

REFLEXÕES SOBRE O PROGRAMA MÃE CURITIBANA, A CLIENTE MULHER-MÃE E A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA NA PRÁTICA DO ENFERMEIRO

[Reflections on the program mother curitibana, customer mulher-mãe and the methodology of the assistance in the practical one of the nurse]

Marilene Loewen Wall*
Telma Elisa Carraro**

RESUMO: Este artigo apresenta uma reflexão sobre o Programa Mãe Curitibana instituído no município de Curitiba, desde março de 1999 e sobre a mulher, bem como os diferentes papéis que vivencia. Resgata a metodologia da assistência de Enfermagem como um instrumento para operacionalizar parte do Programa Mãe Curitibana, norteando o planejamento, a execução e a retroalimentação de sua prática. Vemos a metodologia da assistência como um elo teórico-prático, considerando-se o teórico – o programa governamental; e o prático – o cotidiano da assistência à saúde. Um elo que pode unir seres singulares, profissional e cliente, cada qual com sua experiência de vida e bagagem de conhecimentos, por meio de uma assistência individualizada e não massificada.

DESCRITORES: Enfermagem; Métodos; Assistência a saúde; Mulheres; Programa de governo.

Face à necessidade de assistência diferenciada à saúde da mulher, em Curitiba foi instituído um programa intitulado Mãe Curitibana. Nos propomos neste texto a traçar uma reflexão teórica sobre esse programa governamental e os diferentes papéis que a mulher vivencia ao longo de sua existência, dentre os quais ressaltamos sua atuação como mulher-mãe. Ao analisarmos estas questões, baseadas em nossa vivência profissional e na literatura, apontamos a metodologia da assistência como um norte para o planejamento e execução das ações na prática diária do Enfermeiro inserida nesse programa.

1 PROGRAMA GOVERNAMENTAL

Atualmente, a mulher é foco de atenção em estratégias de saúde e os esforços governamentais estão direcionados no sentido de privilegiá-la com um programa de saúde de qualidade.

Apesar dos vários programas existentes, dois delimitaram os contornos da assistência à mulher: O Programa Materno-Infantil – PMI – criado em 1975 e o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM – implantado em 1984. Cada um desses programas foi construído em contextos históricos diferentes: o primeiro, de uma conjuntura política do período de regime militar e implantado no conjunto das políticas de extensão de cobertura, e o segundo, o PAISM, discutido e implantado no período de transição democrática, fruto de negociação entre o movimento de mulheres e governo (Almeida e Rocha, 1997).

À partir de 1984, começaram a ser distribuídos às Secretarias Estaduais documentos técnicos que iriam nortear as chamadas “ações básicas de assistência integral à saúde da mulher”, englobando o planejamento familiar, o pré-natal de baixo risco, a prevenção de câncer cérvico-uterino e de mamas, as doenças sexualmente transmissíveis e a assistência ao parto e ao puerpério. Posteriormente, foram sugeridas as ações relacionadas à sexualidade na adolescência e à mulher na terceira idade (Almeida e Rocha, 1997, p. 184; Brasil, 1983).

Vários autores afirmam entretanto, que esses programas ainda não se traduziram em qualidade de serviços oferecidos à população, uma vez que não quebraram a hegemonia nem a predominância do enfoque curativo e medicalizante dos serviços de saúde (Zagonel, 1998; Almeida e Rocha, 1997; Becker, 1998).

Em se tratando da assistência gravídico-puerperal, ainda hoje ela está centrada no diagnóstico e tratamento de patologias intercorrentes desse período. Resulta disso que todos os anos são realizados no Paraná, pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em torno de oito mil atendimentos decorrentes de complicações na gravidez (Zagonel, 1998).

* Prof.ª Ms. Auxiliar do Depto. de Enfermagem da UFPR. Membro do Grupo de Estudos sobre Metodologia da Assistência - GEMA, do Depto. de Enfermagem da UFPR.

** Prof.ª Dr.ª Adjunto do Depto. de Enfermagem da UFPR. Coordenadora do Grupo de Estudos sobre Metodologia da Assistência - GEMA, do Depto. de Enfermagem da UFPR.

Em seu estudo sobre mortes maternas ocorridas em Curitiba, Carraro (1999), afirma que muito embora seja esperado que os serviços de saúde favoreçam a evitabilidade da morte materna e infantil, sendo organizados para isso, encontramos uma grande parte daqueles que contribuem ou determinam que ela aconteça.

Uma análise realizada em 1996, no município de Curitiba, revela que a mortalidade materna, apesar de tender para o decréscimo dos coeficientes, aponta a existência de uma grande parcela de óbitos evitáveis. Esse estudo evidenciou a necessidade de avanços na qualidade da atenção do pré-natal, parto e puerpério, bem como a importância da organização do fluxo dos serviços e a classificação do risco gestacional e do recém-nascido (Carvalho, 1996).

Para a Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba – SMS (Curitiba, 1999, p.17), “a elaboração e a implantação de protocolos e fluxos no atendimento pré-natal, parto e puerpério despontam como um caminho fundamental a ser percorrido para o avanço na saúde materno-infantil no município”. Assim instituiu em março de 1999 o Programa Mãe Curitibana – Programa de Atenção Materno-Infantil – objetivando humanizar o atendimento, aumentar a segurança e melhorar a qualidade no atendimento de crianças e gestantes. Sua abordagem inclui a assistência a mulher no pré-natal, parto e puerpério e ao recém-nascido, estimulando o parto normal, o aleitamento materno e a maternidade responsável (Curitiba, 1999).

Tal processo inicia nas unidades de saúde que atendem as gestantes, programando o acompanhamento da gravidez e vinculando-as às maternidades de referência para o parto.

O Programa Mãe Curitibana pretende ordenar racionalmente os fluxos de referência e contra-referência entre serviços existentes no município e a qualificação técnica dos profissionais envolvidos. Propõe uma abordagem global, incluindo todas as etapas desde o pré-natal e o parto até a assistência ao recém-nascido e à puérpera. Busca identificar casos de risco, assistência a possíveis complicações e atendimento especializado, quando necessário, durante a gravidez e o parto (Ducci, 1999, p.11).

Esse programa apresenta um protocolo de atenção ao pré-natal de baixo risco, parto, puerpério e assistência ao recém-nascido que preconiza, tecnicamente, a realização dos procedimentos mais adequados pelas equipes de saúde

dos serviços. As gestantes são convidadas a participar “...de oficinas de preparação ao parto e aleitamento materno...” realizadas nas Ruas da Cidadania¹ do seu Distrito Sanitário, e “...visitarão previamente a maternidade onde darão a luz...” (Curitiba, 1999, p.11).

O protocolo cita uma equipe de saúde, porém não deixa claro quem são os profissionais integrantes dessa equipe e nem a função que cada membro deve desempenhar. Refere que “para o pré-natal de baixo risco é proposto um mínimo de 7 consultas realizadas pelo médico”, devendo-se “intercalar os atendimentos de enfermagem com as consultas médicas”, bem como “orientar e referir a gestante à odontologia” (Curitiba, 1999, p.23; 83).

Fica evidente, também, a valorização do Agente Comunitário de Saúde (ACS) pois como relata Ducci (1999, p.11), “o ACS será incorporado a essa proposta, monitorando as gestantes de sua área de responsabilidade e orientando sobre pré-natal, parto, puerpério, atenção ao bebê e planejamento familiar...”.

As maternidades de Curitiba serão parceiras imprescindíveis, escreve Ducci (1999), nas quais os partos serão realizados com a presença de obstetras ou enfermeiro-obstetra e do pediatra, que preencherão os dados do partograma e orientarão as mulheres quanto ao retorno às unidades de saúde para seguimento ao puerpério, complementando os cuidados ao parto. As maternidades parceiras receberão kits contendo insumos utilizados durante os procedimentos do parto normal ou da cesárea.

Ducci (1999, p.12) ressalta que o Programa Mãe Curitibana só será completamente alcançado com o comprometimento dos profissionais de saúde e serviços “...envolvidos no processo de criação de uma rede segura de atenção às gestantes e seus filhos...”. Apesar de não estar claramente expresso qual o papel do Enfermeiro no Programa Mãe Curitibana, percebe-se que a atuação desse profissional é imprescindível para o bom andamento do mesmo pelas ações de Enfermagem por ele propostas.

A Enfermagem, com sua ciência e arte, tem muito a contribuir com o Sistema de Saúde, com a operacionalização do Programa de Atenção Materno-Infantil – Mãe Curitibana, contribuindo para que seus objetivos sejam alcançados plenamente em benefício do ser humano ou seja, da mulher-mãe e sua família.

2 A MULHER

Questões relativas à mulher têm sido discutidas nos últimos anos e muito se tem escrito, certamente devido à sua maior participação no processo produtivo depois da

¹ A Rua da Cidadania é a filial da Prefeitura de Curitiba nos bairros, concentrando serviços públicos, comércio e lazer.

Segunda Guerra Mundial. Foi a partir daí que as mulheres de estratos médios urbanos começaram a trabalhar fora de casa e inseriram-se na ordem do público, como o direito à cidadania, à participação nas decisões da sociedade, na política e na cultura.

Ao assumir o trabalho fora de casa, a mulher passa a viver na própria pele o conflito do gerenciamento entre o público e o privado, iniciando a dupla jornada de trabalho, dando conta do ser dona de casa primorosa que tem em foco a casa, os filhos, o marido, a comida, a gravidez, a dieta e exercendo paralelamente uma profissão (Massi, 1992).

Essa conquista de espaço da mulher no mercado de trabalho, citada por Massi (1992), vai, entretanto, além da dupla jornada. Nossa opinião vai ao encontro do que Breihl (1996, p.4) descreve em seu livro *El genero entrefuegos*. Para ele, não existe um só aspecto da condição do ser humano que não resulte permanentemente do desfrutar de aspectos benéficos e satisfações, por um lado, e do padecimento com aspectos destrutivos de situações perigosas que deterioram, por outro.

Com experiências benéficas e destrutivas, elementos protetores e perigosos, defesas e vulnerabilidades, eventos prazerosos e sofrimentos, vão-se moldando os corpos e as almas, a qualidade física da vida e as condições mentais e espirituais do viver. Quando se fala em qualidade de vida, fala-se de um processo dinâmico que é produto dessa oposição permanente, resultando num conflito histórico entre os aspectos da reprodução social.

Segundo Breihl (1996, p.5), a situação de gênero não é uma exceção, pois como todo outro processo social, estabelece-se entre o desfrutar de bens e o padecer entre riscos e carências presentes na realidade concreta. Para esse autor, o assunto fica ainda mais complexo no caso das mulheres, porque sua vida e saúde são determinadas por uma sociedade patriarcal, onde elas vivem uma tripla jornada de trabalho.

A primeira, é um trabalho profissional, muitas vezes incerto e informal, com discriminações, subvalorização e inadequação de cargos e tarefas, bem como das necessidades ergonômicas, fisiológicas e psicológicas próprias do ser mulher. A segunda, é o trabalho doméstico no lar, onde ela tem a responsabilidade de operacionalizar e executar várias tarefas – limpar, cozinhar e providenciar vestimenta para a família e realizar as compras; também deve socializar os membros e dar atenção afetiva, como cuidar dos enfermos, dos anciãos e das crianças. A essas, soma-se o seu desempenho reprodutivo, com demandas especiais das funções correspondentes ao fenótipo feminino: como menstruação, gestação e puerpério, nas quais

ocorrem muitas modificações e adaptações. Breihl (1996, p.11;201-203) define esse trabalho como a “prática social doméstica, pois é mais amplo que o trabalho doméstico”.

Dessa maneira, o tempo de uma mulher está repartido numa jornada interminável, uma vez que nem todas podem contratar serviços de apoio doméstico, nem podem desfrutar dos benefícios de equipamentos e eletrodomésticos que aliviam o trabalho tanto na intensidade quanto no tempo despendido para tal (Breihl, 1996, p.12-13;1996). Jenkins (1995, p.98) enfatiza que “o homem pode trabalhar de sol a sol, mas o trabalho da mulher nunca termina”.

Breihl (1996) destaca ainda que o nível educativo e o contexto cultural em que vivem as mulheres forçam muitas a permanecerem em casa, criar e procriar filhos, satisfazer as necessidades sexuais e afetivas do marido, privando-se das vantagens de uma vida profissional. Muitas mulheres que estabelecem uma estratégia de trabalho remunerado o realizam em condição de desvantagem e com sobrecargas.

Seria ideal que ambos, homem e mulher, compartilhassem as tarefas domésticas. Entretanto, a crescente exploração que se tem imposto ao trabalhador, pai de família ou filho solteiro, com jornadas de trabalho progressivamente maiores e em ritmo cada vez mais intenso, afastam-no da dinâmica doméstica e da mulher, o que a obriga a dar conta das tarefas da casa e criação dos filhos praticamente sozinha (Dias,1991). Há também, situações em que as mulheres obrigam-se a assumir o que deveria ser dividido por todos, porque os homens se recusam a participar dessa divisão, impossibilitando uma distribuição mais equitativa das tarefas domésticas entre os sexos e acarretando uma ampliação das atividades femininas (Massi,1992).

Com as novas conquistas femininas, a mulher passa a agregar novos valores, podendo aumentar sua esfera de ação; dependendo do ser humano que esta mulher é e da classe social em que vive, seu papel é mais ou menos abrangente (Carraro,1999). Para essa autora, nunca podemos negar que a mulher sempre será o elo entre o público e o privado, entre o privado e o social. Para Massi (1992), é ela que estrutura, organiza e dirige a vida social doméstica mas, por falta de consciência, muitas vezes não tem noção do alcance de sua função e seu enorme poder, não conseguindo mostrar aos homens a necessidade e a dependência que eles têm do trabalho feminino.

2.1 A Mulher-Mãe

Além dessas cargas entre o público e o privado, a mulher desempenha, como já foi exposto, papéis reprodutivos com demandas especiais correspondentes ao fenótipo feminino, das quais ressalto a gestação, a parturição

e o puerpério. A procriação é muito valorizada e importante para a mulher, resultando em modificações físicas, psíquicas, emocionais e sociais que exigem adaptações nos outros papéis vividos por ela.

Zagonel (1998, p.3) afirma que

o contexto reprodutivo da mulher não pode ser considerado apenas uma realização feminina, pois esse modo de pensar contradiz todos os esforços de igualdade e liberdade almejados e conquistados por ela, subordinando-a ao seu papel sexual, sem direito de exercitar seus vários papéis no desempenho da cidadania dentro do contexto social. A mulher, como parcela representativa da sociedade, não se restringe à manutenção da espécie [...] mas, sim, é elemento integrante da produção.

A maternidade traz mudanças fundamentais para a vida da mulher e da família. A gravidez se configura como uma nova fase da vida e uma experiência marcante, envolvendo a mulher em sua totalidade. As modificações físicas e emocionais suscitadas por ela são, na maioria das vezes, despercebidas pelo companheiro, apesar de acarretarem mudanças na vida conjugal, inclusive no aspecto sexual.

Marcon (1989) relata que a gravidez é um processo dinâmico, ocorrendo num contexto espaço-temporal, e a sua vivência é influenciada por um conjunto de fatos relacionados ao contexto em que a mulher vive, e de forma particularizada.

À medida que a gestação chega ao final, há mudança nos níveis hormonais, estimulando as contrações uterinas que dão início a outra fase na vida da mulher, a parturição; essa etapa, apesar de curta se comparada à gestação é, talvez, a mais dramática e significativa para a futura mãe. Monticelli (1997) descreve o nascimento como um rito de passagem que carrega consigo condições especiais; é um momento marcante da vida que evoca atos especiais e deve ser envolto em cuidados especiais.

O parto é a separação de dois seres que até esse momento viveram juntos, um dentro do outro, numa relação de total dependência e de contato íntimo permanente. A mulher que teve de passar por tantas ansiedades até conseguir adaptar-se ao estado de gravidez, incorporando o bebê como parte de seu corpo, ao mesmo tempo que se acostumara ao diferente ritmo metabólico, hormonal e fisiológico, deverá passar por um novo processo de adaptação, dessa vez de retorno à situação comum de não-gravidez, também denominado puerpério, que se inicia logo após o parto e permanece por aproximadamente seis semanas.

Carraro (1997 a, p.86) afirma que o puerpério “é uma situação em que se apresentam mudanças tanto fisiológicas

quanto psicológicas, num dinamismo muito acelerado, na qual a mulher se defronta com a sobreposição de papéis: mulher, esposa, mãe, nutriz e cliente, vivendo essa situação de maneira singular, pois é uma nova experiência”. A intensidade desse acontecimento fica clara no depoimento de Luíza, a personagem do livro de Maciel, Maciel e Silva (1997, p.104): “...todas as transformações que a gente vai sofrendo ao longo dos nove meses querem voltar ao lugar de origem em nove horas de trabalho de parto, o que nos dá a sensação de que a natureza não é assim tão perfeita. Conseguir se diferenciar desta nova pessoa que antes era você mesma é complicado... algumas lágrimas são gastas nesse processo de individualização”. Para Carraro (1999, p.57), “... o puerpério é um tempo de riscos, de restauração, de mudanças, de encontro, de interação e de troca...” É um tempo que traz consigo uma grande carga cultural quando crenças, costumes e mitos se salientam, colidindo muitas vezes com o conhecimento científico mas que, mesmo assim, precisa ser respeitado.

Ao analisar os escritos dos autores acima citados, compartilhando do conceito de Carraro (1997b, p.26), concluímos que a mulher é

...um ser humano, pleno na sua concepção de interagir com o mundo; interagindo com o meio ambiente, onde são expressas crenças e valores que permeiam suas ações. Estas ações, sob qualquer forma de expressão, podem ser caracterizadas enquanto saudáveis ou não. A potencialidade manifesta deste ser, até pela sua singularidade, apresenta diversificações, atributos, aptidões, sentimentos e outros valores, que podem se aproximar ou não daqueles apresentados por outros seres humanos...

como o homem, os filhos, personagens do público e do privado. Segundo Nightingale (1989), o ser humano possui poder vital; para Carraro (1997b), essa é uma força inata que tende para a vida, projetando-o para o viver. A gravidez e o puerpério são fases naturais no ciclo de vida da mulher, caracterizadas por modificações, transformações e adaptações, e não representam desequilíbrio das funções vitais, a menos que apresentem complicações.

Em seu livro *Notas sobre Enfermagem*, Florence Nightingale (1989) não se refere especificamente à mulher mas, descrevendo seus pressupostos para a Enfermagem, deixa transparecer a idéia de que a enfermeira, a mulher, a mãe de família é co-partícipe, co-responsável pelo uso apropriado de ar puro, iluminação, aquecimento, limpeza, silêncio e a seleção adequada da dieta, como também a maneira de servi-la. Afirma que “as mães de família de qualquer classe social precisam apreender como oferecer a seus filhos uma existência sadia” (p.17). Aponta que

mesmo “as mulheres mais instruídas são lamentavelmente deficientes nos conhecimentos sobre higiene...” (p.17) e que naquela época havia “uma grande escassez de conhecimentos sobre o estado de saúde das mulheres” (p.16), fato que ainda é realidade nos dias de hoje. Florence cita as “escolas para meninas, as professoras e as enfermeiras”, evidenciando que ousou negar o frustrado destino então reservado às mulheres, mesmo às de alta condição social, propondo-lhes uma vida de ação.

Carraro (1998), em sua tese sobre mortes maternas e assistência de enfermagem à luz de Nightingale e Semmelweis, aponta que desde a origem da civilização a mulher atua de uma ou de outra forma junto ao seio familiar, tendo enfoques mais ou menos importantes, porém sempre articulando sua família e proporcionando a educação e o bem-estar de seus filhos. A autora continua, explicando que a mulher, para vivenciar harmoniosamente os vários papéis e continuar feminina, necessita de estudos que demonstrem a importância da mulher na economia, na sociedade e na família, bem como a atenção à sua saúde.

3 A METODOLOGIA DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

Uma das estratégias de Enfermagem utilizadas para operacionalizar o programa Mãe Curitibana, estruturado para atender a saúde da mulher, pode ser a Metodologia da Assistência de Enfermagem, pois ela “...proporciona as evidências necessárias para embasar as ações, aponta e justifica por que selecionar determinados problemas e direciona as atividades de cada um dos integrantes da Equipe de Enfermagem...” (Carraro, 1999b, p.15).

Segundo Cianciarullo (1997, p.16), “os conhecimentos que fundamentam as ações de enfermagem constituem num conjunto teórico, a ciência da enfermagem e são expressas operacionalmente pelo processo de enfermagem, que busca por meio de sistematização das ações, um nível de qualidade compatível com as necessidades do cliente, de sua família e da comunidade, com recursos disponíveis”.

De acordo com Carraro (1999, p.14), “mesmo inconscientemente a Enfermagem tem um método para desempenhar suas atividades, repetindo-o toda vez que age...”; ele pode ser empírico, aprendido com as vivências diárias, mas também pode ser planejado com embasamento científico. Segundo essa autora, o planejamento visa organizar, direcionar e facilitar o trabalho, assegurando maior qualidade na assistência prestada.

A autora Alfaro-Lefevre (2000, p.29) aponta o processo de enfermagem como um método sistemático de prestação de cuidados humanizados, que enfoca a obtenção

de resultados desejados; é sistematizado por consistir de cinco passos – “...investigação, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação...” – e é humanizado por basear-se na crença de que à medida que planejamos e proporcionamos cuidados, devemos considerar os interesses, os ideais e os desejos do cliente.

Horta (1979) ressalta que, visando à assistência ao ser humano, a enfermeira utiliza-se do Processo de Enfermagem, que é a dinâmica das ações caracterizado pelo inter-relacionamento e dinamismo de suas fases ou passos.

A terminologia “Processo de Enfermagem” não foi utilizada por Nightingale (1989), mas a autora valorizava práticas como a observação, a experiência e o registro de dados, fundamentais para o desenvolvimento de uma metodologia de trabalho que acentue a possibilidade de resolução (Carraro, Madureira e Radünz, 1999).

Acreditamos, como Leopardi (1999), que utilizando a Metodologia da Assistência de Enfermagem demonstramos a função da Enfermagem, mediante o uso da ciência e arte, unindo teoria, tecnologia e interação, restaurando assim seu primeiro compromisso que é o de cuidar das pessoas numa base personalizada, humana e técnica.

Carraro (1999), refere que a Metodologia da Assistência de Enfermagem é a instrumentalização necessária para que o enfermeiro planeje científica e sistematicamente a Assistência de Enfermagem ou seja, “...o conjunto de cuidados...” referido por Horta (1979, p.36). Fazendo uso dela, o profissional poderá proporcionar à mulher-mãe inscrita no Programa Mãe Curitibana as melhores condições para que ela vivencie de modo mais saudável sua passagem pelo ciclo gravídico-puerperal.

Como apontamos anteriormente, o protocolo do Programa Mãe Curitibana não explicita claramente as ações e atividades do Enfermeiro e sua equipe, assim acreditamos e sugerimos que ao fazer uso da metodologia da assistência esse profissional terá um norte para planejar, executar e retro alimentar a sua prática.

Assim modelo de metodologia de assistência que pode ser utilizado é a consulta de Enfermagem, a qual proporciona a sistematização do cuidado, atendendo a mulher-mãe nas suas necessidades individuais e integrais.

Esta inicia-se com o histórico de Enfermagem, constituído de entrevista e exame físico e obstétrico as quais fornecem informações a respeito da mulher, permitindo conhecer, identificar e analisar situações e problemas existentes. No diagnóstico de Enfermagem registram-se as necessidades identificadas para um atendimento adequado. A prescrição de Enfermagem consiste na determinação global de assistência de Enfermagem para o atendimento a essa mulher. No prognóstico de Enfermagem, a enfermeira

realiza a estimativa da capacidade da mulher em satisfazer suas necessidades básicas afetadas, depois da execução e evolução do plano (Paim, 1986).

Faz-se necessário lembrar que segundo a Lei do Exercício Profissional n.º 7.498 de 1986 no seu art. 11, § 1º inciso i, cabe ao Enfermeiro privativamente realizar a consulta de Enfermagem, como uma das formas de assistir a gestante, a parturiente e a puérpera. Para Maranhão et al. (1990), além desse importante recurso que a enfermeira obstetra pode utilizar para prestar assistência tanto física como emocional à mulher-mãe, existe a possibilidade de a profissional desenvolver ações educativas com a finalidade de preparar a gestante para o cuidado de si.

Concordando com Kleba (1999), vemos a educação como um componente da assistência que pode capacitar o ser humano, nesse caso mais especificamente a mulher-mãe, tornando-o autônomo para conquistar melhores condições de vida.

Outro recurso que a Enfermagem pode usar para assistir pessoas são atividades desenvolvidas em grupos. Na área de Enfermagem a utilização de grupos não constitui propriamente uma novidade.

Por natureza, o Enfermeiro é um profissional que desenvolve o seu trabalho em grupo como por exemplo, na equipe de enfermagem, durante a passagem de plantão, executando atividades educativas ou no ensino, realizando grupos de discussão de casos ou como estratégia em disciplinas nas quais o grupo é visto como parte da aprendizagem (Munari e Rodrigues, 1997).

Contudo o que propomos é que a condução do trabalho seja baseada numa metodologia da assistência, a qual apontará o caminho a ser seguido com o grupo, para que esse não caia vazio. A metodologia trará diretrizes para a assistência à mulher-mãe, proporcionando as evidências necessárias para embasar as ações, apontar e justificar a seleção de determinados problemas e direcionar as atividades a serem desenvolvidas

O protocolo do Programa Mãe Curitibana sugere a realização de oficinas para gestantes, atividade desenvolvida em grupo, assim nossa proposta aqui expressa vai ao seu encontro, oferecendo subsídios para a Enfermeira operacionalizá-lo.

Para que uma proposta governamental de assistência à saúde seja implementada e efetiva, teoria e prática precisam estar interligadas, até para que as ações transcorram de modo congruente. Ao adotarmos os passos de uma Metodologia da Assistência de Enfermagem, estaremos operacionalizando a proposta assistencial, estaremos estabelecendo o elo teórico-prático,

considerando-se o teórico – o programa governamental; e o prático – o cotidiano da assistência à saúde.

A utilização da metodologia da assistência na prática da Enfermeira inserida num Programa Governamental, faz que essa profissional assumo o papel de planejadora e responsável pela assistência de Enfermagem prestada ao ser humano. Vemos a metodologia da assistência como um elo que pode também unir seres singulares, profissional e cliente, cada qual com sua experiência de vida e bagagem de conhecimentos, por meio de uma assistência individualizada e não massificada. Tal elo pode dar continuidade a essa assistência, respeitando a singularidade da mulher-mãe e potencializando assim o poder vital que a impulsiona para o viver. Pode enfim, contribuir para que o Programa proposto atinja seus objetivos, quais sejam a saúde das mulheres-mães curitibanas.

ABSTRACT: This article presents a reflection on the Program Curitibana Mother instituted in the city of Curitiba, since March of 1999 and on the woman, as well as the different papers that it lives deeply. It rescues the methodology of the assistance of Nursing as an instrument to operationalize part of the Program Curitibana Mother, guiding the planning, the execution and the retroalimantação of practical its. We see the methodology of the assistance as a theoretician-practical link, considering the theoretician – the governmental program; e practical – the daily one of the assistance to the health. A link that can match singular beings, professional and customer, each one with its experience of life and luggage of knowledge, by means of a individualizada and not massificada assistance.

KEY WORDS: Nursing; Methods; Women; Medical assistance; Government programs.

REFERÊNCIAS

- 1 ALFARO-LeFevre, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** um guia passo a passo. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.
- 2 ALMEIDA, M. C. P.; ROCHA, S. M. M. (Org.). **O trabalho de enfermagem.** São Paulo: Cortez, 1997.
- 3 BECKER, E. K. **A mediação da enfermeira no pré-natal da adolescente.** Florianópolis, 1998. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 4 BRASIL. Ministério do Trabalho. Conselho Federal de Enfermagem. **Código de ética dos profissionais de enfermagem.** Resolução COFEN 169/93. Rio de Janeiro, 1993.
- 5 BREIHL, J. **El genero entrefuegos:** inequidad y esperanza. Quito: CEAS, 1996.
- 6 CARRARO, T. E. **Desafio secular:** mortes maternas por infecções puerperais. Pelotas: Ed. Universitária, 1999a.

- 7 _____. **Enfermagem e assistência:** resgatando Florence Nightingale. Goiânia: AB Editora, 1997b.
- 8 _____. **Marco conceitual e metodologia da assistência de enfermagem:** subsídios para a atuação do enfermeiro. GEMA – Enfermagem – UFPR, Curitiba, 1999b (mimeografado).
- 9 _____. **Resgatando Florence Nightingale:** a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 10 _____. **Mortes maternas por infecções puerperais:** os componentes da assistência de enfermagem no processo de prevenção à luz de Nightingale e Semmelweis. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 11 CARRARO, T. E.; MADUREIRA, V. F.; RADÜNZ, V. Florence Nightingale: teoria ambientalista. In: LEOPARDI, Maria T. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. p. 66-74.
- 12 CARVALHO, D. S. Avaliação da qualidade do pré-natal, parto e puerpério em Curitiba: uma análise preliminar. In: CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Valorizando a dignidade materna,** Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1996.
- 13 CIANCIARULLO, T. I. **Teoria e prática em auditoria de cuidados.** São Paulo: Ícone, 1997.
- 14 CLAP/OPAS/OMS. **Atenção pré natal e do parto de baixo risco.** Montevideo, 1996.
- 15 CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Programa mãe curitibana:** pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém- nascido, Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.
- 16 CURITIBA. Prefeitura Municipal. **Programa mãe curitibana:** pré-natal, parto e puerpério e atenção ao recém- nascido, Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2000.
- 17 DIAS, N. M. O. **Mulheres:** sanitárias de pés descalços. São Paulo: Hucitec, 1991.
- 18 DUCCI, L. **Introdução.** In: CURITIBA. Prefeitura Municipal. Programa mãe curitibana. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.
- 19 HORTA, W. A. **Processo de enfermagem.** São Paulo: E.P.E., 1979.
- 20 JENKINS, J. **Aos filhos com carinho:** doze princípios que os filhos jamais devem esquecer. São Paulo: Vida, 1995.
- 21 KLEBA, M. E. Educação em saúde na assistência em enfermagem: um estudo de caso em unidade básica de saúde. In: _____. **Para pensar o cotidiano:** educação em saúde e a práxis da enfermagem. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1999. p. 121-163.
- 22 LEOPARDI, M. T. **Teorias em enfermagem:** instrumentos para a prática. Florianópolis: Papa Livros, 1999.
- 23 MACIEL, M. E.; MACIEL, V. F.; SILVA, L. M. P. **Nove luas, lua nova:** o espírito feminino revelando a experiência de gerar vida. Niterói: Gráfica La Salle, 1997.
- 24 MARCON, S. S. **Vivenciando a gravidez.** Florianópolis, 1989. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- 25 MASSI, M. **Vida de mulheres:** cotidiano e imaginário. Rio de Janeiro: Imago, 1992.
- 26 MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos.** São Paulo: Robe, 1997.
- 27 NIGHTINGALE, F. **Notas sobre enfermagem:** o que é e o que não é. São Paulo: Cortez, 1989.
- 28 PAIM, Rosalda. **Metodologia científica em enfermagem.** Rio de Janeiro: Ed. Espaço e Tempo, 1986.
- 29 ZAGONEL, I. P. S. **O ser adolescente gestante em transição existindo:** um enfoque de cuidar-pesquisar sob a ótica da enfermagem. Florianópolis, 1998. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

Endereço do autor:
Rua Padre Camargo, 241 - Centro
80060-240 - Curitiba - PR
E-mail: mlwall@uol.com.br