânea. No grupo Amizade foi possível visualizá-lo, o que permitiu um vislumbre do convívio de opostos em uma mesma pessoa: a força e a fragilidade, a iniciativa e a dependência, a autonomia e submissão, a autoridade e a obediência, a persistência e a renúncia...

Assim, se diante de situações relacionadas com o cuidado do filho e da casa, a mulher atua com autonomia e autoridade, de maneira pronta e decidida para modificá-las, nas situações que envolvem o marido, as coisas não se processam deste modo.

Uma questão comumente enfrentada pelas mulheres do grupo é a financeira, ou melhor, a dificuldade financeira:

*Crisântemo: "Ele vai lá, recebe o pagamento dele, não diz prá mim quanto foi, quanto não foi, o que fez o que não fez, quanto tem, quanto não tem. Aquilo ali é o mundo dele, aquilo ali ele não divide comigo. A minha pensão toda (era viúva), o dinheiro que eu ganho co'as minhas costura, é prá todo mundo lá em casa vesti e calçá. As veze eu digo p'rá ele: olha, eles precisam de tal coisa, eu não compro, é a primeira coisa que ele diz. Ai, eu que compro. Me encho de prestação. A minha mãe fica loca comigo."*

*Rosa: "Se eu dissé, S., ó, eu preciso de cem mil... se ele dá, amanhã se nós brigá, ele joga isso na minha cara. Quem veste os meus filhos, quem dá estudo pros meus filhos sô tudo eu. Eu que tenho que lutá prá mim podê... (gesticula com as mãos como se empurrasse algo adiante)."*

A impressão que se tem é que, apesar de lhe ser socialmente atribuído o papel de provedor do lar, o marido destina parte de sua renda para a alimentação da família e paga algumas contas básicas, como água e luz. Uma vez providenciada a alimentação, cabe à mulher preocupar-se em fazê-la suficiente às necessidades da família. Outras necessidades cotidianas como vestuário, escola, transporte, são supridas com o dinheiro extra providenciado pelas mulheres para "complementar" a renda familiar e que, conforme se costuma acreditar, destina-se a gastos menores e supérfluos com ela própria, com os filhos e com a casa.

As mulheres enfrentam esta situação de várias formas como, por exemplo, economizando ao máximo, sobrecarregando-se de trabalho para conseguir "um dinheiro a mais", fazendo prestações

diversas, aceitando passivamente esta condição, procurando dialogar e somatizando sua insatisfação.

*Crisântemo: "Tem que economizá onde dá! A gente faz cada coisa! É dividi comida, um pouco p'rá um, um pouco p'rá outro, faz isso, faz aquilo; faz uma verdura p'rá esticá mais um pouco."*

*Orquídea: "É, sempre alguma coisa p'rá esticá."*

*Rosa: "Eu nunca tô parada. As menina me ajuda, cuidam dele e eu... é só terminá o serviço da casa e vô tecê; teço de manhã, de tarde e de noite. Assim eu ganho um dinheiro, né?"*

*Rosa: "As veze eles precisam as coisa e eu não tenho dinheiro. então vô lá e faço prestação. Eu não tenho condição de comprá a dinheiro."*

*Rosa: "Se as coisa não dão certo p'rá ele, ele qué descontá tudo na gente, entendeu? Quero dizê que ele... como... se vinga na gente. E eu tenho que, como diz o ditado, abaxá (acalmar). Fica doendo lá dentro mas a gente tem que abaxá, tem que dá as costa e sai."*

*Orquídea: "Eu acho que nesses problemas, tem que dialogá. Isso é uma questão de dialogá e a pessoa já entende."*

*Crisântemo: "Eu entro em depressão, fico ruim, vô prá cama, fico doente."*

Conversas sobre dinheiro, sobre as necessidades da família que envolvam gasto financeiro, parecem ser tabu dentre as mulheres do grupo e seus maridos. Eles contribuem com determinada quantia e elas preocupam-se em "esticá-la" e complementá-la movidas pelas necessidades dos filhos, pelo bem-estar dos quais têm assumida responsabilidade. Mas pode-se também perceber um movimento de mudança nesta situação, sugerida pela experiência de Orquídea, o membro adolescente do grupo. Ela mantém com seu marido uma relação que tem por tônica o compartilhar, idealizada pelas demais:

*Orquídea: "O D., ele conversa comigo. Ele recebe e ele mesmo chega prá mim e a gente separa. É de nós dois, né. Eu recebo, ele recebe, a gente junta o dinheiro. Daí separa prá comprá material prá casa... que nós tamo construindo, né... A gente vai separando. Aí, o que sobrá, daí a gente guarda. Se eu precisa, eu pego e digo p'rá ele e ele também. Porque o meu dinheiro tá ali junto com o dele; não é muito mas a gente junta, né."*

Rosa: *"Isso que eu acho. O homem mais a mulher deve partilhá um com o outro, entendes?"*

A relação ideal sonhada pelas mulheres do grupo reúne elementos como o compartilhar, o respeitar-se e o dialogar. Aliás, o diálogo entre marido e mulher foi uma questão muito discutida, talvez justamente por não ser comum a existência do mesmo entre o casal. O diálogo surge, neste contexto, como uma forma de entendimento, como um caminho para evitar problemas, de buscar soluções para os mesmos, de melhorar a relação familiar.

Orquídea: *"Se ele fosse de dialogá..."*

Rosa: *"Ele não é um homem, assim, de tê um diálogo, uma palavra amiga..."*

Crisântemo: *"Eu acho que toda família deve, uma vez por mês, jantá todo mundo junto e cada um vai dizer o que acha, vai dizer qual é a sua idéia e aí... há uma compreensão. Isso (os problemas) é falta de diálogo. Quantas vezes eu digo p'rá ele: 'ô, pai (marido) precisamos conversá', aí ele diz: 'conversá o que? Eu não tenho nada prá conversá. Tá tudo certo. Conversá o que? Um monte de abobrinha?' As veze, sô eu que faço fantasia na minha cabeça; era só conversá um pouco que já resolvia mas... (ergue os ombros e balança a cabeça em sinal de negação)."*

Pode-se perceber aqui não só uma valorização do diálogo como elemento essencial na relação conjugal mas também um conflito entre os padrões de comunicação de cada um dos sexos, que certamente não é característica de cada relação em particular, mas reflexo das diferenças sexuais fomentadas desde a infância.

De acordo com estas diferenças, enquanto a mulher é afetiva, impulsiva, intuitiva, emotiva, superficial, sensível, tagarela, com necessidade de amor e de fazer confidências, o homem é educado para ser frio, severo, racional, forte, independente, resoluto, seguro de si, de poucas palavras e rude (Martin, 1975).

Estes estereótipos tipicamente vinculados aos papéis sociais tanto femininos quanto masculinos, têm se constituído em verdadeiras "camisas de força" para ambos os sexos. No que se refere às mulheres, estes estereótipos contribuíram para legitimar sua condição submissa, subalterna e dependente mas, ao mesmo tempo, permitiram-lhe verbalizar seus sentimentos, expressar suas emoções, demonstrar amor, ódio, medo, tristeza...; aos homens, entretanto, estes

estereótipos contribuíram para alçá-los a uma posição de superioridade, iniciativa e independência ao mesmo tempo em que lhes roubaram o direito, a capacidade de falar de si, de seus sentimentos, de demonstrar fraqueza, medo, amor, insegurança. Da mesma forma que para as mulheres, esta estereotipia masculina é percebida como natural ao invés de social e culturalmente determinada.

Como podem homem e mulher falar de sentimentos, como podem "gastar" tempo com palavras, se uma das partes não foi educada para falar e a outra não foi preparada para compreender isto? Um deseja dialogar e não encontra estímulo, outro deseja calar e não encontra quem compartilhe do seu silêncio.

Olhando agora para o outro lado da moeda, uma suposição óbvia leva a crer que não tenha sido e não seja fácil para o homem procurar corresponder a este ideal de grandeza que lhe foi imposto. Desta forma, enquanto um dos lados é diminuído e outro enaltecido, enquanto um deseja falar e outro calar, o enfrentamento das situações envolvidas na vida conjugal traduz uma mescla de silêncios, mágoas, brigas e incompreensões.

Os filhos exercem grande influência na maneira como a mulher enfrenta as diversas situações envolvidas no seu relacionamento com o marido:

*Rosa: "Eu cedo porque... penso nos meus filho. Eles não merece vê aquilo. Eles sente, chega a chorá. Se eu fosse uma pessoa assim... ruim, se eu tivesse menos paciência, já tinha me separado há muito tempo. Ai eu pergunto: e os filho? Eles não tão p'rá pagá os erro dos pais!"*

O envolvimento dos filhos no enfrentamento da mulher acrescentam a ele elementos de responsabilidade e renúncia já anteriormente discutidos, que se estendem à relação dela com o marido. Ela não discute porque pensa nos filhos, ela não opta pela separação por pensar nos filhos, ela sufoca seus sentimentos e guarda sua mágoa pensando nos filhos.

*Crisântemo: "É. Os filhos se apoiam na gente. Se eles vê que a gente tá triste, aborrecida, logo ficam aborrecido também. Ai, pronto! Então, quando eu tô assim, aborrecida, tenho vontade de ficá sozinha... saí por aí, caminha, ir assim num lugar em que ninguém veja e gritá bem alto. Ai eu penso bastante, né, prá vê se eu tô errada, se ele tá errado... a gente procura uma saída. Vê o que é que dá prá fazê."*

Além destes elementos de responsabilidade e renúncia, a fala de Crisântemo traz implícita a idéia do enfrentamento como processo que inclui a emoção, a avaliação, a busca de caminhos. Pode-se perceber que, mesmo sendo rotulada de emocional, a mulher demonstra suas emoções obedecendo certos limites: somatiza-as ficando "doente, de cama" ou libera-as quando sozinha, longe de outras pessoas, como convém a um adulto. Este processo de enfrentamento se dá em um crescendo, permitindo que a pessoa passe de um modo de enfrentar para outro.

*Crisântemo: "Ele pegô a mania do aperitivo. No começo era bem controlado, depois ficô muito acentuado. Chegava do serviço, vinha o irmão e chamava p'ra ir lá no bar. Até que um dia aconteceu, minina. Chegô, foi pro bar com o irmão. Chega lá pelas tantas, a C. vem me dizê que o pai tava bêbado, caiu, se machucô; o irmão não bebeu tanto e trouxe ele p'rá casa. Ele não entrô. Ficô na garage com a cabeça baixa. Fui lá, levei ele p'rá dentro, troquei a ropa dele, coloquei na cama e fiquei cuidando, né. Pode dá um derrame. Ele começô a chorá. Ai eu fui a loucura. O mundo desabô em cima de mim! Voltô tudo atrás, a outra experiência. Eu pensei: vai acontecê tudo de novo, meu Deus. Fiquei quatro dias no maior desespero. Logo veio na minha mente: tô pagando o que eu fiz pro meu filho."*

Em um primeiro momento, as ações são ditadas pela experiência anterior com alcoolismo que exerce também grande influência sobre o significado atribuído à situação a qual, por sua vez, é avaliada com base no sofrimento já vivenciado. A experiência atual traz à tona a situação anteriormente vivida com toda a carga emocional por ela gerada, acrescida das emoções do momento e somada ao sentimento de culpa em relação ao filho. Tudo isto contribui para que, de início, a mulher enfrente a situação entregando-se ao desespero e aparentemente resignando-se aos fatos. Mas este tempo não é vão. É como se a mulher mergulhasse no seu passado e nas suas emoções para avaliar melhor o que ela significa, fortalecendo-se para decidir o passo seguinte.

*Crisântemo: "No início foi aquele desespero, parecia que tava acontecendo tudo de novo. Chorei um monte. Ai eu pensei bastante e disse: não, eu não quero passá tudo de novo, eu não vô aguentá. Mas... o que é que a gente pode fazê? Depois de uns dia, chamei ele prá conversá e falei: 'isso não tá prestando, não vai dá certo. eu acho bom vocês amenizá isso'. Perguntei p'rá ele: 'tu pensas que nossos filho tão criado? Não senhor! Agora que eles*

*mais precisa da gente. Eles tão ainda crescendo, precisa dá bom exemplo'.  
Até hoje, graças a Deus, não botô mais nada na boca."*

Passado o primeiro momento, acalmadas as emoções, a resignação é deixada de lado e a mulher se movimenta para modificar um "destino" anteriormente tido como certo. Analisando estes eventos com base nas posições de estudiosos do enfrentamento como Hymovich e Hagopian (1992), Folkman et al. (1986), Folkman e Lazarus (1980), é possível relacionar a forma inicial deste enfrentamento com a focalização na emoção e a evolução do mesmo como focalização no problema. Ambas as formas de enfrentar são consequência direta da avaliação da situação, das emoções por ela geradas e do significado a ela atribuído. À medida em que se transformam estes aspectos do enfrentamento, transforma-se também a forma de enfrentar.

Este evoluir do processo de enfrentamento, que possibilita a passagem de uma forma de enfrentar para outra, parece estar de acordo com a posição assumida por Folkman e Lazarus (1988), que trata o enfrentamento como mediador da emoção, modificando-a e, conseqüentemente, sendo por ela modificado. A meu ver, não é possível separar o enfrentamento em focalizado no problema e na emoção pois um sempre encerra pelo menos um pouco do outro.

Examinando a situação descrita a partir das idéias de Caplan (1963) e Miller (1983) sobre efetividade do enfrentamento, as quais fazem parte também do marco conceitual que norteou este trabalho, é possível dizer que a livre expressão de sentimentos e o engajamento em esforços de resolução do problema contribuíram para que o enfrentamento de Crisântemo fosse efetivo.

Mas nem sempre o enfrentamento às situações envolvidas no relacionamento marido-mulher evolui desta forma:

*Rosa: "Enfrento tantas mas só com o marido... com os filhos não. O S. incomoda mais que os 6 filho junto. Ele é um home bruto, se vinga na gente."*

*Violeta: "E o que é que você faiz?"*

*Eu: "Como você enfrenta isso?"*

*Rosa: "Eu tenho que abaxá (acalmar). Fica doendo lá dentro mas a gente tem que abaxá. Eu já tentei mas não dá prá conversá. Ele não é uma pessoa assim... que a gente tem diálogo. Então, eu abaxo. Viro as costa e saio porque se eu não me afastá, eu apanho. Daí, dexa passá mais um dia, aí ele vem e faz como se não aconteceu nada. Mas a gente tá magoada, a gente tá sentida, a gente sofre! Quando a gente briga, prá tudo ficá em paz, eu dexo*

*o barco corrê p'rá cima de mim. Eu tô pensando no lado dos meus filho.  
Não quero que os meus filho sofra."*

Aqui é possível notar que o cuidado dos filhos, por mais estafante que seja, é percebido como natural, enquanto que as situações vividas na relação com o marido são percebidas como problemas, dificuldades. Enquanto Rosa mostra-se decidida e segura para enfrentar o cuidado dos filhos, retrai-se, submete-se ao marido.

Para Folkman et al. (1986), este comportamento revelaria estratégias de auto-controle, tradutoras de um enfrentamento focalizado na emoção. Já Caplan (1963) e Miller (1983) veriam esta forma de enfrentar como não efetiva, uma vez que não há livre expressão de sentimentos, não revela desenvolvimento de atividades e esforços de resolução de problemas, não há otimismo quanto aos resultados, não há controle de sentimentos desconfortáveis como a mágoa, nem melhora da auto-estima.

Acredito existirem outras maneiras de olhar para esta questão da focalização das estratégias e da efetividade do enfrentamento aqui empregados. A carga emocional é grande, sem dúvida, e a forma de manejar a situação não vai possivelmente contribuir para modificar o relacionamento marido-mulher e talvez nem mesmo para controlar as emoções, o que faria do enfrentamento um esforço inefetivo. Mas, se a violência física for levada em consideração e evidenciada, então a história se modifica; ao virar as costas e sair, Rosa está focalizando sua estratégia no problema da violência física. Desta forma, ela enfrenta uma parcela do problema maior.

Ao longo deste trabalho percebi que os enfrentamentos cotidianos das mulheres do grupo se dão dentro de um espaço, do qual sua própria vontade, os filhos, as necessidades da casa e o marido delimitam as fronteiras. É entre esta rede de desejo e vontade que ela se movimenta ao enfrentar as situações com que se depara.

Há, ainda, no que se refere ao marido, um outro aspecto a ser considerado: a relação de poder na vida conjugal. No relacionamento mãe e filho este elemento também está presente e colocado nas mãos da mãe, o que a investe de autoridade diante dos filhos, permitindo-lhe tomar iniciativas e decisões nas situações que os envolvem. Já na vida conjugal, este poder é detido pelo marido, revestindo-o de autoridade, imprimindo à relação marido-mulher um toque de temor e respeito e colocando a mulher em posição subalterna, com pouca ou nenhuma autoridade e poder de decisão. Então, se sua posição de mãe lhe permite dizer aos filhos o que, quando, como, onde algo deve ser feito e quem deve fazê-lo, como esposa isso já não acontece. O poder constitui, sem dúvida, um elemento de forte influência nas formas de enfrentamento da mulher, tanto quando ela o detém, como quando se submete a ele.

Além das questões relacionadas aos cuidados dos filhos, do lar e do marido, as mulheres fizeram referência a outras situações por elas enfrentadas ao longo da vida e consideradas tipicamente femininas.

*Jasmim: "Ser mãe... que não é muito fácil."*

*Violeta: "A gravidez... aquele barrigão."*

*Rosa: "O parto... os meu foram em casa... só este (bebê) eu tive no hospital."*

Estas falas evidenciam claramente a posição de destaque ocupada pela maternidade na vida daquelas mulheres, que são filhas, trabalhadoras, esposas, donas-de-casa mas, sobretudo, mães. Apesar de gravidez, parto e ser mãe terem sido lembrados como situações não muito fáceis a serem enfrentadas pela mulher, o comportamento delas e o modo como se referiam a estas situações, deixou a nítida impressão que todas são encaradas como parcela certa e inevitável do viver feminino, como se o ser mulher não pudesse existir sem o ser mãe. Assim, gravidez, parto e ser mãe estão certa e inevitavelmente "embutidos" na vida da mulher, e de tal forma que são enfrentados com uma naturalidade aparente, quase que resignadamente, como se o gerar, dar à luz e criar filhos fosse a profissão feminina.

Scavone (1985, p. 40), em estudo já aqui mencionado, parece ter chegado a uma conclusão semelhante quando diz ter observado que, dentre as mulheres pesquisadas, a gravidez surgia como "um acontecimento quase que rotineiro... enfrentado aparentemente sem muitos entusiasmos ou decepções."

Envolvidas nestas situações, estão outras também lembradas pelos membros do grupo:

*Crisântemo: "Tem também a modificação no corpo... muda tudo. Cresce a barriga, o seio... tudo muda na gente."*

*Eu: "E como vocês enfrentaram isto?"*

*Crisântemo: "Eu acho que a gente se sente tão bem porque a gente tem alguma coisa tão querida dentro da gente que... se tu ficas feia de corpo, não importa. Importa o que tu carrega contigo."*

*Jasmim: "É, é assim sim."*

*Violeta: "Eu nem pensava nestas coisa."*

Orquídea: *"No início eu não me preocupava, mas depois começô a doê minhas pernas, eu já sentia um peso mesmo. Me doia o rim. O problema era o mal-estar como um... assim... desconforto."*

Rosa: *"É, a gente com aquela barriga fica difícil fazê as coisa."*

Próprias da gravidez, as modificações do corpo são, como ela, percebidas com naturalidade, como um incômodo insignificante quando comparado à alegria de ter um filho. Estas modificações corporais não são percebidas em termos estéticos mas sim em termos de conforto físico e da capacidade de desenvolver atividades. É o corpo, mesmo grávido, sinônimo de instrumento de trabalho.

A preocupação estética começa a surgir após a gravidez quando a mulher procura perder peso e manifesta desagrado com a persistência da quase inevitável barriguinha. Esta preocupação evidenciou-se no grupo no momento em que o mesmo sugeriu sessões de ginástica para os encontros semanais.

Crisântemo: *"Ah, ginástica é bom. A gente podia fazê uma prá perdê a barriga."*

Rosa: *"Isso, a barriga. O meu problema é a barriga."*

Orquídea: *"Eu tô quase com o peso de antes. A ginástica vai ajudá."*

Violeta: *"Quem sabe a gente emagrece, né?"*

A preocupação em prevenir uma nova gravidez é um outro aspecto que se destaca dentre as situações tipicamente femininas a serem enfrentadas. Na verdade esta preocupação beira as raias do pânico, tanto que três das mulheres já haviam se submetido à laqueadura, outra ressentia-se com o obstetra por ele ter-se recusado a submetê-la a este tipo de "método contraceptivo" em virtude da pouca idade. As duas mulheres que faziam uso de anticoncepcional oral, seguiam os períodos de intervalo mas revelavam manter-se tensas e preocupadas durante os mesmos.

Jasmim: *"Desde que eu ganhei ela, não desceu ainda. Ela já tem sete mese. E eu fiz cesária prá ligá. As veze eu penso assim: será que deu certo?"*

Violeta: *"Esse é o meu medo. Fazê a operação e se falhá?"*

Jasmim: *"Eles cortaro as pontinha (das trompas) e a médica me mostrô. Eu vi. Mas as veze eu penso: será que eu tô grávida de novo?"*

Crisântemo: *"Eu também liguei. Mas eu não sossegava e fui lá pedi prá fazê um ultrassom prá tê certeza."*

Rosa: *"A minha (laqueadura) o médico falou que eu não vô mais engravidá."*

Em outro encontro, em que o tema de discussão foi o planejamento familiar, Rosa comentou: *"Eu liguei e quando este (o bebê) fez seis mese, ele (o marido) morreu. Nem pude aproveitá a minha (laqueadura)."*

Nesta preocupação extrema em evitar uma nova gravidez, a laqueadura tubária surge como a solução ideal e, mesmo assim, a mulher não se sente segura até a ocorrência da primeira menstruação após o parto. O anticoncepcional oral é tido como a segunda maneira mais segura de prevenir gravidez e, tão logo seja possível, é abandonado em favor da laqueadura:

Orquídea: *"Ah, eu só tenho um ainda. Depois que a gente decidi não tê mais filho, eu vô querê ligá."*

Para Scavone (1985, p. 43), esta preocupação revela uma outra face da maternidade, a da sua negação, que se traduz na possibilidade de as mulheres superarem o fatalismo biológico, evitando filhos e desvinculando a sexualidade da reprodução. A autora relata também que freqüentemente as mulheres participantes do estudo, "vêm a esterilização como a solução mais segura contra o risco de engravidar", o que implica em uma negação definitiva da maternidade. E, como revela a fala de Rosa, o risco de engravidar representa uma sombra na vida sexual da mulher que a impede de vivenciar plenamente sua sexualidade.

Parece então que a gravidez, as modificações corporais dela decorrentes, o parto e o ser mãe são considerados elementos importantes do processo feminino de viver, caracterizando a maternidade, destino natural das mulheres que é placidamente aceito e enfrentado com naturalidade. Parece também que, apesar de tudo isto, a placidez desaparece quando se trata de prevenir uma nova gravidez. O que existirá por trás deste verdadeiro pavor de engravidar novamente? Será ele consequência do fardo envolvido no ser mãe, como diz Scavone (1985)? Ou reflexo das dificuldades financeiras? Ou existirá outra face nesta moeda que não se revela assim tão facilmente?

Então, a mulher enfrenta gravidez, parto, modificações do corpo, o ser mãe com uma serena aceitação de sua vocação e de seu destino de mulher mas, ao mesmo tempo, procura de todas as formas evitar uma nova gravidez, o que a leva a optar por soluções definitivas como a laqueadura tubária.

A menstruação também foi lembrada como uma situação a ser enfrentada pela mulher:

Crisântemo: *"A menstruação. Ficá mocinha... que é chato à beça. Dá cólica, dor de cabeça."*

Orquídea: *"Eu não sinto nada disso. É como se nada fosse."*

Violeta: *"Que bom, né? Eu, minha filha, tenho cólica, mal-estar, dor de cabeça, dor nas perna, nos rim. Ai, meu Deus."*

Crisântemo: *"O seio fica maior... fica muito dolorido. Só de andá já dói."*

Jasmim: *"A barriga incha, prende o intestino. Dá uma tristeza."*

Eu: *Estes sintomas todos têm um nome: tensão pré-menstrual. Não são todas as mulheres que sentem. Como é que vocês enfrentam isso?"*

Violeta: *"Toma um chazinho, um remedinho pra dor de cabeça..."*

Crisântemo: *"... deita um pouco prá descansá e... espera descê."*

Jasmim: *"É, tem que esperá descê... desceu, pronto!, passô tudo."*

O problema não é o sangramento em si mas os sintomas que o precedem, presentes na grande maioria das mulheres do grupo. Estes sintomas interferem na vida da mulher alterando sua rotina cotidiana. Assim, elas os enfrentam tentando amenizá-los para conseguirem prosseguir com seus afazeres diários.

Juntamente com a menstruação e a reprodução, vem um outro aspecto, a menopausa, citada pelas mulheres como um período da vida muito relacionado com o envelhecimento. Ambos suscitam uma certa expectativa nas mulheres mas são encarados como evolução natural da vida. Assim sendo, menopausa e envelhecimento, etapas certas do viver não são questionadas mas esperadas; a mulher as aceita e resigna-se a uma circunstância que não pode ser modificada.

Crisântemo: *"A menopausa já traz um sério problema prá mulher porque tem mulher que envelhece rápido com a menopausa, né. No físico e na... na... mente, assim."*

Jasmim: *"Eu acho que tem que passá... todo mundo já passô. Não adianta nem pensá que só de pensa já envelhece."*

Rosa: *"Eu acho que é uma coisa da vida..."*

Jasmim: *"É. Tem que passá, então..."*

Estas falas traduzem uma aparentemente serena aceitação do inevitável o que, de acordo com Caplan (1963), representa uma estratégia efetiva de enfrentamento. Mas resignar-se ao inevitável não significa sofrer as alterações próprias da menopausa sem tentar controlá-las:

*Crisântemo: "A minha cunhada envelheceu muito na menopausa. No corpo e na mente. Ela tinha aqueles calorão, dormia mal, tava sempre nervosa. Mas não foi pro médico, não quis nem sabê. Deve de tê uma tratamento prá isso, né?"*

*Eu: "Existe. Na menopausa existe uma grande diminuição de hormônios femininos e é também por causa disso que acontecem todos estes sintomas desagradáveis. Hoje existe um tratamento que repõe estes hormônios que estão em falta na mulher, ajudando a diminuir os sintomas. Além disso, há os cuidados com a alimentação e os exercícios físicos."*

*Rosa: "E isso tira o calorão?"*

*Eu: "Ajuda a diminuir todos os sintomas."*

*Jasmim: "Então fica mais fácil. Que bom."*

São muitas as situações enfrentadas pela mulher no seu viver cotidiano. Dentre estas situações encontram-se as relacionadas ao cuidado do filho, nas quais a mulher tem autonomia e autoridade, o que a impulsiona à ação. As estratégias de enfrentamento geralmente visam a modificação da situação, para o que conta com vários recursos: sua própria experiência, a ajuda de filhas, mãe, sogra, vizinhas e ocasionalmente do marido. Estas mulheres, ajudantes e conselheiras das mães, formam uma rede interpessoal que lhe é próxima, sempre presente nas dificuldades mas que, em alguns momentos, parece obstaculizar a conquista da autonomia no cuidado do próprio filho. Elementos como amor, poder e culpa marcam o enfrentamento da mulher às situações envolvidas no cuidado do filho.

As relações com o marido também precisam ser enfrentadas. Como a posição da mulher no relacionamento conjugal tem sido historicamente subalterna, sua autonomia é limitada, o que lhe tolhe as iniciativas, levando-a a submeter-se. O poder marca também estes enfrentamentos, só que, desta vez, encontra-se nas mãos do marido o que contribui para silenciar a voz da mulher e paralisar, mudar de direção ou imprimir lentidão a suas ações. Assim, ela se submete a longas jornadas diárias de trabalho para aumentar a renda familiar e conseguir suprir algumas necessidades de sua família como vestuário e instrução. Quando os problemas vividos fogem da esfera material, adentrando em espaço essencialmente emocional, a mulher, encontrando

dificuldade em manter um diálogo aberto com o marido, freqüentemente somatiza suas frustrações manifestando-as sob forma de doenças. É clara a influência das diferenças sexuais social e culturalmente instituídas nos conflitos conjugais e na forma como homem e mulher os enfrentam.

Existem também outras situações, referidas como tipicamente femininas, que solicitam um enfrentamento da mulher. Estas situações são gravidez, parto e o ser mãe, tidos como destino de todas as mulheres e enfrentadas com serena aceitação. A isto contrapõe-se o empenho ferrenho e a intensa preocupação em prevenir uma nova gravidez. O risco de engravidar impede a mulher de vivenciar plenamente sua sexualidade e ela o enfrenta optando por métodos contraceptivos de maior segurança, como o anticoncepcional oral, e pela esterilização, vista como a solução ideal para o problema.

A menstruação, mais especificamente a tensão pré-menstrual é outra situação vivida pelas mulheres que a enfrentam tratando os sintomas em busca de um conforto maior. A menopausa, intimamente vinculada ao envelhecimento, é, como ele, aceita como evolução natural da vida. Ambos parecem ser enfrentados com uma aceitação do inevitável, ao que se mescla uma tentativa de controlar as alterações por eles determinadas, visando melhorar a qualidade de vida da mulher.

## **DESVELANDO O ENFRENTAMENTO NO GRUPO**

Ao delinear o projeto que norteou este trabalho, acreditava que, no grupo, as mulheres desenvolveriam novas habilidades de enfrentamento às diversas situações envolvidas no cuidado de seus filhos com idade de zero a um ano.

Hoje, refletindo sobre o vivido, estou certa que o grupo cria um espaço seguro, de confiança e de afeto no qual a mulher pode falar livremente de si e de sua vida, sem restringir-se aos problemas e muito menos aos problemas com os filhos. Desta forma, o grupo surge como mais um recurso, para a mulher, que ao falar de suas questões pessoais, encontra eco na experiência das demais participantes, também mulheres e também esposas, filhas, vizinhas, amigas, trabalhadoras e, com exceção de mim, mães.

O compartilhamento de saberes e experiências entre pessoas que vivenciam situações semelhantes, somado ao saber técnico-científico da enfermeira, permitem à mulher refletir sobre aquilo que vive ampliando a compreensão de si e do mundo e conquistando subsídios para criar, re-criar, inventar formas de enfrentamento às variadas situações envolvidas no seu viver cotidiano.

Como se observou na experiência vivida, o grupo desempenha um importante papel quando, no compartilhamento de vivências e saberes, oferece subsídios aos seres humanos envolvidos no processo de aprender e ensinar, para identificação, descoberta e reconhecimento dos recursos que lhes estão disponíveis para utilização no exercício cotidiano da arte de viver. Um exemplo do valor do grupo neste sentido foi o modo como o mesmo enfrentou sua insatisfação com os serviços prestados pelo Centro de Saúde.

O grupo vivia, com relação ao Centro de Saúde, uma situação que desagradava a todos mas como o posto "pertencia" à Prefeitura, acreditava que a resolução da situação dependia da administração municipal, fugindo-lhe das mãos. Pensando assim, o grupo enfrentava a situação reclamando entre si, aguardando passivamente que a mesma fosse resolvida e buscando assistência médica fora de Rationes, principalmente nos hospitais de Florianópolis. Ocorria aqui que o grupo evidentemente não reconhecia os recursos que lhe estavam disponíveis para enfrentar a situação; este não reconhecimento nascia do desconhecimento de seus próprios direitos de cidadãos. As discussões de grupo e as reflexões em torno da questão foram, progressivamente, despertando a noção destes direitos e a percepção dos recursos à disposição para enfrentar a situação e transformá-la. Com o conhecimento de seus direitos e percebendo melhor os recursos disponíveis, o grupo modificou sua percepção inicial da situação que, de insolúvel, passou a ser percebida como desafio. Houve modificação na percepção que o grupo tinha de si próprio, levando-o a reconhecer a sua força e o seu poder de transformação. Assim, reconhecidos direitos e recursos, a forma de enfrentar passou da apatia para a organização grupal.

Ao promover discussões e reflexões em torno do vivido, o grupo atua para despertar nas pessoas a consciência de sua própria força, de seu próprio poder de transformação, permitindo-lhes reavaliar a situação modificando sua percepção inicial da mesma e transformando sua forma de enfrentá-la.

Além disso, o grupo, a meu ver, contribui para o enfrentamento, dando voz e vez para seus membros, contribuindo para também aumentar a auto-confiança de cada um, fortalecendo-os, criando condições para a ampliação de conhecimentos e para valorização do outro como parcela importante do viver. Ao favorecer tudo isto, o grupo abre novas possibilidades de enfrentamento, oferecendo ao ser humano subsídios para optar por aquela que achar melhor e para desenvolver novas habilidades para enfrentar, se assim o desejar. Então o grupo oferece novas possibilidades, abre novas perspectivas que poderão ser transformadas, com o tempo em novas habilidades de enfrentamento.

Um outro ponto a ser considerado é que o grupo não preocupou-se apenas com situações envolvidas no cuidado com o filho na idade de zero a um ano, como pretendido a priori, mesmo

porque estas situações estão de tal forma vinculadas ao viver feminino que procurar visualizá-las separadamente do todo, significaria reduzir o ser mulher ao ser mãe. O cuidado com os filhos foi muito discutido mas de uma forma que respeitasse suas relações com as demais esferas do viver feminino, de modo que a maternidade emergisse como uma das facetas da mulher e que ela, como ser humano, fosse o foco central das discussões. Os encontros giraram, então, em torno da vida da mulher e dos enfrentamentos solicitados pelo seu cotidiano dentre os quais encontram-se também os cuidados com o filho. Esta dinâmica permitiu perceber que à medida que a mulher aumenta o conhecimento de si e dos outros, à medida que ela se fortalece, eleva sua auto-estima, descobre o seu poder de ação, de transformação e reflete todo este crescimento no cuidado com o filho.

Minha participação no grupo, com minha vivência e com saberes que a profissão me confere, contribuiu muito para aprofundar as reflexões em torno dos temas discutidos, em especial daqueles relacionados à saúde, de uma forma geral. O trabalho em saúde assim realizado fomenta a cidadania, diferente do que ocorre quando se pratica orientações verticais e unidirecionais de saúde.

O grupo, então, tem uma participação importante mas limitada no processo de enfrentamento da mulher às situações por ela vividas. A situação é trazida ao grupo, em confiança, que debate a mesma ajudando a avaliá-la e a identificar os recursos que estão disponíveis para enfrentá-la. Desta forma, a situação torna-se coletiva e este processo de coletivização contribui para despertar, no grupo, a consciência de que aquela situação não é única e particularmente vivenciada pela participante que a trouxe para discussão mas que é, isto sim, comum também no viver das outras mulheres. Nesta discussão em torno da situação, experiências são compartilhadas, o que contribui para aprofundar a reflexão sobre o assunto e favorece o encontro e a descoberta de possibilidades alternativas para enfrentá-la. Quando a situação em questão envolve aspectos eminentemente práticos, o grupo coloca-se à disposição para ajudar ou, quando não, mantém seu apoio solidário. A meu ver, este é o alcance do grupo: ajudar na descoberta de que um problema vivenciado por uma pessoa e percebido como único, faz parte também da vivência de outras mulheres, e, além disto, abrir possibilidades para que a mulher faça suas opções. Mas a incorporação destas possibilidades ao viver, sob forma de habilidades de enfrentamento, se dá no âmbito particular e certamente não de imediato; este é um processo que pode desenvolver-se ao longo dos anos, fugindo das possibilidades de acompanhamento do grupo.

Existem, também, em minha opinião, alguns enfrentamentos grupais, isto é, aqueles voltados para uma situação vivida pelo grupo todo e que visam alcançar um objetivo comum. Isto aconteceu, por exemplo, no enfrentamento à insatisfação grupal com o desempenho do posto de saúde, momento em que as considerações técnicas, científicas e políticas levantadas, ajudaram o

grupo a avaliar a situação sob vários ângulos, e a identificar recursos até então não percebidos, para buscar transformá-la. Outro momento em que evidenciou-se o enfrentamento como fenômeno grupal, foi o do súbito falecimento do marido de Rosa, deixando-a em sérias dificuldades econômicas. Aqui o grupo mobilizou-se no sentido de apoiá-la emocional e financeiramente, esforço que culminou no envolvimento de toda a comunidade de Ratoes e da Costa da Lagoa. O enfrentamento é então, da forma como o considero, um fenômeno principalmente individual mas que apresenta também nuances coletivas.

No marco conceitual idealizado para este trabalho, defini enfrentamento como um processo dinâmico cognitivo, afetivo e comportamental no qual o ser humano maneja estressores existentes ou potenciais gerados nas suas relações no e com o mundo, na intencionalidade de re-criar de forma saudável sua arte de viver e na perspectiva de vir a ser mais.

Hoje, findo o trabalho, acredito que o enfrentamento não ocorra somente em resposta a estressores mas, isto sim, frente a toda e qualquer situação envolvida no viver cotidiano, algumas mais e outras menos rotineiras. Acredito também que neste processo de enfrentamento a situações do viver, os seres humanos transformam a si próprios e ao mundo.

Então, com base no vivido considero hoje enfrentamento como um processo dinâmico, cognitivo, afetivo e comportamental no qual o ser humano maneja as mais variadas situações geradas cotidianamente nas suas relações no e com o mundo, lançando mão de recursos e estratégias que lhe estão disponíveis, na intencionalidade de re-criar de forma saudável sua arte de viver, na perspectiva de vir a ser mais e de contribuir para transformar a si e ao mundo no/com o qual é/está.

Conhecer e compreender o processo de enfrentamento contribuiu para que eu atentasse para detalhes no desenvolvimento do trabalho que me teriam passado despercebidos de outra forma e que foram valiosos para o sucesso do grupo. Apesar disto percebo, olhando para trás, que a inclusão do mesmo no marco conceitual, da forma como fiz, descrevendo cuidadosamente minha concepção do processo de enfrentamento, não seria necessária. Bastaria incluir o conceito de enfrentamento, de forma simples, como coadjuvante no processo educativo, como aliás o fazem grandes educadores como Paulo Freire. Seria perfeitamente possível desenvolver este trabalho sem considerar todo o processo de enfrentamento mas compreendê-lo aguçou minha sensibilidade para aspectos não verbais, sutis, do relacionamento grupal, da cultura, da comunidade, que favoreceram o desenvolvimento do mesmo. Além disto, compreender os caminhos percorridos pelos membros do grupo no enfrentamento do seu viver cotidiano ofereceu, juntamente com as discussões em torno do ser saudável, a possibilidade de delinear uma direção para a educação em saúde, aspecto central deste trabalho.

## **EDUCAÇÃO EM SAÚDE: VISLUMBRANDO UM CAMINHO**

A educação em saúde, tão exaltada na enfermagem, tem sido tradicionalmente desenvolvida através de pacotes pré-fabricados de informações padronizadas em saúde, a serem repassadas àqueles que, de acordo com a avaliação profissional, deles necessitem. Este repasse de informações, de caráter essencialmente técnico, tem em vista obter a colaboração do cliente para o tratamento recomendado através da normatização dos comportamentos do mesmo.

Dentro desta maneira de conceber o educar, o técnico "avalia o caso", "julga o que é necessário" e "prescreve o que deve ser feito", respaldado pelo conhecimento técnico-científico que a profissão lhe confere e que é socialmente reconhecido como o saber. Isto significa que a educação é desenvolvida no atendimento individualizado, resumindo-se a orientações sobre a doença, sobre o problema e sobre o que deve ser feito naquele caso (Silva, 1992). A educação assim desenvolvida corresponde àquilo que Nascimento e Rezende (1988, p. 11) denominam "educação tradicional", levada a efeito através de orientações, aulas e demonstrações e que se fundamenta na pressuposição de que o "profissional de saúde detém o saber, enquanto a população é ignorante destes princípios", conferindo à educação em saúde uma conotação de medidas a serem tomadas no intuito de induzir as pessoas a atitudes que promovam a saúde e previnam a doença.

Privilegiando o saber técnico, a voz do outro é silenciada, seu saber menosprezado, sua iniciativa reprimida e ele passa a ser considerado como uma folha de papel em branco, na qual ensinamentos e idéias podem ser impressos. Os profissionais da enfermagem esquecem-se que o viver cotidiano dos seres humanos muitas vezes "exige estratégias criativas de sobrevivência e um elaborado saber em saúde", nascido das experimentações e enfrentamentos do dia a dia e transmitido oralmente de geração a geração (Vasconcelos, 1991, p. 127).

Os enfermeiros têm, então, procurado transferir para a população a sua compreensão dos problemas e as soluções que a ciência já tem comprovadas para eles. Desta forma, em uma educação unidirecional, prescritiva e antidialógica e ao tentarem verticalmente substituir os procedimentos empíricos do povo por sua técnica, contribuem não para a transformação mas para a manutenção de uma ordem estabelecida. (Freire, 1991).

Ao assumir a postura de quem sabe voltado para os que nada sabem, os enfermeiros reconhecem sempre no outro a ignorância e fazem incidir sobre ele sua ação. Assim desenvolvida, a educação em saúde tem ajudado a manter enfermeiros e população em campos opostos, separando saberes técnico e popular em linhas paralelas onde um sabe da existência do outro mas, como nunca se encontram, não contribuem para o crescimento mútuo.

Consciente de todos estes aspectos, propus-me desenvolver uma prática educativa de enfermagem que valorizasse igualmente os seres humanos envolvidos no processo de aprender e ensinar, de forma que do diálogo entre eles emergisse o "conteúdo" da educação, emersão esta propiciada pelo encontro, respeito mútuo e compartilhamento de saberes popular e técnico. Para tanto, um dos saberes não poderia ser reconhecido como saber válido, de primeira categoria enquanto ao outro fosse reservado o status de saber inferior, de segunda classe mas, isto sim, ambos deveriam ser percebidos como válidos, limitados e complementares. Esta educação em saúde viria calcada no viver cotidiano dos seres humanos nela envolvidos, e o enfermeiro não se colocaria na posição de "ser superior que ensina um grupo de ignorantes, mas sim na posição humilde daquele que comunica um saber relativo a outros que possuem outro saber relativo" (Freire, 1991, p. 29).

Assim, saberes e vivências de cada um e de todos ofereceriam as bases para a educação em saúde, bem como o ponto de chegada, o objetivo da mesma; partiria do viver cotidiano dos seres humanos envolvidos e para ele retornaria.

Com esta intencionalidade, pressupus de início, que a reunião em grupo de mulheres que estivessem vivendo a experiência de serem mães e que desenvolvessem entre si um relacionamento de confiança, seria um campo fértil para o desenvolvimento do processo educativo.

Ao longo dos encontros do grupo Amizade, este pressuposto evidenciou-se mais e mais, à medida em que as participantes sentiam-se seguras para falarem de si, de suas vidas, para ouvirem as falas das demais estabelecendo, então, um paralelo das mesmas com suas próprias vivências.

Neste compartilhamento de saberes e vivências aconteceu algo interessante: os temas de discussão deslocaram-se progressivamente dos cuidados com os filhos para incluir aspectos relativos à vida pessoal da mulher. Este deslocamento de foco de interesse acompanhou o fortalecimento do sentimento de confiança mútua entre as participantes. Então, se no início o grupo discutia os

cuidados com a criança, depois passou a discutir a relação homem-mulher no casamento para, finalmente, sobrepor assuntos e discutir, por exemplo, a relação homem-mulher juntamente com a educação dos filhos ou a situação de vida no lar e suas relações com a comunidade, com a sociedade. É como se no início da relação grupal "testassem o terreno" discutindo situações externas próximas para, num evoluir, consentirem em discutir situações íntimas e, finalmente, ampliarem as discussões mesclando situações pessoais íntimas e situações externas próximas, relacionando-as com o contexto maior, com situações externas distantes.

A experiência vivida demonstrou que para que o grupo seja um campo fértil ao desenvolvimento do processo educativo, é indispensável que as vivências e saberes compartilhados sejam realmente debatidos pois, caso contrário, as discussões podem ser reduzidas à mera troca de impressões sobre assuntos cotidianos, sem promover a reflexão necessária à aprendizagem.

Tomei para mim, em todos os encontros, a função de evitar que o diálogo, intencionado problematizador, fosse reduzido a uma conversa "de comadres". Para tanto, minha inserção no grupo não foi como a de alguém que ensina mas sim como alguém que se dispõe a aprender compartilhando, em diálogo, seus saberes e suas vivências e que lança mão de seus conhecimentos técnico-científicos para aprofundar as discussões e as reflexões em torno de um tema, para acrescentar novos aspectos ao diálogo, para ajudar a desmitificar pensamentos.

Esta postura assumida traduzia uma renúncia ao paternalismo que tem impregnado a educação em saúde e que se revela naquilo que Rezende (1986, p. 32) chama de "angelicanismo messiânico de 'ajudar aos pobres', ensinando-lhes como cuidar de sua saúde"; demonstrava também a intenção de desenvolver uma educação em saúde que privilegiasse o diálogo entre seres diferentes, que são e estão no mundo e com o mundo de formas diferentes, que detêm saberes diferentes elaborados por canais diferentes ao longo do tempo .

Para que o diálogo nestes moldes seja possível é necessário, antes de tudo e a meu ver, fazer-se aceito pelo grupo, sentir-se parte do grupo sem perder de vista o fato de que não se é um deles. Esta necessidade implica em abdicar das atitudes de falsa generosidade e falsa humildade que têm impregnado as iniciativas de educação popular, que faz os profissionais procurarem igualar-se aos membros do grupo desprezando o saber técnico-científico que a ciência lhes conferiu em favor do saber popular em saúde. Entendo que, para que o diálogo seja possível e o compromisso verdadeiro, é preciso tomar cuidado para não passar ao outro extremo, supervalorizando o saber popular em detrimento do técnico-científico pois a sabedoria popular tem limites fortes e a educação em saúde pode ajudar a ultrapassá-los possibilitando a reflexão, a investigação e a troca de experiências. Então não cabe aqui ao profissional renunciar ao seu saber mas sim reconhecer que teve a oportunidade de receber uma formação à qual a maioria da

população não teve acesso e que, exatamente por isto, deve ser colocada a serviço dela. Cabe a ele, porém, reconhecer que esta formação tem, como o saber popular, muitas falhas e erros e que, no encontro de ambas, a educação abandona os limites da utopia para tornar-se realidade através do diálogo. A este respeito Vasconcelos (1991, p. 20) diz que "só cabe entender a educação baseada em diálogo, ou seja, na troca de saberes. Um intercâmbio entre o saber científico e o popular, em que cada um deles tem muito a ensinar e a aprender."

No marco conceitual que norteou este trabalho o diálogo foi considerado como elemento chave justamente por congrega as pessoas no esforço de, falando de si e do mundo no qual e com o qual estão, traduzir, interpretar e compreender sua realidade concreta, refletir sobre ela facilitando a percepção de seus limites e buscando saber mais para, então, transformá-la. No diálogo, a educação ultrapassa as fronteiras do individual conferindo ao aprender um caráter de comunhão.

Foi com inspiração em Freire e em Rúdio que defini diálogo como expressões comunicativas plenas de significação que se dão no encontro baseado na confiança, na compreensão e respeito mútuo, no qual os seres humanos compartilham vivências, aprendem uns com os outros, ampliam seus saberes de forma a aplicá-los na re-criação cotidiana de sua artes de viver e nas suas buscas do ser mais.

O compartilhar vivências e saberes pressupõe uma relação não hierárquica, não dominadora, não impositiva entre os sujeitos do diálogo. A este respeito Rúdio (1991) refere-se ao diálogo como uma conversa não autoritária e nem dogmática na qual as pessoas se encontram em pé de igualdade. Sua posição parece fazer eco à de Freire (1990) que diz implicar o diálogo numa relação horizontal de A com B, onde é necessária a confiança mútua e na qual os homens recriam-se à medida que dialogam refletindo sobre sua realidade. Freire (1990) diz ainda que o diálogo é uma exigência existencial que permite ultrapassar o imediatamente vivido e que solidariza o agir e o refletir de seus sujeitos voltados para o mundo.

Silva (1992, p. 105) desenvolveu um estudo de caso em unidade básica de saúde, na cidade de Florianópolis, procurando compreender os caminhos trilhados pela educação em saúde nestas unidades e percebeu que usualmente a educação é entendida como um "colocar na cabeça" do cliente aquilo que a enfermagem avalia como necessário, resumindo-se a um jogo de perguntas e respostas que prescinde da reflexão. Esta forma de conduzir a educação deixa evidente as relações de dominação e dependência existentes nas instituições de saúde. O autor prossegue dizendo que quando há interesse pela vida, pelo problema, pelo sentimento do outro, estas relações tendem ao desequilíbrio e acrescenta que o diálogo envolve ouvir e ser ouvido, superando a imposição de

verdades e ações. Para Silva (1992, p. 108), não há transformação sem diálogo e este implica "em aprender o saber do outro, dispondo o próprio saber, compartilhando."

Mas se o diálogo não é um jogo de perguntas e respostas, tampouco se resume a "eu digo o que penso, o que sei e você diz o que pensa, o que sabe." Isto seria reduzi-lo a uma mera troca de impressões pessoais sobre um tema, ou elevá-las ao status daquele. Dialogar, como o concebo, vai além do intercâmbio de saberes e vivências; ele implica um "mergulho" no assunto para analisá-lo sob vários ângulos, diversos aspectos, múltiplos pontos de vista, e compreendê-lo, instrumentalizando-se para re-criá-lo. Para tanto, é necessário envolvimento, interesse, compromisso, simpatia e autenticidade pois como já dizia Freire (1991, p. 19), "o verdadeiro compromisso, que é sempre solidário, não pode reduzir-se jamais a gestos de falsa generosidade, nem tampouco ser um ato unilateral, no qual quem se compromete é o sujeito ativo do ato comprometido e aquele com quem se compromete a incidência de seu compromisso."

Existem, aqui, algumas considerações a serem feitas e para isso tomo como referência o trabalho desenvolvido com o grupo Amizade. Apesar de acreditar plenamente no diálogo tal como o tratei anteriormente, apesar de traduzir no meu discurso estas crenças e apesar de estar convicta das possibilidades do mesmo numa iniciativa de educação em saúde, transportá-lo do nível abstrato para o concreto, do discurso para a ação, da teoria para a prática, não foi tarefa das mais fáceis. A maior, dentre todas as dificuldades, foi exatamente aquela que assinala, a meu ver, o primeiro passo para uma real transformação: despir a couraça do profissionalismo que sufoca a sensibilidade e formaliza as relações em nome de uma postura técnico-científica apropriada, sem esquecer que se é um profissional que está ali com uma intencionalidade, e abandonar, junto com ela, o ímpeto de ensinar, consentindo em calar a própria voz para permitir-se ouvir os sussurros de outras pessoas.

Aprender a participar do diálogo sem manipulá-lo, sem conduzi-lo através de minhas próprias relevâncias sem, contudo, assumir a postura de simples espectador foi outra dificuldade. Ao lado disto, vieram algumas perguntas de respostas tão necessárias quanto difíceis: até que ponto mesclam-se os âmbitos pessoal e profissional? O que é ético e o que não é ético? Até que ponto é possível interferir no ritmo e nos interesses do grupo? Que questões podem ser problematizadas e que questões devem ser diretamente respondidas? O que resulta do encontro entre saberes popular e técnico?

Todas estas dificuldades que, segundo penso, interpunham-se ao verdadeiro diálogo, foram sendo progressivamente superadas, algumas com mais, outras com menos sucesso. A primeira e maior de todas elas, conter o ímpeto de ensinar, exigiu grande esforço e dedicação durante todos os encontros e, justamente quando a acreditava superada, surpreendia a mim mesma repassando

informações e orientações de forma verticalizada em situações que poderiam ser problematizadas. Superar "verdades" paulatinamente introjetadas durante anos de formação e de exercício profissional requer, realmente, um grande e continuado esforço.

Saber até onde uma situação envolve o lado profissional, onde começa a envolver o lado pessoal, onde ambos se confundem, quando e se deve prevalecer um ou outro, é uma aprendizagem que vem em consequência da anterior e que, como ela, não se completa pois depende, a meu ver, do nível de interação, confiança e solidariedade alcançada pelo grupo. É difícil fazer a distinção entre pessoal e profissional numa proposta de trabalho como esta em que deliberadamente se abandona a superioridade técnica cultivada nas instituições de saúde para abrir espaço à participação, para prestar atenção aos detalhes sutis do relacionamento com o grupo e que traduzem a cultura, os valores, as tradições, as expectativas do mesmo, todos aspectos imateriais de uma realidade social que precisam ser valorizados numa educação em saúde que se pretenda transformadora.

Compreender o que é ético e o que não é ético no desenvolvimento do trabalho, é outra situação para a qual não existe uma fórmula pois as fronteiras entre um e outro são muito tênues de forma que o que é tido como ético numa determinada circunstância, deixa de sê-lo em outra. Três grandes pontos pesam nesta balança: os valores pessoais, o compromisso com a profissão e o compromisso com o grupo e nem sempre é fácil tomar a melhor decisão levando-os todos em consideração.

No que se refere à minha interferência no ritmo e nos interesses do grupo, demorei alguns encontros para perceber que se eu também fazia parte do grupo e que se uma educação em saúde dialógica era a intencionada, então meus interesses também deveriam fazer parte das discussões. Fazer parte, não sobressair-se e manipular a evolução do grupo! E, nesta aprendizagem de participação, aprendi também a diferenciar as perguntas, as situações que podiam e deviam ser problematizadas daquelas que solicitavam uma resposta direta. Nesta experiência, geralmente as perguntas que envolviam aspectos essencialmente técnicos do trabalho de saúde foram as que solicitaram respostas diretas como, por exemplo, "o que é que tem dentro da vacina?". Contudo, a conclusão sobre o tipo de resposta a ser oferecida não é indicada somente pelo tipo de pergunta, mas também pelo comportamento do grupo durante a discussão, pelas mensagens não verbais presentes na comunicação grupal e cuja leitura demanda interesse, continuada atenção, envolvimento e conhecimento dos valores, dos costumes, das tradições da comunidade e do grupo como um todo e de cada participante em particular. Em resumo, não há uma "receita" para diferenciar perguntas e diferenciar respostas que possa ser aplicada em qualquer trabalho de

grupo; ao contrário, estou convicta de que se eu própria desse início, hoje, a uma nova experiência enfrentaria novamente esta dificuldade pois as circunstâncias seriam completamente diferentes.

Neste ir e vir de perguntas, respostas, reflexões e discussões ocorre o encontro entre saberes técnico-científico e popular, ambos dispostos não a impor verdades mas a desvendar a realidade por meio do diálogo. Deste encontro resulta um saber novo, re-criado, re-inventado, que deixa transparecer em si elementos populares e científicos, compatíveis entre si, que o torna mais próximo das pessoas, como demonstram as falas:

*Eu: "Nós estávamos falando da alimentação do bebê e Orquidea disse que ao provar alimentos diferentes do leite materno, o bebê percebe outros sabores; mas além disso, ele começa a desenvolver o rosto, músculos e ossos do rosto para mastigar, para falar, para os dentinhos. Por isso, na hora de oferecer sopa e outros alimentos ao bebê, não se deve bater no liquidificador; se deve passar numa peneira para que ele comece a se esforçar para mastigar. Depois de alguns dias, amassa-se os alimentos com o garfo antes de oferecer ao bebê; após, dá para oferecer aos pedaços e, por fim, inteiro."*

A esta fala, seguiu-se um profundo e prolongado silêncio que despertou em mim a consciência de que eu estava repetindo os velhos erros que pretendia superar. Convicta da importância do diálogo problematizador, lá estava eu discursando sobre o que devia e o que não devia ser feito, reduzindo a educação em saúde a um repasse de informações técnicas normatizadas e normatizadoras. Em poucas palavras, eu estava repetindo, no grupo, toda a minha prática com consulta de enfermagem, com a diferença de que não havia uma mesa entre nós e nem uma instituição de saúde respaldando minha ação. Aquele silêncio interrompeu o meu monólogo ou, como dizem Freire e Guimarães (1988), minha cantiga de ninar, levando-me a modificar meu comportamento.

*Rosa: "Ah, não sei! Quando eu dô os pedacinho raspado de maçã, ele faz vômito... eu acho que dá assim raspadinho, passando na penera, só com uns... sete mese, quando ele tá maiorzinho. Com os otro eu comecei com uns 6-7 mese, aí eu amassava bem amassadinho, tudo bem cozidinho, e dava. P'ra ele, eu bato tudinho no liquidificador até ele tá maiorzinho, depois vô amassá. Senão ele não vai cumê."*

É possível aqui perceber que a interrupção do meu monólogo estimulou as mulheres a participarem compartilhando suas vivências e abriu espaço à problematização:

Eu: *"O que vocês pensam a respeito disto?"*

Orquídea: *"O R. tá com 4 mês, né? Eu acho que é muito tempo até os 7 mês. Ele pode achá que tá tão fácil tudo batidinho ali na mamadeira que imagina se ele vai querê mastigá!"*

Jasmim: *"Não querida, não é assim! Não precisa batê tanto tempo no liquidificador! Bate só p'rá acostumá. Depois, quando tá [o bebê] gostando, aí não precisa mais batê. É só p'rá acostumá c'o gosto."*

Orquídea: *"Bom, se é só uma semana até que dá. É, até ele acostumá com o sabor, né? Depois já dá bem amassadinho senão fica fácil demais!"*

Eu: *"E você, Rosa, o que acha disto?"*

Rosa: *"É. Batê uns dia no liquidificador depois dá amassadinho. Daí dá. Mas passá na penera não dá; demora muito. Daí amassa e dá de colherinha, né?"*

Eu: *"Vários pediatras e o Ministério da Saúde dizem que o melhor é passar os alimentos por uma peneira fina ao invés de passar no liquidificador mas o modo que o grupo encontrou para oferecer alimentos ao bebê também pode ser usado."*

Orquídea: *"É, porque ele [o bebê] vai podê aprendê a mastigá... vai crescê o rosto também."*

Eu: *"Então como é que fica?"*

Jasmim: *"Bate no liquidificador uns dia ... uns 7... por aí."*

Rosa: *"... p'rá ele acostumá c'o gosto, né? Depois amassa bem amassadinho e dá."*

Orquídea: *"Quando ele já sabe mastigá não se afoga, a gente pode dá de pedacinho."*

Eu: *"Então, o bebê primeiro mama só leite da mãe, depois começa a receber outros alimentos batidos no liquidificador por poucos dias, depois amassados com o garfo, depois em pedaços e finalmente inteiro?"*

Rosa: *"É. Assim dá p'rá fazê."*

As falas acima retratam uma discussão na qual os saberes e as vivências são compartilhados, o debate se aprofunda a partir dos diversos pontos de vista, argumentos são apresentados, segue-se uma "negociação", a qual culmina em uma síntese que contemporiza todos os pontos de vista, inclusive o técnico. Deste processo resulta um saber novo que, mescla saberes técnico e popular tornando-se mais próximo do viver concreto das pessoas e mais facilmente utilizável nos seus cotidianos.

O relato acima deixa transparecer que a não aceitação das recomendações normatizadoras oferecidas por diversos autores e pelo Ministério da Saúde, deve-se a uma questão eminentemente prática do dia a dia, onde o tempo é precioso e quase insuficiente para o volume de afazeres. Este aspecto comum da vida das pessoas é via de regra desconsiderado quando verticalmente nos desincumbimos das orientações de saúde empacotadas que são, em pacote, ignoradas pelas pessoas. O saber assim re-criado tem chances maiores de ser incorporado ao cotidiano, como ficou demonstrado no encontro que seguiu esta discussão:

*Rosa: "Sabes que hoje ele comeu de colherinha? Amassei bem amassadinho a sopa e dei. Ele comeu!"*

A situação acima descrita repetiu-se diversas vezes ao longo dos encontros seguindo, em todas elas, uma dinâmica semelhante marcada por compartilhar-argumentar-negociar-sintetizar. Estas situações parecem vir ao encontro daquilo que pressupus ao acreditar que "o encontro de saberes técnico e popular em saúde dá origem a um novo saber, mais acessível à mulher para aplicação em suas situações concretas de vida e de saúde".

A criação deste novo saber tem possibilidades de acontecer quando a convicção de que ambas as formas de conhecer - técnica e popular - são válidas é assumida e traduzida na prática, no diálogo. A este respeito, Freire (1991, p. 33) diz que o conhecimento "nasce e se desenvolve na medida em que as pessoas pensam e refletem sobre a experiência vivida em todas as práticas." Neste pensar e refletir vivências, o certo e o errado cedem espaço à discussão, ao diálogo e à análise, necessárias à criação de uma nova forma de conhecer.

Acredito ser importante voltar a ressaltar que neste processo o saber científico não é abandonado em favor do popular, mas se reúne a ele, pois, como falam Nascimento e Rezende (1988, p. 14), "se se critica o cientismo academicista alienado, da mesma forma são questionáveis os nivelamentos basistas do saber. Só o encontro... do saber científico com saber popular pode gerar um novo saber, que será não uma grosseira reunião de fragmentos mal emendados, mas sim um saber artesanalmente urdido..."

Junto a esta re-criação do saber é possível perceber um outro papel da educação em saúde que, pela reflexão, oferece às pessoas subsídios para reformularem formas de pensar.

## **AJUDANDO A DESMITIFICAR PENSAMENTOS...**

O diálogo que fundamenta a educação em saúde revela um encontro entre saberes científico e popular; um, resultado do esforço empreendido pela ciência durante séculos, outro, fruto da experiência de vida passada de geração a geração ao longo da história. Um conhecimento não é, então, superior ao outro; eles apenas trilham caminhos diferentes na sua produção (Nascimento e Rezende, 1988).

Ocorre, porém, que a ciência organiza didaticamente o seu saber, sistematizando-o racionalmente de forma a permitir a evolução lógica de um pensamento por caminhos marcados pelas relações de causa e efeito. Embora o saber popular careça da sistematização que caracteriza a ciência, não há que se pensar que lhe falte lógica. Esta forma de saber segue, a meu ver, uma lógica própria que também dá origem a relações de causa e efeito, elaboradas a partir de, como fala Freire (1991), uma captação preponderantemente sensível da realidade, que contrasta com a captação essencialmente reflexiva que dela tem a ciência e que culmina com uma compreensão mágica desta mesma realidade. As falas a seguir oferecem um bom exemplo disto:

Rosa: *"Tem que se alimentá direito porque senão o corpo da gente ele vai se mexendo, vai se complicando. Quando não se alimenta direito, isso vai mexendo com os próprio verme. Verme é uma coisa séria! Eu perdi uma irmã com verme com dois mese. Já tinha nascido com eles!"*

Eu: *"E o grupo, o que pensa a respeito?"*

Orquídea: *"Não sei."*

Papoula: *"Eu tô aqui ouvindo e e acho que tem que sê que já nasce com verme, né?"*

Jasmim: *"Será? Mas como?"*

Rosa: *"É que quando a mãe tem verme, muitos verme, transmite prá criança, tá compreendendo como é que é? Porque todo mundo tem, sempre um*

*pouquinho a gente tem. É que nem a mãe com anemia... transmite pro filho... e os verme também transmite."*

Aqui, desconhecendo os caminhos percorridos pela ciência, a mulher revela um raciocínio linear que explica um fato vivido a partir de uma lógica unilateral de percepção da realidade. Como a percepção da realidade é limitada, a explicação encontrada segue uma única direção que tem por centro uma determinação da natureza: morreu com vermes aos dois meses de idade, logo, nasceu com eles. Esta fala deixa evidente a busca e estabelecimento de uma relação causal que justifique e explique o vivido.

Eu: *"No outro dia nós falamos sobre o modo como a alimentação vai da mãe para o bebê. Vocês lembram?"*

Orquídea: *"É pelo cordão do umbigo, né?"*

Jasmim: *"Será que por onde vai o alimento não passa também as bicha?"*

Eu: *"Entre a mãe e o bebê, dentro do útero, tem um filtro muito poderoso, a placenta, que funciona como um coador. Por este filtro passam as coisas boas para o bebê e às vezes, coisas ruins como álcool, drogas, algumas doenças... Mas será que por este coador poderoso passam lombrigas?"*

**Silêncio.**

Rosa: *"Acho que não. Mas então como que às veze o nenê pequeno tem bicha?"*

Jasmim: *"Eles dize que as veze a gente toma uma água com microbe, não é... As veze tem uma coisa que vai mal lavada, uma fruta, uma verdura..."*

Orquídea: *"Até a chupeta, né, cai no chão e vai pra boca."*

Rosa: *"Dize também que andá descalço... ele [o verme] entra pela própia sola do pé."*

Jasmim: *"É. Se a minha [filha] tá sentada no chão, o chão tem poera, ela coloca a mão no chão, coloca a mão na boca, pronto! Aquilo ali já vai transmiti alguma coisa."*

Eu: *"Então, o que vocês acham, será que nós já nascemos com vermes?"*

Orquídea: *"Não, não. A gente pega vermes."*

Jasmim: *"Eles se cria dentro da gente."*

Eu: *"Por tudo isto que nós falamos dá para perceber que mesmo um bebezinho pode ter vermes."*

Rosa: *"Então ele pode pegá verme. Não nasceu mas pegô depois. Ah."*

Os discursos revelam a compreensão mágica do real já anteriormente falada. Sem subsídios que permitam aprofundar a reflexão em torno de um assunto de maneira a desvelá-lo, as pessoas liberam sua imaginação criando explicações fantásticas para os eventos do dia a dia que fogem de sua compreensão. As explicações são geralmente de cunho natural, com causas e efeitos centralizados no indivíduo, o que traduz uma maneira ingênua de pensar. A educação em saúde pode problematizar esta compreensão mágica, oferecendo novos elementos para a desmitificação do pensamento, para a re-criação da forma de compreender sem contudo apôr àquela compreensão o rótulo "errado", o que contribuiria apenas para desvalorizar as pessoas e impedir o diálogo.

Na discussão, os membros do grupo traduzem sua compreensão do real, construída pela mistura de elementos científicos apreendidos ao longo da vida, na escola, pelos meios de comunicação de massa, nas instituições de saúde, com elementos fornecidos pela imaginação, o que confere ao saber popular uma característica desorganizada e fantástica. Através do diálogo é possível conhecer os caminhos percorridos por este saber e identificar os fundamentos da forma de pensar e de atuar dos participantes. O diálogo abre também espaço à introdução de novos elementos que permitam o aprofundamento da reflexão em torno de determinado tema, contribuindo para desmitificar a forma de pensá-lo e para transformar as ações que a ele se referem.

Foi possível perceber no grupo Amizade que as ações das mulheres com relação a determinado assunto estão intimamente ligadas à compreensão que dele têm:

Papoula: *"Tem pessoa que tem verme ensacado. Pode fazê exame que ele não acusa".*

Rosa: *"É, ele fica dentro de uma bolsa. Ele só sai tarde da noite na hora que a pessoa tá durmindo, aí pela uma hora da manhã. É a hora certa p'rá toma o remédio. A pessoa que tem verme ensacado o horário certo mesmo é uma hora da manhã."*

No caso descrito é possível perceber que a uma compreensão mágica do real, corresponde uma ação preponderantemente mágica (Freire, 1991). Então, se o verme ensacado sai somente à noite - compreensão mágica - o medicamento deve ser oferecido à uma hora da manhã - ação mágica.

Esta captação mágica da realidade, que traz em si uma mescla de elementos científicos e fantásticos, impõe limites à compreensão que as mulheres do grupo têm de seu mundo, impedindo uma percepção crítica do mesmo e levando-as a aceitarem como naturais condições socialmente determinadas:

Rosa: *"Todo mundo tem bicha"*

Jasmim: *"Ah, a criança sempre come terra."*

E é justamente nestes limites da compreensão que se encontra, a meu ver, um espaço fértil para a educação em saúde, a qual pelo diálogo, pelo compartilhar de saberes e vivências pode colaborar para a superação dos mesmos ajudando a perceber aspectos até então ignorados de uma mesma realidade, a organizar pensamentos e a compreender criticamente as situações envolvidas no viver cotidiano. Este espaço para a educação em saúde é confirmado pelo próprio grupo que ao aperceber-se dos limites impostos a sua compreensão da realidade e, conseqüentemente, a sua ação, expressa seu desejo de ultrapassá-los:

Crisântemo: *"Eu acho que a gente devia discuti mais verminose. É importante sabê mais, ainda mais com criança pequena."*

Rosa: *"É. Eu pensava que a gente já nascia com bicha. Agora tamo falando que não nasce então... como é que é?"*

Este desejo expresso abre possibilidades à introdução de novos elementos ao pensar, em que o saber científico participará do diálogo apresentando-se como uma outra face da realidade, como uma outra forma de saber, de compreender, não mais superior e inatingível mas disponível para ser utilizada nas situações concretas de vida.

Neste caso da discussão sobre verminoses, o diálogo, que como sempre partiu das experiências e saberes das participantes, desvendou tipos de verminoses, formas de transmissão, meios de diagnóstico e de tratamento, culminando com a compreensão de que as mesmas não necessariamente fazem parte da vida das pessoas, que não são uma determinação da natureza e que, como tal, podem ser evitadas.

As mulheres do grupo têm formas próprias de diagnóstico e tratamento aos mais variados problemas de infância:

Violeta: *"Ah, o meu [filho] começô a chupá pedra... não pode sai de casa que pega uma pedra e bota na boca. Eu logo disse: é bicha!"*

Jasmim: *"É. A criança fica bem barrigudinha. É triste vê uma criança barrigudinha."*

Crisântemo: *"A criança fica irritada, não tem fome, come areia. O médico falô que é vermes."*

Papoula: *"Eu quando tinha os meu [filhos] pequeno, eles ficava com os olhos diferente... parecia maior... e aquelas olhera. Eu logo sabia que era vermes. O cocô também. Cocô de chero muito forte é verme."*

Crisântemo: *"Tem também o exame de fezes. Faz um exame pra vê que tipo de verme é."*

As formas utilizadas pelas mulheres para o diagnóstico revelam um saber forjado na experiência cotidiana do cuidado com os filhos e mesclam elementos como mudanças de comportamento, alterações na aparência corporal e nas características das fezes, associados com exames médicos, os quais surgem como um recurso a mais porém não certamente como o primeiro a ser utilizado. Neste esforço diagnóstico, as mulheres identificam uma causa para explicar o problema:

*"Come terra porque tem vermes", "se a criança passa vontade de comê alguma coisa que um grande tá comendo, as bicha se alvorota e dá um bolo aqui ó (estômago), ela [a criança] fica braba, chorona."*

Da mesma maneira que para o diagnóstico, as participantes têm suas formas de tratamento para verminose e geralmente é só depois de as terem ministrado ao filho com os recursos que lhe estão disponíveis no seu universo doméstico, é que um serviço de saúde é procurado. Estas formas de tratamento revelam também uma combinação de conhecimentos populares em saúde e de condutas terapêuticas da medicina alopática aprendidas em experiências anteriores:

Rosa: *"Dá hortelã. Hortelã no leite mas dá em jejum. Deixa de um dia pro outro e toma."*

Papoula: *"Melhor ainda é o suco de hortelã. Soca a hortelã, tira o suco e dá com leite."*

Violeta: *"Dá de tratá também com remédio, né."*

Rosa: *"É. Ascaridil é muito bom. Quando o meu mais velho teve bicha, o médico deu isso p'rá ele. Foi ótimo!"*

Crisântemo: *"É, mas aí só com exame. Faz o exame prá pode dá o remédio certo."*

Violeta: *"Se a gente começa a dá sem tê bicha, depois não funciona mais."*

Eu: *"Lá na minha cidade usa-se muito a semente de abóbora. Seca no sol ou no forno, coloca sal e come. Ou então, amassa bem a semente fresca para retirar o suco, depois mistura uma colher de chá deste suco com um pouco de suco de hortelã e coloca no prato de comida."*

Orquídea: *"Esta eu não sabia! Se o meu tiver bicha, vô fazê."*

Geralmente diversas medidas de prevenção de doenças acompanham aquelas de diagnóstico e tratamento, quer dizer, a mulher tem sua maneira própria de prevenir, de diagnosticar e de tratar problemas de saúde dentro de sua família. Mas, no que se refere às verminoses, a porção preventiva deste ciclo de saber-ação praticamente inexistia pois o grupo acreditava que o bebê trouxesse parasitas intestinais consigo ao nascer:

Eu: *"E como é que podemos evitar verminoses? O que é que a gente pode fazer para não ter vermes?"*

Violeta: *"Mas a gente não nasce já com bicha?"*

Rosa: *"Não, não. Nascê com bicha a gente não nasce. Nós falamo na outra reunião."*

Jasmim: *"É, não passa pro filho. A gente pega depois."*

### **Silêncio**

Eu: *"Vamos pensar um pouco no modo como a gente 'pega' vermes, como já discutimos. Pensando nisso a gente pode descobrir como evitar verminose."*

Crisântemo: *"Bom, tem que sê... eu acho, né... aquela solitária é cuidá de passá bem a carne de porco, né. Cuidá com as moscas na comida também..."*

Rosa: *"A comida também, né, sempre limpinha, segurá o banheiro bem limpinho."*

Orquídea: *"Na televisão falô que fruta e verdura antes de comê, deixa de molho em água com vinagre por uns 5 minutos por causa da cólera. Eu acho que também dá prá fazê pros vermes, né?"*

Em estudo desenvolvido em uma maternidade de Florianópolis a respeito da percepção das mães sobre os cuidados com a criança no primeiro mês de vida, Bohes, Monticelli e Elsen (1988/1989) perceberam que as mulheres referiam-se a problemas da criança, preocupações e dúvidas no cuidado da mesma bem como a pontos de referência para aprendizagem do cuidado. Os autores perceberam também que para cada problema as mulheres tinham uma forma própria de diagnóstico baseada nos sinais e sintomas apresentados pelo bebê; além disto, as mulheres explicavam o problema identificando-lhe a causa, utilizavam medidas preventivas, estabeleciam níveis de gravidade e desenvolviam técnicas populares de tratamento.

Dias (1991) em pesquisa realizada na cidade de Belo Horizonte junto a mulheres integrantes do Grupo de Mães do Bairro Lindéia, parece concordar com Bohes, Monticelli e Elsen (1988/1989) ao tratar como notável a prontidão da mulher para os problemas de saúde da família. Segundo este autor, a mulher presta atenção a alterações de comportamento, do aspecto físico de seus familiares para, a qualquer momento e frente a qualquer problema, entrar em ação tomando as providências a seu alcance. Dias (1991) diz ainda que a mulher assume o tratamento caseiro de algumas doenças através da utilização de chás, xaropes, garrafadas preparados com receitas passadas de geração a geração ou através de medicamentos anteriormente indicados por médicos. Geralmente as doenças tratáveis em casa não são computadas como tal. O autor prossegue dizendo que as mulheres tentam garantir, pela prevenção, um nível razoável de saúde a seus familiares; elas atuam preventiva e curativamente no processo saúde-doença.

Apesar das diferenças geográficas, culturais, de população e de objetivos, os resultados destes dois estudos vêm ao encontro daqueles alcançados no grupo Amizade, que colocam as mulheres como cuidadoras não só de sua própria saúde como também da de seus familiares e especialmente da saúde de seus filhos. Como cuidadoras, elas tomam para si o encargo de diagnosticar condições explicando-as em termos de relação causa-efeito, identificam a gravidade das mesmas, tratam-nas, procuram preveni-las e desenvolvem, no dia a dia, habilidades para tal.

O desenvolvimento destas habilidades se dá no viver cotidiano a partir das experiências vividas, da sabedoria de outras mulheres da família e da comunidade (conselheiras) e dos serviços de saúde, cuja contribuição é secundária e reduzida mas que poderia ser ampliada pela educação em saúde baseada no diálogo.

Tomando como exemplo as falas anteriormente descritas e tomadas das discussões sobre verminose, pode-se perceber como foi desenvolvida a educação em saúde, que deixou de lado a prescrição de condutas, a orientação de normas e regras de comportamento, para dispor-se ao diálogo, criando um espaço à reflexão. A vivência das mulheres oferecia o ponto de partida para

as discussões, no decorrer das quais estas vivências eram problematizadas favorecendo a descoberta e compreensão dos diversos aspectos comumente envolvidos em uma mesma situação.

Nestas discussões que tiveram por tema central a verminose, o diálogo não se restringiu aos aspectos clínicos das mesmas mas evoluiu de forma a englobar questões relacionadas a saneamento básico - como esgoto, água, lixo - a qualidade de vida, a política de saúde e outras. Acredito que isto tenha contribuído para desmitificar aquele pensamento inicial que colocava a verminose como condição inerente a todos os seres humanos, para com a qual pouco ou nada poderia ser feito; acredito também que estas discussões tenham também oferecido ao grupo subsídios para passar a visualizar a verminose não como um problema em si mesmo cuja resolução se encerra no tratamento, mas como uma consequência de problemas maiores, que ultrapassam o âmbito do individual.

O início de uma mudança de percepção e, por que não?, de uma transformação talvez apenas pessoal a princípio, pode ser vislumbrada em uma discussão sobre a água:

*Eu: "E a água de beber, de fazer comida? A verminose pode ser transmitida pela água?"*

*Orquídea: "Tem que sê fervida. Ainda mais a água daqui que vem lá da cachoeira, lá do meio do mato."*

*Jasmim e Violeta: "Eu tomo assim mesmo. Eu não fervero."*

*Orquídea: "Eu também. Mas prá ele [o bebê] eu fervero."*

*Eu: "De onde vem a água?"*

***Silêncio***

*Jasmim: "É. Vem lá do mato. Não tem casa perto mas tem um passarinho, assim, que faze cocô, lá uma hora entra um cachorro, passa uma cobra e vai sujando, né. Depois a gente bebe! Argh."*

*Rosa: "Mas fervê dá muita trabalhadeira. Com 6 filho não dá tempo. E fica um gosto ruim."*

*Eu: "E a água da Companhia Catarinense de Águas e Saneamento (CASAN)?"*

*Jasmim: "Ah, aqui não tem. Mas a gente não qué. Porque vamo comprá água se tem bastante aqui, se a gente tem de graça?"*

***Silêncio***

*Eu: "Mas existem maneiras de tratar a água em casa, sem ferver e de graça. Trata na caixa d'água com hipoclorito de sódio."*

Crisântemo: *"E tem no posto?"*

Eu: *"Eu acho que não. Mas poderá ter se a comunidade quiser."*

Violeta: *"Mas eu não tenho caixa."*

Jasmim: *"Trata numa panela."*

Orquídea: *"Lá na reunião do posto dava prá pedi prá N., né?"*

Eu: *"Isto mesmo."*

Crisântemo: *"Dá também prá fervê a água com um capim-limão, uma hortelã, prá deixá gostinho bom."*

No dia em que foi realizada a reunião no posto de saúde com os funcionários do mesmo, expus, a pedido do grupo, o que havia sido discutido e todas as participantes solicitaram o hipoclorito de sódio para tratamento domiciliar da água. A funcionária responsável pelo posto comprometeu-se em providenciar não somente o hipoclorito como também um técnico da Prefeitura Municipal para orientar sobre a utilização do mesmo.

Esta mudança simples na postura dos membros do grupo já indica um rompimento com o fatalismo e um início de utilização dos recursos disponíveis na comunidade - os quais começam a ser percebidos como direitos ao invés de favores do Estado - para melhoria da qualidade de vida. As consequências provocadas pela mudança de postura do grupo fomentam a noção de cidadania, atrofiada por falta de exercício, e contribuem para desencadear um processo mais profundo de transformação do pensar e do agir com relação a si, aos outros e ao mundo, muito mais demorado.

## **UM PROCESSO DE TRANSFORMAÇÃO QUE COMEÇA COM AQUILO QUE AS PESSOAS SABEM...**

Depois desta experiência com o grupo Amizade vislumbro a educação em saúde como um espiral ascendente (fig. 3 e 4) que não é feito por uma seqüência rígida de passos mas por um ir e vir dinâmico, onde as partes se sobrepõem e no qual contam os aspectos individuais e os coletivos. É neste ir e vir marcado pela ação-reflexão que os seres humanos instrumentalizam-se para dar um salto qualitativo em suas vidas.

Deste espiral, a vivência cotidiana dos seres humanos envolvidos no processo de aprender-ensinar marca o ponto de partida. São as dúvidas, os problemas, as certezas, as preocupações, os desafios, as esperanças que pontuam o viver concreto de cada pessoa que fornecem a matéria-prima com a qual trabalha a educação em saúde. É deste viver concreto do ser humano que têm origem as **inquietações**, as **interrogações** sobre a prática cotidiana.

Quando há um espaço de encontro temperado pela confiança, pelo afeto e pela solidariedade como o oferecido pelo grupo, as inquietações e interrogações individuais e/ou coletivas são trazidas para ele, são em **diálogo compartilhadas** para que, também em diálogo, seja buscada a compreensão das mesmas. Para alcançar uma compreensão maior daquilo que gera as inquietações e as interrogações, todos contribuem com suas vivências e seus saberes, todos questionam e buscam respostas e, à medida que isto acontece, aprofunda-se a **reflexão** em torno do vivido, ampliando os horizontes do conhecimento.

Assim, **reunidos e em diálogo**, os seres humanos transcendem as fronteiras do individual transformando a educação numa busca compartilhada, na qual as relações do saber e do vivido com a realidade são problematizadas no intuito de desvendá-la, compreendê-la e transformá-la (Freire, 1988). Desta educação resulta, conforme afirma Silva (1992, p. 37), uma "aprendizagem para a vivência individual e para a convivência com outros homens e com o meio ambiente."

Através do diálogo os seres humanos buscam **descobrir**, com os outros e com o mundo, **novas alternativas** para esclarecer suas dúvidas, amenizar seus problemas, abalar suas certezas, aliviar suas preocupações, responder seus desafios e fomentar suas esperanças; buscam, enfim, novas alternativas para enfrentarem seus cotidianos.

Estas alternativas descobertas nos outros, dos outros e com os outros abre ao ser humano **novas possibilidades** para a realização de **opções** e **decisões** diante das situações com que se depara, dos enfrentamentos que o viver lhe solicita. A educação em saúde desenvolvida em diálogo e em comunhão com outros seres humanos no mundo permite a este mesmo ser humano fazer suas opções, tomar suas decisões de uma forma mais consciente e crítica, o que só é possível quando se tem uma visão ampla da situação, que tome sob consideração vários aspectos da mesma.

No desenrolar do diálogo, as pessoas começam a perceber nuances de si próprias, dos outros e do mundo não percebidas até então; passam a **identificar** os **recursos** que a comunidade oferece e dos quais podem dispor; passam a perceber seus direitos de cidadãos e o papel que eles próprios desempenham na conquista e na garantia dos mesmos; percebem que aquelas situações que julgavam unicamente suas são também vivenciadas por outras e que a reunião de esforços pode fazer mais do que a simples reclamação. Permeando tudo isto vem a **crescente percepção**

**do poder de transformação** de cada um e de todos; esta percepção aumenta à medida em que crescem a auto-confiança, a confiança mútua, a solidariedade, a noção de cidadania.

Este sentimento de poder, de capacidade pode resultar, imediatamente ou não, em **transformação do viver cotidiano**. No grupo Amizade foi possível perceber transformações mais rápidas no modo de pensar e de agir naquelas situações relacionadas com o cuidado dos filhos, da casa, com a própria mulher, com o grupo, com a comunidade, com o posto de saúde, do que naquelas ligadas à relação marido-mulher e a questões financeiras.

A transformação foi gradualmente estimulada ao longo do trabalho e ela se manifesta também de forma gradual, com sutileza, sem grandes explosões. Mais uma vez é importante estar atento àquilo que as pessoas dizem sem palavras, nos seus gestos, nas suas ações, no seu silêncio. A transformação se revela no comparecimento constante aos encontros, na participação cada vez maior nas discussões, na mobilização para ajudar um amigo em dificuldades, no esmero com a aparência partindo de uma mulher que "não liga p'rá isso", no falar em público de alguém que não conseguia dizer sequer uma palavra nas reuniões da escola das crianças, no colher assinaturas da comunidade para entregá-las pessoalmente ao Secretário Municipal de Saúde reivindicando melhor atendimento no posto de saúde, e em outras demonstrações que passariam despercebidas se não houvesse compromisso e envolvimento suficientes para percebê-las.

Mesmo estas transformações sutis não representam, a meu ver, o final da educação, mas o início de uma nova volta da espiral pois, se como diz Freire (1991), o homem é um ser da ação e da reflexão, estas transformações darão origem a novas inquietações, a novas interrogações, que motivarão novas reflexões, novos diálogos, promoverão novas descobertas e culminarão em novas transformações. Nesta espiral, cada uma das voltas representa um movimento de retorno que, contudo, não traduz uma mera repetição de circuito, mas um eterno ir e vir enriquecido pelas experiências anteriores.

Quando a palavra "transformação" é falada, traz à mente a idéia de algo revolucionário, que rompe completamente com uma ordem já estabelecida, que seja claramente percebido por todos. No grupo Amizade não foi assim! As transformações começaram sutilmente, primeiro no âmbito do individual, fortalecendo os seres humanos para que eles pudessem empreender modificações maiores, mais ousadas, mais radicais.

É bom ressaltar que este movimento ascendente em espiral inclui também o enfermeiro. A postura deste profissional, o modo como se insere no grupo pode tornar este movimento mais dinâmico ou mais truncado. Em minha opinião o essencial é que ele procure fazer parte do grupo de uma forma verdadeira, simpática e humilde para que possa educar e educar-se compreendendo que isto não significa, como diz Freire (1988, p. 25), um "estender algo desde a 'sede do saber' até

a 'sede da ignorância' para ... salvar os que habitam nesta", mas um quefazer permanente que reúne sujeitos que buscam o crescimento mútuo através do diálogo problematizador de vivências e saberes. Só assim ele conseguirá dar voz, vez e ouvidos àquilo que "a população" sabe, àquele saber não científico comumente considerado inferior, de segunda classe mas graças ao qual esta mesma população tem conseguido cuidar de sua saúde e manter-se viva.

Este saber popular revela um pouco da relação existente entre os seres humanos e sua realidade, na qual baseia-se a educação. De acordo com Nascimento e Rezende (1988, p. 20), "é o exercício de vivenciar e refletir sobre seu contexto, não alheado dele, mas com discernimento suficiente para mergulhar nele e se distanciar, que pode fazer com que o ser humano se aproprie de sua realidade, seja capaz, desvelando-a, de criticá-la, ultrapassá-la, ver mais longe e, aí, modificá-la."

A percepção das modificações ocorridas no ser humano e na sua realidade sempre foi uma preocupação dentro da educação em saúde pois ela relaciona-se com algo de relativa dificuldade técnica: a avaliação.

No grupo Amizade não foi diferente! No princípio, a avaliação representou uma grande preocupação principalmente porque eu estava ainda muito influenciada pela minha prática como docente em que contavam na avaliação muito mais aspectos objetivos, diretamente observáveis e mensuráveis, verificados com a ajuda de um instrumento próprio, do que aqueles aspectos mais subjetivos. E isto aconteceu mesmo tendo eu proposto, a priori, uma avaliação que acompanhasse o desenvolvimento do trabalho sendo feita ao final e ao início de cada encontro.

Aos poucos, e não sem dificuldades, aprendi que, apesar das avaliações feitas em cada encontro, as demonstrações práticas da aprendizagem demoram um pouco mais para surgirem. Estas demonstrações por vezes surgiram de maneira tão sutil que poderiam ter passado despercebidas, como creio ter ocorrido com muitas, se eu já não conhecesse um pouco as participantes do grupo para percebê-las; outras demonstrações nem surgiram nos momentos dos encontros do grupo, de forma que não pude percebê-las diretamente.

Como os sinais da aprendizagem eram sutis, foi mais fácil percebê-los naqueles momentos de conversa informal que precediam e sucediam as discussões propriamente ditas, pois era naqueles momentos que as mulheres falavam de si, de suas vidas, dos acontecimentos da semana; comentavam algo discutido nos encontros, estabelecendo um paralelo com situações por elas vividas; relatavam algo discutido no grupo e que haviam "ensinado" a alguém; nas ilustrações do Almanaque Amizade. As modificações no vocabulário, na forma de falar, também ofereceram elementos demonstrativos de uma aprendizagem pois as mulheres incorporaram ao seu discurso palavras de cunho mais técnico empregadas por mim durante as discussões:

- . "vermes" ao invés de "bichas";
- . "crescimento e desenvolvimento" ao invés de "gordura, tamanho e esperteza";
- . "ser saudável" ao invés de "ter saúde";
- . "É, amiga, isto é que é enfrentamento!"
- . "é bom discuti prá gente vê como é que vai enfrentá, né."
- . "Mas isto é um direito!"

Houve momentos entretanto em que a aprendizagem pode ser mais facilmente observada como, por exemplo, quando as mulheres relatavam a utilização dos temas discutidos na suas vidas cotidianas:

Jasmim: *"Eu tô dando comidinha prá ela do jeito que a gente discutiu. ela tá comendo."*

Rosa: *"Deixei ele mais sentado depois de mamá. Ele vomitô menos."*

E existiram também ocasiões em que a aprendizagem foi demonstrada de forma mais evidente, como aconteceu na mobilização e organização do grupo para as reuniões com os funcionários do posto e com o Secretário Municipal de Saúde para reivindicar melhores condições de atendimento e entregar o abaixo-assinado da comunidade.

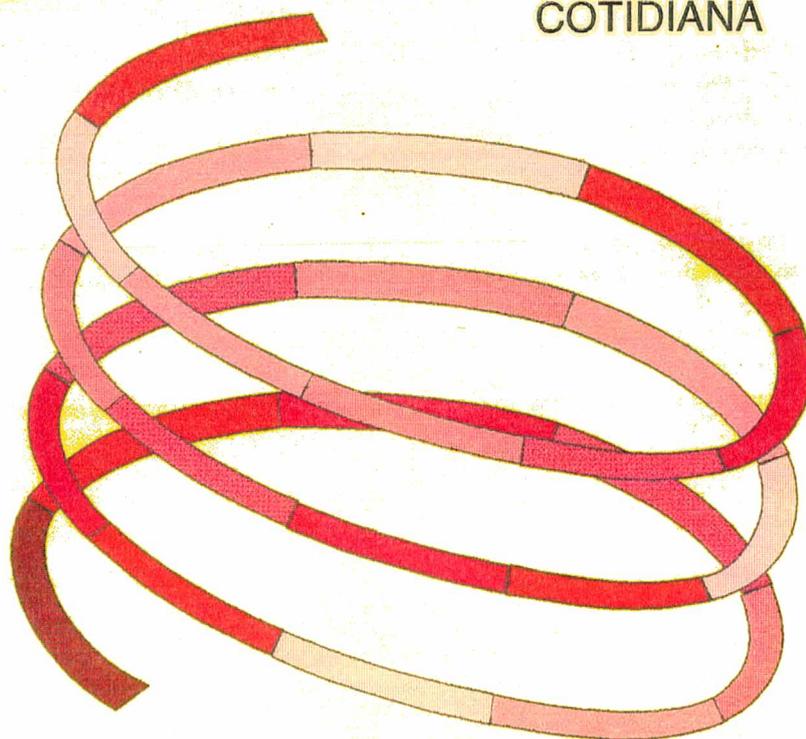
Nada do utilizado para "avaliação" é mensurável, quantificável mas oferece um indicativo da incorporação da teoria à prática cotidiana pois, como fala Freire (1991) , só aprende realmente quem apreende o aprendido e o traduz nas suas situações concretas de vida.

## RECONSIDERANDO

Ao idealizar o marco conceitual que norteou este trabalho, inclui no mesmo o conceito **Processo Educativo**, o qual defini como um processo no qual os seres humanos, em grupo e em diálogo, compartilham os seus saberes e vivências e desenvolvem suas potencialidades, buscando aprender novas formas de ser/estar no/com o mundo e de ser mais. Neste processo, os seres humanos descobrem, modificam e criam maneiras de enfrentar as diversas situações com que se deparam no exercício de suas artes de viver, re-criando-as de forma saudável.

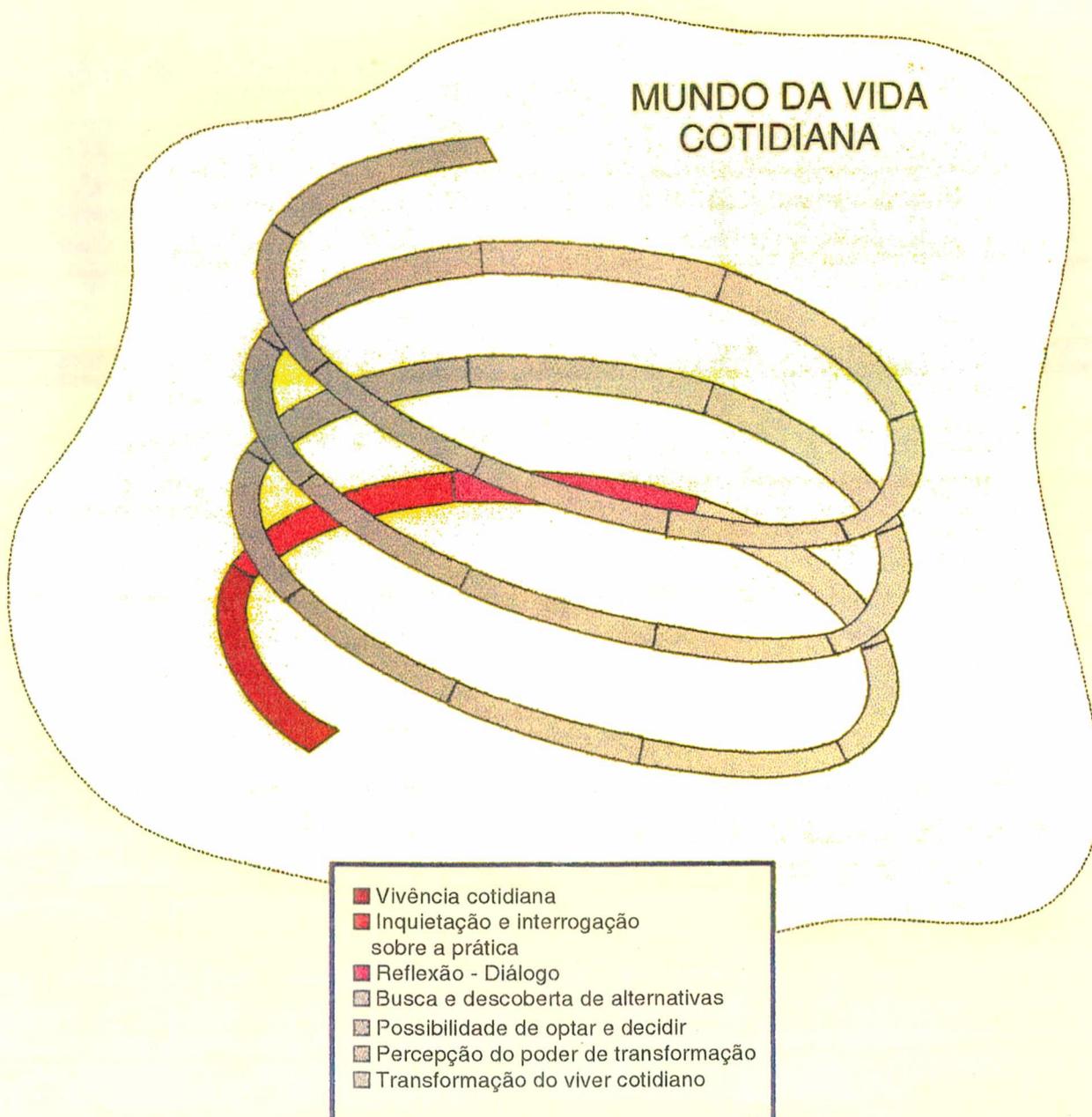
Fig. 3 - **EDUCAÇÃO EM SAÚDE:**  
um eterno retorno que se renova  
a cada experiência.

MUNDO DA VIDA  
COTIDIANA



- Vivência cotidiana
- Inquietação e interrogação sobre a prática
- Reflexão - Diálogo
- Busca e descoberta de alternativas
- Possibilidade de optar e decidir
- Percepção do poder de transformação
- Transformação do viver cotidiano

Fig. 4 - **EDUCAÇÃO EM SAÚDE:**  
um ciclo que não necessariamente  
se completa.



Hoje, com base no vivido, reconsidero este meu pensar e acredito ser o Processo Educativo

*"um processo que se dá em todos os momentos do viver, que pode ser favorecido por um grupo no qual seres humanos, reunidos e em diálogo, compartilham suas vivências, seus saberes buscando aprender formas de transformar seu ser/estar no/com o mundo e de ser mais. Neste processo, o ser humano descobre, modifica e cria possibilidades de enfrentamento às diversas situações com que se depara no exercício de sua arte de viver, buscando re-criá-la na transformação de si e do mundo no qual e com o qual é/está."*

Este processo educativo desenvolveu-se em um **grupo** de pessoas o qual pressupus ser um encontro de seres humanos que, reunidos e em relação de confiança mútua, interessam-se pelos sentimentos e pela história de cada um e de todos, compartilham vivências e saberes, aprendem uns com os outros e buscam expressar o aprendido no enfrentamento das diversas situações geradas no exercício da arte de viver.

Analisando esta definição a partir da prática, percebo que, além da confiança mútua, afeto e solidariedade marcam as relações no grupo favorecendo o diálogo e a aprendizagem bem como o despertar compartilhado da cidadania. Assim, **grupo** pode ser considerado como:

*"um encontro de seres humanos que desenvolvem entre si uma relação de confiança mútua, afeto e solidariedade, interessam-se pelos problemas, pelos sentimentos e pela história de cada um e de todos, compartilham vivências e saberes, aprendem uns com os outros e buscam expressar o aprendido exercitando sua cidadania na re-criação cotidiana da arte de viver."*

É no contexto do processo educativo grupal que se insere a **educação em saúde**, a qual tem no diálogo entre seres humanos o seu principal instrumento. A priori, considerei ser esta educação em saúde um processo que se desenvolve entre seres humanos que, em grupo, compartilham vivências e saberes, e refletem sobre eles buscando aprender, em diálogo, novas habilidades para os enfrentamentos que a arte de viver solicita, recriando-a de forma saudável.

Na verdade, ao dialogarem os seres humanos procuram alcançar uma melhor compreensão de seu ser/estar no mundo e com o mundo, o que lhes possibilitará a descoberta, a invenção, a re-

criação de possibilidades de enfrentamento às situações envolvidas no viver bem como a transformação de si, do mundo e de suas relações nele e com ele. Assim, a **educação em saúde** emerge como

*"um processo desenvolvido entre seres humanos que, em grupo e em diálogo, compartilham vivências, saberes e refletem sobre os mesmos buscando compreender melhor seu ser/estar no/com o mundo, descobrir, inventar e criar novas possibilidades de enfrentamento às diversas situações envolvidas no exercício cotidiano da arte de viver, bem como transformar a si próprios e ao mundo no qual e com o qual são/estão".*

Mas a educação em saúde não se limita à discussão em torno da doença como fenômeno físico-biológico; ela preocupa-se em criar um espaço para a reflexão sobre os condicionamentos sociais, políticos, ambientais da saúde e da doença, buscando oferecer condições não só para a aprendizagem de maneiras de prevenção e tratamento, mas também para a percepção de possibilidades para transformação da situação, das pessoas e do mundo. A educação em saúde tem como sujeito o ser humano e no seu desenvolvimento busca despertar, fortalecer e fomentar aquilo que Scherer (1987, p. 25) chama de "noção de cidadania". Quer dizer, trabalha com os seres humanos-cidadãos de forma tal que o grupo compreenda as implicações da cidadania - de fato e de direito - e que seus participantes comecem a perceber-se como cidadãos.

Falo aqui em noção de cidadania porque acredito que um trabalho desenvolvido por 5 meses não é suficiente para que seres humanos que viveram a maior parte de suas vidas na condição de objetos e não como sujeitos sociais, que têm uma exacerbada consciência de seus deveres e uma réstia de percepção de seus direitos, cheguem à conquista total da cidadania. É entretanto suficiente para que os seres humanos fiquem inquietos, busquem dialogar e refletir sobre seu ser/estar no/com o mundo, e para que arrisquem algumas tentativas de fazer valer seus direitos nas quais pesem a participação e a organização, como ocorreu no caso do posto de saúde já relatado. Cinco meses são insuficientes já que, como diz Demo (1993), a formação da cidadania leva gerações pois é um processo lento e profundo; neste processo a "educação é precisamente condição necessária para desabrochar a cidadania" objetivando a formação do sujeito num contexto de direitos e deveres (ibidem, p. 24).

O conceito de cidadania, embora implícito nos demais conceitos, não foi claramente evidenciado no marco conceitual que idealizei. Agora, com base no vivido e com inspiração em Demo (1993) vislumbro **cidadania** como:

*"uma qualidade social das sociedades organizadas que outorga aos seres humanos que nelas convivem direitos e deveres legalmente reconhecidos dos quais os deveres são, por força da lei, cumpridos e os direitos são conquistados à medida que os seres humanos tomam consciência deles, percebem criticamente a si e ao mundo no/com o qual são/estão e fortalecem-se para exercê-los."*

Fomentando a cidadania, a educação como componente do trabalho em saúde pode tornar viável o alcance daquilo que Silva (1992, p. 6) acredita ser sua finalidade maior: "capacitar os indivíduos para sua autonomia, para que conquistem melhores condições de vida".

Da mesma forma o educador em saúde, com os horizontes de sua ação ampliados pelo despertar e pela conquista da cidadania, reconhece e valoriza sua função no grupo e na comunidade como catalisadora mas reconhece que a comunidade, o grupo, independem dele uma vez que já existiam antes dele, existem apesar dele e continuarão existindo depois dele. (Nascimento e Rezende, 1988).

## À GUIA DE FINALIZAÇÃO

O trabalho que ora finalizo teve o propósito de relatar a experiência vivida ao longo de uma prática assistencial de enfermagem, comprometida com a educação em saúde, desenvolvida com um grupo de mulheres com filhos na faixa etária de zero a um ano e que teve no diálogo compartilhador de vivências e saberes seu principal instrumento.

Para que a experiência em questão fosse possível, foi necessário reunir mulheres com as características desejadas. A prática evidenciou, entretanto, que a mera reunião de pessoas não é suficiente para que se tenha um grupo; além de estar reunido é preciso tornar-se um grupo, processo trabalhoso que percorre caminhos marcados pela conquista da confiança mútua, do afeto e da solidariedade.

Estes elementos são progressivamente conquistados quando os membros do grupo abrem-se uns para os outros dispondo-se a conhecer e dar-se a conhecer. Conforme observou-se com o grupo Amizade, à medida que os mesmos eram conquistados, as participantes do grupo traduziam-nos nos encontros, através de inequívocas mudanças de comportamento não só com relação umas às outras como também na participação de cada uma nas discussões, a qual crescia a cada encontro.

Foi deste relacionamento de confiança, solidário e afetuoso que emergiram, em diálogo, os temas para a discussão, os quais vinham pautados na experiência concreta de vida do grupo e ofereciam as bases para o movimento compartilhado de ensinar e aprender colocando a reflexão sobre o vivido como ponto central do mesmo.

Aos poucos o grupo criou para si algumas rotinas e desenvolveu uma certa disciplina, ambas jamais explicitadas mas sempre seguidas, as quais imprimiram ritmo e característica às discussões sem contudo conseguir impedir os desvios no curso das mesmas. Estes desvios, ao contrário do

que a princípio imaginei, foram valiosos para o trabalho pois me permitiram compreender costumes, hábitos, tradições, crenças, valores, práticas populares dos membros do grupo, que não teriam sido revelados no curso formal de uma discussão.

Ao longo dos encontros, vários foram os assuntos debatidos. Um destes assuntos referia-se ao ser saudável, que depois de ampla e aprofundada reflexão, revelou múltiplas faces, que não se restringem aos limites do corpo e das questões biológicas do viver.

Nestas múltiplas faces do ser saudável incluem-se elementos como a capacidade e disposição para o trabalho, estado de espírito, segurança afetiva, presença/ausência de doenças e sintomas, convívio social, aparência física, condições materiais da existência e esforço pessoal, que envolvem condições relativas ao ser humano e ao mundo no qual e com o qual ele *é/está*. Destes elementos, a capacidade e a disposição para o trabalho revelou-se como expressão máxima de saúde.

A doença não é excluída do ser saudável; ao contrário, ela forma, com a saúde, uma mesma totalidade. Cedo o ser humano aprende a negociar com a doença, a resistir a ela, de modo que ela não o impeça de sentir-se no comando do seu viver, de assumir uma postura ativa frente a si e ao mundo no/com o qual *é/está*, e de prosseguir criando e re-criando respostas às diversas situações envolvidas no seu viver cotidiano.

A forte ênfase colocada no "poder fazer", no poder trabalhar, evidenciada nas discussões sobre o ser saudável, repetiu-se nos enfrentamentos cotidianos do grupo, onde, num dia a dia marcado por tarefas, responsabilidades e dificuldades, o fazer sobressai-se. Várias são as situações enfrentadas pelas mulheres do grupo no seu cotidiano e elas as enfrentam imersas em horas de trabalho ininterrupto, o que ajuda a compreender a ênfase imprimida à capacidade e à disposição para trabalhar como elemento do ser saudável.

As situações relacionadas com o cuidado dos filhos estão sempre presentes no viver daquelas mulheres e elas as enfrentam buscando modificá-las. Neste esforço de enfrentamento, contam com os recursos de suas experiências pretéritas e com a ajuda de outras mulheres, conselheiras, membros de uma rede interpessoal que lhes é próxima e sempre presente em momentos de dificuldade. Mesmo útil e importante, esta rede interpessoal próxima às mulheres pode dificultar a conquista da autonomia das mesmas no cuidado com o filho.

As relações com o marido também dão origem a situações que precisam ser enfrentadas, mas nelas a mulher assume a condição de subalternidade que lhe tem sido historicamente imputada e que contribui para silenciá-la, submetê-la, torná-la lenta em suas ações e para tolher suas iniciativas. São grandes as dificuldades de diálogo aberto com o marido e, assim, quando os problemas vividos têm conotação essencialmente emocional, a mulher freqüentemente manifesta

suas frustrações sob forma de doenças. Esta forma de enfrentar traz impressa em si a marca das diferenças sexuais social, cultural e historicamente cultivadas.

O enfrentamento às situações envolvidas no cuidado com o filho e nas relações conjugais é marcado pelas relações de poder entre as partes. No primeiro caso, o poder encontra-se nas mãos da mãe, o que contribui para investi-la de autonomia e autoridade, impulsionando-a à ação; no segundo, o poder se encontra com o marido, revestindo-o de autoridade e colocando a mulher em posição subalterna com pouco ou nenhum poder de decisão.

Além destas, a mulher enfrenta outras situações essencialmente femininas como, por exemplo, menstruação e menopausa, serenamente aceitas como evolução natural do viver das quais cabe apenas aliviar os sintomas. A gravidez, parto e o ser mãe são enfrentados como destino certo de todas as mulheres e aceitos quando acontecem; mesmo assim, o temor de uma nova gravidez leva a mulher a optar por métodos de maior segurança como contraceptivos orais e pela esterilização.

O grupo revelou-se como mais um recurso para a mulher. Ao oferecer um espaço de afeto e confiança para que ela falasse de si e de sua vida, ele favoreceu o compartilhamento de saberes e experiências entre pessoas que vivenciavam situações semelhantes, de forma que, no encontro de saberes técnico-científico e popular, a reflexão sobre o vivido possibilitasse uma maior compreensão de si e do mundo bem como a descoberta de novos elementos para criar e re-criar formas de enfrentamento que permitissem um viver mais saudável. Ao ajudar cada um de seus membros a descobrir que um problema vivenciado no âmbito particular e percebido como único, é também vivenciado pelos demais, o grupo abre novas possibilidades para fazer opções de enfrentamento que poderão ou não ser incorporadas ao viver, de acordo com o arbítrio e a necessidade de cada um.

Compreender a forma como os membros do grupo enfrentam as variadas situações envolvidas no seu viver cotidiano, a qual reflete a concepção grupal sobre ser saudável, possibilitou a reflexão em torno do vivido, base da educação em saúde que assim, pode libertar-se dos pacotes pré-fabricados através dos quais tem sido tradicionalmente levada a efeito.

A educação em saúde que intencionei desenvolver com o grupo Amizade, colocava a vivência concreta como base do educar e valorizava o diálogo entre saberes técnico-científico e popular em saúde, reconhecendo a ambos como diferentes e limitados e respeitando-os como válidos e complementares. É importante, entretanto, que este diálogo, intencionado problematizador, não seja reduzido a uma simples troca de impressões sobre assuntos cotidianos, sob risco de em nada contribuir para a transformação dos seres humanos envolvidos no processo de aprender e ensinar, e do mundo no/com o qual eles são/estão.

Do encontro, em diálogo, de saberes científico e popular em saúde resulta um novo saber que traz em si elementos de ambos, o que o torna mais próximo das pessoas para utilização em suas situações concretas de vida. A imposição de verdades por parte de alguém que acredita estar sempre no outro a ignorância e o "erro", é abandonada em favor de uma postura que traduz o desejo de também aprender.

Assim, criando um espaço para reflexão, a educação em saúde toma naquilo que as pessoas sabem, no viver concreto das mesmas, a matéria-prima para iniciar um processo de transformação. É deste viver que têm origem as inquietações e as interrogações sobre a prática cotidiana que poderão ser, em diálogo, compartilhadas no grupo numa tentativa de descobrir novas alternativas de enfrentamento às diversas situações envolvidas no mesmo.

Estas novas alternativas abrem para os seres humanos novas possibilidades de fazer opções e de tomar decisões diante das situações que precisam enfrentar, levando-os a ampliar a percepção de seu próprio poder de transformação. As transformações de si e do mundo que resultam deste processo podem ser tão sutis a ponto de passarem despercebidas a um olhar menos atento; mas, percebidas ou não, fazem parte de uma mesma espiral que, mesmo retornando ao já vivido como base para a reflexão, movimenta-se sempre em sentido ascendente, utilizando-se das experiências pretéritas para enriquecer-se. Estas transformações, mesmo sutis, oferecem a quem as observa uma demonstração da aprendizagem do grupo pois revelam a incorporação do aprendido a situações concretas de vida.

Em um trabalho desta natureza, a presença do enfermeiro é fundamental; ele atua focalizando e aprofundando as discussões, acrescentando novos elementos às mesmas que favoreçam uma melhor compreensão do assunto em questão e que contribuam para ampliar a percepção das pessoas para além de sua realidade imediata. Para isto é preciso que ele participe das discussões retraindo-se nos momentos em que assim seja necessário, calando sua voz para dar ouvidos aos demais.

Para mim, enfermeira, habituada a avaliar as situações a partir da referência oferecida pelos conhecimentos biomédicos da profissão, a, na maioria das vezes, prescrever condutas sugeridas por aquela avaliação e a ensinar "o certo", calar minha própria voz não foi uma aprendizagem fácil. Isto porque no momento em que o profissional cala sua voz, o silêncio impera, e ele angustia pois não está comumente presente nos trabalhos de educação em saúde tradicionalmente desenvolvidos. Perceber o silêncio, aceitá-lo, dar espaço a ele e permanecer confortável com ele foi talvez meu mais difícil aprendizado. É importante que se compreenda que ao calar-me não me retirava da discussão mas dava vez à voz dos outros e permitia-me ouvir aquilo que as palavras não explicitam.

Aprender a conter o ímpeto de ensinar cultivado ao longo dos anos de prática profissional, resistindo a responder perguntas que não foram feitas, foi outra tarefa que exigiu extrema dedicação e atenção continuada, redobrada a cada encontro pois não é muito difícil reassumir antigas práticas.

Acompanhando a aprendizagem do calar-se contendo o ímpeto de ensinar, outra se fez necessária: aprender a diferenciar as perguntas que solicitavam uma resposta direta daquelas que podiam e deviam ser problematizadas, sem o que o diálogo teria sido reduzido a um jogo de perguntas e respostas, sem abrir espaço para o compartilhar e para a reflexão.

Hoje sei que este aprendizado que me foi exigido, permitiu-me participar do grupo sem esquecer que lá estava movida por uma intencionalidade profissional e sem assumir uma postura formal de profissionalismo. Estou certa também de que esta postura sinceramente assumida contribuiu para que o processo de educação em saúde pautado na vivência concreta das participantes e levada a efeito através do diálogo se desenvolvesse, num movimento de aprender-ensinando e ensinar-aprendendo dinâmico, contínuo e ascendente.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANDERSON, Carolyn. *Patient teaching and communication in an information age*. Albany : Delmar, 1990.
- ARROYO, Miguel G. Educação e exclusão da cidadania. In: BUFFA, Ester, ARROYO, Miguel G., NOSELLA, Paolo. *Educação e cidadania* : quem educa o cidadão? 3. ed. São Paulo : Cortez, 1991. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, v. 23).
- BADINTER, Elisabeth. *Um é o outro*. 5. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
- BELKIN, Aron I. Masculino, feminino ou neutro?. *Correio da UNESCO*, v. 3, p. 58-61, nov. 1975.
- BELOTTI, Elena Gianini. O drama e as esperanças da mulher do "terceiro mundo". *Correio da UNESCO*, v. 3, p. 43-47, nov. 1975.
- BOEHS, Astrid. Famílias vivenciando a chegada de um recém-nascido. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 45, n. 2/3, p. 165-171, abr./set. 1992.
- \_\_\_\_\_, MONTICELLI, Marisa, ELSÉN, Ingrid. Mulheres falando sobre suas crenças e práticas no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. *R. Bras. Enferm.*, Brasília, v. 44, n. 1, p. 36-42, jan./mai. 1991.
- \_\_\_\_\_. Percepções das mães sobre os cuidados com a criança no primeiro mês de vida. *Rev. Ciências da Saúde*, Florianópolis, v. 7/8, n. 1/2, p. 151-161, 1988/1989.
- BRAMMER, Lawrence, SHOSTROM, Everett L. *Therapeutic psychology* : fundamentals of counseling and psychotherapy. 4. ed. New Jersey : Prentice Hall, 1982.

- BRYANT, Carol, GULITZ, Elizabeth. Focus group discussions : an application to teaching. *Journal of Health Education*, v. 24, n. 3, p. 188-189, may/june 1993.
- BURGESS, Ann Wolbert. *Psychiatric nursing in the hospital and in the community*. 4. ed. St. Louis : Mosby, 1985. Cap. 8: Small groups and group process dynamics : an overview.
- CAMARGO, Ana Palma Souza et al. *Perfil e competência do enfermeiro : opinião e experiência da comunidade, profissionais de saúde, estudantes e equipe de enfermagem*. Florianópolis : UFSC, 1988. (mimeografado)
- CAMARGO, Nelly de. A imagem do enfermeiro e da profissão de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1988, Ribeirão Preto. *Anais...* Ribeirão Preto : EERP-USP, 1988. p. 563-568.
- CAPLAN, G. Emotional crises. In: DEUTSCH, A. (ed.). *The encyclopedia of mental health*. New York : Franklin Watts, 1963. v. 2, p. 521-533.
- CARTANA, Maria do Horto Fontoura. *Rede e suporte social de famílias*. Florianópolis : UFSC, 1988. (Dissertação de Mestrado).
- CASSIANI, Silvia H. de B., ZANETTI, Maria Lúcia. Quando eu falo a palavra enfermeiro, o que vem a sua cabeça? In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1988, Ribeirão Preto. *Anais...* Ribeirão Preto : EERP-USP, 1988. p. 219-234.
- CASTILLÓ, E.G. *Salud y cambio social* : por un sistema integral de salud. Madrid : Zero, 1984.
- CAVALCANTI, Raissa. *O casamento do sol com a lua* : uma visão simbólica do masculino e do feminino. São Paulo : Cultrix, 1992.
- CLARK, Carolyn Chambers. *The nurse as group lider*. New York : Springer, 1987.
- CODIGOS internacionales de etica de la investigación. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, v. 108, n. 5/6, p. 625-644, 1990.
- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Brasília, 1993.
- DASHIFF, Carol. Using group-process skills in change. In: LANCASTER, Janet, LANCASTER, Wade. *Concepts for advanced nursing practice* : the nurse as a change agent. St. Louis : C.V. Mosby, 1982.
- DEMO, Pedro. *Participação é conquista*. 2. ed. São Paulo : Cortez, 1993.

- DIAS, Nelsina Melo de Oliveira. *Mulheres* : sanitaristas de pés descalços. São Paulo : HUCITEC, 1991.
- ELSEN, Ingrid. *Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a brazilian fishing village*. San Francisco : University of California, 1984. (Tese de Doutorado).
- \_\_\_\_\_, HENSE, Denise S.S., ECKERT, Elizabeth Roseli. Buscando uma compreensão do conceito "criança saudável". *Texto Contexto Enf*, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 20-35, jul./dez. 1992.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. *Novo dicionário da língua portuguesa*. 2. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1986.
- FOLKMAN, S. et al. The dynamics of a stressful encounter. *Journal of Pers. Soc. Psychology*, v. 50, p. 992-1003, 1986.
- \_\_\_\_\_, LAZARUS, R.S. If it changes it must be a process : study of emotion and coping during three stages of a college examination. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 48, p. 140-170, 1985.
- \_\_\_\_\_, LAZARUS, Richard S. An analysis of coping in a middle aged community sample. *Journal of Health Soc. Behavior*, v. 21, p. 219-239, 1980.
- \_\_\_\_\_, LAZARUS, R.S., PIMLEY, S., NOVACEK, J. Age differences in stress and coping processes. *Psychology and Aging*, v. 2, p. 171-184, 1987.
- FREIRE, Paulo. *Educação e mudança*. 18. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1991.
- \_\_\_\_\_. *Extensão ou comunicação*. 10. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988.
- \_\_\_\_\_. *Pedagogia do oprimido*. 20. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1992.
- \_\_\_\_\_, GUIMARÃES, Sergio. *Sobre educação* : diálogos. 4. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1988. (Coleção Educação e Comunicação, v. 9)
- \_\_\_\_\_, SHOR, Ira. *Medo e ousadia* : o cotidiano do professor. 3. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1990.
- FRITZEN, Silvino José. *Exercícios práticos de dinâmica de grupo*. 17. ed. Petrópolis : Vozes, 1993. v. 1.
- FROMM, Erich. *Análise do homem*. 13. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1983.

- GELBCKE, Francine Lima. Processo saúde-doença : à procura da essência. Texto Contexto Enf, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 4-9, jul./dez. 1992.
- GONZAGA, Flavia R.S.R. Para além do cotidiano : reflexões a cerca do processo de trabalho de educação em saúde. Florianópolis : UFSC, 1992. (Dissertação de Mestrado)
- HAAR, Kersten Ording. A função ingrata da dona de casa. Correio da UNESCO, v. 3, p. 53-55, nov. 1975.
- HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo : EPU, 1979.
- HYMOVICH, Debra P., HAGOPIAN, Gloria A. Chronic illness in children and adults : a psychossocial approach. Philadelphia : W.B. Saunders, 1992.
- LAZARUS, Richard S., FOLKMAN, Susan. Stress, appraisal and coping. New York : Springer, 1984.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Para além do trabalho alienado : a utopia do ser saudável. Texto Contexto Enf, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 70-75, jul./dez. 1992.
- MADUREIRA, Valéria S. Faganello. Aprender-ensinando, ensinar-aprendendo: uma busca compartilhada do ser saudável. In: JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM, 20, 1993, Concórdia. Poster apresentado. Concórdia, set. 1993.
- MAFFESOLI, Michel. A superação do indivíduo. Rev. Fac. Educ., São Paulo, v. 12, n. 1/2, p. 325-353, 1986.
- \_\_\_\_\_. O tempo das tribos : o declínio do individualismo nas sociedades de massa. Rio de Janeiro : Forense, 1987. Cap. 6: Da proxemia.
- MAILHIOT, Gerald Bernard. Dinâmica e gênese de grupos : atualidade das descobertas de Kurt Lewin. 3. ed. São Paulo : Duas Cidades, 1976.
- MARTIN, Herman San. Observações de um sociólogo na América Latina. Correio da UNESCO, v. 3, p. 28-32, nov. 1975.
- MCHAFFIE, Hazel E. Coping: an essencial element of nursing. Journal of Advanced Nursing, n. 17, p. 33-940, 1992.
- MILLER, Judith Fitzgerald. Coping with chronic illness overcoming powerlessness. Philadelphia : F.A. Davis, 1983. Cap. 2: Coping with chronic illness. p. 15-36
- MILLS, Theodore M. Sociologia dos pequenos grupos. São Paulo : Pioneira, 1970.

- MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento* : pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo : Hucitec-Abrasco, 1993.
- MIRANDA, Glaura Vasques. A condição social da mulher na sociedade brasileira. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 36, Belo Horizonte, 1984. *Anais...* Belo Horizonte : FUMARC/PUC-MG, 1985. p. 69-75.
- NASCIMENTO, Estelina, REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *Criando histórias, aprendendo saúde*. São Paulo : Cortez, 1988.
- NERENZ, David R., LEVENTHAL, Howard. Self regulation theory in chronic illness. In: BOURISH, Thomas C., BRADLEY, Lawrence A. *Coping with chronic disease* : research and applications. New York : Academic Press, 1983.
- NEVES, Eloita P., GONÇALVES, Lucia H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3, 1984, Florianópolis. *Anais...* Florianópolis : UFSC, 1984. p. 210-229.
- NYAMATHI, Adeline. Comprehensive health seeking and coping paradigm. *Journal of Advanced Nursing*, n. 14, p. 281-290, 1989.
- \_\_\_\_\_, SHULLER, Pam. Focus group interview : a research technique for informal nursing practice. *Journal of Advanced Nursing*, n. 15, p. 1281-1288, 1990.
- PAIM, Lygia. *O conceito de saúde humana*. Florianópolis, 1992. (Trabalho não publicado)
- PEARLIN, Leonard I., SCHOOLER, Carmi. The structure of coping. *Journal of Health and Social Behavior*, v. 19, p. 2-21, mar. 1979.
- REMEN, Rachel Naomi. *O paciente como ser humano*. São Paulo : Summus, 1992.
- REZENDE, Ana Lúcia Magela de. *A sedução dos mitos de saúde na telenovela*. São Paulo : USP, 1991. (Tese de Doutorado)
- \_\_\_\_\_. *Saúde* : dialética do pensar e do fazer. São Paulo : Cortez, 1986.
- ROSSI, Maria José dos Santos. A imagem do enfermeiro e da profissão de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1988, Ribeirão Preto. *Anais...* Ribeirão Preto : EERP-USP, 1988. p. 569-594.
- RUDIO, Franz Victor. *Compreensão humana e ajuda ao outro*. Petrópolis : Vozes, 1991.
- SCAVONE, Lucila. As múltiplas faces da maternidade. *Cad. Pesq.*, São Paulo, n. 54, p. 37-49, ago. 1985.

- \_\_\_\_\_. Mulheres pesquisando mulheres : uma experiência na área de saúde. In: LABRA, M.E. (org.). Mulher, saúde e sociedade no Brasil. Petrópolis : Vozes, 1989.
- SCHERER, Elenise F. Classes populares e ampliação da cidadania. Serv. Social e Sociedade, São Paulo, v. 8, n. 23, p. 25-43, abr. 1987.
- SCHUTZ, Alfred. Fenomenologia e relações sociais. Rio de Janeiro : Zahar, 1979.
- SCOCHI, Carmem G.S. et al. O conhecimento de puérperas sobre o cuidado com o recém-nascido : avaliação da influência da internação em uma maternidade de um hospital-escola. R. Bras. Enferm., Brasília, v. 45, n. 1, p. 36-43, jan./mar. 1992.
- SELLTIZ, Claire, WRIGHTSMAN, Lawrence Samuel, COOK, Stuart. Métodos de pesquisa nas relações sociais. São Paulo : EPU, 1987. v. 1., cap. 15: Implicações éticas.
- SILVA, Alcione Leite da, BORENSTEIN, Mirian Susskind. Ser e viver saudável no mundo : buscando novos caminhos no cuidar pesquisando com o ser doente. Texto Contexto Enf, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 56-69, jul./dez. 1992.
- SILVA, Maria Elizabeth Kleba da. Educação em saúde na assistência de enfermagem : um estudo de caso em unidade básica de saúde. Florianópolis : UFSC, 1992. (Dissertação de Mestrado)
- SIPILA, Helvi L. A mulher no mundo : um balanço de 30 anos. Correio da UNESCO, v. 3, p. 5-7, nov. 1975.
- SINGER, Jerome E. Some issues in the study of coping. Cancer, v. 53, p. 2303-2315, may/june 1984.
- SUNDEEN, Sandra J. et al. Nurse-client interaction : implementing the nursing process. 4. ed. St. Louis : C.V. Mosby, 1989. Cap. 8: Small groups and groups process dynamics : an overview.
- TAUBENHEIM, Ann M., SILBERNAGEL, Thomas. Meeting the needs of expectant fathers. MCN, v. 13, p. 110-113, mar./apr. 1988.
- TAYLOR, Cecelia Monat. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica. 13. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992. Cap. 25: Grupo teoria e intervenção.
- TRENTINI, Mercedes, SILVA, Denise G. Vieira da. Condição crônica de saúde e o processo de ser saudável. Texto Contexto Enf., Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 76-88, jul./dez/ 1992.
- TRIVIÑOS, Augusto N. S. Introdução à pesquisa em ciências sociais : a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1987.

VASCONCELOS, Eymar M. Educação popular nos serviços de saúde. 2. ed. São Paulo : Hucitec, 1991.

VERDI, Marta. Com a palavra, os enfermeiros : concepções teóricas que fundamentam sua prática nos serviços da rede básica de saúde. Florianópolis : UFSC, 1992. (Dissertação de Mestrado)

VISOTSKY, H. et al. Coping behavior under extreme stress. Arch. Gen. Psychiatry, v. 5, p. 27, 1961.

WRIGHT, Maria da Gloria Miotto. A imagem do enfermeiro e da profissão de enfermagem. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE COMUNICAÇÃO EM ENFERMAGEM, 1, 1988, Ribeirão Preto. Anais... Ribeirão Preto : EERP-USP, 1988. p. 525-562.

\_\_\_\_\_, CARNEIRO, Anamaria. O espaço da mulher brasileira e o espaço da enfermeira brasileira. R. Bras. Enferm., v. 38, n. 1, p. 55-62, jan./mar. 1985.