



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE



CENTRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS APLICADAS

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

LINHA DE PESQUISA CORPOREIDADE E EDUCAÇÃO

ISABEL CRISTINA AMARAL DE SOUSA ROSSO NELSON

A AUTOFORMAÇÃO MATERNAL: CENÁRIOS DE UMA
EDUCAÇÃO VIVENCIAL HUMANESCENTE

NATAL/RN

2013

ISABEL CRISTINA AMARAL DE SOUSA ROSSO NELSON

A AUTOFORMAÇÃO MATERNAL: CENÁRIOS DE UMA
EDUCAÇÃO VIVENCIAL HUMANESCENTE

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, como requisito para obtenção do título de Doutora em Educação, na Base de Pesquisa de Corporeidade e Educação.

Orientador: Prof. Dr. Edmilson Ferreira Pires

NATAL/RN

2013

ISABEL CRISTINA AMARAL DE SOUSA ROSSO NELSON

A AUTOFORMAÇÃO MATERNAL: CENÁRIOS DE UMA EDUCAÇÃO VIVENCIAL HUMANESCENTE

Tese apresentada à Base de Pesquisa de Educação e Corporeidade, como requisito para obtenção do título de Doutor pelo Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Norte.

COMISSÃO EXAMINADORA:

Dr. Edmilson Ferreira Pires-Orientador
Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN

Dr. Francisco de Assis Pereira
Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN

Dra. Marcia Adelino da Silva Dias
Universidade Estadual da Paraíba-UEPB

Dr. José Otávio Aguiar
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG

Dra. Maria da Conceição Xavier de Almeida
Universidade Federal do Rio Grande do Norte-UFRN

Lista de figuras

- Figura 1 – Princípios da Teoria da Complexidade
- Figura 2 – Esquema da Pedagogia Vivencial Humanescente
- Figura 3 – Conferências Nacionais de Saúde
- Figura 4 – O processo de trabalho em Saúde da Família
- Figuras 5 – Componentes do processo PST

Lista de fotos

- FOTO 1 – Mãe e filho no espaço humanescente na UBS
- FOTO 2 – Atendimento infantil no espaço humanescente na UBS
- FOTO 3 – Atendimento no espaço humanescente na UBS
- FOTO 4 – Ensaio fotográfico realizado na UBS
- FOTO 5 – Ensaio fotográfico realizado na UBS
- FOTO 6 – Ensaio fotográfico realizado na UBS
- FOTO 7 – Ensaio fotográfico realizado na UBS
- FOTO 8 – Ensaio fotográfico realizado na UBS
- FOTO 9 – Ensaio fotográfico realizado na UBS
- FOTO 10 – Vivência com o uso da modelagem realizado na UBS
- FOTO 11 – Vivência com o uso da modelagem realizado na UBS
- FOTO 12 – Roda de conversa sobre a importância do contato com a natureza
- FOTO 13 – Estímulo e participação dos pais nas vivências
- FOTO 14 – Alongamento
- FOTO 15 – Práticas laboratoriais transdisciplinares
- FOTO 16 – Participação ativa do genitor
- FOTO 17 – Automassagem nos pés e musicoterapia (PCT e VLI)
- FOTO 18 – Práticas corporais transdisciplinares, automassagem, meditação e transferência de amor
- FOTO 19 – Shantala realizada pelas mães em seus bebês
- FOTO 20 – Banho de ofurô musical, reproduzindo o espaço uterino
- FOTO 21 – Shantala realizada pelos pais na UBS
- FOTO 22 – Família
- FOTO 23 – Arquivo fotográfico do período desde a gestação até o primeiro ano de vida, ofertados à mãe em álbum, uma lembrança dos momentos vivenciados.
- FOTO 24 – Entrega do album a mãe.
- FOTO 25 – Da gestação ao primeiro ano de vida
- FOTO 26 – Da gestação ao primeiro ano de vida
- FOTO 27 – Da gestação ao primeiro ano de vida
- FOTO 28 – Da gestação ao primeiro ano de vida
- FOTO 29 – Da gestação ao primeiro ano de vida

Lista de gráficos

- Gráfico 1 – Números de município com Estratégia Saúde da Família
- Gráfico 2 – Estimativa da população coberta com a Estratégia Saúde da Família
- Gráfico 3 – Proporção de cobertura populacional estimada
- Gráfico 4 – Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados
- Gráfico 5 – Porcentagens de óbitos em mulheres em idade fértil notificada
- Gráfico 6 – Números de óbitos segundo o número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados
- Gráfico 7 – Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, nos últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário
- Gráfico 8 – Número de óbitos fetais (masculinos e femininos) notificados, nos últimos dez anos precedentes
- Gráfico 9 – Número de óbitos fetais e infantis (masculinos e femininos) notificados, nos últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário
- Gráfico 10 – Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, evitáveis segundo tipo de evitabilidade

Lista de Siglas

ABS	Atenção Básica à Saúde
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
APS	Atenção Primária à Saúde
CAPPIC	Centro de Atenção e Pesquisa em Práticas Integrativas Complementares
CIPLAN	Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação
CIRET	Centro Internacional de Pesquisas Transdisciplinares
CPC	Centro de Cultura Popular
DAB	Departamento de atenção básica
DATASUS	Banco de Dados do SUS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FUNASA	Fundação Nacional da Saúde
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDEC	O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor
MEB	Movimento de Educação de Base
MOPS	Movimento Popular de Saúde
MS	Ministério da saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NESC	Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher
PCN	Parâmetros Curriculares Nacional
PCT	Práticas Corporais Transdisciplinares
PEPIC/RN	Política de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Norte
PIC	Práticas Integrativas Complementares
PNAD	Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio
PNH	Política Nacional de Humanização
PNPIC	Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção à Saúde

PSF	Programa Saúde da Família
PST	Projeto Saúde no Território
PTS	Projeto Terapêutico Singular
PVH	Pedagogia Vivencial Humanescente
SESP	Serviço Especial de Saúde Pública
<i>SISPRENATAL</i>	Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UNESCO	Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura
VLI	Vivências Lúdicas Integrativas

Aos meus pais, pelo amor e dedicação incondicional.

A João Victor e Maria Clara, meus filhos, fonte maior de inspiração e alegria, razão do meu viver.

A Rocco Nelson, meu esposo, pelo companheirismo e apoio diário, pelo amor verdadeiro e sincero.

AGRADECIMENTOS

Ao criador maior, pelo dom da vida, por sentir sua presença em cada segundo da minha existência, por guiar meus caminhos e minha vida no caminho do bem e do amor.

Agradeço aos meus pais e irmãos, pela união que nos envolve a cada dia.

Aos meus familiares, por compor uma torcida fiel pela minha felicidade, principalmente à chefe da torcida mais linda e entusiasta da minha trajetória, minha avó Albetiza.

A João Victor, meu primeiro presente de Deus, filho amado, minha razão de vida.

A Maria Clara, semente de amor que, ainda no ventre, nos contagia de felicidade todos os dias.

Rocco Nelson, o destino nos uniu, o amor já estava a nos aguardar e nossa linda história floresce e dá frutos. Muito obrigada por ser meu complemento e suplemento, nutrindo meu coração a cada dia.

Aos amigos, o meu agradecimento pela paciência e incentivo.

Ao UNIFACEX, por acreditar nas minhas potencialidades, principalmente ao Professor Raymundo Vieira, Ronald Fábio e Ana Tânia. Ao carinho dos amigos Fábio, Tayssa, Cilene, Karol, Dani, Marilia, Otávio, Pollyana, Debinha e Richard.

Agradeço à comunidade de Nísia Floresta por mais de uma década de aprendizado e exercício de amor, principalmente às mães e bebês da comunidade de Barreta, que possibilitaram a realização de mais um sonho.

À renomada banca examinadora de professores referenciais e significativos neste processo.

Ao meu orientador, Edmilson Pires, pela construção dessa trajetória.

SUMÁRIO

1. DUAS VIDAS EM UMA: CONHECENDO AS LINHAS E ENTRELINHAS DO CUIDAR E EDUCAR	16
1.1 A HISTÓRIA E OS DESAFIOS DE UMA CÉLULA HUMANESCENTE	17
1.2 ENTENDENDO A PROBLEMÁTICA	20
1.3 JUSTIFICATIVA	26
1.4 OBJETIVO	29
1.4.1 Geral	29
1.4.2 Específicos	30
1.5 MATRIZ TEÓRICA	30
1.6 CAMINHO METODOLÓGICO	30
1.7 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	32
1.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	32
1.9 ETAPAS DA PESQUISA	33
1.9.1 Luz, câmera. Humanescência em ação!	33
1.9.2 Experienciando a modelagem humanescente	34
1.9.3 O encontro humanescente das corporeidades	34
1.9.4 A melodia corporal	34
1.9.5 Experienciando e vivenciando o amor através do toque humanescente	34
1.10 ANÁLISE DOS DADOS	35
2. COMPREENDENDO OS CONCEITOS INTEGRADORES DA EDUCAÇÃO E SAÚDE	37
2.1 DA EDUCAÇÃO TRANSDISCIPLINAR	38
2.2 LUDICIDADE E LUDOPÓIESE	44
2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	50
2.4 PEDAGOGIA VIVENCIAL HUMANESCENTE	60
2.5 A AUTOFORMAÇÃO	62
2.6 CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE	64
2.7 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA	69
2.7.1 Pré-natal e puerpério	81
2.7.2 Crescimento e desenvolvimento infantil	87
2.7.3 Práticas Integrativas Complementares	93
2.8 CORPO, CORPOREIDADE E SAÚDE	97
2.9 CUIDADOS HUMANESCENTES	100
3. OS INSTRUMENTOS E A HUMANESCÊNCIA: O CAMINHO DA PESQUISA	105
3.1 TIPO DE ESTUDO	106

3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA	109
3.2.1 Observação participante	109
3.2.2. A escuta sensível	109
3.2.3. Fotorreportagem	110
3.2.4. Práticas Corporais Transdisciplinares	110
3.2.5 Vivencias Lúdicas Integrativas	110
3.3 LOCAL DA PESQUISA	111
3.4 AGENTES DA PESQUISA	111
3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES	111
3.6 ASPECTOS ÉTICOS	111
3.7 ANÁLISE DE RESULTADOS	112
3.8 DO LABORATÓRIO VIVENCIAL	113
4. VIVENCIANDO A AUTOFORMAÇÃO MATERNAL	115
4.1. O CENÁRIO HUMANESCENTE	116
4.2 ENCONTROS E VIVÊNCIAS HUMANESCENTES	118
4.2.1 Luz, câmera... Humanescência em ação!	118
4.2.2 Experienciando a modelagem luminescente	125
4.2.3 O encontro humanescente das corporeidades	130
4.2.4 A melodia corporal	137
4.2.5 Experienciando e vivenciando o amor através do toque humanescente	142
4.3 FINALIZANDO O PROCESSO	152
4.4 A EVOLUÇÃO: DE UMA CÉLULA A UM SER HUMANESCENTE EM CRESCIMENTO E TRANSFORMAÇÃO	154
5. A HUMANESCÊNCIA DESCOBERTA E VIVENCIADA	158
5.1 A SONHADA AUTOFORMAÇÃO MATERNAL	159
REFERÊNCIAS	172
APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	183

RESUMO

A autoformação maternal: cenários de uma educação vivencial humanescente apresenta a pesquisa realizada com gestantes e seus filhos com idade de até um ano de vida, da comunidade de Barreta, situada no município de Nísia Floresta/RN, acompanhados pela equipe de estratégia saúde da família. A problemática se prende às fragilidades na concepção de uma prática educativa humanescente que vise o cuidado integral do binômio mãe e filho. Constituindo assim a garantia ao direito da mãe ter uma gestação saudável e da criança de viver uma infância feliz. Objetivando descrever e interpretar como o desenvolvimento das vivências integrativas de educação em saúde, contribui para o processo de autoformação maternal. Partindo deste pensamento de uma prática educativa humanescente, optou-se pelos seguintes pressupostos: a pedagogia vivencial humanescente (CAVALCANTI, 2006) e seus princípios. Estes estarão, durante a pesquisa, relacionados à teoria da complexidade (MORIN, 2005), à teoria autopoietica (MATURANA; VARELA, 2001), às abordagens transdisciplinares (MORAES, LA TORRE, 2008), bem como aos princípios do SUS. A pesquisa, de abordagem qualitativa, adota princípios da pesquisa-ação, utilizando as seguintes ferramentas: a observação participante existencial; a escuta sensível; a fotorreportagem; práticas corporais transdisciplinares e as vivências lúdicas integrativas. O laboratório se deu na Unidade Básica de Saúde de Barreta. Os encontros foram desenvolvidos através de experiências vivenciadas, nas quais foram abordadas a autoimagem e autoestima, a modelagem, a natureza e o corpo, a Shantalla e as práticas integrativas complementares em saúde. As vivências experienciadas permitiram um olhar sensível sobre as emoções e sentimentos, resultando na corporalização da sensibilidade, ludicidade, criatividade e reflexividade, contribuindo no processo de autoformação maternal humanescente.

Palavras-chave: Educação em Saúde, Autoformação, Corporeidade, Pedagogia Vivencial humanescente.

ABSTRACT

The maternal self-education: scenarios humanescente experiential education, presents a survey of pregnant women and their children aged up to one year of life, community Barreta, located in the municipality of Forest Nísia / RN, accompanied by a team of family health strategy. The problem is linked to weaknesses in the design of an educational practice that aims humanescente comprehensive care of the mother and child. Thus providing assurance to the mother's right to have a healthy pregnancy and child live a happy childhood. Aiming to describe and interpret the development experiences of integrative health education, contributes to the process of self- maternal. Based on this thought of an educational practice humanescente, we chose the following assumptions: experiential pedagogy humanescente (CAVALCANTI, 2006) and its principles and these will be during the research related to the theory of complexity (MORIN, 2005) autopoietic theory (MATURANA; VARELA, 2001) transdisciplinary approaches (MORAES, LA TORRE, 2008) and the principles of the NHS. The research, a qualitative approach adopts the principles of action research, using the following tools: participant observation existential sensitive listening, the photojournalism; bodily practices transdisciplinary and integrative recreational experiences. The laboratory is given in the Basic Health Barreta. The meetings were developed through experiences in which they were addressed self-image and self-esteem, modeling, nature and the body, Shantalla complementary and integrative health. The experiences experenciadas allowed a sensitive about emotions and feelings, internalize sensitivity, playfulness, creativity and reflexivity actively contributing to the process of self-maternal humanescente.

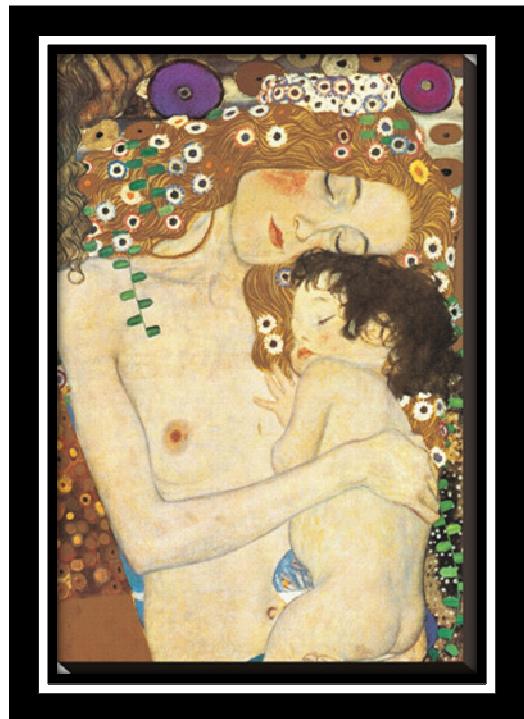
Keywords: Health Education, Self-training, Corporeity, Experiential Pedagogy humanescente.

RESUMEN

Maternal autoeducación: escenarios de un humanescente educación experimental presenta una investigación realizada con las mujeres embarazadas y los niños menores de un año de vida, comunidad Barreta, ubicado en el municipio de Nísia Floresta / RN, acompañado por personal de la estrategia de salud de la familia. La cuestión se refiere a las deficiencias en el diseño de una práctica educativa humanescente dirigido a la atención integral de la madre y el niño. Así proporcionando una garantía del derecho a tener una madre sana y el niño a vivir un embarazo feliz y saludable. Con el objetivo de describir e interpretar el desarrollo de experiencias de integración en la educación de la salud, contribuye al proceso de autoformación materna. A partir de esta idea de una práctica educativa humanescente, hemos elegido los siguientes supuestos: humanescente pedagogía experiencial (Cavalcanti, 2006) y sus principios. Estos son para la investigación relacionada con la teoría de la complejidad (Morin, 2005), la teoría autopoietica (Maturana, Varela, 2001), a los enfoques transdisciplinarios (Moraes, la Torre, 2008), así como los principios de la NHS. La investigación adoptó un enfoque cualitativo, adopta los principios de la investigación-acción, el uso de las siguientes herramientas: la observación participante existencial, de escucha sensible, el fotoperiodismo, prácticas corporales disciplinarios y experiencias recreativas integradoras. El laboratorio tomó la Unidad Básica de Salud Barreta. Las reuniones se desarrollan a través de experiencias en las que la autoimagen y la autoestima, el modelado, la naturaleza y el cuerpo, Shantalla integrador y prácticas de salud complementarias fueron abordados. Los experenciadas experiencias permitieron una mirada sensible a las emociones y sentimientos, lo que resulta en la sensibilidad corporalización, la alegría, la creatividad y la reflexión, contribuyendo de humanescente proceso de autoformación maternal.

Palabras-clave: Educación, Salud, autoformación, Encarnación, Experiencial Pedagogía humanescente.

1. DUAS VIDAS EM UMA: CONHECENDO AS LINHAS E ENTRELINHAS DO CUIDAR E EDUCAR



KLIMT, Gustav. Mãe e filho de 1905.
“Ora, a vida não é exatamente um prazer. É um combate inglório. É uma selva onde se deve escolher entre devorar ou ser devorado. É preciso lutar incessantemente” (LEBOYER, 2004).

1.1 A HISTÓRIA E OS DESAFIOS DE UMA CÉLULA HUMANESCENTE

Vamos iniciar a trajetória de vida desta célula – cujo núcleo é composto de sentimentos, emoções e vivências significativas – para que possamos construir junto a outras células o cenário em que a autoformação maternal seja desenvolvida, envolta e protegida pela membrana da Transdisciplinaridade e preenchida pelo fluido citoplasmático humanescente.

Assim, não podemos separar a célula do corpo, nem as histórias de vida das aprendizagens, estas já estão impregnadas pela corporeidade, a qual produz energia para a autoformação.

As células matrizes com uma capacidade ímpar de diferenciação me ofereceram a oportunidade de conhecer o diferente, o belo, e me reportaram à melhor parte delas. Na minha família, meu ponto de equilíbrio foi estabelecido. O início dessa vida celular e única foi rodeado de momentos lúdicos: na infância, personagens infantis, brincadeiras na rua e jogos fizeram parte desta etapa tão vivida. Já minha corporeidade, era desenvolvida a cada dia no balé clássico, nas apresentações escolares, no teatro e na música. As emoções e sensibilidade já faziam parte do meu ser.

Logo busquei me acoplar na célula da enfermagem: através do contato com os cuidados humanescentes, percebi que era isso que sempre desejei. Com o tempo de graduação, fui desenvolvendo meu intelecto e meu crescimento pessoal; sentia falta de algo, mas ainda não tinha maturidade para detectar; ainda na graduação fui selecionada para fazer parte do setor de educação em saúde do Departamento de Saúde Coletiva do SESC (Campina Grande) e aí veio a descoberta: não era paixão, era amor à primeira vista, à primeira ação, estava encantada, era muito sedutor e envolvente.

Dois anos se passaram e meu estágio precisava terminar, assim estava no contrato (que até hoje tenho guardado). Falei baixinho comigo mesma e assinei um contrato vitalício: jamais iria deixar de vivenciar a educação em saúde e a educação para a saúde, pois aquilo já era visceral pra mim.

Diploma na mão e vamos lá! Meus primeiros empregos foram numa comunidade rural como enfermeira da Estratégia Saúde da Família no turno diurno e educadora de um curso técnico em enfermagem no turno noturno. Estava satisfeita,

mas ainda não estava realizada, algo me inquietava nas relações entre o ensinar e o aprender: não era possível visualizar os pilares formadores de uma educação que envolvesse mente, corpo e espírito.

Enquanto enfermeira, já no exercício profissional, observam-se fragilidades culturais no campo da educação na saúde. Práticas educativas pouco funcionais, pautada em imagens ameaçadoras, sendo os serviços de saúde identificados pelas mães e crianças como um espaço de insegurança, de medo e de frieza, procurado apenas quando problemas físicos e/ou psicossociais encontravam-se em evidência.

O fato é que compartilhando do mundo do trabalho da enfermagem e da educação consegue-se visualizar a implicação dessas áreas e compreendê-las como práticas necessárias ao desenvolvimento humano.

Mudei de Estratégia Saúde da Família e conheci Nísia Floresta, cidade onde iria compartilhar quase 12 anos da minha vida. Nesta Unidade de Saúde recebi acadêmicos de Enfermagem que iriam realizar uma prática com a minha comunidade junto à unidade de saúde: pudemos articular junto a essas novas células as propostas de educação em saúde e aprendermos mutuamente.

Era tudo diferente: o modo de agir, de pensar, de se portar e a postura diante da realidade. Tive curiosidade de ler seu projeto político pedagógico, e percebi como era inovador. Agora entendia o porquê de aqueles alunos terem uma prática diferenciada, humanescente. Atuar como educadora naquela Instituição passou, naquele momento, a ser meu mais novo sonho.

Meses depois fui convidada pelo grupo a ir fazer uma exposição dialogada sobre a Estratégia Saúde da Família em um seminário do grupo na FACEX. Foi um momento inesquecível: ao entrar naquela instituição, já sentia uma energia diferente, os espaços eram aconchegantes, os discentes e docentes que estavam naquele evento eram alegres e felizes. O auditório estava todo decorado, muito lindo. Fiz minha fala, a coordenadora do curso de enfermagem assistiu e após exposição fui apresentada a ela. Para minha surpresa, ela falou que estava havendo um processo seletivo para educador e que o dia seguinte seria o último prazo para inscrição.

Imediatamente, fui providenciar os documentos e dias depois estava eu sentada no chão com um caixão de areia na minha frente com variadas miniaturas para que eu montasse um cenário ideal para minha prática educativa na formação em saúde. Aquele processo seletivo já me deixou extasiada, foram momentos de

vivências lúdicas para projeção de conhecimento. Não consigo expressar com palavras o que sentia. A cada etapa do processo me encantava mais com a proposta do curso.

Fui aprovada, era o início de uma nova trajetória na minha vida e de mais um sonho realizado, a cada dia aprendo mais com a experiência da FACEX. Participei da autoformação permanente da Instituição: um sábado por mês acontece os “Ateliês de formação humana autopoietica” (SAMPAIO, 2009) para os docentes do curso, um pré-requisito para atuação pedagógica, conduzido e organizado pela ex-coordenadora do curso, um anjo de luz nesse processo de amadurecimento. Hoje, no Centro Universitário Unifacex, além de educadora, coordeno o curso de Enfermagem que tanto me encantou.

Percebo a necessidade da educação e da saúde caminharem juntas. No entanto, embora a relação entre ambas fosse evidente, estando referenciada nos Parâmetros Curriculares Nacionais da Educação (BRASIL, 1997) e na perspectiva do Sistema Único de Saúde, fora deles, encontram-se distantes, pouco se comunicam a favor da evolução do homem.

Um campo mais específico sempre me chamou atenção: Como as crianças aprendiam sobre seu corpo e sua corporeidade? Como as mães, enquanto primeiras educadoras, poderiam contribuir nesse processo? Poucos entendiam como e por que cuidar bem e como lidar com sua corporeidade, quais as implicações para uma boa saúde (no seu conceito mais ampliado) no processo de crescimento e desenvolvimento. Trata-se, assim, de um processo distal mãe-filho, em que as escolas e a equipe de saúde estão muito distantes da família e, portanto, do processo de formação para saúde.

Nos serviços de saúde, identifica-se elaboração de ações de educação e de saúde pautados nos protocolos que não direcionam a ação do profissional para o ser e sim para a doença, campanhas que não atingem metas desejadas e estabelecidas, práticas centradas na cura da doença e no enfrentamento de situações emergenciais no caso das epidemias e dos surtos.

Mais especificamente, no setor saúde, desde 1988, vivenciamos uma reforma sanitária que apresenta um novo modelo de atenção, o Sistema Único de Saúde - SUS, tendo como princípio basilar a atenção integral à saúde. Com a implantação do SUS, foi institucionalizado, nos serviços de Atenção Básica, as

práticas do cuidado integral, envolvendo atividades educativas para o binômio mãe-filho desde o pré-natal, ampliando-se por todo processo de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança.

Porém, o que se observa é que pouco tem se avançado nesses processos na rede de serviços de atenção à saúde. Ainda é muito frágil a estruturação de espaços nas Unidades Básicas de Saúde que oportunizem às mães e às crianças processos autoformativos de vivências, conversações e de escuta, que favoreçam uma dinâmica relacional do linguagear (MATURANA, 1978) e do emocionar-se no cotidiano da promoção e proteção da saúde.

É nesse contexto que, atuando em uma Unidade Básica de Saúde do Município de Nísia Floresta, no Rio Grande do Norte, e enquanto enfermeira de uma equipe da Estratégia Saúde da Família - ESF, fez-se necessário ir além das ações padronizadas pelos manuais de protocolos assistenciais do Ministério da Saúde (BRASIL, 2006).

É notório que as rotinas existentes nos serviços são insuficientes para promover uma atenção integral à mãe e à criança, sendo assim necessário oportunizar momentos de interação corporalizada do binômio mãe-filho durante sua gravidez, parto, e durante o processo de crescimento e desenvolvimento.

Assim, na vivência de uma enfermagem voltada à saúde da família, com atuação de mais de uma década em uma Unidade Básica de Saúde no município de Nísia Floresta – RN, e como educadora transdisciplinar, busca-se no processo autoformativo para um cuidado humanescente, a motivação para o desenvolvimento da pesquisa.

Isso porque, estando presente nessas duas áreas do conhecimento, somos desafiados pelas situações cotidianas a construir o vínculo entre as células da educação e da saúde de maneira dialógica e vivencial, para que a união de múltiplas células venham garantir a manutenção de uma vida, cada vez mais, humanescente.

1.2 ENTENDENDO A PROBLEMÁTICA

Durante muito tempo, a emoção foi excluída do processo que envolvia as práticas do cuidar e de educação na saúde. A busca pelo ter e não pelo ser,

historicamente, influenciou as relações interpessoais no trabalho, na família e no grupo social.

A formação em saúde se pautou sempre na doença e não no sujeito da doença ou da saúde. Aprendemos com os sentidos distais (visão e audição), uma aprendizagem audiovisual, esquecemos-nos de usar os sentidos proximais (tocar, sentir o cheiro, saborear). Concordamos com Maturana e Zoller (2004) quando consideram amar e brincar como fundamentos esquecidos do humano.

Com a implantação do SUS, em 1988, e sua regulamentação na década de 90, o binômio mãe-filho foi, teoricamente, definido como prioridade, já que tanto a mãe como a criança eram considerados grupo de risco para índices de mortalidade, destacando-se, portanto, a atenção integral à mulher e à criança na rede progressiva de cuidados.

No entanto, na prática, permanecíamos com uma cultura do cuidar a partir da concepção de pessoas, representando números, grupos e situações de risco que ameaçavam os dados estatísticos da gestão. Programas verticais focalizados em problemas de saúde específicos, entre os quais, aqueles direcionados à proteção materna e infantil.

O SUS traz como grande diferencial na sua organização a concepção de atenção. Estrutura-se a partir de níveis de atenção que caracterizam as ações de saúde: promoção, proteção e recuperação. No âmbito da hierarquização dos serviços, se organiza com níveis de complexidade da assistência: atenção básica, média e alta complexidade.

O problema é que não aprendemos a dar atenção à saúde das pessoas, fomos historicamente formados para assistir, ou seja, para intervir sobre a doença, ou sobre a parte doente do sujeito. A crise ética e de gestão vivenciada pelos estados e municípios tem reforçado, no cenário nacional, a necessidade de mudança urgente na forma de educar e cuidar das pessoas.

Na Atenção Básica, as Unidades de Saúde que compõem a rede assistencial são identificadas como serviços sem resolutividade, uma vez que retratam um modelo assistencial centrado na doença, com prioridade nas ações curativas marcadas por iniquidades, acentuando a fragilidade dos serviços de saúde.

Em 1991, foi criado, pelo Ministério da Saúde, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), que teve como objetivo inicial diminuir a

mortalidade materna e infantil no Nordeste. A partir do desenvolvimento de experiência exitosa no estado do Ceará, o Ministério da Saúde percebe a importância dos Agentes Comunitários de Saúde – ACS para o desenvolvimento das ações de saúde nos serviços básicos nos municípios, ampliando-os para todo o país.

Posteriormente ao PACS, no ano de 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF), que passou a se chamar em 1998 de Estratégia de Saúde da Família (ESF). Este novo modelo de atenção à saúde surge com a reestruturação dos serviços, tornando-se a porta de entrada da assistência básica, embasado nos princípios da universalidade, equidade, integralidade, territorialização e adscrição da clientela; com atenção voltada para família compreendida a partir do seu meio físico e social.

Entretanto, independente do modelo adotado, o atendimento à criança na Atenção Básica deve ser consoante com as ações de assistência integral, que têm como objetivo a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade infantil com a criação do Programa Humanização no Pré-natal e Nascimento do Ministério da Saúde através da Portaria GM/MS nº 569 e 570, em junho de 2000, que institui o Programa no âmbito do SUS.

O município de Nísia Floresta aderiu ao programa no ano de 2005, adequando a assistência aos protocolos do Ministério da Saúde, que indicava o que fazer, mas não como fazer. Com essa limitação, o município tentava cumprir os requisitos para melhorar e humanizar a assistência pré-natal, mas desde a implantação não houve modificação e/ou inovação significativa.

Em 2006, a Portaria Ministerial nº 648 de 28 de março aprovou a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica para o Programa Saúde da Família (PSF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Nessa Portaria, a Atenção Básica é caracterizada como: “um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde” (BRASIL, 2006c).

Esta Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em

equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações.

Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde e orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2006c, p. 2).

O cuidado expresso na Portaria GM nº 2.488/11, que define a Atenção Básica no SUS, considera

o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sociocultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável (BRASIL, 2011b).

Uma equipe de Saúde da Família é composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e agentes comunitários de saúde. Considerando a organização territorial definida pela Portaria, cada área de abrangência de uma Unidade Básica de Saúde é subdividida em microáreas, de acordo com a população coberta. Assim, haverá um agente comunitário de saúde (ACS) para no máximo 750 pessoas, localizadas em uma área geográfica delimitada de até 4.000 pessoas.

A ESF propõe avanços consideráveis para o modelo de atenção, permitindo o desvelar de um cuidado sistemático, integrado, resolutivo e afetivo. Nesse processo de trabalho, criam-se vínculos entre profissionais e usuários, amplia-se o olhar para os diferentes níveis de vida, acatando as especificidades dos sujeitos que dela participam. Com ela, a família, enquanto instituição social, é efetivamente inserida no contexto da atenção à saúde.

Percebe-se, teoricamente, que o SUS realmente se apresenta como modelo de atenção e não meramente de assistência: o processo de trabalho proposto, legalmente, orienta as ações de promoção e proteção que antecedem a recuperação da saúde. Ou seja, dar atenção antecede e previne a necessidade do assistir.

Damos atenção quando promovemos e protegemos a saúde, assistimos quando recuperamos a saúde, intervimos em algum agravo.

Convém ressaltar que, neste sentido, atenção à criança e à mulher são áreas estratégicas de atuação definidas pela Portaria GM nº 2.488/11. Nessa perspectiva, a mãe e a criança deverão ser recebidas pela Equipe de Saúde da Família, a qual deverá captar, acolher, desenvolver ações, promover o cuidado e a avaliação multidimensional do binômio mãe-filho.

Para tanto, será estabelecido vínculo entre o serviço e os usuários, garantindo a assistência integral e contínua da criança e dos membros da família, particularmente da mãe, vinculados à equipe de forma humanizada, resolutiva, com qualidade e responsabilidade. E com base no princípio da territorialização, prevê-se o trabalho da equipe de saúde da família em um espaço delimitado: a responsabilidade pela atenção à saúde englobará todas as mães e crianças que estão na sua área de abrangência, inclusive as que se encontram em instituições sociais (BRASIL, 2006).

Apesar de todo esse arcabouço jurídico legal do novo modelo de atenção proposto pelo SUS, permanece na rede assistencial o “desconhecimento” por parte da equipe, a falta de sensibilidade por parte dos profissionais, o distanciamento nas relações serviço-comunidade, a fragilidade na formação de vínculos, e ausência de espaços de autoformação permanente para profissionais e usuários do SUS.

Este cenário do cotidiano da saúde tem como consequência a desmotivação da equipe, a baixa autoestima dos profissionais, o medo, e a desmotivação da mãe-filho para procurar o serviço de saúde, tornando assim a atenção fragmentada e incompleta, distante da realidade concreta das mães e das crianças.

O impacto na assistência à gestante e à criança se traduzia em um risco maior da morbidade gestacional, no aumento da mortalidade materna e infantil com maior porcentagem por causas preveníveis, e na diminuição da qualidade da assistência pré-natal.

No Rio Grande do Norte, a taxa de mortalidade materna subiu nos últimos anos. O estado ainda vivencia um índice que está muito acima da taxa recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para países em desenvolvimento. Em Natal, o índice segue a mesma tendência verificada no estado.

Apesar de a mortalidade infantil ter evoluído de forma decrescente no estado ao longo dos anos, a mortalidade neonatal tem persistido e preocupado as autoridades. Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2011a), no período de 2000 a 2008, houve redução na taxa de mortalidade infantil de 47/1000 para 29/1000 nascidos vivos. Isto quer dizer que de mil crianças nascidas vivas, 29 estão indo a óbito antes de completar um ano de idade.

Já a mortalidade neonatal, que acontece no período de até 28 dias de nascimento, tem se mantido, nos últimos anos, entre 22 e 20 mortes por 1000 nascidos vivos. Essa realidade é preocupante, considerando que 77% dos óbitos maternos e neonatais são por causas evitáveis, ou seja, por falha no acompanhamento do pré-natal adequado e assistência de qualidade ao parto.

De uma forma geral, pode-se afirmar que o município de Nísia Floresta – no que se refere aos cuidados humanescentes da assistência materna infantil – expõe o problema da fragilidade do componente assistencial na atenção perinatal do município.

Por outro lado, há uma necessidade clara de novas alternativas que possibilitem uma educação e um cuidado integral mais humanescente às mães e aos recém-nascidos do município. A problemática da deficiência na atenção integral ao binômio mãe-filho, desde o período gestacional, parto e pós-parto, apresenta-se como cenário de destaque no sistema de saúde de Nísia Floresta.

É preciso pensar, repensar e reinventar a forma de ensinar a cuidar dessas mulheres e crianças, promovendo assim a autoformação. Faz-se necessário ressignificar o processo educativo para saúde e aprimorar as formas de atuar na atenção a esta clientela materno-infantil.

Assim, pensar em educação para saúde significa pensar em qualidade, investir no acolhimento, na segurança e na aprendizagem. Significa sentir a mãe e a criança sem se esquecer dos familiares, proporcionar-lhe um espaço de convivência saudável, onde as emoções, os sonhos, as interações, a curiosidade e o prazer sejam evidenciados, ou seja, educar para a saúde e com saúde.

Nesse sentido, surgiram os encontros para a autoformação maternal, cenários de encontros vivenciais que promovem – através da pedagogia Vivencial Humanescente (CAVALCANTI, 2006; SAMPAIO, 2009) – momentos de comunicação corporalizada mãe-filho, de aprendizagem vivencial e Práticas

Integrativas Complementares – PICs, oportunizando experienciar junto às mães acompanhadas pela UBS de Barreta, momentos de entrega e de integração consigo mesmas e com seus bebês. Tais encontros objetivam descrever e interpretar como o desenvolvimento das vivências integrativas de educação em saúde contribui para o processo de autoformação maternal, das gestantes e seus bebês, acompanhados pela Unidade Básica de Saúde da comunidade de Barreta/ RN.

Percebemos que estes cenários oportunizam o aprimoramento das relações e das comunicações maternais, através da utilização de práticas corporais transdisciplinares e de vivências lúdicas integrativas (PEPIC/RN, 2011), as quais servirão de laboratório vivencial para a realização do nosso estudo.

1.3 JUSTIFICATIVA

No mundo atual, tecemos os saberes técnicos que regem o nosso fazer profissional e saberes da vida, com os quais passamos a significar e compreender a complexidade da existência. Observamos, exercitamos, registramos, nos comunicamos e elaboramos projetos desafiadores. Ensinamos a tocar, a brincar, a comer, como também ensinamos regras, comportamentos, e assim – tocando, sentindo, olhando, ouvindo – nos relacionamos com nosso ambiente e nos construímos.

O contato da mãe com o filho é a primeira experiência de aprendizagem. Desde nosso nascimento, já herdamos uma cultura separatista: o ser humano é o único mamífero que separa o recém-nascido de sua mãe. Essa ruptura é perigosa e traz consequências para a vida da mãe e do bebê.

Durante nove meses, a corporeidade materna acolhe e se mistura com a corporeidade do bebê humano. É um vínculo muito forte de contato afetivo, que favorece o desenvolvimento biopsicoafetivo do feto e futuro bebê. A comunicação mãe-filho já se inicia pelo encontro de suas corporeidades, ainda no ventre materno.

Maturana e Zoller (2004, p. 150) falam sobre esse processo destacando os ritmos corporais. Para eles:

Os ritmos corporais, e o fluxo das configurações de coordenações sensomotoras, no estreito contato corporal que acontece entre mãe e filho, são a base da qual surge a consciência humana. O bebe em

crescimento vive num fluxo de configurações temporais como formas rítmicas de movimento recorrentes no ventre materno. Protegido e seguro, num devir pulsante e polirítmico, o embrião cresce desenvolvendo seus próprios ritmos corporais em dueto com os da mãe, que contem e alimenta em seu útero: ritmo cardíaco, respiração, movimento e vibração de voz materna (MATURANA; ZOLLER, 2004, p. 150).

Na ótica da mulher que dá à luz, o momento pós-parto é considerado precursor do apego, a primeira experiencialidade oportunizada pelo seu bebê para principiar o exercício social da maternagem. Para a genitora, o parto é o fim de uma etapa intrínseca e o início de outra extrínseca.

Os profissionais de saúde, que atuam na atenção perinatal, são agentes imprescindíveis nas orientações e no acompanhamento do período gestacional, além de possuírem papel fundamental no estímulo ao contato precoce, uma vez que atuam diretamente na assistência, podendo ser facilitadores ou complicadores desta prática.

Destacam-se nessa equipe multiprofissional os elementos da equipe de enfermagem, que fundamentam suas atividades no processo de cuidar da mulher, da criança e da família durante o pré-natal, parto e o nascimento.

Os ritmos corporais, os sons, são essenciais para o desenvolvimento da consciência humana. A experiência desenvolvida no Instituto Internacional de Neurociências, através da Unidade de Referência Materno infantil Anita Garibaldi, em nosso estado, é um laboratório vivencial de ricas descobertas sobre esse processo epigenético inicial.

Nos primeiros meses de vida, as possibilidades comunicativas do bebê são não verbais, os elementos contextuais e o meio comunicativo gestual têm grande valor. Nos registros de situações de jogo entre bebês de 0 a 15 meses e suas mães, observam-se atos comunicativos com funções interativas. Os bebês apresentam, neste período, grande ocorrência da função exploratória, possibilitando seu desenvolvimento cognitivo, emocional e comunicativo (AMATO, 2000).

No processo de trabalho dos profissionais de saúde, que atuam na Atenção Básica, é rotina realizar ações de acompanhamento à gestante e ao bebe. O desenvolvimento da linguagem e da brincadeira vivenciados no processo interativo mãe e filho deveria ser um campo de estudo, já que faz parte do desenvolvimento humano.

No entanto, o que se observa são profissionais distantes, com pouca sensibilidade para implicar-se ao cuidado integral, dificilmente se fala de emoções e de afeto, das nossas expressões corpográficas essenciais para um cuidado humanescente.

No âmbito da Estratégia de Saúde da Família, a educação em saúde figura como uma prática prevista e atribuída a todos os profissionais que compõem a equipe multiprofissional. Para isso, esta precisa estar capacitada para assistência integral e contínua às famílias da área adscrita, identificando situações de risco à saúde na comunidade assistida, enfrentando em parceria com a comunidade os determinantes do processo saúde-doença, desenvolvendo processos educativos para a saúde, voltados à melhoria do autocuidado dos indivíduos (BRASIL, 1997).

Fica claro o princípio da atenção integral no processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família, no entanto, na prática, tem-se observado pouco impacto nessas mudanças.

Concordamos com Sampaio (2009) quando esta alerta para a necessidade de termos, nos serviços de saúde, práticas educativas humanescentes. Para ela: “Uma prática integrativa multidimensional que resulta do diálogo entre cognição e vida, a qual envolve sentimento, pensamento e ação, a partir da corporeidade humana” (SAMPAIO, 2009, p. 29).

Nessa perspectiva, o Ministério da Saúde, em 2006, lança outra vertente que fortalece o princípio da atenção integral, ampliando o acesso e oportunizando práticas que favoreçam o cuidado integral.

É publicada, através da Portaria GM nº 971, de 03 de maio de 2006, a Política de Práticas Integrativas e Complementares – PNPIC – no SUS, que visa garantir a integralidade na atenção à saúde e atender à necessidade de se conhecer, apoiar, incorporar e implementar experiências que já vêm sendo desenvolvidas na rede pública de muitos municípios e estados.

As PICs têm como princípio básico a abordagem de atenção integral à saúde dos indivíduos, pautada no cuidado humanescente. Reserva, na sua prática, um espaço de distinção à relação com o usuário, pois seu exercício estimula a autonomia, a observação de si mesmo e de suas relações com os ambientes físicos, políticos, culturais e sociais, possibilitando a elaboração de novas atitudes.

No estado do Rio Grande do Norte, a Política Estadual de Práticas Integrativas Complementares foi aprovada pelo Conselho Estadual de Saúde. Consideram-se Práticas Integrativas Complementares: Medicina Tradicional Chinesa – Acupuntura; Homeopatia; Plantas Medicinais e Fitoterapia; Termalismo – Crenoterapia; Medicina Antroposófica; Medicina Tradicional Ayurvédica; Práticas Corporais Transdisciplinares; Vivências Lúdicas Integrativas.

Nessa perspectiva integral, devemos favorecer espaços diversos e direcionados para a formação e autoformação, assim como para a rede de saberes complexos que circulam entre as pessoas. Esses saberes são indissociáveis, se expressam diretamente no que fazemos e no que somos, bem como as práticas em que estamos envolvidos.

Assim, o que se objetiva é ter uma unidade de saúde também como espaço de formação e autoformação, para que os sujeitos busquem em si mesmos o processo do bem-viver, a autonomia, bem-viver que se inicia no ventre, na troca de fluidos e sentimento, o bem-viver que está diretamente ligado ao bem-sentir. Este espaço que preza pelo conhecimento do conceito ampliado de saúde.

Dessa forma, podemos mencionar que esta educação humanescente deve contribuir diretamente para a autoformação, ensinar a condição humana e ensinar a viver (MORIN, 2000). Nesse contexto, o educador necessita incluir a reforma do pensamento capaz de contextualizar, ligar e ser global (MORIN, 2005), assim favorecendo a transdisciplinaridade.

Por fim, inspirados pelo desejo de possibilitar uma atenção integral às mães e aos seus bebês desde o ventre, montamos os encontros para a autoformação maternal.

1.4 OBJETIVO

1.4.1 Geral

Define-se como objetivo central desta investigação descrever e interpretar como o desenvolvimento das vivências integrativas de educação, em saúde, contribui para o processo de autoformação maternal das gestantes e bebês acompanhados pela Unidade Básica de Saúde da comunidade de Barreta/RN.

1.4.2 Específicos

- Descrever e analisar as vivências integrativas de educação, em saúde, bem como suas contribuições no processo de autoformação maternal.
- Identificar a importância das vivências integrativas na qualidade das relações humanescentes que envolvem mãe e filho.

1.5 MATRIZ TEÓRICA

Partindo deste pensamento de prática educativa, optou-se pela pedagogia vivencial humanescente e seus princípios, estes estarão durante a pesquisa relacionados à teoria da complexidade (MORIN, 2005), à teoria autopoietica (MATURANA; VARELA, 2001), às abordagens transdisciplinares (MORAES, LA TORRE, 2008) e aos princípios do SUS.

1.6 CAMINHO METODOLÓGICO

Optamos, como caminho metodológico para o estudo, a **Pesquisa-Ação Existencial**, considerando que se trata de uma ação deliberada de transformação da realidade, ou seja, uma pesquisa que possui duplo objetivo: transformar a realidade e produzir conhecimentos relativos a essas transformações (BARBIER, 2002).

Por ser um método participativo de pesquisa, que busca ampliar os conhecimentos e também alterar as circunstâncias dos indivíduos para melhor envolvê-las no processo de pesquisa, é um processo complexo que exige habilidades em pesquisa e educação para mudança (SAKS; ALLSOP, 2011).

Segundo Barbier (2002), o sentido maior da pesquisa-ação encontra-se na vivência das espirais cíclicas reflexivas, ou seja, consiste no efeito recursivo entre reflexão permanente do processo e ação refletida. Vivenciando esse espiral, o sujeito tem a oportunidade de acompanhar a sua trajetória refletindo o tecer da vida e transformando-o de maneira consciente, quando necessário.

Esse tipo de pesquisa rompeu com o distanciamento entre a pesquisadora e o objeto estudado e garantiu a participação e o envolvimento efetivo no processo de

intervenção, já que “trabalha o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos” (MINAYO, 1994, p.21).

A aplicação será a metodológica qualitativa, pautada no marco teórico da corporeidade e nos procedimentos metodológicos de uma pesquisa participante, permitindo a mobilização de saberes a partir da reflexão e diálogo.

Esta pesquisa, de cunho qualitativo, se desenvolve a partir de diferentes significados, considerando os aspectos subjetivos, abrindo espaços para crenças, saberes, valorizando atitudes e aspectos que influenciam e, muitas vezes, determinam as relações que compõem os diferentes contextos.

Assim, inspirados pelo desejo de descobrir caminhos que possibilitessem a autoformação maternal, nos deparamos com o problema a ser investigado: como o desenvolvimento das vivências integrativas de educação, em saúde, contribuem para o processo de autoformação maternal?

Nessa abordagem metodológica, por ser constituída como uma pesquisa de partilha, o pesquisador não detém o saber e conduz o estudo, ele também é um ser aprendente e constrói – a partir das vivências com os participantes – novas vivências.

Estando conscientes dessas potencialidades humanas, serão utilizadas diferentes técnicas para registrar e relatar esse contexto.

Na observação participante existencial (OPE), o pesquisador está implicado desde o início, porque já era membro do grupo antes de começar a pesquisa. Ele deverá expor abertamente seu caráter observador e ter o aceite dos participantes do estudo. Aqui, o investigador é o responsável pelo sucesso da investigação: mesmo sem entrevistas ou questionários, responde às questões problematizadas (BARBIER, 2002).

A escuta sensível: de acordo com Barbier (2002), a escuta sensível se apoia na empatia, o pesquisador necessita saber sentir o universo imaginário e afetivo do outro, compreendendo, assim, comportamentos, atitudes e ideias de valores. Reconhece e comprehende a aceitação do outro sem julgamentos e comparações, transmite emoções, é presente e consistente.

A fotorreportagem: Registro fotográfico das experiências vivenciadas, dos encontros humanescentes mais significativos da Autoformação Maternal. Este

acervo torna a pesquisa viva, com brilho, emoções e cores. Ao final, todos os participantes recebem as imagens organizadas carinhosamente em um colorido álbum, eternizando esta incrível viagem ao universo afetivo (BARBIER, 2002).

Práticas Corporais Transdisciplinares: Abordagens metodológicas que se utilizam da multirreferencialidade de saberes científicos sobre o corpo para produzir movimentos, de forma ativa ou passiva, com o objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transcorporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais, promovendo alterações biológicas que produzem o bem-estar integral do ser humano e aumentam sua luminescência (NATAL, 2011).

Vivências Lúdicas Integrativas: Atividades vivenciais lúdicas que se caracterizam pela integralidade nas abordagens metodológicas da alegria de viver, fazendo emergir processos auto-eco-organizadores da ludicidade humana, proporcionando prazer, melhora da autoestima e aumento da imunidade. Esta abordagem metodológica propicia diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio de integralidade da vida (NATAL, 2011).

1.7 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O estudo está delimitado às gestantes e aos seus bebês até o primeiro ano de vida, residentes e acompanhados pela equipe de estratégia saúde da família da comunidade de Barreta, situada no município de Nísia Floresta/RN.

No período da pesquisa, participaram 10 gestantes, estas possuem faixa etária de 17 a 34 anos, com renda familiar de aproximadamente um salário mínimo, onde oito destas recebem o incentivo do Bolsa Família, oito têm grau de escolaridade equivalente ao ensino fundamental, e duas são analfabetas.

1.8 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram deste estudo 10 gestantes e seus respectivos bebês de até um ano de idade, acompanhadas pela Unidade Básica de Saúde de Barreta/RN. Destas, foram selecionadas cinco gestantes que possuíam maior frequência nas

consultas de pré-natal, bem como no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil.

1.9 ETAPAS DA PESQUISA

Dos encontros realizados, foram selecionados seis encontros com vivências humanescentes, realizados nos anos de 2011 e 2013, tendo em vista o período gestacional e o primeiro ano dos bebês. Estes eram realizados mensalmente, de acordo com o agendamento prévio da rotina da Unidade Básica de Saúde.

1.9.1 Luz, câmera. Humanescência em ação!

Figueiredo (2006) relata que, desde o momento em que a mulher entra no período gestacional, dar-se-á início a um processo de desenvolvimento que irá conduzir inúmeras transformações e consideráveis mudanças em nível biopsicossocial. Em caráter emocional, a mulher pode não se sentir mais feminina ou atraente, alterando a sua autoestima e por muitas vezes não se aceitando, embora esteja num momento considerado divino.

Sabemos que a gestação é um evento importante na família e repercute grandemente na formação dos laços afetivos, principalmente dos pais com os filhos. Podemos considerar que a experiência de gerar um filho, gerar uma vida, é um momento de extrema relevância na vida da mulher: um momento único.

Sendo assim, podemos visualizar este momento como propulsor de grandes mudanças, expectativas, projetos e planos desenvolvidos pela família. Nessa vivência, abordamos temas como transformação corporal, aleitamento materno, parto e autoestima.

Diante disso, a sala de vivências foi transformada em um estúdio fotográfico e pudemos produzir um *book* de cada gestante, valorizando a beleza do momento. Objetivamos o despertar da corporeidade: a linguagem como gesto corporal está impregnada no corpo (GONÇALVES, 2012). É pertinente reafirmar que a corporeidade é uma forma de perceber o outro, não com suas palavras, e sim com suas expressões subjetivo-corporais.

1.9.2 Experienciando a modelagem humanescente

Neste encontro, objetivamos a construção e o fortalecimento do pensamento através de uma educação transdisciplinar, acolhendo a imaginação, a intuição e a sensibilidade, apresentando a proposta da pedagogia vivencial humanescente como maneira de pensar, fazer e sentir a educação, possibilitando-nos, assim, construir cenários que possam expressar, através do uso da massa de modelar, o significado da família e o modo como pode ser visto este novo ser que irá fazer parte desta família.

1.9.3 O encontro humanescente das corporeidades

Nessa vivência, o momento era de refletir sobre o corpo e a corporeidade. Buscamos compreender como as gestantes percebiam e sentiam os seus corpos, a ideia que tinham de corporeidade, bem como sensibilizá-las para a ação deste corpo no mundo, para a incrível arte de gerar vida e a importância de se conectar, de forma mais íntima, com este novo ser.

1.9.4 A melodia corporal

Segundo Cabral (1999), devemos considerar o corpo como uma possibilidade de expressão, uma possibilidade de sentir o mundo, utilizando recursos e meios que possam vir a estimular a corporeidade do ser, com técnicas criativas e construtivas que proporcionem sensibilidade. Ao considerarmos que o corpo é uma possibilidade rica de expressões e de sensações para sentir e perceber o mundo, pode-se projetar à mulher, em vivência gestacional, toda essa riqueza aflorada intimamente. Objetiva-se, neste momento ímpar, a vivência através da música, aflorando as percepções e criando condições para uma relação com os sons da vida.

1.9.5 Experienciando e vivenciando o amor através do toque humanescente

O ambiente de paz e segurança é proporcionado na vida intrauterina, onde o bebê se desenvolve, e um dos primeiros órgãos a se formar é a pele. Sabemos que

a pele é o mais antigo e sensível órgão: nosso primeiro meio de comunicação, o mais eficiente protetor. Através da Shantala e da utilização de ofurô, pode-se enfatizar a importância deste elemento emocional compartilhado, durante esse processo entre mãe e bebê. Nessa relação, há uma intensa interação formada de uma linguagem afetiva. Unimos neste mesmo processo, mas em momento diferente, outra vivência com os pais, proporcionando o toque humanescente.

1.10 ANÁLISE DOS DADOS

Trata-se de um relato de experiência didática cujos resultados receberam tratamento qualitativo-descritivo (GODOY, 1995). Para realização da análise qualitativo-descritiva dos dados, durante as vivências integrativas foram delimitadas quatro categorias, sendo elas:

Ludicidade: Compreendemos que a ludicidade é um fenômeno intrínseco à essência humana (SOUZA, 2010), sendo essencial para qualquer processo de construção de saberes, quer nas instituições de ensino, quer nos ambientes pedagógicos, construídos de forma pontuais em espaços como as unidades de saúde.

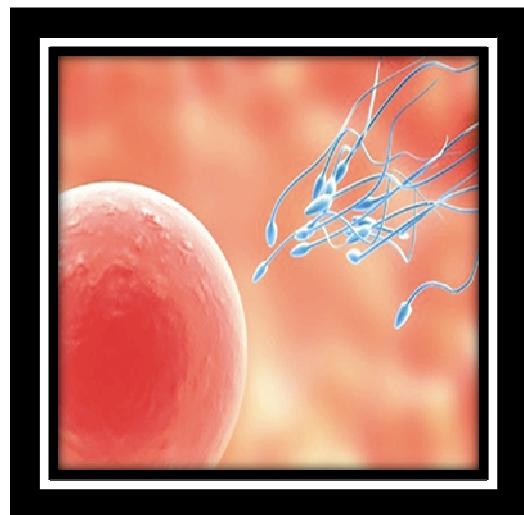
Criatividade: Como bem social, a criatividade é compreendida e participa ativamente do processo de construção social (LA TORRE et al, 2008): são mentes que criam e possibilitam esses avanços educacionais. Portanto, este se tornou um princípio fundamental no desenvolvimento humano e também para o desenvolvimento de nossa pesquisa.

Sensibilidade: de acordo com Boff (2000), a sensibilidade é fundamentalmente humana. Com ela, o sujeito cuida de si, do outro e do mundo, com a sensibilidade, a solidariedade é vivenciada. Revela-se pela capacidade de se emocionar e assim ser compreendida pelo seu processo formador e transformador, através dela elaboramos as relações de afetividade.

Reflexividade histórica e vivencial: compreendemos que as histórias são fontes imprescindíveis na formação dos saberes, são responsáveis pelo ser existencial, seu uso clarifica os saberes, aproxima os sujeitos e contribui com o processo de interação.

Salienta-se que as categorias foram definidas pelo fato de considerarmos que esses aspectos são essências para o desenvolvimento da humanescência.

2. COMPREENDENDO OS CONCEITOS INTEGRADORES DA EDUCAÇÃO E SAÚDE



2.1 DA EDUCAÇÃO TRANSDISCIPLINAR

Conforme nos mostra Morin (2006), para que se torne possível o desenvolvimento da educação – aquela que trabalha o indivíduo por inteiro, isto é, considerando as interações do sujeito com o mundo, como sistema autopoietico –, faz-se necessário reformar o pensamento.

Durante nosso percurso educacional, nos foi dificultada a articulação dos saberes, minimizando assim nossa capacidade de pensar de maneira reflexiva. Dessa forma, precisamos vivenciar o processo de transformação do pensamento para que possamos vivenciar verdadeiramente as mudanças, mudanças estas que nos encaminhem para uma “cabeça bem feita” (MORIN, 2006).

Moraes (2004) denomina o pensamento ecossistêmico como a organização do pensamento para a contextualização e capacidade de exercer movimentos integralizadores e complexos. Este configura uma dos aspectos mais necessários para a corporalização do novo, para vivência plena da Transdisciplinaridade. Contextualizador, este pensamento promove a união do sujeito e do objeto como aprendentes em desenvolvimento.

Apesar de se constituir como uma proposta de beleza e encantamento, ela exige desprendimento, compromisso, coragem, o enfrentamento dos medos, a expansão da mente, o agir na incerteza, o cooperar consigo mesmo e, principalmente, com o outro.

Buscando essa forma de perceber o conhecimento, revivemos situações, estabelecemos redes de aprendizado, despertamos para o sonho, desvendamos talentos, reconhecendo o profano e o sagrado de cada ser que compõe a trajetória do saber.

Nesse ínterim, a transdisciplinaridade surge, em meados do século XX, com o objetivo de harmonizar as mentalidades e saberes em um contexto caracterizado pelo crescimento sem precedentes destes e, ao mesmo tempo, em uma era de intensa especialização (NICOLESCU, 2008). Mas, a atitude transdisciplinar é antiga e remete à época da origem do homem (SANTOS, 2009).

O pesquisador e fundador do Centro Internacional de Pesquisas Transdisciplinar (CIRET), Basarab Nicolescu, relaciona o surgimento do termo transdisciplinaridade a um produto dos trabalhos científicos de intelectuais como

Edgar Morin, Eric Jantsch e Jean Piaget, os quais acreditavam que a transgressão dos limites conferidos às disciplinas acadêmicas era viável (SILVA, 2007).

Por se tratar de um termo atual, muitos são os questionamentos e relação com outras terminologias, desencadeando confusões e conceitos errôneos, sendo uma condição sine quo num fazer as definições entre a pluridisciplinaridade, interdisciplinaridade e transdisciplinaridade.

A pluridisciplinaridade é o estudo do objetivo de uma única disciplina na perspectiva de várias disciplinas simultaneamente. Ela possibilita trazer algo a mais, no entanto é limitada a uma única disciplina, apenas esta é aprofundada teoricamente e pauta as suas atividades na pesquisa disciplinar.

Por exemplo: a análise do quadro de Giotto (importante pintor italiano) pode ser efetuada no âmbito das áreas da arte, da geometria, da física, da química, da história europeia e da história da religião (NICOLESCU, 2008).

No que refere à interdisciplinaridade, observa-se que os trabalhos são desenvolvidos de forma a transferir métodos de uma disciplina para a outra, podendo ser categorizados em três graus, a saber: 1) grau de aplicação; 2) grau epistemológico; e 3) grau de geração de novas disciplinas (NICOLESCU, 2008).

O prefixo “trans” denota aquilo que está entre, através e além das disciplinas, objetivando compreender o mundo através do conhecimento (NICOLESCU, 2008). A transdisciplinaridade é um conceito que emerge do paradigma ecossistêmico, sendo corporalizado após a reforma de pensamento, abrindo-se para o desenvolvimento humano a partir da vida. Confirmado, assim, o que dizem La Torre, Pujol e Moraes (2008, p.52): “a transdisciplinaridade fala daquilo que está entre as disciplinas, através delas e além delas”.

Sendo o entre e o além, a transdisciplinaridade possibilita o intercâmbio entre os aspectos subjetivos e objetivos da educação. Ela nos autoriza a investir nas relações, estimulando-nos a olhar o espaço em que habitamos como pessoas e como profissionais; o tempo de nossas ações e nossa história; e os sujeitos com os quais compartilhamos as experiências que marcam nossos corpos e nossas vidas.

Pensar e corporalizar a transdisciplinaridade implica refletir sobre a integralidade do homem. Significa conceber os aprendentes como seres em desenvolvimento, que buscam a evolução das diferentes dimensões que os

compõem – corpo, espírito, história – e pesquisar estratégias que os encaminhem para a concretização de seus desejos. Esclarecem:

Pensar em uma nova educação nos remete a planejar a necessidade de projetar, utilizar e avaliar os recursos que a tornariam possível. Implica apostar na inovação sem renunciar à própria bagagem cultural. Buscar estratégias que comportem diferentes linguagens (arte, música, poesia, teatro cinema...) para conectar a mente, a emoção e o corpo (LA TORRE; MORAES; PUNJOL, 2008, p. 47).

Como se pode observar, a transdisciplinaridade é um modo de compreender não o ensino, mas a educação, como vida. É uma forma de conhecer que interliga sujeito e objeto, pensamento e experiência, transgredindo as dualidades marcadas pelo positivismo e investindo no sagrado, na essência, e na luz que dinamiza o caminho das pessoas.

Trata-se de uma arte de aprender, na qual o homem experiencia o saber que o constrói, tornando-se ser de especificidades, de temporalidade, historicidade, materialidade e espiritualidade.

É, por fim, uma atitude, uma postura que traz em seus fundamentos o conhecimento de si mesmo e que, pela maneira como lida com o saber e com a vida, se torna um campo para a realização da humanidade. Com essa educação, tornamo-nos aprendentes, descobrindo como cuidar, o que ouvir, como falar, como fazer, aprender, conviver e ser.

Reconhecida por estudiosos como o físico Bohr, o biólogo Maturana, o químico Prigogine, a doutora em educação Cândida Moraes, a transdisciplinaridade surge como uma alternativa de religação dos saberes, corporalizando uma perspectiva libertadora e um novo pensar, na construção do conhecimento

Nesse contexto, a transdisciplinaridade possibilita à humanidade o aprendizado contínuo e que perpassa o aprender a ser, a fazer, a cuidar, a amar, a contar, a ouvir, a aprender e o aprender a deixar que o outro participe da sua vida (MORIN, 2005).

O sujeito constrói saberes para a vida. Articuladas a isso, com o advento dessa educação, várias discussões estão ocorrendo em todo mundo, as quais propõem três exigências. São elas:

- 1) Considerar vários níveis de realidade;
- 2) Trabalhar na proposta da lógica do Terceiro Termo Incluído;
- 3) Abarcar a visão da complexidade dos fenômenos (SANTOS, 2008).

Nesse contexto, considerar os vários níveis de realidade enfatiza a relação inseparável da vida e da afirmativa de que o ser humano constitui-se pelos reflexos das várias realidades (SANTOS, 2009).

A sugestão de trabalhar na proposta da lógica do Terceiro Termo Incluído diz respeito à fuga das lógicas do “falso” e do “verdadeiro”, do “não” e do “sim”.

A transdisciplinaridade não determina o fim desses opostos, mas revela a presença de um terceiro, denominado de Terceiro Termo Incluído, permitindo a intercepção de diversos olhares, fomentando um sistema aberto e coerente com as realidades sociais.

Assim, pode-se assegurar, com essa exigência, que existem os termos “entre”, “através” e “além” (SANTOS, 2008).

E, por último, a visão da complexidade dos fenômenos referencia o pensamento complexo. Trata da compreensão humana da vida como as diversas manifestações, as quais são, inevitavelmente, avaliadas separadamente (SANTOS, 2009).

Portanto, evidencia-se que o pensamento complexo proposto pelo pensador Edgar Morin é uma aliada dessa nova modalidade de educação. Evidenciando assim que o autor trabalha a complexidade humana a partir de diferentes constituintes, mas não sobrepondo uma às demais. O homem, sob o olhar complexo, é considerado um ser único, mas ao mesmo tempo como parte do coletivo, onde se fundem os princípios de cultura, mente, emoção, razão, afeto, espécies, entre outros, em que unidade e diversidade estão entrelaçadas. Nas palavras de Morin:

A complexidade humana não poderia ser compreendida dissociada dos elementos que a constituem: todo desenvolvimento verdadeiramente humano significa o desenvolvimento conjunto das autonomias individuais, das participações comunitárias e do sentimento de pertencer à espécie humana (MORIN, 2002, p. 55).

Sobre a complexidade, trata-se de um pensamento que discorda dos princípios cartesianos, ou seja, a fragmentação, a simplificação, o objetivismo, o dualismo e a redução. Trata-se, portanto, de um olhar que desconsidera a dimensão

da vida e da continuidade, representada pela emoção, intuição, sentimento, sensibilidade e a corporeidade (SANTOS, 2008).

O pensamento complexo ou teoria da complexidade surgiu como estratégia para questionar a fragmentação do conhecimento, com a supremacia do desenvolvimento especializado, o que se contrapõe às características atuais da globalização. Esse foi um dos legados do século XVI (SILVA; CAMILLO, 2007).

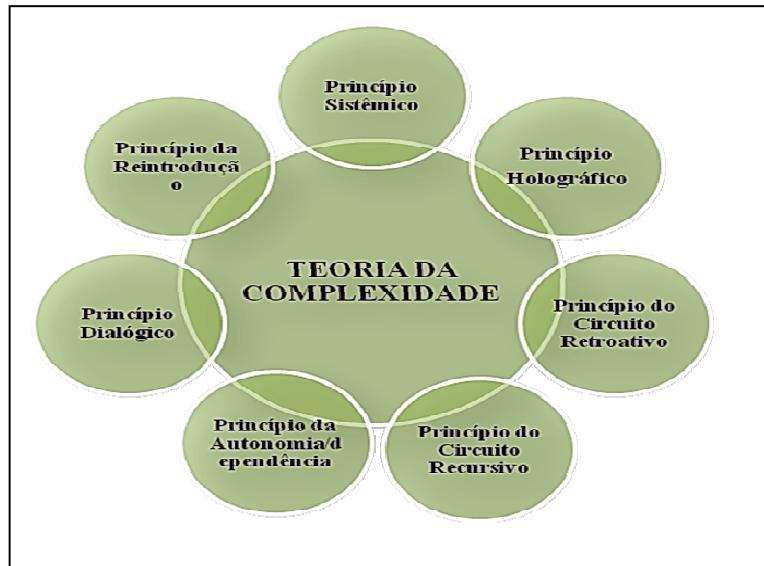
Dessa forma, a palavra *complexidade* é latina, vem de *complectere*, da raiz *plectere*, e significa enlaçar, trançar. A sua epistemologia é o produto das teorias da informação, da cibernetica e da teoria dos sistemas. Assim, a primeira está intimamente relacionada à transmissão de sinais no ato da comunicação; a segunda é a ciência que aborda as comunicações e, por último, a teoria dos sistemas disserta que o todo é a soma a mais das partes (SILVA; CAMILLO, 2007).

No tocante a essa teoria, existem sete princípios que fornecem o subsídio teórico para a sua compreensão e, por conseguinte, sua aplicação, são eles: o princípio sistêmico ou organizacional; o princípio holográfico; princípio do circuito retroativo; o princípio do circuito recursivo; o princípio da autonomia/dependência (auto-organização); o princípio dialógico; e o princípio da reintrodução do conhecimento, como demonstrado na figura 1 (SILVA; CAMILLO, 2007).

Nessa conjuntura, Edgar Morin elabora a visão planetária da educação, segundo a qual o educador deve apresentar as seguintes características: humanistas, responsável, comprehensiva, afetiva e criativa (MORIN, 1999), contribuindo grandemente com o desenvolvimento do indivíduo e transformando as “cabeças cheias” em “cabeças bem feitas” (MORIN, 2004).

Esse é o principal presente que a complexidade e, de forma geral, a transdisciplinaridade proporciona.

Figura 1: Princípios da Teoria da Complexidade



Assim, é perceptível que o entendimento da transdisciplinaridade demanda uma visão ampla, holística das situações e dos indivíduos. Por conseguinte, os laços entre esta forma de pensamento educacional e a complexidade do pensamento são dependentes e mútuos.

Seguindo assim os princípios que compõem as teorias da complexidade, a transdisciplinaridade vem para possibilitar a correspondência hologramática entre o ser humano e a natureza: o homem influencia o meio assim como o meio influencia o homem, o que é homem também é meio e o que é meio também é homem. “A partir do olhar transdisciplinar, o ser humano e o meio natural em que se desenvolve e complementa, se enriquece e necessitam um do outro” (LA TORRE; MORAES; PUNJOL, 2008, p.29).

Diante do exposto, é notório que a compreensão e o fazer educativo pautado na transdisciplinaridade e no pensamento complexo e na ludicidade, mediante a ludopoiense, constitui-se em uma prática que permitirá a formação harmoniosa, adequada, condizente com as realidades de cada indivíduo e da comunidade, bem como a edificação de saberes para a vida, aspecto ímpar desse novo paradigma da educação.

Por muitos anos, a educação se consolidou em instituições de ensino e em outros ambientes de construção de saberes de forma fragmentada, unilateral,

unifatorial, desarticulada, desprezando as inter-relações entre os conhecimentos das diversas áreas.

De tal modo, essas características refletiram e refletem na formação do profissional de enfermagem, por exemplo, e nas atividades assistenciais e educativas que os mesmos desenvolvem no seu ambiente de trabalho em momentos posteriores. Assim, a maioria das suas práticas enxerga apenas o horizonte do indivíduo, esquecendo-se da avaliação dos seus contextos de vida.

Contudo, com a compreensão de uma educação mais coerente com a realidade atual e que contemple a articulação dos saberes, melhorias significativas já são vivenciadas.

Nesse sentido, tendo em vista essas melhorias, consideramos como uma referência essencial o Relatório da Comissão Internacional sobre a Educação para o Século XXI da Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO, 1998), mais conhecido como Relatório Jacques Delors, apresentando-nos os quatro pilares para a educação: aprender a fazer, aprender a conhecer, aprender a ser e aprender a viver junto – pilares que nos sugerem a necessidade de novas práticas que promovam um repensar sobre a vida.

Diante do exposto, defendemos, nesta pesquisa, o desenvolvimento de uma prática educacional transdisciplinar compreendendo que podemos transitar, unir e reunir diferentes áreas, fazendo uso da criatividade e ousadia. Acreditamos sim na transdisciplinaridade e apostamos neste olhar de construção dos valores humanos e sua complementariedade por estreitar as relações entre sujeito e objeto – tendo em vista que todos somos aprendentes –, por priorizar as vivências, a escuta sensível, a observação, a imaginação e a ludicidade, suscitando em nós o reconhecimento da identidade humana.

2.2 LUDICIDADE E LUDOPOIESE

O termo lúdico possui várias denominações, e na terminologia grega *ludus* significa *brincar*. Vários estudiosos utilizam como referência a obra clássica *Homo ludens* escrita pelo filósofo Joan Huizinga, em 1938, na qual o termo *lúdico* é considerado um fenômeno antigo em relação à cultura e se concretiza no jogo.

Com isso, a compreensão do lúdico vem sendo direcionada à brincadeira, ao jogo, à evasão da realidade, e, de maneira passiva, às questões sociais (CARVALHO, 2006).

A expressão *ludicidade* pode ser caracterizada pelo prazer, criatividade, liberdade e autonomia vinculada às tradições, aos valores, aos costumes e às contradições presentes na sociedade. Além disso, pode manifestar-se de várias formas – oral, escrita, gestual, visual, artística e outras – e ocorre em vários momentos da vida: no lazer, na família, no trabalho, na ciência, na escola, na política, entre outros.

Desse modo, o lúdico é construído culturalmente, agregado a fatores políticos, regras educacionais, morais e condições concretas de existência. Cabe salientar que as práticas culturais isoladas não representam os fenômenos lúdicos (como brinquedos, jogos, músicas, danças, festividades e outros), mas indica que é através da interação do sujeito com a experiência vivida que se tem a possibilidade do desabrochar para a ludicidade (CARVALHO, 2006).

Bomtempo, Antunha e Oliveira (2006) colocam que a ludicidade tem como enfoque o resgate da criatividade, de modo a possibilitar a exploração das pessoas e dos objetos em seu movimento interno. Destacam que as brincadeiras são excelentes oportunidades para as crianças vivenciarem experiências que iriam contribuir para o amadurecimento emocional, aprendendo a respeitar as diferenças entre as pessoas e os objetos, e estimulando o raciocínio lógico e a compreensão das estratégias envolvidas.

As manifestações criativas provenientes das brincadeiras são mais comuns na vida infantil, embora as brincadeiras e os jogos não são apenas recordações vivenciadas, mas uma reelaboração criativa delas, de modo que a criança agrupa dados da experiência para construir outra realidade, de acordo com suas curiosidades e necessidades (CARVALHO, 2006).

Piaget (1978) resgata em suas pesquisas o ludismo no processo de ensino-aprendizagem como uma estratégia didática, empenho do sujeito, junção entre inteligência e interesse e aproximação do prazer e do conhecimento. A criatividade, uma característica marcante dessa ferramenta, é abordar a realidade externa (SOUZA, 2008).

Corroborando com essa afirmativa, a ludicidade potencializa o fomento de estratégias para interações sociais e educativas, permitindo as vivências satisfatórias e em harmonia dos seus sentimentos e estados de organismos, como os prazeres, as fantasias, as ansiedades, as frustrações e tensões (SOUZA, 2008).

A ludicidade, assim, é um fenômeno intrínseco à essência humana (SOUZA, 2008), sendo essencial para qualquer processo de construção de saberes, quer nas instituições de ensino, quer nos ambientes pedagógicos construídos de forma pontuais em espaços como as unidades de saúde.

Para que a ludicidade seja compreendida, é necessário um processo de sensibilização com a educação, com o processo ensino-aprendizagem e com a relação educandos e educadores, pois consiste em um campo mais discutido do que compreendido e vivenciado, visto que existem alguns “nós” na história da educação que ainda deixam vestígios (PEREIRA; BONFIN, 2009).

Dessa forma, a brincadeira é uma atividade que respeita as especificidades do mundo infantil, além de ser subsídio na aprendizagem e no desenvolvimento, é assim uma situação privilegiada onde o desenvolvimento pode alcançar níveis mais complexos pela possibilidade de interação entre os pares em uma situação imaginária e pela negociação de regras de convivência e de conteúdos temáticos (PEREIRA; BONFIN, 2009).

Vale ressaltar que, embora a ludicidade se apresente como uma necessidade do ser, ela não é apenas diversão, tanto que no final do século XIX, com o desenvolvimento de ciências como Antropologia, Sociologia e Psicologia, passou-se a observar a importância do lúdico para o comportamento humano, e foi identificado que as atividades lúdicas podem contribuir para o equilíbrio psíquico e fisiológico humano, bem como para o desenvolvimento harmonioso (CARVALHO, 2006).

No campo da educação em saúde, as intervenções lúdicas englobam aspectos como hábitos alimentares, higiene, crescimento, cuidados com a mãe e o bebê, exposição ao sol, doenças transmissíveis, doenças crônicas e abuso de substâncias. Sendo assim, as atividades lúdicas são essenciais à educação em saúde e de fato devem promover a aprendizagem e auxiliar na mudança de qualidade de vida (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

Estudos apontam que as intervenções educativas embasadas na ludicidade apresentam resultados positivos, pois possibilitam a orientação do planejamento de ações já que associam dimensões humanas, como o cognitivo, o afetivo e a motricidade, além de aspectos que levam em consideração a percepção do Ser de maneira a proporcionar o aprendizado de forma agradável (ALMEIDA et al., 2011).

Sampaio (2009) coloca que:

O lúdico, o brincar parece não ser racional na cultura humana, uma vez que essa relação entre natureza e cultura é que nos limita e define as regras do atual jogo humano, pois temos sempre que mostrar nossa capacidade intelectual para sermos reconhecidos socialmente. Quando permitimos o fluxo, permitimo-nos vivenciar o sentimento, o brincar e o sentir prazer (2009, p. 99).

Segundo Cavalcanti (2010a), a ludicidade consiste em um fenômeno fundamental para o processo de produção de conhecimento. Trata-se de um fenômeno vivo que podemos reconhecer como sistema autopoietico e surge a partir da conexão entre a teia da corporeidade e a autopoiese. Esse fenômeno é dinâmico em suas propriedades e constituem sua organização específica: a ludopoiense.

Compreendida como uma prática educativa que visa a “construção da ética do conhecimento, da estética, de um horizonte em que a alegria e a beleza estejam postos como elementos fundamentais na existência humana” (PINTO, 2010, p.102).

A ludopoiense enquanto sistema autopoietico é concebida metaforicamente através da flor de cinco pétalas, sendo cada uma uma propriedade desse sistema ludopoiético: autolelia, autoterritorialidade, autoconectividade, autovalia e autofruição.

Para Cavalcanti (2010a),

A autotelia é definida como uma vivência que tem um fim em si mesmo, sendo voltada para a própria subjetividade de cada um, e traduzem escolhas, desejos que refletem autonomia e autodeterminação de uma expressividade humana ao mesmo tempo. (2010a, p. 41).

A autoterritorialidade diz respeito ao espaço-tempo autodelimitado, sendo assim o campo de jogo que propicia concretizar desejos vivenciais de criação e expressão de si mesmo por si mesmo (CAVALCANTI, 2010a).

Já a autoconectividade representa a propriedade do envolvimento e da implicabilidade do ser consigo mesmo, para poder se conectar como personalidade criadora com os outros e com o mundo, o que reflete sua capacidade de envolvimento, de modo que significa reconhecer o papel fundamental da autoconsciência e da corporeidade no mundo das relações ecopoiéticas, ou seja, refere-se à capacidade de conexão com os outros sistemas autopoiéticos (CAVALCANTI, 2010a).

Sampaio (2009, p. 167), destaca que: “Para voar, não é suficiente ter asas; é necessário estar bem conectado, em sintonia consigo mesmo e com o meio”.

A ludicidade proporciona capacidades sensoriomotoras, que se encontram mergulhadas num contexto biológico, psicológico, cultural e cósmico, em que os processos sensoriais, motores e de percepção são essenciais no processo lúdico da cognição vivida (SAMPAIO, 2009). Para Cavalcanti (2010b),

A autovalia diz respeito à gratuidade, ao valor atribuído pelo sujeito as suas escolhas lúdicas. É a própria subjetividade humana responsável por determinar o valor das vivências lúdicas para a criação de sua alegria de viver (2010b, p.41).

Por fim, a autofruição sinaliza o estado vivencial de prazer e de alegria, tem como meta a ser alcançada pelo sujeito a realização de seus desejos ludopoiéticos de expressão de si mesmo por si mesmo, como vivência plena de alegria de viver (CAVALCANTI, 2010a).

No centro da flor, articulando essas propriedades do sistema ludopoiético, está a energia do amor à vida, representada pelas emoções e sentimentos do encontro entre o masculino e o feminino. Os estames e os pistilos expressam toda a sua complexidade e diversidade de formas do viver para gerar mais vida (CAVALCANTI, 2010a).

A formação ludopoiética não está determinada apenas por aquilo que é inato ao ser humano, mas pelo entrelaçamento de suas estruturas biopsicossociais e o contexto histórico em que se insere.

As mudanças e transformações que ocorrem nesse processo de formação estão implicadas com a totalidade do ser, na medida em que ela busca nas suas relações interpessoais o prazer e a alegria de viver, enquanto sujeito autônomo e criativo mediante as adversidades (CAVALCANTI, 2010a).

Independente do espaço-tempo que o sujeito tenha nascido, ou da classe social a que ele pertença, o ser humano tem outras características em comum: a necessidade do lúdico na vida cotidiana.

O homem está entre as criaturas mamíferas na terra que tem o lúdico como sua expressão de vida e de prazer desde sua criatura primitiva até sua criatura contemporânea. Como sujeito e criador de sua ludicidade, ele autoproduz sua alegria, ao longo da vida, numa busca incessante pelo prazer de viver em plenitude.

Esse fenômeno é denominado de ludopoiese: um processo humano de construção e reconstrução de si por meio da alegria, do brincar e da amorosidade, que possibilita em constante fluxo de transformação do criar e do sentir (CAVALCANTI, 2010a).

A ludopoiese se apresenta na capacidade ecossistêmica de autoprodução e de criação da própria alegria por parte de cada ser humano de modo singular. Uma necessidade e ao mesmo tempo uma capacidade vital que o ser humano busca para conquistar sua qualidade de vida, sua felicidade em meio às adversidades na vida e nas instituições com o outro e o mundo circundante (CAVALCANTI, 2010a).

O desenvolvimento ludopoiético de cada ser humano é um fenômeno autopoietico, no sentido que é uma ação consciente do sujeito e não tem um curso linear, pois ocorre de modo congruente em relação às estruturas orgânicas deste com suas reações às circunstâncias do meio, podendo ser ou não um processo contínuo e/ou evolutivo (CAVALCANTI, 2010a).

A formação ludopoiética não está determinada apenas por aquilo que é inato ao ser humano, mas pelo entrelaçamento de suas estruturas biopsicossociais e o contexto histórico em que se insere.

As mudanças e transformações que ocorrem na formação ludopoiética estão implicadas com a totalidade do ser, na medida em que ela busca nas suas relações interpessoais e interpessoais o prazer e a alegria de viver, enquanto sujeito autônomo e criativo mediante as adversidades (CAVALCANTI, 2010b).

O ser humano ludopoiético se define por meio de seus interesses e necessidades, especialmente quando privilegia o espaço da arte e do prazer de aprender na sua prática como missão de vida (CAVALCANTI, 2010a).

A ludopoiese surge como um desafio, a vivencialidade ludopoiética na forma transdisciplinar constitui uma educação da esperança, uma educação para a

desopressão, que é alimentada pela alegria de viver. Na formação humana ludopoiética, esse jogo de amar e brincar fundamental do homem não pode cair no esquecimento (CAVALCANTI, 2010a).

Assim, entendemos a ludopoiense como processo de pulsão lúdica viva, alegria de viver a vida com plenitude e beleza, que pode irradiar esta energia que de forma recursiva alimenta a própria fonte e ao mesmo tempo expande a alegria de viver para o entorno para todos os seus a sua volta (CAVALCANTI, 2010).

Um processo autopoiético envolve um saber ser para além de um saber-fazer, ou seja, o sentir-pensar: rompe com o paradigma que define a aprendizagem como um processo automático de escuta e repetições de perguntas e respostas, de conteúdo e reprodução, não nega a inteireza humana de saber na convivência de refletir no fazer e refazer-se no aprender (CAVALCANTI, 2010a).

2.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Saúde é o resultado das condições de vida, logo, do acesso ao trabalho, à escola, à moradia e à alimentação (BRASIL, 1997). Com base neste conceito de saúde, pode-se analisar a importância da educação em saúde, já que saúde é direito de todos e uma conquista social.

Podemos perceber que, como saúde não dói nem causa mal-estar, as pessoas não se dão conta de que ela existe, de que é um bem valioso e que só será “sentido” quando faltar.

A educação em saúde deve facilitar e possibilitar aos indivíduos, sujeitos sociais, históricos e culturais, a aquisição de novos saberes e habilidades, buscando uma melhoria constante de qualidade de vida.

Existem, na atualidade, diversas abordagens no que se refere à educação em saúde. No entanto, pode-se agrupá-las em duas propostas: educação em saúde tradicional e a educação em saúde radical, discutidas recentemente no Brasil.

A abordagem tradicional tem caráter informativo, com foco na prevenção de doenças. Numa outra estrutura e visão, a radical trabalha numa outra perspectiva, na raiz do problema, nos quais se quer intervir, com o despertar da consciência crítica individual e coletiva, contemplando o conceito ampliado de saúde, objetivando

assim a transformação social. Nesse modelo, o educador tem papel de facilitador do processo e promove reflexões sobre a realidade (OLIVEIRA, 2005).

É dentro desta última concepção que se reúnem educação, saúde e educação em saúde. Cabe à equipe multiprofissional facilitar a troca de saberes e fazer com que os indivíduos resgatem sua cidadania, evidenciando a promoção de saúde.

A Educação em Saúde refere-se a uma combinação de oportunidades que possam favorecer a promoção e manutenção da saúde. A partir desta, não cabe apenas entendê-la como transmissão de conteúdos, mas também como adoção de práticas educativas que busquem incessantemente a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida, exercitando e construindo cidadania. A educação é compreendida como um processo social/ histórico/cultural/afetivo, exclusivamente da espécie homo, com isso, não podemos simplificar o complexo, desconsiderar o contexto que configura as relações do tipo espécie/sociedade/cultura (MORIN, 2002; CAVALCANTI, 2010b).

Nesse contexto, a educação em saúde acompanhou as variações no que tange às práticas e concepções que permearam os diferentes momentos históricos e políticos. No Brasil, ela surge com influência de experiências europeias dos séculos XVIII e XIX, sendo uma prática normatizadora, com imposições através da força e coesão, tratava-se de uma polícia sanitária que exercia poder através de ações compulsórias.

A ideia adotada era a de que, com o entendimento das condições de vida que influenciavam o cotidiano das pessoas, seria possível realizar intervenções e efetuar mudanças no comportamento individual destas (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

É válido destacar a abertura da Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1923, no Rio de Janeiro, justificada pela necessidade de um profissional que ficasse encarregado da educação sanitária da população. Essa formação de enfermeiras tinha como propósito a educação em saúde, visando diminuir a proliferação de doenças comuns como a tuberculose e a febre amarela.

De fato, em suas origens, a profissão do enfermeiro foi marcada pelo fato de ser responsável pela educação de indivíduos e grupos populacionais, tradição que ainda permeia suas atividades cotidianas (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

No ano de 1942, com a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) pelos americanos, cujo interesse era a exploração de borracha e minérios, o modelo de saúde pública americano é reforçado no Brasil.

O SESP também influencia na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, no sentido da incorporação dos fatores sociais, econômicos e culturais na explicação do processo saúde/doença.

Esses fatores são considerados barreiras a serem removidas pela educação para o alcance do estado de saúde. Com isso, cabia aos educadores convencer a população de que era preciso uma mudança dos hábitos prejudiciais à saúde (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

Ao perpassar pelo regime militar, a educação sanitária perde espaço e fica restrita a ações de planejamento familiar. Esse período no Brasil era marcado pelo então modelo de assistência médica pautado no curativo, cujo enfoque era a doença, além do que o acesso da população tornou-se restrito somente aos que possuíam contribuição previdenciária. Com isso, grande parte da população ficava à margem das ações e serviços de saúde.

Em meados da década de 1970, com a crise política, o movimento sanitário ganhou força, e reivindicava mudanças no sistema de saúde do país no sentido do acesso universal aos serviços de saúde, da superação da dicotomia preventivo-curativo, da descentralização da gestão e da participação popular e controle social nas ações de saúde (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

Desse modo, uma nova configuração passava a ser incorporada ao sistema de saúde brasileiro, e agregava a promoção da saúde além de possibilitar avanços no que diz respeito à educação em saúde. Com isso, perspectivas inovadoras passam a ser discutidas no sentido de compreender que o sujeito é determinado socialmente, visando assim superar a visão biologicista e dicotômica de compreensão de processo saúde-doença.

Para Morin (2002), os sujeitos precisam ser compreendidos em seu contexto biopsicosocial-cultural-afetivo-espiritual. Sendo assim, a educação em saúde seria uma importante estratégia que poderia reverberar em soluções coletivas para os problemas de saúde (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

A concepção de educação e promoção da saúde interligados consistem no resultado de uma ação coletiva, de pessoas articuladas, de grupos e redes que se unem em torno dessa causa (CAVALCANTI, 2010a).

No âmbito do SUS como política de estado brasileira, tem-se a Portaria 687/GM, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS). A Promoção da Saúde (PS) como eixo da Atenção Básica vai além dos cuidados de saúde ao considerar que os problemas da saúde não se restringem somente ao setor saúde.

Trata-se de uma estratégia que visa focar os aspectos que determinam o processo saúde-adoecimento no país (desemprego, falta de saneamento, habitação inadequada, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, entre outros.), além de potencializar formas amplas de intervenção na saúde (BRASIL, 2010).

Sendo assim, a Promoção da Saúde visa uma articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes no nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam as situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas (BRASIL, 2010).

A educação é uma ação que está fora da sociedade, é algo que vem ‘de fora’ ou ‘de cima’ para ‘dar jeito’ nas coisas que estão erradas. Sendo assim, é vista como algo puro, quase mágico, que vai ‘redimir’ as pessoas e acabar com a ignorância. Nesta concepção, as pessoas imaginam que, automaticamente, após ‘educadas’, essas passarão a agir corretamente, dentro do modelo proposto (MARTINS, 2007).

Nessa perspectiva, a definição para educação popular em saúde considera o saber popular das pessoas acerca da experiência do adoecimento e da cura, adquirido através de sua história de vida e de sua cultura, ponto de partida para o processo educativo. Com isso, os educadores que trabalham nessa linha utilizam metodologias em consonância com a dinâmica da vida popular: rodas de conversa, diagnósticos participativos, assembleias e manifestações da cultura popular (MARTINS, 2007).

Os primórdios da educação popular encontram-se nos trabalhos educativos desenvolvidos nos anos 50-60 do último século, principalmente ligados à União Nacional dos Estudantes e à Juventude Universitária Católica. Dentre as experiências, destaca-se o Centro de Cultura Popular (CPC) e o Movimento de Educação de Base (MEB), vinculando a educação à construção de uma sociedade mais justa e democrática.

Através das nomenclaturas designadas por ‘educação de base’, ‘educação de adultos’ ou ‘educação popular’, tais experiências encontraram em Paulo Freire o principal expoente para sua sistematização. Dentre as obras publicadas, aponta-se: *Educação como prática da liberdade*, 1967; *Pedagogia do oprimido*, 1968. A metodologia aplicada baseava-se na problematização, na qual o educando era permeado por uma situação-problema sobre a qual, a partir do seu universo vocabular, ele poderia tecer reflexões críticas com vistas a resolver o “problema” (MARTINS, 2007; BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

Para Brasil (2007a), educação popular define-se como:

Um dispositivo de crítica social e das situações vivenciadas por indivíduos, grupos e movimentos permitindo a visão de fragmentos que estavam invisíveis e ideologias naturalizadas como realidades favorecendo a liberação de pensamentos e de atos ativos de mudança social. Permite a produção de sentidos para a vida e engendra a vontade de agir em direção às mudanças que se julguem necessárias. As ações pedagógicas constroem cenários de comunicação em linguagens diversas, transformando as informações em dispositivos para o movimento de construção e criação (2007a, p.15).

Em meados dos anos de 1970 até inícios da década de 1980, os profissionais de saúde começaram a adotar tais pressupostos, de modo que a ênfase do processo educativo estava no entendimento, pelos sujeitos populares, das razões da desigualdade social na saúde e da necessidade de conquistar o direito social à saúde.

Com isso, vários atores sociais se empenharam em participar de diversas experiências em alguns cenários do Brasil, desencadeando no aparecimento do Movimento Popular de Saúde (MOPS), uma articulação entre ativistas sociais, profissionais e técnicos da área da saúde. Alguns desses passaram a compor o chamado movimento da Reforma Sanitária, que está na origem do Sistema Único de

Saúde (SUS) (MARTINS, 2007; BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009; SMEKE; OLIVEIRA, 2001).

Segundo Brasil (2007a), a Educação popular em saúde está relacionada com a promoção da participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde, sendo direcionada ao cumprimento efetivo dos princípios ético-políticos do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social.

Sendo assim, Brasil (2007a) acrescenta:

A Educação Popular na Saúde implica atos pedagógicos que fazem com que as informações sobre a saúde dos grupos sociais contribuam para aumentar a visibilidade sobre sua inserção histórica, social e política, elevar suas enunciações e reivindicações, conhecer territórios de subjetivação e projetar caminhos inventivos, prazerosos e inclusivos (2007a, p.15).

A educação popular atua efetivamente para a transformação da atenção à saúde, contribuindo na desconstrução da educação autoritária dos doutores, que despreza o saber e a iniciativa familiar. O Brasil foi o pioneiro no método da educação popular e teve com Paulo Freire o pioneirismo deste trabalho sistemático, valorizando o saber e os valores do educando, ampliando os espaços de interação, para a construção compartilhada do conhecimento pautado no sentir, pensar e agir.

Com isso, a educação em saúde vem sendo ampliada desde os primeiros passos do início do século XX, incorporando novos objetivos, além de constituir em uma nova formulação teórico-metodológica, diante da percepção do processo saúde-doença, ao compreender que as ações educativas estão presentes no cotidiano dos profissionais e na construção dos espaços de micropolítica dos sujeitos (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

A Educação em Saúde segundo a Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), que estabeleceu as Diretrizes de Educação em Saúde, considera como um conjunto de práticas pedagógicas e sociais, de conteúdo técnico, político e científico, que no âmbito das práticas de atenção à saúde deve ser vivenciada e compartilhada pelos trabalhadores da área, pelos setores organizados da população e consumidores de bens e serviços de saúde e de saneamento ambiental (BRASIL, 2007b).

Nesse sentido, é uma prática social que contribui para a formação da consciência crítica das pessoas a respeito de seus problemas de saúde, a partir da sua realidade, e estimula a busca de soluções no âmbito individual e coletivo. Além de colocar a educação como sistema baseado na participação das pessoas visando à mudança (transformação) de determinada situação, rompendo com o paradigma da concepção estática de educação como transferência de conhecimentos, habilidades e destrezas (BRASIL, 2007b).

A prática de saúde enquanto prática educativa tem por base o processo de capacitação de indivíduos e grupos para atuarem sobre a realidade e transformá-la. As práticas educativas respeitam a cultura das pessoas e as formas de organização da sociedade, além de considerar os sujeitos como detentores de experiências, valores, crenças, conhecimentos e detentoras de um potencial para se organizar e agir (BRASIL, 2007b).

Sendo assim, Brasil (2007b) define Educação em Saúde,

Um processo sistemático, contínuo e permanente que objetiva a formação e o desenvolvimento da consciência crítica do cidadão, estimulando a busca de soluções coletivas para os problemas vivenciados e a sua “participação real” no exercício do controle social (2007b, p.21).

A Educação em Saúde tem por finalidade a transformação, e enquanto área do conhecimento contribui de forma decisiva para a consolidação dos princípios e diretrizes do SUS: universalidade, integralidade, equidade, descentralização, participação e controle social. É desempenhada nas relações que se estabelecem entre os profissionais de saúde, organização dos serviços de saúde, gestão participativa e participação da comunidade (BRASIL, 2007b).

O conceito de educação em saúde também vai além da transmissão de informações, configurando combinações de experiências de aprendizagem delineadas com vistas a facilitar ações voluntárias conducentes à saúde. Essas combinações envolvem troca de experiências de vida, aspectos comportamentais, medidas terapêuticas e interacionais.

As intervenções lúdicas também são mediadoras na educação em saúde, englobando aspectos como: hábitos alimentares, higiene, saúde bucal, crescimento,

cuidados com a mãe e o bebê, exposição ao sol, doenças transmissíveis, doenças crônicas e abuso de substâncias (COSCRATO; PINA; MELLO, 2010).

No cenário nacional, as atividades educativas são recomendadas em vários manuais técnicos do Ministério da Saúde utilizados na atenção básica, entre os quais o Manual de Procedimentos sobre vacinação, Manual Técnico de Assistência Pré-natal e Manual de Assistência em Planejamento Familiar (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

Cabe destacar que para a realização de uma prática educativa, torna-se necessário que se considere a realidade social em que os sujeitos estão inseridos, a cultura, e fomente em meios para resolução dos problemas (BECHTLUFFT; ACIOLI, 2009).

A Educação em Saúde é inerente a todas as práticas desenvolvidas no âmbito do SUS. Configura uma prática transversal que proporciona a articulação entre todos os níveis de gestão do sistema, representando dispositivo essencial para formulação das políticas de saúde de maneira compartilhada, mediante diagnóstico situacional dos usuários nos respectivos serviços que são atendidos.

Nesse sentido, tais práticas devem ser valorizadas e qualificadas a fim de que contribuam cada vez mais para a afirmação do SUS como a política pública que tem proporcionado maior inclusão social, não somente por promover a apropriação do significado de saúde enquanto direito por parte da população, como também pela promoção da cidadania (BRASIL, 2007b).

É preciso também repensar a Educação em Saúde na perspectiva da participação social, compreendendo que as verdadeiras práticas educativas somente têm lugar entre sujeitos sociais e, desse modo, deve estar presente nos processos de educação permanente para o controle social, de mobilização em defesa do SUS e como tema relevante para os movimentos sociais que lutam em prol de uma vida digna (BRASIL, 2007b).

Em perspectiva histórica, o enfoque educativo predominante nos serviços de saúde, durante décadas, baseou-se praticamente no preventivo, e a educação orienta-se segundo o “modelo médico”. Pois se observa que a associação estabelecida entre os fatores de risco para determinada morbidade está mais relacionado ao comportamento dos indivíduos a tais fatores, e isto implica os gastos

com assistência médica e sua relação direta com o custo-benefício (BRASIL, 2007a).

Diante disso, é que a medicina curativa não tem apresentado êxito ao lidar com problemas de saúde comunitários. Com isso, torna-se necessário a associação entre os padrões comportamentais e padrões de doença como maneira de tentar sensibilizar os sujeitos para mudanças de estilos de vida que sejam mais saudáveis (BRASIL, 2007a).

O campo da educação sanitária preventiva está pautada nos “fatores de risco” comportamentais, ou seja, com a etiologia das doenças modernas. A eficácia da ação de educação se expressa em comportamentos específicos como: deixar de fumar, aceitar vacinação, desenvolver práticas higiênicas, usar os serviços para prevenção do câncer, realizar exames de vista periódicos. E as informações são repassadas normalmente por meio da consulta ou em grupos, através de palestra seguida ou não de perguntas e respostas (BRASIL, 2007a).

Com a instituição do Programa Saúde da Família (PSF) em 1994, e em 1998 com a Estratégia de Saúde da Família (ESF), veio a proposta de ampliar a cobertura de serviços, trazendo a perspectiva de mudar o modelo de atenção à saúde no Brasil.

Desse modo, passaram a suscitar mudanças nos sistemas municipais com a preocupação para a humanização do cuidado, assim os profissionais de saúde despertam para compartilhar crenças e valores dos usuários dos serviços: tentativas na promoção da saúde de grupos populacionais, como idosos, ou com etilistas, tabagistas (BRASIL, 2007a).

Nesse sentido, o enfoque até então preventivo proveniente da educação sanitária apresentava caráter mais radical, enquanto que o enfoque educacional tinha como princípio orientador a persuasão para execução da ação educativa (BRASIL, 2007a).

O papel educativo do profissional de saúde, como um dos componentes das ações básicas de saúde, é tarefa e missão de toda a equipe na unidade de saúde como bem fala Paulo Freire, como “uma forma de intervenção no mundo” (FREIRE, 1993).

Trata-se de uma tarefa que depende de profissionais com habilidades e competências para orientar e envolver os usuários com intuito de promover, evitar

riscos e restaurar a saúde, além de prevenir doenças. Seus desafios são de conseguir, por meio da educação em saúde, que as pessoas possam ter uma melhor qualidade de vida.

Educação em saúde pressupõe uma combinação de oportunidades que favoreçam a promoção e a manutenção da saúde. Sendo assim, não podemos entendê-las somente como a transmissão de conteúdo, comportamentos e hábitos de higiene do corpo e do ambiente, mas também como a adoção de práticas educativas que busquem a autonomia dos sujeitos na condução da sua vida. Educação em saúde nada mais é que o exercício de construção da cidadania (FIGUEIREDO, 2005).

A educação em saúde como área de conhecimento requer uma visão amplificada tanto da educação quanto da saúde, este entendimento refere-se a um campo de saúde e educação vasto, ancorado na promoção de saúde.

Diante do princípio da integralidade, concebe-se que todos os profissionais que trabalham com o ser humano devem aprimorar uma visão holística, seja na produção do conhecimento ou na prestação de serviços, de modo a resgatar a importância da participação nos contextos em que se constrói a vida; nos ambientes nos quais os movimentos de aprender e ensinar a tecer a vida se dão.

É importante que o elemento integralidade esteja inserido na consciência crítica de todos os profissionais de educação e saúde e da comunidade, para que, partindo de um contexto complexo e com o qual estão em constante interação, possibilitem ações transformadoras integralizadas e mútuas.

A concepção crítica da educação que pretende ser uma educação para a conscientização, para a mudança, para a libertação, solicita uma relação de proximidade entre os profissionais e a população. Nessa relação educativa, a produção do conhecimento passa a ser coletiva, gerando uma modificação mútua, porque ambos são portadores de conhecimentos distintos (FIGUEIREDO, 2005).

A prática da educação em saúde revela um caminho integrador do cuidar e constitui um espaço de reflexão-ação, fundado em saberes técnico-científicos e populares, culturalmente significativos para o exercício democrático, capaz de provocar mudanças individuais e prontidão para atuar na família e na comunidade, estabelecendo vínculos e reafirmando as práticas da educação que produz saúde.

2.4 PEDAGOGIA VIVENCIAL HUMANESCENTE

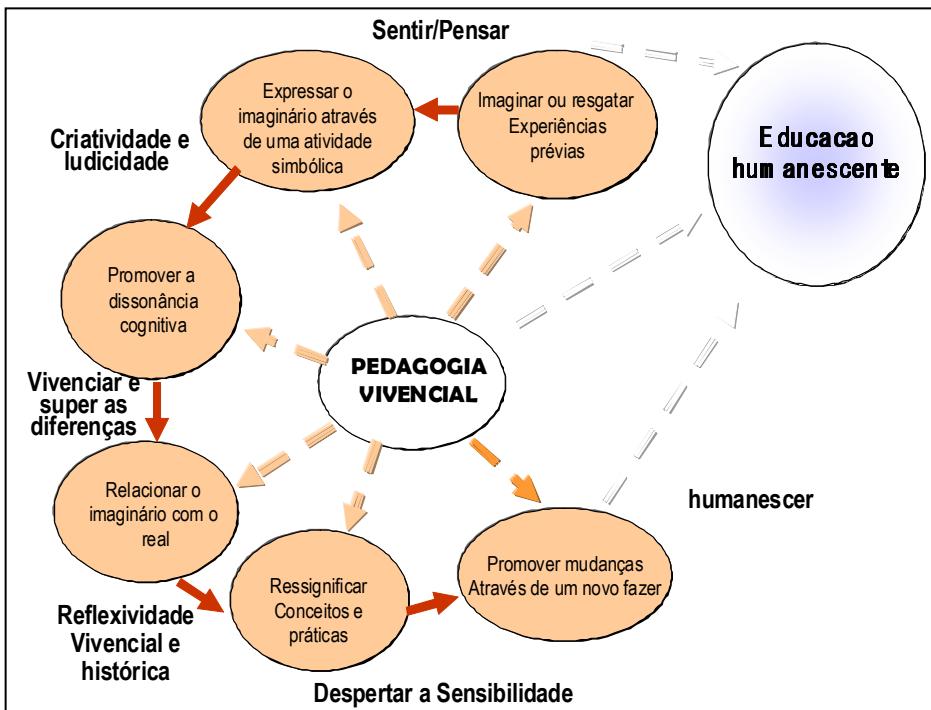
Morin (2005), fala em vivenciar os sete saberes necessários à educação do presente. Para tanto, faz-se necessário articular os saberes disciplinares aos saberes da vida, proporcionando assim sensibilidade, alegria, beleza e criatividade na formação, estabelecendo assim uma nova forma de compreensão.

Em meio à necessidade emergencial de mudanças em consonância e coerência com a proposta educativa transdisciplinar, a partir de Paulo Freire e incorporando os pressupostos necessários à formação humana, a Pedagogia Vivencial Humanescente surge reconhecendo a educação como um campo vibratório e energético, trazendo-nos uma realização pedagógica de intervenção transcorporal humanescente que busca criar, experimentar, dialogar e socializar esses saberes (CAVALCANTI, 2010b).

A educação Humanescente não pode ser confundida com mera transmissão de informações, distante da vida concreta do educando, priorizando assim a pedagogia da autonomia, centrada na sensibilidade e amorosidade. Restrepo (2001, p. 49) lembra: “sem matriz afetiva, o cérebro não pode alcançar seus mais altos picos na aventura do conhecimento”.

Estruturada no referencial do pensamento complexo, a Pedagogia Vivencial Humanescente (PVH) é fundamentada epistemologicamente e metodologicamente através da corporeidade e da transdisciplinaridade. Esta se dá na integralidade, no desenvolvimento de sua consciência, de seu pensamento, e de seu espírito (SAMPAIO, 2008).

Figura 2 – Esquema da Pedagogia Vivencial Humanescente



Fonte: Autoria da Dra. Ana Tânia Lopes Sampaio

Relatamos que a Pedagogia Vivencial Humanescente é uma pedagogia que prepara para a vida, envolvendo a corporeidade e o contexto vivencial das pessoas. Os conceitos de aprendizagem são associados ao ato autopoietico (MATURANA; VARELA, 1997) e de percepção, considerada fenômeno de duas vias, de dentro para fora e de fora para dentro (ASSMANN, 2001).

A Pedagogia Vivencial Humanescente objetiva, portanto, desenvolver pensamentos sensíveis, criativos, ecossistêmicos e transformadores, possibilitando os aos sujeitos aprendentes (educador e educando), através do despertar do cotidiano da vida e de atividades vivenciais experenciadas (CAVALCANTI, 2010b).

A ludicidade, a criatividade, a reflexividade e a sensibilidade (histórica e vivencial) são os princípios norteadores da Pedagogia Vivencial Humanescente

Ludicidade como princípio que resgata a dimensão simbólica, abre o campo virtual e simbólico, abre as portas da fantasia. Está implicada à capacidade de amar e faz parte da biologia que constitui o homem e nos auxilia a entender a dinâmica sistêmica da vida (MATURANA; ZOLLER, 2004).

A criatividade, segundo La Torre et al. (2008), é conhecida como um bem social, participa ativamente do processo de construção social, princípio fundamental

quando falamos de desenvolvimento, necessária a vida, através da qual nos distanciamos do comodismo e vivemos no mundo das construções que se pautam na diversidade.

Na reflexividade, dessa nova forma de viver a educação, o sujeito convida a vida para iniciar o processo de tecer a si mesmo, ao outro e a ela. A sensibilidade revela a capacidade de emocionar-se e é compreendida como aspecto formador, por meio delas podemos elaborar relações de afeto. Boff (1999) nos mostra que com sensibilidade vive-se a ética e a solidariedade. A reflexividade vivencial nos autoriza a viver, transformar vivências em experiências de formação em experiências de vida (JOSSO, 2004).

Diante do exposto, compreendemos que a Pedagogia Vivencial Humanescente não pode se distanciar da humanidade, da humanescência. Cavalcanti (2004), nos mostra que a humanescência é o processo de expansão da essência humana, no qual o ser humano expande a sua luminosidade, tornando-se capaz de efetivar ações de amor e partilha com o mundo.

Por fim, faz-se necessário, para nossa vivência, compreender que a Pedagogia Vivencial Humanescente deve ser baseada na reflexividade, no conhecimento e autoconhecimento, na criatividade que revitaliza cotidianamente os processos de ensino-aprendizagem, revitaliza as essências humanas e a beleza da vida.

Pautando-nos nos pressupostos dessa pedagogia inovadora e encantadora, captaremos os significados das experiências vivenciadas nesta pesquisa.

2.5 A AUTOFORMAÇÃO

Podemos abordar a autoformação numa perspectiva de autonomização educativa, definindo que cada ser possui seu próprio poder de formação e mencionando a necessidade de um “reforço da vontade e desejo dos sujeitos de orientar, gerir e regular o seu processo educativo” (PINEAU, 2006, p. 340).

No entanto, o ser humano não soluciona seus problemas apenas modificando sua relação com o meio, mas sim, inicialmente, mudando a si mesmo, criando e recriando novas estruturas interiores. Nesta dinâmica reflexiva, não se faz necessário apenas tornar-se sujeito, mas também tornar-se objeto, trazendo a

importância da história de vida para a construção do conhecimento da autoformação. Assim, Pineau (2006) comprehende:

A autoformação corresponde a uma dupla apropriação do poder de formação: é tomar em mãos este poder tornar se sujeito mas é também aplicá-lo a si mesmo e tornar se objeto de formação para si mesmo. Esta dupla operação desdobra o indivíduo em sujeito e objeto de um tipo muito particular, que podemos denominar de autorreferencial (PINEAU, 2006, p.67).

Trabalhar a história de vida significa observar a beleza do humano, corporalizar a subjetividade que compõe essa vida, e valorizar o sujeito que caminha pela vida e se encanta com a possibilidade de desvendá-la (PASSEGI, 2000).

A partir dos fundamentos da transdisciplinaridade, percebemos que a autoformação possui três princípios: a autoformação (para si), a heteroformação (para os outros) e a ecoformação (as coisas) (GALVANI, 2002).

Dessa forma, podemos mencionar que a educação deve contribuir diretamente para a autoformação, ensinar a condição humana e ensinar a viver (MORIN, 2000). Nesse contexto, o educador necessita incluir a reforma do pensamento capaz de contextualizar, ligar e ser global (MORIN, 2005). Favorecendo, assim, a transdisciplinaridade.

Desse modo, respeitar, viver a vida e construí-la utilizando saberes vivenciais oportuniza o educador – com a formação transdisciplinar e com o pensamento reformado – a desenvolver a sua autoformação em busca de sua inteireza e dos saberes que estão conectados e entrelaçados à essência do ser (MORIN, 2005).

A autoformação é inesgotável e inacabada, articulando-se entre as relações, saberes, sentimentos, desejos e valores, confrontando e ampliando os saberes já pré-existentes.

Vivenciamos como ponto de partida para a autoformação os pilares da educação, os sete saberes de Morin e o sentipensar de Moraes, que está relacionado intimamente com a sua corporeidade.

A autoformação humanescente se reporta como um processo transdisciplinar envolvendo assim a transformação inter e transpessoal, vivenciada ao longo da vida, revelanda a todo momento uma capacidade única de auto-

organização dos próprios processos vitais (MATURANA; VARELA 2001; CAVALCANTI, 2006).

Almeida (2006) nos mostra que:

Se faz sentido propugnar por uma ciência da inteireza, supõe-se igualmente lançar as bases para uma educação que facilite a tempos e autoformação inteireza do sujeito. Assim, é importante redirecionar os horizontes pedagógicos e educacionais, com vistas à autoformação de sujeitos que se sintam autores de suas narrativas. Concebendo-se como construtores da realidade (ALMEIDA, 2006, p. 297).

Os espaços da formação e autoformação são variados assim como a rede de saberes que circulam entre as pessoas, de saberes complexos, interagindo entre eles. Esses saberes são indissociáveis, se expressam diretamente no que fazemos e no que somos, assim como as práticas nas quais estamos envolvidos.

Sendo assim, ter uma unidade de saúde também como espaço de formação e autoformação para que os sujeitos busquem em si mesmos o processo do bem viver e bem querer, a autonomia – o bem viver que pode e deve se iniciar ainda no ventre, na troca de fluidos e sentimento, bem viver que está diretamente ligado ao bem sentir – seria um espaço lúdico e humanescente que preza pelo conhecimento do conceito ampliado de saúde.

2.6 CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE

Há aproximadamente 70 anos se iniciaram as Conferências de Saúde, cumprindo assim o disposto no parágrafo único do artigo 90 da Lei n.º 378, de 13 de janeiro de 1937, art. 90:

Ficam instituídas a Conferencia Nacional de Educação e a Conferencia Nacional de Saúde, destinadas a facilitar ao Governo Federal o conhecimento das atividades concernentes a educação e à saúde, realizadas em todo o País, e a orienta-lo na execução dos serviços locais da educação e de saúde, bem como na comissão do auxílio e da subvenção federais...

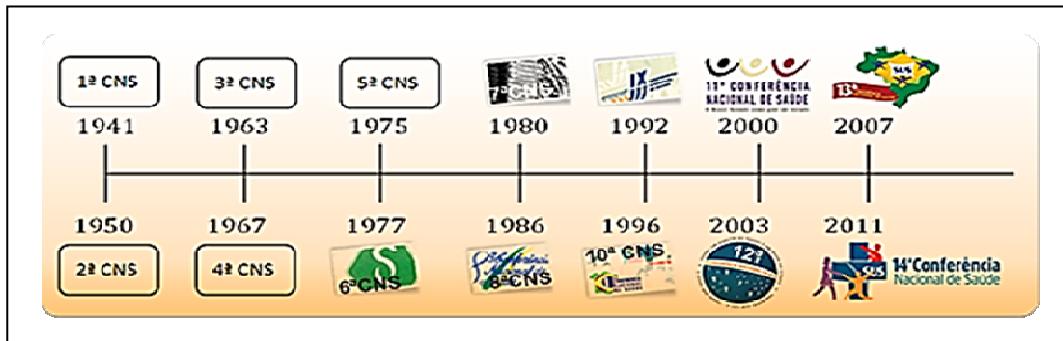
Em 1990, foi mantida a obrigatoriedade da realização das Conferências de Saúde, quando a Lei n.º 8.142 as consagrou como instâncias colegiadas de

representantes dos vários segmentos sociais, com a missão de avaliar e propor diretrizes para a formulação da política de saúde nos níveis municipais, estaduais e nacional, destinadas a levar ao Governo Federal o conhecimento ao que se refere às atividades de educação e da saúde.

Os objetivos principais das Conferências são: avaliar a situação de saúde e a partir desta propor diretrizes para formulação da política de saúde em todos os níveis de gestão, e orientar os governos na elaboração e definições de ações prioritárias. Pode-se observar no processo histórico e cronológico das Conferências o aumento significativo da participação da sociedade onde esta encontra espaço para discutir e apontar soluções para os problemas de saúde que permeiam na população, garantindo assim políticas elaboradas com mais democracia.

Ao longo destes anos, já foram realizadas 14 Conferências Nacionais de Saúde, como podemos visualizar na figura abaixo:

Figura 3 – Conferências Nacionais de Saúde



Fonte: <www.conselho.saude.gov.br>.

Podemos destacar em um breve histórico do foco principal de cada uma dessas Conferência Nacional de Saúde.

Em 1941, a 1º Conferência Nacional de saúde teve como foco a organização sanitária estadual e municipal, campanhas contra Tuberculose e Hanseníase, desenvolvimento do saneamento básico e a proteção materno-infantil. Esta foi caracterizada pelo encontro da equipe técnica dos estados e o Ministério da Saúde.

Em 1950, na 2º Conferência Nacional de Saúde, foram feitas as discussões referentes à prestação de serviços e assistência sanitária e preventiva, e as condições de segurança no trabalho e higiene, enfocando os grupos de trabalhadores e gestantes.

Em 1963, a 3º Conferência Nacional de Saúde teve como tema a situação sanitária, a municipalização dos serviços de saúde, e as atividades sanitárias nos níveis federais, estaduais e municipais.

Em 1967, a 4º Conferência Nacional de saúde teve uma abordagem específica ao que se refere aos recursos humanos, à formação e aperfeiçoamento, bem como às responsabilidades das instituições formadoras de profissionais, traçando assim caminhos em busca do profissional que o Brasil necessita.

Em 1975, a 5º Conferência Nacional de Saúde ressaltou a importância da elaboração de uma Política Nacional de Saúde, do programa nacional de saúde Materno Infantil, do Controle de endemias e da vigilância epidemiológica.

Em 1977, a 6º Conferência Nacional de Saúde nos trouxe a preocupação referente ao controle de grandes endemias, à interiorização dos serviços de saúde e à Política Nacional de Saúde.

Em 1980, a 7º Conferência Nacional de Saúde, cujo tema central foi a “extensão das ações de saúde através de serviços básicos”, foi centrada na atenção básica de saúde.

Em 1986, na 8º Conferência Nacional de Saúde, o marco foi a participação social, pondo em pauta a saúde como direito, a democracia, bem como saúde como dever do estado.

Em 1992, na 9º Conferência Nacional de Saúde, o tema foi “Saúde: Municipalização é o caminho”.

Em 1996, a 10º Conferência Nacional de Saúde teve como tema: “SUS: Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, colocando em pauta questões de saúde, cidadania, gestão, políticas públicas de saúde, e recursos humanos.

Em 2000, na 11º Conferência Nacional de Saúde, foi discutida a efetivação do SUS, o acesso, a qualidade, a humanização, a educação em saúde e o controle social.

Em 2003, na 12º Conferência Nacional de Saúde, em que o tema principal foi “Saúde: Direito de todos e dever do Estado – A saúde que temos, o SUS que queremos”, as abordagens se referiam ao direito à saúde, atenção à saúde, e a intersetorialidade das ações.

Em 2007, na 13º Conferência Nacional de Saúde, como o tema: Saúde e qualidade de vida: Política de Estado e Desenvolvimento, foram discutidos em eixos as políticas públicas para a saúde e qualidade de vida, os desafios para a efetivação dos direitos humanos e a participação da sociedade na efetivação do direito humano à saúde.

Em 2011, na 14º Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Todos Usam o SUS! SUS na seguridade Social – Política Pública, patrimônio do povo brasileiro”, teve como objetivo principal a discussão da política nacional de saúde, segundo os princípios e integralidade, universalidade e equidade.

Nesses espaços de Conferências, com a mobilização e articulação da sociedade, é assegurado as múltiplas formas de pensar o SUS e disseminar informações sobre o mesmo com o intuito de fortalecimento do sistema, bem como o exercício dos direitos de cidadania, contribuindo assim com o fortalecimento da gestão participativa e do controle social.

Nesse ínterim, podemos ressaltar que a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, foi um marco: a primeira Conferência Nacional de Saúde a ser aberta à sociedade, um dos principais momentos de luta e clamor pela universalização da saúde no nosso país, com participação de diferentes atores sociais como populares, profissionais de saúde, sindicatos e representantes de vários movimentos sociais. Essa união jamais vista impulsionou a Reforma Sanitária, que obteve sua legitimação na Constituição de 1988.

De acordo com Brasil (2006), essa Conferência colocou em pauta três aspectos necessários à Reforma Sanitária: conceito mais ampliado de saúde, que extrapola a visão limitada e meramente biologicista, saúde como direito de cidadania e dever do Estado, e a instituição de um sistema único de saúde pautado nos princípios da universalidade, integralidade, equidade, descentralização e participação da comunidade.

A 8ºConferência foi um evento duplamente inédito. Inédito na história das políticas de saúde porque não se tem notícia de que o poder executivo brasileiro jamais tenha convocado a sociedade civil para o debate de políticas ou programas de governo, menos ainda no estágio ou momento de sua formulação na escala de que o fez naquele momento. Todas as sete conferências de saúde anteriores pautaram-se por um caráter eminentemente técnico e pela baixíssima representatividade social marcada pela participação

praticamente restrita a gestores e técnicos governamentais (CARVALHO, 1995, p.53).

Conforme estabelece a Constituição da República Federativa do Brasil de 1988, considera-se saúde na sua complexidade, em que se evidencia como um bem econômico não restrito ao mercado, direito que se afirma quanto política, dimensões garantidas de acesso universal, hierarquização e qualidade. E nos mostra em seu artigo 196:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988).

Fica claro que a saúde vai além de um dever do Estado, é também a garantia de políticas econômicas e sociais que promovam, protejam e recuperam a saúde do indivíduo, entendendo-se assim que a saúde é resultante das condições do trabalho, lazer, esporte, hábitos de vida, educação e acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 1988).

Nesse novo conceito de saúde, em sua forma ampliada, faz-se necessário reconhecer não apenas a patologia que o acomete, mas o ser humano como ser integral e a saúde como qualidade de vida, deixando claro que as ações na área de saúde devem exceder à assistência e atuar em outras esferas, objetivando assim a saúde integral do individual e da coletividade.

Diante do exposto, historicamente, a saúde no Brasil tem investido em políticas de promoção, proteção e recuperação da saúde, priorizando assim um modelo cujas ações atuem na melhoria da qualidade de vida.

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde, que agrupa três eixos: O Pacto de Gestão, O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), e o Pacto em Defesa da Vida, o qual iremos destacar tendo em vista que este possui, entre suas prioridades, a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família, bem como na promoção, na informação e na educação em saúde com intuito de promover saudáveis de vida.

O Pacto pela Vida pactua seis prioridades, entre elas está a promoção da saúde, fortalecimento da atenção básica e redução da mortalidade infantil.

Neste ínterim, uma perspectiva ampliada de saúde, como definida no âmbito do SUS e das Cartas de Promoção da Saúde, define que o modo como as pessoas elegem determinadas opções de viver, organizam suas escolhas e criam e recriam novas possibilidades, está posto no seu processo de construção, no contexto da própria vida.

2.7 A ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Ao longo da história, o Brasil vem enfrentando grandes mudanças relativas ao processo saúde-doença de sua população no que concerne basicamente às melhorias e (re) adequações dos antigos paradigmas existentes.

Historicamente, falando em 1808, com a vinda da família real portuguesa para o Brasil, foi implementado um conjunto de normas sanitárias para impedir a proliferação de várias doenças contagiosas, na tentativa de garantir a saúde da realeza (FIGUEIREDO et al., 2010).

Porém, apenas no início do século XX o Estado passou a se responsabilizar pelas ações de saúde e criação de políticas nesse âmbito. Nessa conjuntura, o governo começou a se preocupar não apenas com as condições de vida da população urbana, seus trabalhadores, mas também com as cidades portuárias, onde havia uma rotatividade de produtos e pessoas advindas de outras regiões ou até mesmo outros países (MELO; CUNHA; TONINI, 2004).

O governo passou a intervir e formular políticas públicas de saúde devido às epidemias e à alta taxa de mortalidade da população nas principais cidades do país, causadas por doenças como varíola, febre amarela e malária.

Vale ressaltar que os principais problemas relacionados à saúde e/ou à sua falta estava diretamente ligado aos tipos de moradias da população, sua higiene, o tipo de trabalho de cada indivíduo, a alimentação e o saneamento básico.

O modelo de saúde, também conhecido como Sanitarista Campanhista, tinha como principal objetivo sanear as cidades, diminuindo as doenças relacionadas à sua falta, a fim de não atrapalhar a economia do país, voltada para as exportações da economia agrícola.

Porém, na década de 1960, o foco principal era a saúde dos trabalhadores, visando à saúde desses trabalhadores e sua permanência como mão-de-obra,

sendo essa classe de brasileiros beneficiadas com atendimentos médicos relacionados à sua categoria profissional.

Além disso, nesse período, houve um crescimento dos serviços de saúde privados, conhecidos pelo modelo médico-assistencial privatista, marginalizando a população carente e os desempregados. Esse modelo foi hegemônico até o fim da década de 1970 (MELO; CUNHA; TONINI, 2004; PUSTAI, 2004).

Antes da Reforma Sanitária, o Ministério da Saúde (MS) era o órgão responsável por realizar as campanhas de vacinação e o controle das endemias. Dessa maneira, desenvolvia ações de promoção e prevenção de doenças, além disso, a assistência médico-hospitalar para os que não tinham dinheiro era prestada pelos filantropos e casas de caridade.

Já os trabalhadores da época com carteira assinada, eram beneficiados através da Previdência Social, responsável pelas aposentadorias e pensões e o atendimento médico dos trabalhadores e seus familiares dependentes (SOUZA, 2002; SAITO, 2008).

Para tanto, o Movimento da Reforma Sanitária no Brasil ganhou força na década de 1980, em meio às várias dificuldades e inquietações da sociedade civil e dos profissionais da saúde insatisfeitos com o até então modelo de saúde vigente no país, trazendo à tona a proposta de redefinição e criação de um sistema de saúde com conceitos de universalidade, integralidade e equidade para toda a população brasileira.

Depois de várias tentativas de redemocratização e implementação de um modelo pautado no atendimento garantido à toda população brasileira, a 8^a Conferência Nacional de Saúde, como abordado anteriormente, tornou-se um marco histórico da saúde no país.

Esse momento, além de ter sido importante para a elaboração da nova Constituição Federal da República, também unificou membros do governo, profissionais de saúde e a sociedade civil, reunindo cerca de quatro mil pessoas, inaugurando uma nova fase de participação social nas políticas públicas de saúde (MELO; CUNHA; TONINI, 2004; PUSTAI, 2004).

Nasce, assim, em 1988, com a Constituição Federal da República, o Sistema Único de Saúde (SUS), que ganha força no ano de 1990 através da Lei Orgânica da Saúde nº. 8.080, a qual define os princípios e diretrizes desse novo

sistema de saúde pública. Além disso, define que o Estado tem a responsabilidade com a saúde de seus cidadãos, garantindo a “saúde de todos e dever do Estado”.

O seu financiamento é de responsabilidade dos três níveis de governo: Município, Estado e União Federativa. O Instituto Brasileiro de Defesa do Consumidor - IDEC (2006) – define, ainda, que o SUS é o melhor plano de saúde que pode existir, sendo garantido ao cidadão desde o seu nascimento, com serviços gratuitos, tendo como finalidade a promoção e recuperação da saúde. Além disso, é universal, para todos, seu atendimento é integral e assiste o indivíduo na sua totalidade, realizando prevenção de doenças e promovendo campanhas educativas em saúde.

No que concerne à assistência prestada pelo SUS, o Brasil possui nomenclatura própria para intitular os níveis e complexidade da assistência, tais como Atenção Básica à Saúde (ABS), Média Complexidade e Alta complexidade.

A ABS, também conhecida mundialmente como Atenção Primária à Saúde, é responsável por ser a primeira procura do usuário, ou seja, a sua porta de entrada para a assistência, respondendo às necessidades de saúde da população através de ações de promoção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação, promovendo a autonomia das pessoas em relação aos seus determinantes e condicionantes da saúde e coletividade (TAKEDA, 2004; BRASIL, 2011).

Para Naval (1992 apud BLEICHER, 2004) a atenção básica é a atenção primeira e não atenção de baixa qualidade.

Desse modo, a ABS atua com todos os níveis de atenção à saúde – promoção, prevenção e recuperação de agravos –, tornando-se a área de atuação no âmbito da saúde que mais cresce no país, promovendo uma ampliação e aceitação do modelo de saúde que sucedeu o antigo médico-hospitalar, a Vigilância à Saúde, modelo esse que abarca todos os níveis da assistência, mas que está pautado principalmente na promoção e vigilância à saúde dos brasileiros, numa perspectiva constante de manter presente a saúde e a necessária intervenção quando torna-se preciso, através de atendimentos qualificados e resolutivos.

Para tanto, cabe aos gestores das instâncias Federal, Estadual e Municipal, identificar as necessidades da população, definir as ações e metas que deverão ser

implementadas e avaliá-las podendo readequar e definir novas prioridades da atenção, obedecendo a sua área de abrangência (FIGUEIREDO et al., 2010).

Vale ressaltar que o antigo modelo, o qual está centrado na doença e não no doente como um todo, negligencia o contexto social, territorial e afetivo do indivíduo, como se o Ser pudesse se desprender de tudo que o cerca e ser interpretado apenas como uma “doença”.

É nessa perspectiva que concordamos com os autores Figueiredo et al. (2010, p. 4), quando afirmam que “é preciso aprender a olhar os contrastes”. Além disso, torna-se primordial percebermos o contexto cultural, social e ambiental em que os usuários estão inseridos, para que se possa desenvolver ações e olhares diferentes quanto ao seu atendimento individual e/ou coletivo (FIGUEIREDO et al., 2010).

Na década de 1994, foi criado o Programa de Saúde da Família (PSF) como modelo da atenção primária, para atender as necessidades da população brasileira, bem como atuar no campo da educação em saúde, na proposta para reduzir os problemas dos serviços públicos de saúde. O PSF tem como princípio básico o caráter substitutivo e complementar, fazendo com que as famílias tenham acesso aos serviços de saúde e melhorias na sua qualidade de vida (CASTILHO et al., 2007).

Além disso, com a criação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), o qual foi efetivamente instituído e implementado no ano de 1997, tendo como objetivo contribuir para a reorganização dos serviços municipais de saúde, integrando as ações da equipe de saúde e o elo através dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) com a instituição de saúde e a comunidade (BRASIL, 2001; SAITO, 2008).

Em 2006, o MS aprovou a Portaria nº 399 GM/MS, a qual apresenta o Pacto pela Saúde, consolidando o SUS e aprovando novas diretrizes operacionais desse pacto.

O Pacto pela Saúde encontra-se dividido em três seguimentos de implementação e trabalho da gestão e dos profissionais da saúde, como o Pacto pela Vida, que gira em torno de um conjunto de compromissos sanitários das regiões de saúde, tais como: saúde do idoso e sua atenção integral, prevenção, controle e tratamento do câncer de útero e de mama, prevenção e controle da mortalidade

infantil e materna, vigilância constante das doenças emergentes e epidemias (dengue, hanseníase, tuberculose, malária, hepatite, influenza e AIDS), promoção da saúde, fortalecimento da ABS focada na família e coletividade, manutenção da saúde do trabalhador, saúde mental, saúde do homem, atenção integral às pessoas em situação de violência e fortalecimento da capacidade de resposta do SUS às pessoas com deficiência.

O Pacto em Defesa do SUS são as ações concretas e articuladas a serem realizadas pelas três instâncias do governo, reforçando o SUS como política de Estado e a responsabilização de cada ente federativo com sua gestão solidária e compartilhada através do Pacto de Gestão do SUS.

Nesse mesmo ano, o PSF torna-se Estratégia Saúde da Família e ganha magnitude com a aprovação da Política Nacional de Atenção Básica, através da Portaria nº 648 GM/MS, a qual, além de aprovar essa nova política, descreve o detalhamento operacional e orienta a estruturação, implementação da ESF e sua equipe mínima de saúde.

Recentemente, no ano de 2011, a Política Nacional de Atenção Básica ganha nova revisão de diretrizes e normas para a sua organização na ABS, ESF e o PACS. É através da Portaria nº 2.488, de 21 de outubro do ano supracitado, que ocorre a consolidação da ESF nos municípios brasileiros.

Para tanto, essa portaria descreve os fundamentos e as diretrizes para a ABS, tais como:

- a) Planejamento, programação e desenvolvimento setorial e intersetorial através da delimitação do território de atuação das equipes de saúde;
- b) Acesso universal e a prioridade para ser a porta de entrada dos usuários, garantindo uma atenção de qualidade e de respostas positivas aos tratamentos, assim como, promover a autonomia de seus usuários, sendo copartícipes em seu processo saúde-doença;
- c) O desenvolvimento de vínculos e responsabilização das equipes também com a população adscrita, garantindo a continuidade das ações;
- d) Realizar integração das ações programadas e demanda espontânea da população, realizando promoção da saúde, prevenção dos agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação;
- e) Estimulação da autonomia dos usuários e coletividade (BRASIL, 2011c).

Nesse ínterim, a Política de Atenção Básica comporta, em seu eixo basilar, a Saúde da Família como prioridade para sua expansão e consolidação como política de saúde pública.

Além disso, coadunamos com as palavras de Germano et al. (2007), quando afirmam que a ESF busca romper com paradigmas cristalizados historicamente, incorporando um novo olhar, um novo pensar e não a doença; a família e não o indivíduo; a equipe e não o médico; e a intersetorialidade e não um setor isolado.

O trabalho desenvolvido na ESF possui a família como o sujeito protagonista do seu processo saúde-doença, passando a entendê-la por meio de seu ambiente físico e social. Para tanto, ilustramos na figura 3 os componentes básicos do processo de trabalho da Saúde da Família.

Figura 04 – O processo de trabalho da Saúde da Família



Fonte: Pesquisador, 2011.

De uma forma geral, o processo de trabalho das equipes de saúde no âmbito da ESF conta com a definição do território de atuação e as necessidades da população dentro desse território, o qual poderá ser denominado de área de atuação das equipes de saúde, realizando a delimitação, a programação e a coordenação das atividades ali investidas.

Essa prática interativa, de caráter investigativo e dialógico, é a base para a produção do diagnóstico das condições de vida da comunidade e para a

identificação da situação de saúde do território, subsidiando propostas de intervenção sobre problemas e necessidades dos espaços em que as pessoas vivem, respeitando sua história, cultura e organização.

Gondim et al. (2008), define que o reconhecimento e a delimitação desse território onde irão atuar os profissionais da equipe de saúde, é tido como o primeiro passo para a caracterização e a demarcação dos problemas de saúde, servindo também como marcadores durante a avaliação da assistência prestada pelos níveis de complexidade do SUS, em que poderá ser compreendido o processo de atenção e sua resolubilidade.

Além disso, há um reconhecimento em relação à necessidade de delimitar e discriminar o espaço urbano de uma região, visando suas diferenças entre riqueza/pobreza e em qual grupo social a população encontra-se inserida e a sua exposição nos “diferentes perfis de adoecimento” (SALA et al., 2004).

Para Mendes (1996), o território-processo é constituído por vida pulsante, conflitos de interesses, de projetos e de sonhos, os quais compreendem o território em vários ângulos definidores do processo ativo e cíclico de concretização da saúde com os seus fatores econômicos, sua cultura, sua política e o seu perfil sanitário.

Podemos assim concluir que a ESF possui como eixo fundamental o trabalho no âmbito do território, atuando sobre problemas de saúde chave e visando ao empoderamento populacional, incentivando a coparticipação dos usuários de saúde, buscando vínculo com a população, atuando com eixos estratégicos, que devem integrar ações de saúde que englobem os três níveis de atenção à saúde – promoção, proteção e recuperação da saúde – isso tudo por meio de um trabalho multiprofissional concreto e transdisciplinar.

Dessa forma, a família dentro de seu espaço urbano e coletivo é tida como objeto de análise, para que ocorra a intervenção necessária concernente à sua realidade de saúde e qualidade de vida (SALA et al., 2004).

Torna-se necessário, aqui, ressaltar algumas especificidades da equipe da saúde da família contidas na Política Nacional de Atenção Básica, em que é necessária uma equipe multiprofissional composta, no mínimo, por médico generalista, enfermeiro generalista, auxiliar ou técnico de enfermagem, e ACS, podendo ser acrescido de componentes da Equipe de Saúde Bucal, os seus

profissionais cirurgião dentista generalista, além de auxiliar ou técnico em Saúde Bucal (BRASIL, 2011).

Para cada ACS, há sua responsabilização de cadastramento e acompanhamento de no máximo 750 pessoas e de 4 a 12 ACS por equipe de saúde, sendo cada equipe responsável por no máximo 4 mil pessoas. Para tanto, esse número segue uma média recomendada de 3.000 pessoas, dependendo do tipo de vulnerabilidade e riscos presentes no território assistido pela equipe, definindo-se quanto maior a vulnerabilidade, menor a quantidade de pessoas por equipe.

Quanto à atribuição dos profissionais, aqui ressaltamos as suas principais atividades dentro da ESF, de acordo com Brasil (2011). A começar pela do enfermeiro, este é responsável por: realizar consultas de enfermagem e acompanhamento em todos os ciclos de vida, visitas domiciliares, atuação de forma integral com os serviços presentes em sua área de atuação, tais como escolas, associações de moradores, igrejas, etc., realização atividades programadas através do MS, como as campanhas do calendário nacional de atividades, planejamento e gerenciamento dos ACS de sua equipe e demais membros dessa equipe, participação e realização de atividades de educação em saúde da comunidade e educação permanente da equipe, auxiliar, além da participação e gerenciamento dos insumos utilizados na Unidade de Saúde.

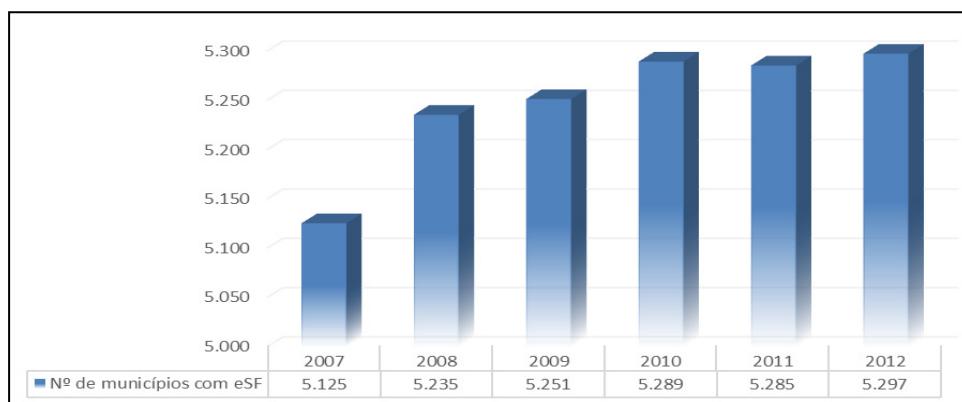
Cabe ao auxiliar ou técnico de enfermagem realizar atividades concernentes à sua formação, participar das atividades educativas e ações de educação em saúde para a comunidade, contribuir e participar da educação permanente dentro da equipe, participar do gerenciamento dos insumos utilizados, realizar visita domiciliar quando necessário.

Em se tratando das atribuições do médico, este é responsável por realizar consultas, atividades de educação em grupos, participar e realizar educação permanente para a equipe de saúde, fazer visitas domiciliares, encaminhar os usuários para os outros níveis de complexidade da assistência, além de participar do gerenciamento dos insumos para a boa adequação do funcionamento da Unidade de Saúde.

Por fim, é dada ao ACS a responsabilidade de trabalhar com as famílias geograficamente delimitadas em uma micro área, cadastrando-as e atualizando seus cadastros, orientando-as quanto à utilização do serviço, desenvolvendo e ajudando

nas atividades de educação dentro da área de atuação de sua equipe de saúde, integrando e gerando um elo de conexão entre as famílias e a Unidade de Saúde, promovendo seu acesso e utilização do serviço prestado na Unidade de Saúde.

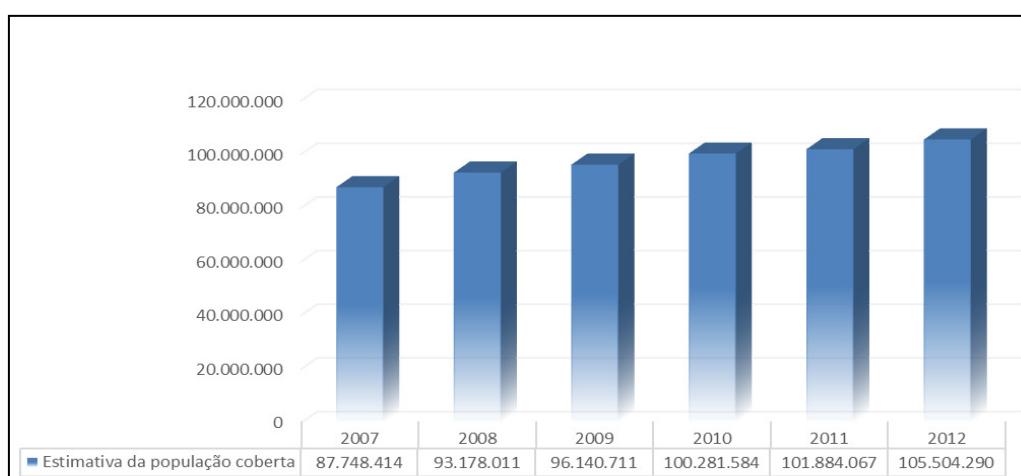
Podemos visualizar através dos gráficos a seguir como a ESF, enquanto porta de entrada do usuário nos serviços de saúde, tem aumentado e repercutido de forma nacional (dados fornecidos pelo Departamento de Atenção Básica/ Ministério da Saúde).

Gráfico 01 – Nº de municípios com ESF

Fonte: DAB/MS - 2012.

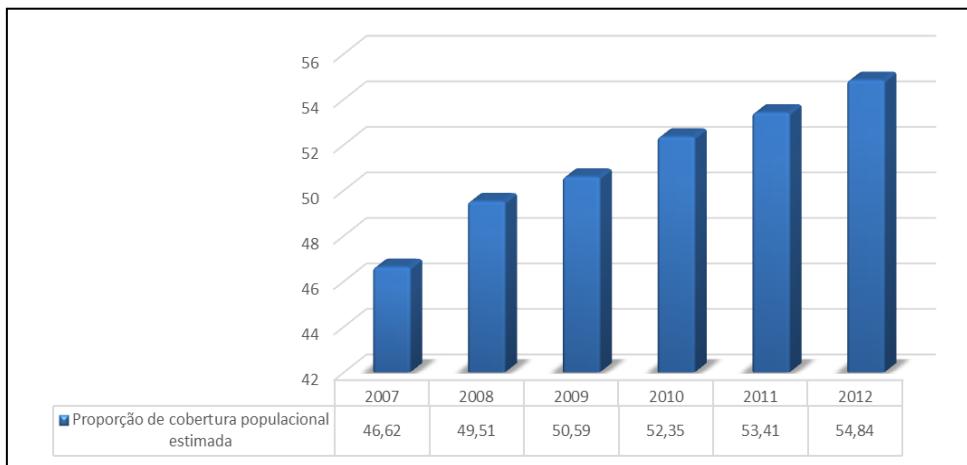
Observa-se no mesmo o aumento significativo do número de municípios que aderiram à Estratégia Saúde da Família. Faz-se ressalva no ano de 2011, quando houve uma discreta diminuição, tendo em vista o descumprimento de normas, registros e atuações que acarretaram no bloqueio de algumas equipes (DAB/MS, 2011).

Como reflexo desse aumento, podemos perceber o número considerável da população que é coberta pela atenção básica, mais especificamente pela ESF. Estima-se que mais da metade da população brasileira utiliza os serviços da ESF no nosso país, mostrando assim a importância da atenção básica no que se refere à promoção, proteção e recuperação de saúde individual, coletiva e, principalmente, familiar.

Gráfico 02 – Estimativa da população coberta pela ESF

Fonte: DAB/MS - 2012.

Gráfico 03 – Proporção de cobertura populacional estimada



Fonte: DAB/MS - 2012.

Como caráter complementar da assistência prestada pelas Unidades de Saúde e equipe núcleo, o atendimento da comunidade inserida em uma região de saúde delimitada pela ESF conta ainda com o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), que é constituído por equipes de profissionais de diferentes áreas de atuação.

A escolha desses profissionais dependerá da gestão municipal e da ESF, bem como da identificação de prioridades e necessidades da população (BRASIL, 2009b).

Para tanto, o NASF não constitui porta de entrada para a atenção e sim apoia as equipes de saúde da família criando algumas diretrizes para sua atuação, a saber: age na forma interdisciplinar e intersetorial com a ESF e comunidade; auxilia a educação permanente em saúde dos profissionais da equipe e de sua população; desenvolve promoção da saúde e humanização da assistência; atua de forma integral com o indivíduo, família e/ou comunidade; incentiva a participação dos atores sociais e tenta garantir o atendimento de qualidade na forma complementar a assistencial da ESF.

De acordo com o MS, o NASF poderá estar inserido em 9 áreas estratégicas da atenção, tais como: saúde da criança, adolescente e jovem; saúde mental; reabilitação e saúde integral da pessoa idosa; alimentação e nutrição; serviço social; saúde da mulher; assistência farmacêutica; atividade física e práticas corporais; práticas integrativas e complementares.

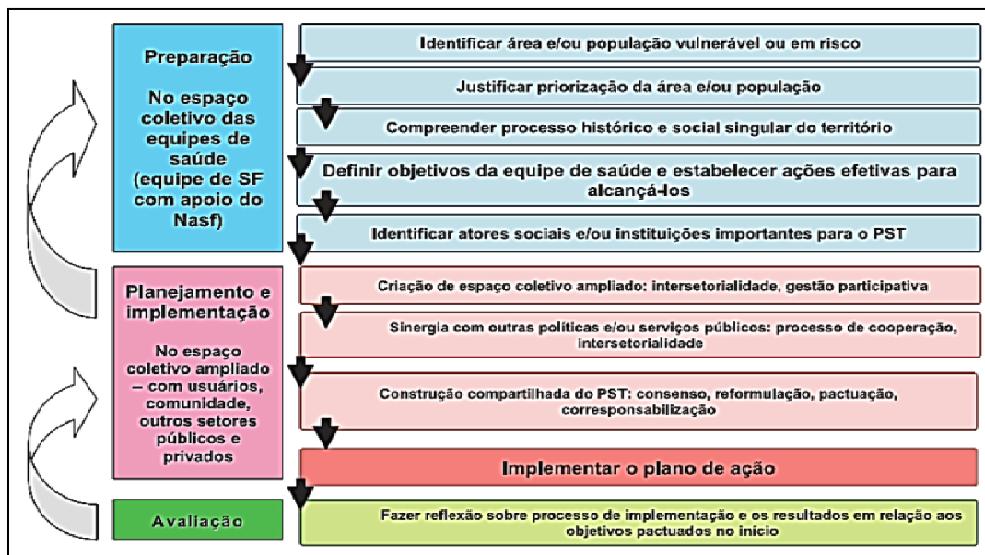
Os profissionais de atuação poderão ser compostos por psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, ginecologista, educador físico, homeopata, nutricionista, acupunturista, pediatra, psiquiatra e terapeuta ocupacional.

Para a adequada inserção do NASF na ABS, torna-se importante perceber a real necessidade da comunidade e seu atendimento pelas especialidades anteriormente citadas, cabendo ao gestor municipal de saúde e ESF perceber e priorizar tais ações e categoria profissional a atuar junto a equipe de saúde.

Nessa perspectiva, para sua implementação, torna-se imperativo utilizar ferramentas tecnológicas que direcionarão a atenção prestada pelos profissionais do NASF (BRASIL, 2009b), a saber:

- a) Pactuação do Apoio, através da formação da equipe do NASF e o seu processo de trabalho e a definição das metas da assistência prestada a comunidade;
- b) Clínica Ampliada, direcionando os profissionais para a compreensão do processo saúde-doença individual, familiar e da comunidade. Compartilhando diagnósticos e tratamentos terapêuticos com os demais membros da equipe de saúde e desenvolvendo a escuta qualificada e a melhoria do relacionamento entre profissional e usuário;
- c) Projeto Terapêutico Singular (PTS), organizando e auxiliando a gestão nos planos de cuidados existentes no território, voltado para o usuário, família, grupos específicos (crianças, gestantes, hipertensos, idosos, etc.) e comunidade;
- d) Projeto Saúde no Território (PST), desenvolvendo juntamente com a ESF estratégias de ações efetivas na produção de saúde da comunidade, interagindo com os outros serviços e atores sociais, para melhorar a qualidade de vida do território e auxiliando na autonomia individual e coletiva dos sujeitos. Para tanto, o PST “funciona como catalisador de ações locais para a melhoria da qualidade de vida e redução das vulnerabilidade no território determinado” (2009b, p. 30).

Imagen 05 – Componentes do processo do PST



Fonte: Brasil, 2009.

Este com foco principal no investimento da qualidade de vida e autonomia dos sujeitos, sendo de responsabilidade das equipes saúde da família, baseado na promoção de saúde, participação social e na intersetorialidade.

Ao ampliar o conceito de saúde e compreender sua complexidade, nos deparamos com o desafio de elaborar ações que integrem planos de cuidados diversos para um território, com movimento, fluidez, interconexão, um território vivo, pulsante.

2.7.1 Pré-Natal e puerpério

Atualmente, o Brasil possui aproximadamente 6 milhões de mulheres a mais que homens, segundo dados da Pesquisa Nacional de Amostra por Domicílio (Pnad) realizada em 2011 e publicada no ano de 2012 pelo IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Realidade esta também informada pelo Sistema Único de Saúde, que informa através de dados estatísticos informados pelo Departamento de Atenção Básica (2012).

De acordo com Coelho (2003), podemos encontrar vários conceitos sobre saúde da mulher que abordam apenas aspectos biológicos, enfocando assim as questões físicas-anatômicas, outras mais amplas relatam a saúde da mulher em maiores dimensões, relacionando direitos e cidadania. Nas concepções mais

limitadas, o corpo da mulher é visto apenas como funcional, enfocando a reprodução e a maternidade, e nesse caso estão exclui-se os direitos sexuais e as questões de gênero.

Em 1984, o Ministério da Saúde elaborou o PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), incorporando, assim, como princípios e diretrizes, a integralidade e a equidade da atenção, incluindo ações educativas e preventivas, diagnóstico precoce, tratamento e recuperação, assistindo a mulher de forma global no que se refere às questões ginecológicas, planejamento familiar, pré-natal (Assistência prestada a gestante), puerpério (Período pós-parto), câncer de colo uterino e mama, além de outras necessidades (BRASIL, 1984).

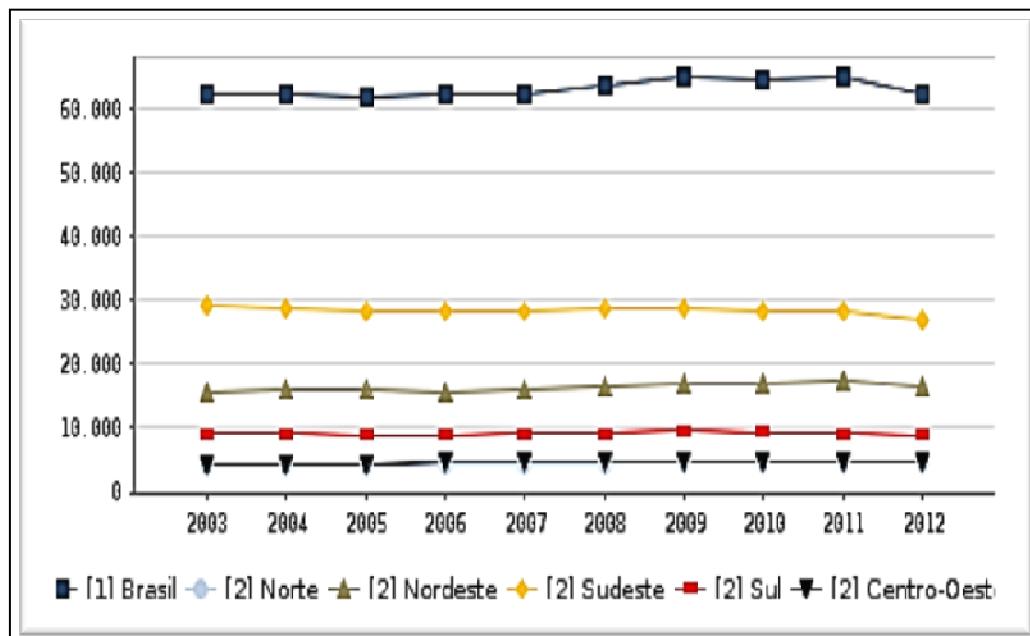
Na década de 1990, o PAISM é influenciado a partir da proposição do SUS, da nova política de saúde, pelo processo de municipalização e pela reorganização da atenção básica, por meio da Estratégia Saúde da Família.

Na área da saúde da mulher, é estabelecido para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, além da garantia do acesso às ações de maior complexidade, por meio da organização dos territórios estaduais (COELHO, 2003).

Com a implantação do SUS, em 1988, e sua regulamentação na década de 1990, o binômio mãe-filho foi teoricamente definido como prioridade, já que tanto a mãe como a criança eram considerados grupo de risco para índices de mortalidade e, portanto, ganharam destaque no que refere à atenção integral à mulher e à criança na rede progressiva de cuidados.

Podemos visualizar nos gráficos de acordo com o banco de dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS) o número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados nos últimos dez anos precedentes, de acordo com a região.

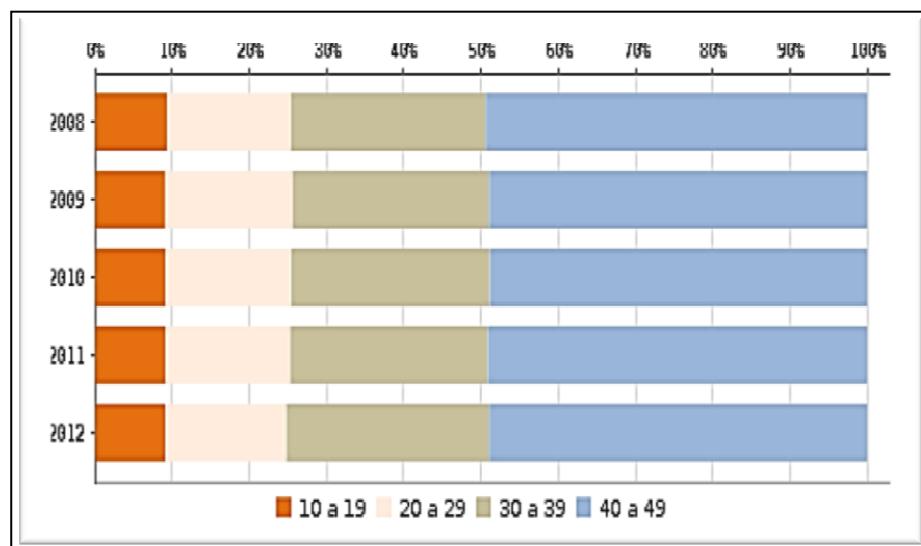
Gráfico 04 – Número de óbitos de mulheres em idade fértil notificados



Fonte: DATASUS/2012

E destes óbitos, podemos detalhar, segundo o grupo etário, a porcentagem em mulheres em idade fértil notificados:

Gráfico 05 – Porcentagens de óbitos em mulheres em idade fértil notificados



Fonte: DATASUS/ 2012

O DATASUS nos deixa claro, em levantamento estatístico de 2005 a 2011, que, destas notificações, 11896 óbitos são causadas no período de gravidez e puerpério, sendo esta a décima causa de mortalidade neste grupo. A primeira é a neoplasia de mama.

De acordo com Brasil (2009a), 92% dos óbitos maternos poderiam ser prevenidos. Percebe-se, assim, que a assistência pré-natal ainda é frágil. Uma atenção adequada (componente pré-natal), a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, atuação efetiva de ações de educação em saúde em um sistema ágil de referência hospitalar são aliados nesse processo.

De acordo com Brasil (2009a), o maior objetivo do início precoce e o acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento tranquilo da gestação, permitindo, consequentemente, o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, abordando também aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

O principal indicador do prognóstico ao nascimento é o acesso à assistência pré-natal e seu início precoce, essencial para a assistência adequada, favorecendo assim os cuidados no primeiro trimestre, indicando maior qualidade destes cuidados.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis) consultas durante a gestação. A atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, as consultas deverão ser mensais até a 28^a semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais ao término, não existindo, assim, alta do pré-natal.

A unidade básica de saúde (UBS), juntamente com a ESF (Estratégia Saúde da Família), deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde, e por ser porta de entrada, figura como melhor ponto estratégico para o acolhimento e atenção às suas necessidades, proporcionando assim acompanhamento continuado durante o período perinatal.

Assim, Brasil (2009a) desenhou os dez passos para o pré-natal de qualidade, iniciando com a captação precoce da gestante, garantia dos recursos gerais necessários a essa atenção, solicitação e avaliação de exames, além da consideração dos aspectos intelectuais, emocionais, sociais e não apenas do cuidado biológico e fragmentado (é neste passo que iremos nos detalhar), garantindo o transporte para o atendimento, a participação do parceiro no processo

perinatal, garantia de acesso à unidade, estímulo ao parto fisiológico, visita previamente o serviço que irá dar à luz e conhecimento acerca de seus direitos garantidos por lei.

Tendo em vista o exposto, a Política Nacional de Humanização (PNH) foi criada em 2003 para efetivar os princípios do SUS e tomar o acolhimento como postura prática nas ações das unidades de saúde, favorecendo, assim, vínculos, confiança e compromisso entre usuários e equipe de saúde, a fim de contribuir sistematicamente para a cultura de solidariedade e para a legitimação do serviço público, gerando como consequência o olhar integral da assistência.

Nessa perspectiva, o profissional deve favorecer um ambiente em que a gestante possa se expressar, falar sobre suas angústias e preocupações e, neste sentido, formar a rede de cuidado, articulando-se com a equipe multiprofissional se necessário, reestabelecendo vínculos da gestante com o profissional e equipe, estimulando a participação do pai no pré-natal e garantindo atenção integral e resolutiva.

A consulta de enfermagem é realizada pelo enfermeiro e objetiva propiciar condições para a promoção da saúde da gestante, contribuindo na sua qualidade de vida mediante uma abordagem contextualizada e participativa.

De acordo com o Ministério de Saúde, e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87, o enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, durante a consulta de enfermagem. Além da competência técnica, o enfermeiro deve estabelecer vínculos e demonstrar interesse pela gestante, pelas suas condições de vida, praticando a escuta ativa e considerando suas preocupações e angústias. Para isso, o profissional deve proporcionar o estreitamento das relações.

Nesse sentido, pode contribuirativamente para mudanças reais e saudáveis nas atitudes da gestante, de sua família e comunidade, exercendo assim papel educativo (BRASIL, 2009a).

De acordo com Brasil (2009a), são atribuições do enfermeiro:

- a) Orientar sobre a importância do pré-natal, imunização e aleitamento materno
- b) Cadastrar gestante no SisPreNatal e fornecer cartão de gestante
- c) Realizar consulta de pré-natal de baixo risco

- d) Solicitar exames de acordo com o protocolo
- e) Prescrever medicamentos padronizados pelo programa de pré-natal
- f) Realizar atividades educativas
- g) Realizar visitas domiciliares no período perinatal

De acordo com Figueiredo (2006), o trabalho de parto é um processo pelo qual o feto é expelido pelo útero, ocorrendo entre a 37º e 42º semana de gestação. A atitude humana é de extrema importância para a parturiente e seus familiares, que estão passando por momentos de angústia, ansiedade e felicidade. É de suma importância proporcionar um ambiente agradável e confortável e que o cuidado seja concentrado nas necessidades biopsicológicas da mulher, do recém-nascido e dos familiares.

Os partos estão divididos em: parto normal, que ocorre por via vaginal, de acordo com o curso normal da natureza; parto fórceps, utilizado quando o curso normal foi interrompido: no caso de sofrimento fetal, exaustão materna que impossibilite ajudar no período expulsivo; e cesárea, que é realizada através de incisão cirúrgica abdominal e no útero, indicado em casos de sofrimento fetal, descolamento de placenta e desproporção feto-pélvica. O Brasil é o campeão mundial em cesarianas, alcançando em alguns hospitais um índice de até 90%, a maioria destes desnecessários.

Figueiredo (2006) relata que o puerpério ou período pós-parto é o intervalo entre o parto e a volta do corpo ao estado anterior da gestação: ajustes fisiológicos, bem como os psicológicos, iniciam logo após o parto e permanecem até aproximadamente seis semanas, período popularmente conhecido como resguardo ou quarentena. O ambiente para o puerpério deve ser preparado para que a mulher seja recebida com afetividade, e orientada com mais brevidade possível pelo profissional de saúde.

Percebemos, assim, que a garantia da integralidade, que é um dos princípios constitucionais do SUS, juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde, bem como a participação da comunidade, podem modificar os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde mediante isso. O sujeito passa a ser percebido em sua totalidade, ocorrendo a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras. Dessa maneira, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve

acontecer de forma integral, unindo questões físicas, emocionais, do contexto familiar e relações sociais. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS), deve, portanto, atuar de forma ativa no período perinatal, exercendo papel fundamental neste cuidado e inserindo o pai ou companheiro, bem como familiares, nesta atenção.

O foco não deve ser apenas baseado nas questões físicas, mas também no que se refere ao processo que permeia o período gravídico-puerperal, devendo ser potencializado na escuta e na abordagem das equipes. Faz-se necessário, por fim, que o profissional de saúde tenha esta abordagem integral, considerando tudo que permeia sua história de vida, família, sentimentos, moradia e emoções, estabelecendo vínculos e valorizando o ser e suas individualidades (BRASIL, 2009a).

Diante disso, a criação de espaços de educação em saúde durante o período perinatal é de suma importância. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes e puérperas, quanto em salas de espera na própria unidade de saúde, ou em atividades com a comunidade para conversa e trocas de ideias. Faz-se necessário, em caráter emergencial, que o setor Saúde esteja aberto e disposto para mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla e sistemática o seu papel de educador e promotor da saúde (BRASIL, 2005).

2.7.2 Crescimento e desenvolvimento infantil

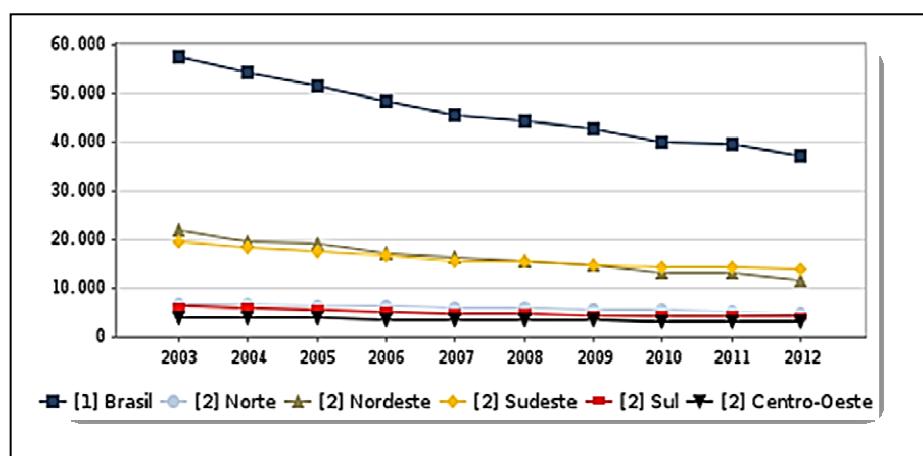
Figueiredo (2006) nos relata que o interesse da sociedade pela classe infantil nem sempre esteve presente. Até o século XVII, a criança era vista como um fardo, cuidados com o bebê não era tarefa agradável e prazerosa, o índice de mortalidade infantil era bastante elevado, principalmente as que eram afastadas dos seus pais e cuidadas pelas amas-de-leite. Destaca-se, do mesmo modo, a precariedade nas condições de higiene e escassez de profissionais da saúde como uma das condicionantes para o aumento da mortalidade neste período.

Percebe-se que mudanças de atitude com as crianças vêm acontecendo, ao longo dos séculos, e um novo olhar foi lançado. Essas alterações se expressaram inicialmente em 1924, na Declaração dos Direitos das Crianças pela Organização das Nações Unidas (ONU), e com o reconhecimento da Declaração Universal dos

Direitos Humanos, em 1959, que determinou princípios garantidos às crianças, assegurando o direito a um nome e à nacionalidade desde o nascimento, proteção especial para o desenvolvimento de forma saudável, benefícios da previdência social, educação gratuita, amor e compreensão para seu desenvolvimento, entre outros.

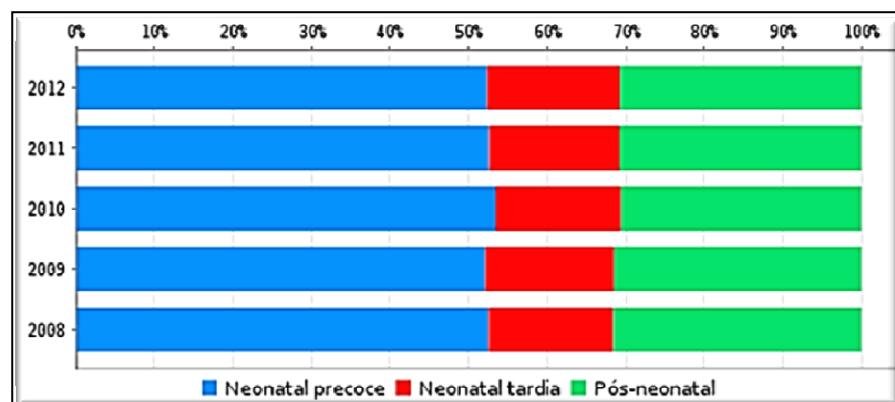
Podemos visualizar nos gráficos abaixo o número de óbitos infantis

Gráfico 06 – Número de óbitos segundo o número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, nos últimos dez anos precedentes



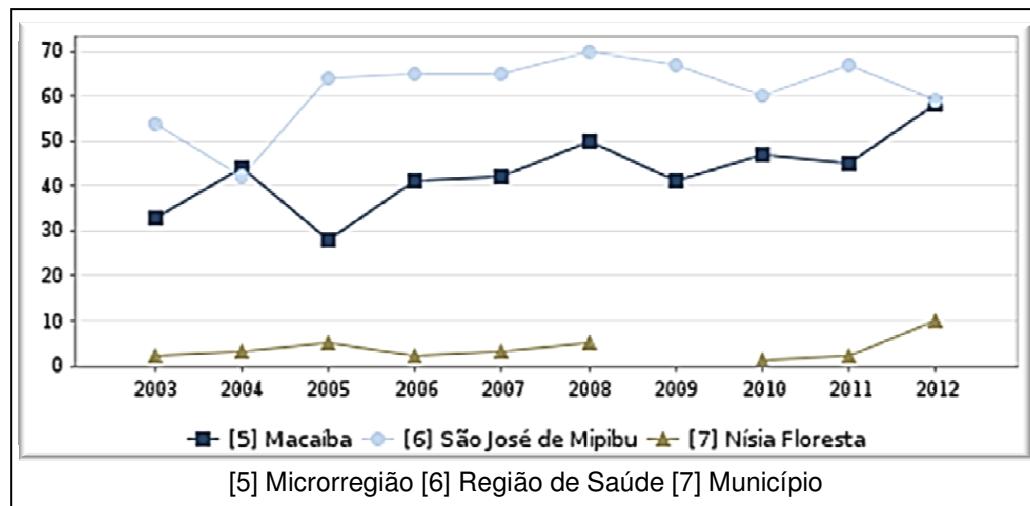
Fonte: Departamento de atenção básica/ SIM/SVS/MS-2012

Gráfico 07 – Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, os últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário



Fonte: Departamento de atenção básica/ SIM/SVS/MS-2012

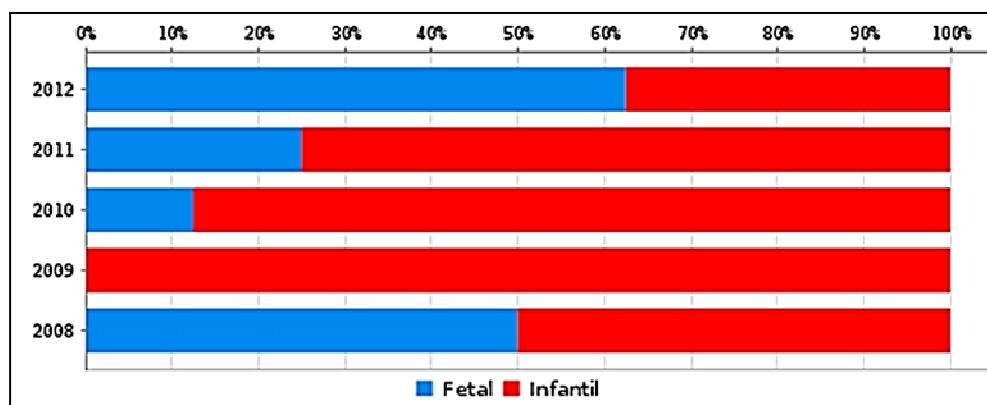
Gráfico 08 – Número de óbitos fetais (masculinos e femininos) notificados, nos últimos dez anos precedentes



Fonte: Departamento de atenção básica/ SIM/SVS/MS

Observa-se, no que se refere ao município de Nísia Floresta, que houve falta de notificação no ano de 2009 e um aumento nos óbitos infantis entre os anos de 2010 a 2012.

Gráfico 09 – Número de óbitos fetais e infantis (masculinos e femininos) notificados nos últimos quatro anos precedentes, segundo grupo etário



Fonte: Departamento de atenção básica/ SIM/SVS/MS-2012

Gráfico 10 – Número de óbitos infantis (masculinos e femininos) notificados, evitáveis segundo tipo de evitabilidade



Fonte: Departamento de atenção básica/ SIM/SVS/MS-2012

Um dos indicadores mais importantes para a análise da situação de saúde de um país é a taxa de mortalidade infantil, e divide-se nos período neonatal, até 27 dias de vida, e o pós-neonatal, entre 28 dias e o final do primeiro ano de vida.

Nos gráficos expostos, observa-se que, embora a taxa nacional de mortalidade infantil (crianças menores de um ano) venha caindo nas últimas décadas, graças às ações de diminuição de pobreza e ampliação da cobertura da Estratégia Saúde da Família, a meta de garantir a toda criança brasileira o direito à vida ainda não foi alcançada, pois as desigualdades sociais ainda são inaceitáveis. Além disso, 68,6% das mortes ocorrem no período neonatal (até 27 dias de vida) e um número expressivo de mortes por causas evitáveis.

As mortes por causas evitáveis estão mais associadas às condições precárias de vida, acesso e aos cuidados de saúde (BRASIL, 2005). Sobre este último, somos enfáticos no que se refere à necessidade de um olhar mais direcionado, mais humanescente. Embora o tema direto desta pesquisa não seja a abordagem de mortalidades, percebemos que este olhar tão necessário e ações tão simples podem salvar vidas.

Como visto anteriormente, a gravidez constitui um período de muitas expectativas, tanto para gestante, como para seus familiares, que se preparam para a chegada de um novo membro. Cada criança que nasce não é parte de um

contexto vazio, mas de um ambiente familiar que influenciará na formação deste sujeito em desenvolvimento (DE BEM; WAGNER, 2006).

Portanto, ao atender uma criança, o profissional de saúde não pode vê-la como um ser isolado, e sim como parte de seu contexto familiar, com características e funcionamento próprios. Faz-se necessário estar atento nas relações que os familiares estabelecem com a criança desde os primeiros anos, na forma como ela é recebida e “endereçada” ao mundo (BRASIL, 2005).

A participação paterna em todas as fases de desenvolvimento da criança é um elemento importante e um fator condicionante para o crescimento saudável, representando, assim, um fator protetivo para a saúde.

Ainda é observada, nos serviços de saúde SUS, uma mínima participação dos pais nas decisões e ações referentes à saúde infantil. Relata-se com frequência a saúde materno-infantil, mas pouco se observa em saúde paterno-infantil. No entanto, estudos demostram que a maioria dos pais gostaria de participar e receber informações relacionadas à saúde dos seus filhos (DUARTE, 2007).

A visita domiciliar torna-se um instrumento de suma importância para a troca de informações e orientações relacionadas às necessidades no que se refere ao período puerperal e ao aleitamento materno, tendo em vista que crianças amamentadas até os seis meses de vida apresentam menor morbidade, além dos vínculos afetivos que são estabelecidos e reforçados a cada mamada, higiene, entre outros, favorecendo, desta maneira, atividades educativas e ações mais humanizadas. Esta é uma das atribuições da ESF e uma das principais atividades preconizadas para o agente comunitário de saúde pelo MS (BRASIL, 2012).

Estas são recomendadas às famílias de gestantes e de crianças na primeira semana pós-parto, e sua periodicidade deverá ser pactuada com a família a partir das necessidades evidenciadas, levando em consideração os fatores de risco e de proteção.

Lembrando que esta é uma prática de todos os membros da equipe, podendo a primeira consulta do recém-nascido e da puérpera ocorrer em domicílio, conduzida pelo(a) médico(a) e/ou enfermeiro(a) (BRASIL 2006).

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida, além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais, próximas ao mês do aniversário. Essas faixas

etárias são selecionadas tendo em vista o calendário vacinal e de orientações de promoção de saúde e prevenção de doenças.

Brasil (2012) nos mostra que, na estrutura fisiológica humana, o que é inato não é suficiente para produzir um indivíduo sem a participação do meio ambiente. Tudo em um ser humano depende diretamente da sua interação com o meio em que vive. Tendo em vista esta interação, o desenvolvimento deste ser será sempre mediado pela família, pelos profissionais de saúde, da educação, que venham assim delimitar e atribuir significados à sua realidade.

O desenvolvimento psicossocial está diretamente relacionado à interação da criança com os seus familiares e com a sua rede social. Nas suas relações com o mundo, ela é capaz de assimilar e desenvolver habilidades construídas pela história social, ao longo do tempo, como as de sentar, andar, falar, entre outras.

Durante os primeiros dois anos, o desenvolvimento afetivo é importantíssimo, caracterizado no apego, que é o vínculo afetivo básico.

O objetivo do acompanhamento do desenvolvimento da criança pela atenção básica é a promoção, proteção da saúde, detecção precoce de alterações. Isso ocorre, principalmente, por meio de ações educativas e de acompanhamento integral da saúde da criança.

A criança deverá atravessar uma sequência regular. Caso ela não seja estimulada ou motivada no devido momento, ela terá dificuldades para superar o atraso do seu desenvolvimento. Afinal, o desenvolvimento infantil se dá à medida que a criança vai crescendo (BARROS; VICTORIA 2008).

Ao que se refere à saúde da criança, são atribuições do enfermeiro:

- a) Realizar consultas de puericultura conforme o preconizado na Atenção Básica;
- b) Realizar atividades educativas e de assistência aos escolares
- c) Monitorar, notificar e orientar escolares, pais e professores diante de efeitos vacinais adversos;
- d) Realizar a aferição dos dados antropométricos de peso e altura e avaliar o IMC das crianças;
- e) Exercer as atribuições que lhe são conferidas pela PNAB.
- f) Orientar as famílias sobre a necessidade de realização das vacinas
- g) Participar do processo de educação permanente em saúde;
- h) Realizar visitas domiciliares e participar de grupos educativos.

Por fim, pensar em educação para saúde significa pensar em qualidade, investir no acolhimento, na segurança e na aprendizagem. Significa sentir a mãe e a criança, proporcionar-lhe um espaço de convivência saudável, em que as emoções, os sonhos, as interações, a curiosidade e o prazer sejam evidenciados, ou seja, educar para a saúde e com saúde. Constitui-se na garantia ao direito da mãe ter uma gestação saudável e da criança de viver uma infância feliz.

2.7.3 Práticas integrativas complementares

Podemos perceber que nas áreas de saúde ainda predomina a visão biológica, centralizada nos avanços tecnológicos e de práticas médicas, mas já é perceptível um processo de mudança, mudança já vislumbrada na criação do SUS.

Partindo deste prisma, a Organização Mundial de Saúde vem estimulando há vários anos a utilização das Práticas Integrativas Complementares (PIC) através do programa de medicina tradicional, visando assim estabelecer o fortalecimento de políticas que integrassem terapias complementares nos sistemas de saúde.

Teixeira, Lin e Martins (2004) relatam que tanto a classe médica quanto a população costumam utilizar a expressão “Medicina Alternativa” para denominar métodos que não sejam os tradicionais. Contudo, essa expressão não seria a mais adequada por sugerir uma ideia de alternação, e que neste âmbito as terapias não são substituídas, mas complementares.

Este tema das Práticas Integrativas Complementares (PIC) vem sendo abordado e debatido desde a Conferência Mundial de Alma - Ata (Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde) realizada em Alma – Ata, na antiga União Soviética, nos dias de 06 a 12 de setembro de 1978, expressando a necessidade de ação urgente dos governos, de todos os trabalhadores da saúde e da comunidade mundial, para promover a saúde de todos os povos do mundo. Naquele momento, foi enfatizado o que conhecemos hoje como o conceito ampliado de saúde, assegurando ser este um direito fundamental.

De acordo com a Conferência de Alma – Ata, são essenciais os cuidados primários de saúde e estes devem ser colocados ao alcance universal dos indivíduos, da família e da comunidade. Referem-se, aqui, a cuidados primários, serviços de promoção e recuperação da saúde, incluindo a educação como peça

chave do processo. São enfocados os cuidados para saúde materno-infantil, lembrando que estas questões também foram levantadas com veemência em 1941, na 1^a Conferência Nacional de Saúde, bem como em 1950, na 2^o Conferência Nacional de Saúde, e ainda em 1975, na 5^o Conferência Nacional de Saúde.

A primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde, realizada em Otawa, em novembro de 1986, promoveu discussões baseadas nos progressos alcançados com a declaração de Alma – Ata, em 1978. Dentre elas, podemos destacar que as ações de promoção objetivam a defesa da saúde, e esta promoção vai além dos cuidados assistenciais de saúde: apoia o desenvolvimento social através da educação e intensificação das habilidades vitais. Por fim, a Carta de Compromisso com a Promoção da Saúde adotada em Otawa estabeleceu o desafio da mudança em direção a novas políticas de saúde que reafirmem a defesa da saúde como processos indispensáveis para alcançá-la.

Mediante o exposto, nas Conferências Nacionais e Internacionais, podemos evidenciar que o principal propósito de uma política pública saudável é criar ambiente social e físico comprometido com a saúde e favorável, para que as pessoas possam ter e viver vidas saudáveis.

Diante disso, preconizou a importância de uma política de atenção integral, que pudesse estimular mecanismos naturais de prevenção de doenças, promoção e recuperação de saúde, com ênfase na atenção básica, voltada para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Luz (2005) nos mostra que estas terapias são inovadoras, reposicionam o sujeito doente, que sempre foi visto como centro do paradigma médico, colocam as relações paciente-profissional de saúde como elemento fundamental da terapêutica. Com isso, buscam-se meios terapêuticos simples, com menos dependência das tecnologias científicas duras, além de serem financeiramente mais acessíveis, com igual ou maior eficácia, focado na construção de um cuidado mais humano e integral, contribuindo diretamente na autonomia do ser e na valorização de um saber/prática centrado na saúde e não na doença.

Assim, com a garantia da integralidade na atenção em saúde, surge, em 2006, a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no SUS, atendendo, sobretudo, à necessidade de conhecer, apoiar e incorporar

experiências no âmbito da Medicina Tradicional Chinesa, Acupuntura, Homeopatia, Fitoterapia, Medicina Antroposófica e Termalismo-Crenoterapia (BRASIL, 2006d).

Para Barros e Victoria (2008, p. 850), a inserção desta nova política é impactante e atinge diversos campos, sejam eles sociais, políticos, técnicos ou econômicos, uma vez que "promove a inclusão de práticas de cuidado subsumidas no discurso e ação dominadora do complexo mercado de produtos e serviços da racionalidade biomédica".

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares busca o estado harmônico da relação mente-corpo e também da relação indivíduo-sociedade, tornando-se assim complementares aos tratamentos usuais de saúde, contribuindo para o fortalecimento dos princípios fundamentais do SUS ao atuar nos campos da prevenção de agravos, promoção, manutenção e recuperação da saúde baseada na atenção humanizada instituída na Política de Humanização do SUS.

De acordo com Brasil (2006d), destaca-se:

- a) Medicina Tradicional Chinesa-Acupuntura: Sistema integral, originado há milhares de anos na China. Utiliza uma linguagem que simbolicamente retrata as leis da natureza e a harmonia visando a integridade. No Brasil, a Acupuntura foi introduzida há cerca de 40 anos. Em 1988, por meio da Resolução Nº 5/88, da Comissão Interministerial de Planejamento e Coordenação (Ciplan), teve as suas normas fixadas para o atendimento nos serviços públicos de saúde.
- b) Homeopatia: A Homeopatia sistema de caráter holístico, complexo, baseada no princípio vitalista. Este princípio dinâmico, imaterial, distinto do corpo e do espírito, integra a totalidade do organismo e rege todos os fenômenos fisiológicos.
- c) Fitoterapia: Terapêutica caracterizada pelo uso de plantas medicinais em suas diferentes formas farmacêuticas, se a utilização de substâncias ativas isoladas, ainda que de origem vegetal.
- d) Termalismo Social/Crenoterapia: O Termalismo compreende as diferentes maneiras de utilização da água mineral e sua aplicação em tratamentos de saúde. A Crenoterapia consiste na indicação e uso de águas minerais com finalidade terapêutica atuando de maneira complementar aos demais tratamentos de saúde.
- e) Medicina Antroposófica: Apresenta-se como uma abordagem médico-terapêutica complementar, onde o modelo de atenção é transdisciplinar, de base vitalista buscando assim a integralidade do cuidado.

Assim, podemos perceber que as Práticas Complementares têm um grande potencial quando se referem às discussões no âmbito da saúde, estimulando

mudanças nas referências medicalizadas do cuidado. Julgamos de suma importância um amplo processo educativo que formem profissionais capacitados e sensíveis, a fim de contribuir assim com o fortalecimento da Política de Práticas Integrativas e Complementares à saúde.

Este processo levará reconhecimento e apoio às práticas, estimulando novas modalidades de terapias.

Neste ínterim, em 2011, foi aprovada a Política de Práticas Integrativas e Complementares do Rio Grande do Norte (PEPIC), através da portaria Nº 274/GS, de 27 de junho de 2011, que, além das práticas descritas, criou duas novas categorias para as PICs, com grande abrangência conceitual. São elas:

- a) Práticas Corporais Transdisciplinares- PCT: Abordagens metodológicas que se utilizam da multirreferencialidade de saberes científicos, sobre o corpo, para produzir movimentos, de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transcorporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais.
- b) Vivências Lúdicas Integrativas- VLI: Abordagens metodológicas que propiciam diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio de integralidade da vida.

Como processo de evolução das Práticas integrativas, nosso estado está avançando e alinhado à atenção integral. Em 2012, surge o CAPPIC – Centro de Atenção e Pesquisa em Práticas Integrativas Complementares – da Universidade Federal do Rio Grande do Norte, com parcerias entre o Departamento de Saúde Coletiva (Núcleo de Estudos em Saúde Coletiva - Nesc), o Departamento de Farmácia, e a Escola de Enfermagem, todos integrantes da UFRN, compondo com a Secretaria Estadual de Saúde Pública.

Este centro de atenção é direcionado para o atendimento dos usuários do SUS, e, com a linha de pesquisa Integralidade e Transdisciplinaridade, representa um campo de pesquisa em práticas integrativas e complementares em um espaço vivencial humanescente. Assim como a política, o centro é um avanço de extrema relevância para o nosso estado.

Na utilização das práticas instituídas pela política estadual, desenvolveremos a nossa pesquisa.

2.8 CORPO, CORPOREIDADE E SAÚDE

Durante anos, o corpo humano vem sendo estudado e retratado na história, seja ele por pinturas, desenhos, fotografias e agora, cada vez mais, com os adventos da medicina moderna, que passam a mapeá-lo através de suas estruturas, com máquinas de poderio inimaginável em séculos passados: hoje é possível tirar fotografias cada vez mais reveladoras do quão é complexo e instigante esse instrumento capaz de fascinar a todos.

Além disso, o corpo tem sido colocado e apontado como objeto da biologia e da medicina, disciplinas que atuam mais no sentido do conhecimento e da intervenção, que analisam as formas, estruturas, funções, funcionamentos e motricidades desse corpo, reforçando que a história da anatomia e das tecnologias de visualização médica do corpo testemunha a forte relação do visual com a verdade científica (ORTEGA, 2005). Do mesmo modo, esse mesmo corpo arrebata ainda o interesse das outras ciências, tais como a economia, educação, política, sociologia, psicologia e tantas outras.

Atualmente, emprega-se o corpo como ferramenta na observação social e no contexto no qual nos inserimos dentro de uma sociedade, a qual transcende os processos biopsicossociais dos seres humanos, florescendo o fluir natural da nossa existência e humanescência, através de algo tão pertinente e intuitivo dessa existência, agregados às vicissitudes e pulsações do Ser. Esse Ser que se relaciona com o outro, transformando-o e sendo transformado pelo o mundo em que está inserido.

Entretanto, Shimamoto (2004) ressalta a fragmentação desse corpo ainda presente, em dias atuais, distinguindo o corpo-biológico, o corpo-social, o corpo-psicológico, o corpo-cultural, dentre tantos outros, demonstrando assim uma disjunção, afetando os sistemas que por sua vez são interligados e, através dessa fragmentação, são dissolvidos em sujeito, objeto, corpo, alma, mente, físico, psicológico, biológico, fisiológico e cultural. Além disso, o autor enfatiza que o corpo é também esculpido pelas emoções, pela linguagem, pela cultura, pela sensibilidade, e aprisioná-lo numa perspectiva biológica é impedir sua expressividade.

Pereira (2008) elucida que viver não significa unicamente pulsação cardíaca, respiração e locomoção, e sim fazer-se presente e atuante no mundo em que se vive, inserindo-se, expressando-se, movimentando-se, compartilhando saberes. Entretanto, afirma ainda que, corporalmente, isso se manifesta por meio da mobilidade, da respiração ritmada e profunda e do fluxo da energia corporal. Sendo assim, concordamos quando afirma a importância perceptiva acerca da forma corporal, sendo essa a insígnia de nossa história e de seu significado através das vivências dessa história.

Há um consenso acerca do corpo e da sua importância e inserção no meio social, visto que a corporeidade agrega a singeleza do Ser e de sua forma de expressão no mundo que o cerca. Como afirma Ortega (2005, p. 242), “o corpo é a base de nosso ser-no-mundo”.

Para tanto, através da corporeidade, podemos perceber a existência das várias formas de estar inserido no mundo através dos Eu-em-mundo, Ser-com-Eu-mundo, Ser-Eu-mesmo, e Ser-com, podendo chegar a existir muitas corporeidades em um única pessoa (HERRERA, 2008). Os autores Jacoby e Carlos (2005) definem que:

A manifestação da identidade do Ser ocorre através do elemento decisivo do Ser visto e do voltar-se a si mesmo, ou, em outras palavras, minha identidade é dada pelo Outro, desde uma experiência corporal. Concomitantemente, esses são os parâmetros para fundar as significações do entorno, armadas desde a sua formação, pela condição posicional do Homem no mundo (JACOBY; CARLOS, 2005, p. 52).

É consensual a ideia da corporalização nos processos do ser e a grande máxima de que somos compostos por matéria sentimental, orgânica, biológica e casual, este último delimitado e limitado ao o que o mundo nos traz, tornando-os culturalmente susceptíveis às suas mudanças e necessidades.

Através da corporeidade, o homem tende a se comunicar no mundo, expressando-se e magnetizando tudo ao seu redor, fazendo-se compreender e ser compreendido. Este homem é constituído de matéria corpórea-espiritual, bem como de suas relações dialéticas sem serem isoladas, mas tornando-se cada vez mais integrativas perante as condições humanas e do Ser (SHIMAMOTO, 2004).

Nesse ínterim, podemos observar que, para a corporalização e a comunicação expressiva do corpo, faz-se necessário utilizar indumentárias metafóricas da racionalização, da espiritualidade, do próprio corpo, da ludicidade, de sentimentos e da imaginação, sendo essas ferramentas integrativas do ser (PEREIRA, 2008). Para tanto, o corpo não tende a desaparecer e sim a transformar-se, estando aberto para o mundo (ORTEGA, 2007).

Cada vez mais é notória a utilização da corporeidade nas práticas do cuidado humanescentes. O enfermeiro, por exemplo, é o profissional que, diferentemente das outras especialidades biomédicas, preocupa-se com o homem em seu contexto holístico, não só delimitando suas patologias, e sim vendo-o como um todo e procurando perceber algo mais que possa interferir na sua qualidade de vida. O enfermeiro é compreendido como um educador das “massas”, pessoa que educa através da sua própria corporeidade, tentando transmitir conhecimentos e passar sentimentos de amizade e segurança ao próximo, em detrimento das suas necessidades. “O ato de cuidar na enfermagem é caracterizada por uma relação muito próxima, de contato físico intenso e permeado por várias sensações e sentimentos” (SARI, 2009, p. 548).

Em seu artigo, Sari (2009) discorre sobre o corpo cuidado e o corpo do cuidador, rompendo com as técnicas do assistir, (re) descobrindo o significado de “corpo”, resgatadando sua sensibilidade, percepção, responsabilidade, estética, essência e, principalmente, a ética nas ações do assistir. Torna-se pertinente falar, ainda, que a corporeidade é uma forma de perceber o Outro, não com suas palavras, e sim com suas expressões subjetivas-corporais. Somos capazes de interagir no mundo usando nossa corporeidade agregada aos sentimentos do poder-ser e do poder-fazer, sem infringir nossa humanescência e a luz existente em cada ser humano.

Nosso corpo se comunica com o meio externo, e esse, por sua vez, passa a interferir em nossas condições corpóreas, modificando-nos e (re) orientando-nos para a nossa sobrevivência e existência no mundo. Sendo esse corpo o arcabouço de informações e expressões perante o mundo (PEREIRA, 2008).

Para Sampaio (2009), corporeidade é:

Tudo que envolve a matéria corporal pulsante, consciente, o que pensa, sente, se movimenta, age conscientemente. É a relação complexa que envolve corpo-mente-espírito, a subjetividade expressa na objetividade corporal consciente, a energia vital do corpo que possibilita as sensações, os sentimentos, as emoções, os movimentos, as atitudes. Corpo sem corporeidade é matéria morta. A corporeidade é a vida do corpo. O corpo sem corporeidade não tem vida (SAMPAIO, 2009, p. 95).

Nessa perspectiva de uma corporeidade envolvente, pulsante, movida por um campo energético vibratório, destacamos sua importância fundamental como componente a ser trabalhado nos processos educativos. Não podemos pensar a educação descorporalizada, descontextualizada do cenário da aprendizagem vivencial, uma aprendizagem morta.

Estamos conscientes que se aprende pela via da nossa corporeidade, pelos nossos sentidos, pelas nossas potencialidades corporais viventes. A relação mãe e filho talvez seja a expressão mais profunda de uma relação de aprendizagem corporalizada. De uma dependência afetiva que se expressa pela interação de suas corporeidades. Possibilitar e estimular essas interações são pré-requisitos necessários nas práticas pedagógicas humanescentes, na organização e na operacionalização dos encontros de autoformação humana e autoformação maternal.

2.9 CUIDADOS HUMANESCENTES

O cuidar, para Boff (2000), envolve o acolhimento, o resgate da essência humana e o respeito à sacralidade do outro.

A palavra cuidar é interpretada de diferentes formas. No cotidiano das pessoas, significa abrigar o ser em seu contexto de vida. Requer o exercício da paciência, da solidariedade e da doação. Cuidar é encontrar maneiras de auxiliar quem está ao seu lado a caminhar, a desvendar os mistérios da vida, a encontrar-se com seu interior. Significa, portanto, não apenas executar atividades corriqueiras, mas parar a fim de olhar para o tempo, para o espaço, para os materiais e para pessoas com as quais esses cuidados serão desenvolvidos.

O cuidar envolve o olhar para o outro, o estar próximo, estender as mãos e disponibilizar também os demais sentidos. O cuidar exige o relacionar-se. Com o

cuidado, desvelam-se também processos educativos, pois a criança e o adulto apropriam-se de experiências que auxiliam na produção do sentido existencial.

No âmbito da saúde, o cuidar foi historicamente associado ao fato de tratar de doentes, de promover cuidados para recuperar a saúde. Com o surgimento do SUS, se redefine este conceito, se insere a concepção de atenção integral, que vai além do assistir, ou até mesmo antecede o processo do adoecer. Dar atenção é muito mais do que dar assistência, é o cuidar integral, respeitando a multidimensionalidade do ser humano.

Arruda (2000), ao analisar a concepção deste humano, destaca suas potencialidades.

Ao nascermos, trazemos conosco uma constelação de potenciais e probabilidades que nos cabe desenvolver. O corpo das crianças traz em si o potencial de crescer e atingir a vida adulta. A inteligência, a sensibilidade, a vontade, a intuição, todos os sentidos não materiais, inclusive o próprio sentido do amor também trazem o potencial de desenvolver-se. Não no isolamento, mas na sociabilidade e na interação com os outros e com o mundo. O homo traz em si potenciais genéticos (enquanto indivíduo), societários (enquanto agrupamento humano e sociedade) e filéticos (enquanto espécie) que lhe cabe desenvolver na máxima plenitude que lhe permita seu tempo de existência. Como único ser consciente-reflexivo, dos que conhecemos, ele recebeu da vida o poder e a responsabilidade de tornar-se sujeito desse desenvolvimento, como pessoa e como coletividade (ARRUDA, 2000, p. 32).

As potencialidades humanas apontadas pelo autor são características básicas que nos caracterizam enquanto espécie. Ao se deparar com a cultura, o homem se constitui como ser de costumes e de práticas. A sociedade é essencial para essa concepção de ser cultural. Na nossa evolução humana, temos visto uma verdadeira colisificação do ser. Nossas essências mais significativas, mais puras, estão ficando anestesiadas pela materialização dos nossos desejos. Hoje definimos quem somos pelo que temos.

Essa evolução materializada do ser tem afetado diretamente a concepção do cuidado em saúde. Ficamos confusos ao lidar com nossos semelhantes, desaprendemos a conviver e a ser. Esta crise existencial do humano tem refletido diretamente no sistema de saúde. Precisamos reaprender a expandir nossas essências humanas, humanescer (CAVALCANTI, 2006).

Essa crise é tão significativa no âmbito do SUS que, em 2003, o Ministério da saúde lançou a Política Nacional de Humanização com a função de (re)significar e viabilizar uma saúde digna para todos, com profissionais comprometidos com a ética e sobretudo com a defesa da vida, visto que, embora tenhamos alcançado avanços na descentralização e regionalização da atenção da saúde, no processo de trabalho percorremos o caminho inverso, vivenciando a competição, o esgarçamento das relações entre os próprios profissionais e destes com os usuários.

Tal fragilidade é agravada pelo baixo investimento na qualidade dos profissionais que, muitas vezes, chegam ao serviço desconhecendo o seu campo de atuação, desconsiderando as políticas que regem seus direitos e que diariamente enfrentam conflitos pessoais frente às necessidades do serviço. Além disso, muitos são profissionais que, pela sua formação inicial, baseada na perspectiva tradicional, tem o foco da assistência voltado para a doença e não para o sujeito (BRASIL, 2004b).

Nesse sentido, a Política de Humanização vem resgatar as dimensões sociais e subjetivas dos sujeitos, conscientizando os profissionais e os próprios usuários para um cuidado afetivo, ético, acolhedor e resolutivo. Conforme revela Brasil (2004b, p. 6), “devemos tomar cuidado para não banalizar o que a proposição de uma Política de Humanização traz ao campo da saúde”, pois ela não pode ser confundida com atitudes humanitárias de doação ou favores, já que em sua complexidade ela requer iniciativas que valorizem o ser cidadão em sua integralidade:

a Humanização deve ser vista como uma das dimensões fundamentais, não podendo ser entendida como apenas um “programa” a mais a ser aplicado aos diversos serviços de saúde, mas como uma política que opere transversalmente em toda a rede SUS (BRASIL, 2004b, p. 6).

Abordando a Humanização como uma estratégia que mobiliza aspectos da essência humana no processo de trabalho, não podemos considerá-la como simples programa, algo que seria sistematizado e mecanicamente posto em prática, e sim como uma política transversal, “entendida como um conjunto de princípios e diretrizes que se traduzem em ações nos diversos serviços, nas práticas de saúde e

nas instâncias do sistema, caracterizando uma construção coletiva" (BRASIL, 2004b, p. 7).

Como política, ela traduz princípios e estratégias que são desenvolvidas a partir das relações interpessoais entre equipe multiprofissional de saúde e usuários, e da conexão entre as diferentes áreas, setores, instâncias que compõem o SUS. Salienta-se que ela constrói-se na vivência solidária do cuidado e no comprometimento com a saúde integral do sujeito, aspectos que viabilizam a garantia dos direitos dos usuários e familiares e a melhoria nas condições de trabalho do profissional da saúde.

Para tanto, requer troca de saberes, escuta sensível, diálogo entre profissionais e entre estes e o paciente, além da construção do sentimento de implicabilidade e grupalidade. Aqui, fazemos referência à compreensão de rede descrita em Brasil (2004b): "estar conectado em rede implica exatamente esses processos de troca, de interferência, de contágio". Imbuídos desse sentipensar (MORAES, 2004), os sujeitos tornam-se capazes de transformar suas realidades de trabalho e sua forma de se organizar no mundo, ou seja, transformam-se a si mesmo e ao outro.

Podemos dizer que a Rede de Humanização em Saúde é uma rede de construção permanente e solidária de laços de cidadania. Trata-se, portanto, de olhar cada sujeito em sua especificidade, sua história de vida, mas também de olhá-lo como sujeito de um coletivo, sujeito da história de muitas vidas (BRASIL, 2004b, p. 9).

Como parte que compõe o todo SUS, essa Política é desenvolvida nos diferentes níveis de atenção. Na Atenção Básica, ela é vivenciada, conforme distam as diretrizes específicas, na elaboração de projetos de saúde individuais e coletivos para usuários e sua rede social, no incentivo às práticas promocionais de saúde, no acolhimento e inclusão do usuário, na organização do serviço para melhor atendê-los e no comprometimento com a qualidade do trabalho em equipe (BRASIL, 2004b).

Diante do exposto, percebe-se que a Política de Humanização veio ampliar a perspectiva do cuidado em saúde, garantindo a qualidade da atenção e da gestão de maneira integral. Com ela, procurou-se efetivar a construção dos vínculos e a valorização de profissionais e usuários do Sistema Único de Saúde, além de ter sido

garantido o direcionamento de forma humanizada da assistência prestada pelo enfermeiro.

Considerando a intencionalidade da política de humanização, convêm ressaltar que, na Base de Pesquisa Corporeidade e Educação da UFRN, estão sendo desenvolvidos importantes estudos sobre essa expansão necessária à condição humana, o humanescer, pesquisas que servem de referenciais da nossa pesquisa.

Para Cavalcanti (2008), a humanescência é a capacidade nata dos seres humanos de irradiar energia positiva quando vivem e vivenciam situações e emoções que possibilitam a liberação de um fluxo energético multidirecional e multifocal para si, para os outros e para o entorno. Todos os seres humanos possuem a capacidade de humanescer, porém, a forma de ser e estar no mundo vai determinar a qualidade e quantidade de seu fluxo energético humanescente.

Cuidar de forma humanescente é ver o invisível aos olhos, é ir além do corpo físico, é ter a noção do todo nas partes e as partes no todo.

3 OS INSTRUMENTOS E A HUMANESCÊNCIA: O CAMINHO DA PESQUISA



3.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo é uma pesquisa-ação existencial com aplicação metodológica qualitativa, pautada no marco teórico da corporeidade e nos procedimentos metodológicos de uma pesquisa participante, permitindo a mobilização de saberes a partir da reflexão e do diálogo.

Esta pesquisa de cunho qualitativo se desenvolve a partir de diferentes significados, considerando os aspectos subjetivos, abrindo espaços pra crenças, saberes, valorizando atitudes e aspectos que influenciam e, muitas vezes, determinam as relações que compõem os diferentes contextos.

Esta modalidade de pesquisa é desencadeada a partir do momento em que o sujeito reconhece a necessidade de modificar a prática. Portanto, o estudo não se desenvolve a partir de uma imposição, mas decorre das necessidades e das decisões elaboradas pelo grupo.

Pesquisa-ação é um método participativo de pesquisa, que busca ampliar os conhecimentos e também alterar as circunstâncias dos indivíduos para melhor envolvê-las no processo de pesquisa, processo complexo que exige habilidades em pesquisa e educação para mudança (SAKS; ALLSOP, 2011).

Na opinião de Barbier (2002), a pesquisa-ação obriga o pesquisador de implicar-se. Ele percebe como está implicado pela estrutura social na qual ele está inserido e pelo jogo de desejos e de interesses de outros. Ele também implica os outros por meio do seu olhar e de sua ação singular no mundo. Saks e Allsop (2011) destacam que aprender é parte fundamental do processo.

A pesquisa-ação inspirada por Dewey e trabalhada por Lewin (1946) se caracteriza por uma ciência da ação, nela são produzidos conhecimentos que ajudam a desvendar a complexidade do contexto e que facilitam a compreensão do mundo a partir das intervenções realizadas; esta se diferencia por contemplar, durante o processo investigativo, as vivências e as participações dos agentes sem desprezar a científicidade e objetividade do conhecimento.

Asmann (2005) afirma que a pesquisa-ação se constitui como uma pesquisa de partilha, nela o pesquisador não detém o saber e conduz o estudo, ele também é um ser aprendente e constrói, a partir das vivências com os participantes, novas vivências.

Considerando toda nossa percepção de mundo, de vida e a peculiaridade da experiência vivencial na ESF, a estratégia metodológica para documentar esta experiência não poderia ser outra.

Optamos por este caminho metodológico, considerando que neste cenário o pesquisador desempenha seu papel profissional numa dialética que articula constantemente a implicação e o distanciamento, a afetividade e a racionalidade, o simbólico e o imaginário, a mediação e o desafio, a autoformação e a heteroformação, a ciência e a arte (BARBIER, 2002).

Outro aspecto fundamental da pesquisa-ação é a inclusão de uma mediação de mudança descoberta ao longo da pesquisa, onde uma fase alicerça a outra. Opção adequada de metodologia de pesquisa quando o problema a ser abordado é complexo ou pouco compreendido (SAKS; ALLSOP, 2011).

Considerando as diferentes abordagens da pesquisa-ação, optamos pela Pesquisa-Ação Existencial (PA-E), já que se trata, segundo Barbier (2002), de aplicar faculdades de abordagem da realidade que pertencem ao domínio da intuição, da criação, e da improvisação, no sentido da ambivalência e da ambiguidade, em relação ao desconhecido, à sensibilidade e à empatia.

Além disso, já que falamos em corpo, em autoformação, não poderíamos nos aprisionar em pesquisas de cunho quantitativo, que pudessem fragmentar as ações e as repercussões de histórias, de movimento, de vida, que não podem ser vistas unicamente por linhas e tabelas ou representados em gráficos.

Nelas, o espírito da criação está no cerne, sem jamais saber o que virá no final. A categoria do “sensível” corresponde a seu eixo de compreensão tendo como objetivo final uma mudança de atitude do sujeito (indivíduo ou grupo) em relação à realidade vivida de representações, de sensações, de sentimentos, de pensamentos, de valores, de cada participante (sua existencialidade interna).

Seu processo metodológico favorece bastante o imaginário criador, a afetividade, a escuta, a complexidade humana, o tempo de maturação e o instante da descoberta. Concordamos com Barbier (2002, p. 73) quando afirma:

Nada se pode conhecer do que nos interessa (mundo afetivo) sem que sejamos parte integrante, “actantes” na pesquisa, sem que estejamos verdadeiramente envolvidos pessoalmente pela experiência, na integralidade de nossa vida emocional, sensorial, imaginativa, racional (BARBIER, 2002, p.70-71).

Segundo Barbier (2002), o maior sentido da pesquisa-ação está na vivência das espirais cíclicas reflexivas, consistindo assim no efeito recursivo entre a ação refletida e a reflexão do processo. Vivenciando esse espiral, o sujeito tem a oportunidade de acompanhar o tecer da vida e transformar quando necessário.

Envolve, portanto, a autoformação maternal, o desenvolvimento da sensibilidade, abrindo o coração e a vida para a vivência humanescente da ciência. Com a experiência das aspirais, o sujeito é conduzido a viver a dança, o movimento da construção do conhecimento.

Viver essa experiência expande as possibilidades, tornando o sujeito capaz de visualizar os caminhos a serem percorridos, identificar suas potencialidades e refazer sua trajetória, corporalizando o processo da autopoiese humana (MATURANA; VARELA, 2001).

Nela, o pesquisador necessita apresentar um conhecimento pautado nos aspectos objetivos e subjetivos, estar disponível, ter capacidade de renovar-se e adaptar-se, demonstrando prazer e confiança em realizar sua prática.

O pesquisador intermedia o processo de construção e ressignificação a partir do aprender e autoformar-se. Sujeito que vivencia a ação de “corporeificar” pelo exemplo (FREIRE, 1996), e é reconhecido por suas habilidades no ouvir, no agir, no envolver e ser perante suas ações, um ser ético.

Quando me dispus a ser pesquisadora participante, tal fato me permitiu ampliar meu olhar, visualizar a beleza dos gestos, dos movimentos, captar as expressões – e, muitas vezes, interpretá-las –, observar e compreender que um corpo é dotado de restrições, marcas determinadas pela história, movimentos, habilidades e beleza.

Dentro da pesquisa, as vivências apresentam destaque, a partir delas há a construção dos saberes, a autoformação, constituindo ferramenta importante para recriação, a formação de um novo sujeito, o sentir das sensações e emoções.

Toda a dinâmica e evolução a partir das vivências só serão possíveis se o sujeito se envolver e/ ou mediar o processo, embarcar numa viagem para dentro de si mesmo.

De acordo com Josso (2004),

o processo de caminhar para si apresenta-se, assim, como um projeto a ser construído no decorrer de uma vida, cuja atualização consciente passa, em primeiro lugar, pelo projeto de conhecimento daquilo que somos, pensamos, fazemos, valorizamos e desejamos na nossa relação conosco, com os outros e com o ambiente humano e natural (JOSO, 2004, p 59).

Nesse sentido, buscamos, por meio das vivências experenciadas, envolver os participantes e fazê-los compreender o sentido de gerar, de acolher e de acompanhar uma vida.

3.2 TÉCNICAS DE PESQUISA

3.2.1 Observação participante

De acordo com Lakatos e Marconi (2006a, p.275) “a visão não consiste apenas em ver ou ouvir, mas também examinar fatos ou fenômenos que deseja estudar”. Neste contexto, procura-se perceber as experiências vivenciadas, constituindo o caminhar para si e para o mundo. Nesta pesquisa, procuramos ter uma observação que vê o mundo com os sentidos, o corpo em sua inteireza, e com o coração.

A observação participante existencial (OPE): o pesquisador está implicado desde o início, porque já era membro do grupo antes de começar a pesquisa, deverá expor abertamente seu caráter observador e ter o aceite dos participantes do estudo.

Nela, o investigador é o responsável pelo sucesso da investigação, mesmo sem entrevistas ou questionários, responde às questões problematizadas.

Esta técnica, por fazermos parte da comunidade há mais de uma década e já ter estabelecido fortes vínculos, foi natural, afinal de contas, já participávamos do processo mesmo antes de seremos propriamente pesquisadores.

3.2.2. A escuta sensível

De acordo com Barbier (2002), a escuta sensível se apoia na empatia, o pesquisador necessita saber sentir o universo imaginário e afetivo do outro,

compreendendo comportamentos, atitudes e ideias de valores. Reconhece e comprehende a aceitação do outro sem julgamentos e comparações, transmite emoções, é presente e consistente.

A escuta sensível é sempre “multirreferencial”, aceita se surpreender pelo desconhecido e continua lúcida sobre suas fronteiras e zonas de incertezas, é uma arte. A audição, o paladar, o tato, olfato e visão podem se aplicar à escuta sensível.

Alguém só é pessoa através da existência de um corpo, de uma imaginação, de uma razão e de uma afetividade, todos em interação permanente. O pesquisador deve saber sentir o universo afetivo, imaginário e cognitivo do outro para “compreender do interior” as atitudes e os comportamentos, o sistema de ideias, de valores, de símbolos e de mitos (ou “existencialidade interna”, na minha linguagem).

3.2.3. Fotorreportagem

Registro fotográfico das experiências vivenciadas, dos encontros humanescentes mais significativos da Autoformação Maternal. Este acervo torna a pesquisa viva, com brilho, emoções e cores, mas não apenas para a pesquisa, ao final, todos os participantes receberam as imagens organizadas carinhosamente em um colorido álbum, eternizando esta incrível viagem ao universo afetivo.

3.2.4. Práticas Corporais Transdisciplinares

Abordagens metodológicas que se utilizam da multirreferencialidade de saberes científicos, sobre o corpo, para produzir movimentos, de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transcorporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais, promovendo alterações biológicas que produzem o bem-estar integral do ser humano e aumentam sua luminescência (PEPIC/RN, 2011).

3.2.5 Vivências Lúdicas Integrativas

Atividades vivenciais lúdicas que se caracterizam pela integralidade nas abordagens metodológicas da alegria de viver, fazendo emergir processos auto-eco-

organizadores da ludicidade humana, proporcionando prazer, melhora da autoestima e aumento da imunidade. Esta abordagem metodológica propicia diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria em contextos socioculturais específicos do adoecimento humano, buscando corporalizar o princípio de integralidade da vida (PEPIC/RN, 2011).

3.3 LOCAL DA PESQUISA

O município de Nísia Floresta localiza-se no estado do Rio Grande do Norte e fica a aproximadamente 40 km da capital. Quanto à população, nessa região, o censo de 2013, realizado pelo IBGE, demonstra que a população está em torno de 23.784 habitantes. O cenário escolhido para a realização da pesquisa foi a Unidade Básica da Saúde de Barreta.

3.4 AGENTES DA PESQUISA

A população participante da pesquisa foi constituída de dois segmentos: gestantes e seus respectivos bebês, com até um ano de vida, acompanhados pela equipe da ESF e residentes na comunidade de Barreta, Nísia Floresta/RN.

3.5 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO/EXCLUSÃO DOS PARTICIPANTES

Participaram deste estudo dez gestantes e seus respectivos bebês de até um ano de idade, acompanhadas pena Unidade básica de Saúde de Barreta/RN. Destas, foram selecionadas cinco gestantes que possuíram maior frequência nas consultas de pré-natal, bem como no acompanhamento de crescimento e desenvolvimento infantil.

3.6 ASPECTOS ÉTICOS

Cumpriremos os requisitos da Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº 466/12, de 12 de dezembro de 2012, e suas complementares. Nós nos

comprometemos a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para fins previstos no protocolo.

3.7 ANÁLISE DE RESULTADOS

O tratamento das informações será efetivado recorrendo-se à análise interativa dos registros obtidos, considerando que os instrumentos utilizados para coleta da informação certamente proporcionarão o existencial, a compreensão e a reflexão sobre a realidade que os sujeitos vivenciaram (discursos, concepções, sentimentos e atitudes), bem como oferecem os instrumentos para modificá-la.

A etapa de análise dos produtos obtidos na pesquisa terá como fundamento as concepções da corporeidade acerca do aprendizado humano e da formação para o cuidado, que, neste estudo, se expressa pelos princípios da humanescência.

Trata-se, portanto, de um relato de experiência didática cujos resultados receberam tratamento qualitativo-descritivo (GODOY, 1995). Para realização da análise qualitativo-descritiva dos dados, durante as vivências integrativas, foram delimitadas quatro categorias, sendo elas:

Ludicidade: Compreendemos, portanto, que a ludicidade é um fenômeno intrínseco à essência humana (SOUZA, 2010), sendo essencial para qualquer processo de construção de saberes, quer nas instituições de ensino, quer nos ambientes pedagógicos construídos de forma pontuais em espaços como as unidades de saúde.

Criatividade: Como bem social, a criatividade é compreendida e participa ativamente do processo de construção social (LA TORRE et al., 2008). São mentes que criam e possibilitam esses avanços educacionais. Este se tornou, portanto, um princípio fundamental no desenvolvimento humano e também para o desenvolvimento de nossa pesquisa.

Sensibilidade: De acordo com Boff (2000), a sensibilidade é fundamentalmente humana, com ela, o sujeito cuida de si, do outro e do mundo, com a sensibilidade a solidariedade é vivenciada. Revela-se pela capacidade de se emocionar e é compreendida pelo seu processo formador e transformador, através dela elaboramos as relações de afetividade.

Reflexividade histórica e vivencial: Compreendemos que as histórias são fontes imprescindíveis na formação dos saberes, são responsáveis pelo ser existencial, seu uso clarifica os saberes, aproximam os sujeitos e contribuem com o processo de interação.

3.8 DO LABORATÓRIO VIVENCIAL

As práticas da pesquisa-ação foram desenvolvidas na Unidade Saúde da Família (USF) situada na Rua Central, comunidade de Barreta, Nísia Floresta, Rio Grande do Norte, caracterizado como um pequeno município do estado.

Essa instituição de saúde localiza-se em uma região central da cidade, permitindo uma melhor acessibilidade aos usuários, aspecto prioritário do programa ministerial Estratégia Saúde da Família. Somado a isso, a USF adscreve aproximadamente 1700 usuários, com 12 gestantes, atualmente.

O setor de recursos humanos conta com a participação de um médico, uma enfermeira, um cirurgião dentista, um técnico de higiene bucal, uma técnica de enfermagem e 4 agentes comunitários de saúde (ACS), sendo dois deles atuantes na comunidade de Barreta, compreendendo assim a equipe mínima estabelecida pelo Ministério da Saúde. Outros profissionais, como psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional, dão o suporte à equipe.

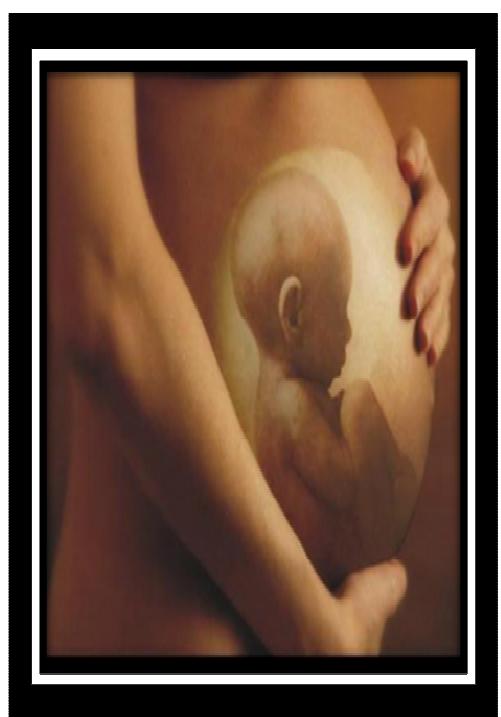
A estrutura é formada por 5 espaços, que auxiliam na consolidação do processos de trabalhos dos profissionais, são eles: 1) um espaço amplo que se destina às atividades de acolhimento, de desenvolvimento de práticas integrativas e educativas, bem como se configura em uma sala de espera; 2) 5 consultórios, sendo dois destinados às consultas de Enfermagem, 1 para consulta médica, 1 para coleta de esfregaço para citologia oncológica e uma última sala para o cirurgião dentista; 3) espaço destinado para as reuniões dos Agentes Comunitários de Saúde (ACS) e de outros profissionais; 4) direção; 5) espaço para disposição dos prontuários dos usuários, o arquivo; 6) sala de preparo; 7) cozinha; 8) 3 banheiros. Todos os espaços são bem iluminados e arejados.

Nessa perspectiva, e compreendendo a importância de um espaço acolhedor para os usuários e os profissionais, foram fomentadas várias atividades de ambência, o que permitiu um espaço alegre, lúdico, educativo e humanescente.

Como exemplo de tal peculiaridade, destaca-se a “salinha humanescente”, destinada à realização das práticas integrativas complementarem em saúde, consultas de crescimento e desenvolvimento Infantil pelo enfermeiro, bem como acolhimento e reuniões com gestantes.

Destarte, o ambiente descrito se configura em um laboratório vivencial viável para o desenvolvimento da pesquisa, pois permite uma melhor interação com o usuário, concretizando um ambiente pedagógico, pautado no pensamento complexo, na corporeidade, e na proposta transdisciplinar das práticas educativas.

4 VIVENCIANDO A AUTOFORMAÇÃO MATERNAL



4.1. O CENÁRIO HUMANESCENTE

De acordo com Brasil (2010), a ambiência na Saúde refere-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço social, profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora e humana. Nele, seguem-se, primordialmente, três eixos. Dentre eles, podemos destacar elementos que interagem com as pessoas, como som, iluminação e cheiro, de modo que o espaço possibilite a produção da subjetividade e o atendimento acolhedor.

Na Unidade de Saúde de Barreta, foi criado um espaço que pudesse contemplar as questões supracitadas e estreitar as relações estabelecidas com a comunidade em todos os ciclos de vida.

A humanização constitui a valorização dos sujeitos implicados no processo de produção de saúde. Nessa perspectiva, a ambiência solidifica-se como elemento fundamental, referindo-se ao tratamento dado ao espaço físico entendido como espaço profissional e de relações interpessoais, que deve proporcionar atenção acolhedora, humana e resolutiva (BRASIL, 2004b).

Assim, quando conceituamos o espaço construído para ser o “casulo” das consultas de crescimento e desenvolvimento infantil e vivências, em todos os ciclos de vida, como um espaço humanescente, alicerçamo-nos nos pressupostos de Cavalcanti (2006), que traz os saberes humanescentes como aqueles que emergem do interior do ser, da essência do humano, do belo, do sensível, do fluir, do deixar transparecer, do experienciar.

Nesse sentido, a humanescência é facilitadora do desempenho, permitindo não apenas a articulação dos saberes, mas o vínculo do binômio mãe-filho, já que proporciona uma integração entre os atores envolvidos no processo, convidando-os a protagonizar os momentos experenciados e a consulta integral do CD, ressaltando-se que o espaço acolhedor e ampliado da sala humanescente permite uma avaliação integral da criança.

O cuidado no âmbito da saúde da criança constitui um desafio a ser alcançado, com o intuito de instituir ações para o desenvolvimento integral da criança, reconhecendo que ações de prevenção neste período são essenciais na constituição de um ser humano saudável.

No contexto brasileiro, as consultas de crescimento e desenvolvimento infantil representam momentos ímpares de solidificação da atenção à saúde da

criança na Atenção Básica. Nessa conjuntura, o profissional sensível é integrante vital, tendo em vista que este atendimento e acompanhamento devem ser sistematizados, interativos e humanescentes, o que é especialmente relevante quando se trata do público infantil, que deve ser cativado para que o vínculo com o binômio mãe-filho seja edificado. Assim, estes atendimentos de promoção à saúde e à educação são realizados num espaço humanescente e visa, sobretudo, por em relevo a humanescência e a ambiência como aspectos basilares das ações de saúde no contexto infantil.

Utilizando os saberes da ambiência como uma forma de promover o protagonismo dos usuários por meio do estímulo da expressão, foi composto um espaço norteado pelas cores, pelo som, pela iluminação, dentre outros elementos, o que resultou num ambiente bastante acolhedor e estimulante das subjetividades, utilizado, após cada vivência, para as consultas solicitadas pelos protocolos do Ministério da Saúde. Com a mãe sempre por perto, estas consultas são realizadas no chão, sobre um tapete embrorrachado, rodeado de brinquedos coloridos e sonoros, proporcionando liberdade e tranquilidade, facilitando a observação e efetivação da afetividade entre os atores do processo.

Nesse ínterim, o ambiente foi construído visando-se concretizar um espaço humanescente que fosse um facilitador das práticas de saúde e educação, integrantes das consultas de crescimento e desenvolvimento infantil, além de outras vivências.

Foto 1 – Mãe e filho no espaço humanescente da UBS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Foto 2 – Atendimento infantil no espaço humanescente da UBS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Foto 3 – Atendimento infantil no espaço humanescente da UBS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

4.2 ENCONTROS E VIVÊNCIAS HUMANESCENTES

4.2.1 Luz, Câmera... Humanescência em ação!

O período gestacional é repleto de adaptações e mudanças, tanto no que se refere às questões emocionais, quanto às corporais, e estas transformações atuam diretamente no cotidiano da gestante e de seus familiares. O organismo feminino passa por profundas alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas em quase

todos os órgãos e sistemas: aumento de peso, das mamas, do quadril e do abdômen são algumas das mudanças corporais que acompanharão a mulher durante a gestação.

Figueiredo (2006) relata que, desde o momento em que a mulher entra no período gestacional, dar-se-á início a um processo de desenvolvimento que irá conduzir inúmeras transformações e consideráveis mudanças em nível biopsicossocial e em caráter emocional. A mulher pode não se sentir mais feminina ou atraente, alterando a sua autoestima e, muitas vezes, não se aceitando, embora esteja num momento considerado divino.

Sabemos que a gestação é um evento importante na família e repercute grandemente na formação dos laços afetivos, principalmente dos pais com os filhos, podemos considerar que a experiência de gerar um filho, gerar uma vida, é um momento de extrema relevância na vida da mulher, um momento único. Sendo assim, podemos visualizar este momento propulsor de grandes mudanças, expectativas, projetos e planos desenvolvidos pela família.

A gestação está em constante mutação, podendo ser alterada por informações, experiências sociais, emocionais e fisiológicas que o indivíduo recolhe no decorrer da vida. É por meio do corpo que interagimos com o mundo, é a partir dele que desenvolvemos a nossa identidade. A gestante vê o seu corpo mudando rapidamente e fugindo do que ela estabeleceu como sua identidade.

Diante do exposto, havia a necessidade da conversa, da interação e maior aproximação, afinal de contas esse momento era especial, era sublime e eu estava muito feliz em participar deste, sensível e consciente de todas as transformações que a mulher iria passar durante seu período perinatal (Pré-natal, parto e pós-parto/puerpério). Resolvi iniciar com ações que promovessem saúde e bem-estar, partindo do compartilhamento dos saberes.

Em uma roda de conversa, inicialmente, falamos sobre a gestação e suas transformações físicas e emocionais, mas era perceptível já no início da conversa que dois temas se destacavam: a mudança do corpo e o parto, que foi relatado como um momento de grande sofrimento.

Sobre o parto, as gestantes relataram:

Do meu último filho sofri um dia inteiro pra poder parir
(Luminescência).

Não gosto nem de lembrar porque toda hora tinha um toque, que dói demais, fiquei o tempo inteiro escutando piadinha, como se já não bastasse a dor (Reflexividade).

O meu foi bom, por que foi Cesária (Sensibilidade).

Não sei como é, mas posso imaginar a dor, todo mundo fala que dói demais (Criatividade).

Ao longo dos séculos, o parto foi associado com a dor e com o sofrimento. Dessa maneira, é cultural que parto normal tenha um significado e uma conotação de experiência traumática. Sendo assim, a dor é esperada pela maioria das mulheres de diversas culturas (FIGUEIREDO, 2006).

Como estratégia para que a dor do parto normal fosse evitada e, consequentemente, o poder médico sobre o corpo feminino, a mulher desenvolveu uma insegurança em vivenciar o processo natural e parturitivo, principalmente no que se refere ao enfrentamento da dor. A consequência dessa cultura foi o culto ao parto cesáreo. Em função desta vasta difusão, o Brasil passou a ser conhecido como um dos países com as mais altas taxas de parto cesáreo do mundo (FERRARI, 2004).

Para que as questões negativas referentes ao parto normal fossem minimizadas, foquei nas orientações sobre o período gestacional, os sinais do trabalho de parto e o processo de parto, com o intuito de minimizar seus anseios. Percebi que, após a fala, os relatos e a troca de experiências, houve um certo alívio para as gestantes, mas estou certa de que este tema deve ser abordado durante todo o pré-natal, de forma coletiva e individual.

Ainda pensando nas modificações corporais, foi realizada uma exposição dialogada sobre as alterações das mamas, que são percebidas desde o início da gestação, e os cuidados com as mesmas durante todo o período perinatal. Além disso, pudemos discutir a importância do aleitamento materno, quando muitas dúvidas surgiram, uma vez que o fator cultural para que o aleitamento não aconteça durante o período mínimo de seis meses ainda é muito forte na comunidade. No entanto, partimos para os questionamentos relacionados aos benefícios, que vão além das questões nutricionais: os vínculos afetivos mãe e filho são consolidados a cada dia, além do fator imunológico. Esta prática reduz a mortalidade infantil por enfermidades comuns, peculiares da infância (BRASIL, 2008b).

Sobre o aleitamento, foram relatadas as seguintes experiências:

Amamentei por muito tempo e não me arrependo, e esse aqui vou amamentar de novo (Criatividade).

Amamentei pouco tempo, meus peitos racharam, doía demais e dei logo mingau (Reflexividade).

Quero amamentar minha filha do jeito que aprendi aqui, é minha primeira e vou fazer tudo certinho (Sensibilidade).

Dizem que amamentar o peito cai, mas o meu nem caiu (risos) vou amamentar esse também a gente não tem dinheiro pra ficar comprando leite e massa e dizem que o leite do governo é fraco (Ludicidade).

Estamos cientes da grande importância dos temas supracitados, e os mesmos serão abordados sistematicamente em rodas de conversa e nas consultas individuais do pré-natal.

Mas, como mencionado no início de nossa fala, um dos maiores temores no período gestacional se refere às mudanças do corpo.

Sobre o corpo:

Só tô pensando que vou ficar gorda e feia, nem o cabelo posso pintar (Luminescência).

Fico preocupada se depois vai voltar ao normal, agora nem consigo me olhar no espelho e nenhuma roupa fica bonita (Sensibilidade).

Só penso se quando tiver bem cheinha meu marido ainda vai querer alguma coisa comigo (Reflexividade).

Minhas roupas ainda estão cabendo, mas depois só Deus sabe (Criatividade).

O período gestacional requer mudanças durante o momento de transição para a maternidade. Ao longo dos meses, o corpo da mulher é, intensamente e constantemente, sensibilizado a desenvolver uma linguagem própria e particular. Esta linguagem é caracterizada por mudanças posturais e expressão corporal: seu mundo interior, suas emoções e sensações. É por meio do nosso corpo que podemos interagir com o mundo, é a partir dele podemos desenvolver a nossa identidade.

Assim, a gestante percebe a cada dia as mudanças em seu corpo, fugindo do que ela estabeleceu como sua identidade (BONET, 2003). A maneira como esta mulher vai lidar com todas as mudanças durante o período gestacional irá influenciar fortemente a relação futura com a criança (MALDONADO, 1997).

Gonçalves (2006) nos afirma que:

Pela imagem corporal, é definido e delimitado o nosso campo perceptivo, construindo assim o foco das nossas percepções, faz com que todo o organismo se volte para o objeto e atua como filtro analisador das experiências pois antecipa a ação (2006, p.107).

Embora, na roda de conversa, fosse percebida a compreensão das nossas gestantes para o fato de que o período de transformação corporal seria transitório, a preocupação com a imagem corporal era notória, algumas mencionaram que não se sentem bem ao se olharem no espelho. A imagem corporal está na formação da própria identidade e a exteriorização é manifestada na postura, na expressão e revela a sua atitude diante do mundo (GONÇALVES, 2006).

A autoestima das gestantes pode ser um aspecto que venha prejudicar o processo gestacional. Podemos visualizar a autoestima como um conceito de grande abrangência no que se diz respeito à avaliação que o indivíduo faz de si mesmo, seja ela positiva ou negativa. Além disso, é considerado, geralmente, o componente avaliativo do autoconceito, onde estão inclusos aspectos comportamentais e afetivos (BLASCOVICH; TOMAKA, 2001).

Quanto mais forte estiver nossa autoestima, mais teremos suporte para enfrentarmos as oscilações da vida, com mais confiança poderemos abordar os problemas no âmbito pessoal, social, profissional, interpessoal e familiar. O respeito por nosso ser nos mantém firme na luta diária por uma existência digna. A autoestima autêntica não é mera realização pessoal, e sim um pré-requisito psicológico para o amor solidário, atuando diretamente no sistema imunológico. A autoestima é forte suficientemente para que possamos nos permitir fazer uso de nossos talentos e viver intensamente e serenamente com nossas limitações. Assim, dificilmente será feliz e realizado um ser que não esteja ao menos razoavelmente feliz de ser quem é, e de ser como é. Se não aceitar serenamente suas limitações e se valorizar no que realmente é importante, viverá uma tensão interior (BONET, 2003).

Diante disso, a sala de vivências foi transformada em um estúdio fotográfico, assim podemos produzir um book de cada gestante, valorizando a beleza do momento. Nas paredes, fixados com muita fita adesiva, lençóis, para compor o cenário. A unidade de saúde estava repleta de objetos pessoais como chapéu, lenços, brinquedos de pelúcia e maquiagem, para completar a produção das belas mamães. Todas estavam ansiosas para iniciarmos a transformação. Aos poucos, o poder da autoestima foi construindo uma imagem saudável de si mesmo, sabemos que a relação mais importante é aquela que tem consigo mesmo, principalmente quando em seu ventre a vida se renova a cada dia. Assim, entre poses e sorrisos, a corporeidade foi tomando forma. “A autoestima fraca é o caldo de cultura da depressão, e a autoestima forte é bom antídoto preventivo contra ela” (BONET, 2003, p. 113).

Contudo, percebemos que o movimento humano transcende e faz surgir ou ressurgir o novo, o belo... A cada pincelada de cores e tons, a cada troca de acessórios, surgia uma nova mulher, com uma nova forma de lidar com sua corporeidade. “O corpo como corpo vivido englobando todos os sentidos, sentidos que se intercomunicam” (MERLEAU-PONTY, 2006, p. 95).

Foto 4 – Ensaio fotográfico realizado na BS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Fica claro que o corpo, para sua corporalização e comunicação expressiva, necessita utilizar indumentárias metafóricas da racionalização, de espiritualidade, o próprio corpo, a ludicidade, sentimentos e a imaginação, sendo essas ferramentas integrativas do Ser (PEREIRA, 2008).

Foto 6 – Ensaio fotográfico realizado na UBS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

A linguagem, como gesto corporal, está impregnada no corpo (GONÇALVES, 2006). Pessoas que se amam e que vivem de bem consigo mesmas são mais seguras e felizes, abrigam sentimentos dignos e fortes.

É na comunicação intrapessoal que, inevitavelmente, tocamos na realidade sobre a nossa autoestima: esta não seria apenas gostar do próprio lado bom, e sim aceitar as nossas características, sejam elas positivas e negativas, e aceitá-las tendo em vista que não somos perfeitos. Percebemos, assim, o homem como um ser sensível, vivendo num mundo repleto de experiências que são incorporadas em nosso ser a partir das nossas histórias, sejam elas individuais ou coletivas, cujas raízes estão na região do sentir (MERLEAU-PONTY, 2006 p 71-82).

Foto 9 – Ensaio fotográfico realizado na UBS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Torna-se pertinente reafirmar que a corporeidade é uma forma de perceber o Outro, não com suas palavras, e sim com suas expressões subjetivas-corporais. Somos capazes de interagir no mundo usando nossa corporeidade agregada aos sentimentos do poder-se e poder-fazer, sem infringir nossa humanescência e a luz existente em cada ser humano.

Assim, após uma manhã inteira de *clicks*, nada mais gratificante do que finalizar ao som das palavras delas...

Me achei tão linda! Nem acreditei que era eu mesma, em casa não tenho tempo nem de pentear os cabelos (Ludicidade).

Adorei fazer as fotos, me senti uma modelo (risos), muito divertido e engraçado, quando eu chegar em casa toda cheia de maquiagem... Meu marido não vai nem me conhecer (Criatividade).

Um dia de princesa para quem se acha feia quase todo dia, engordei demais, não via graça em me arrumar porque nada ficava bom, mas hoje foi outra história (Reflexividade).

Vou mostrar quando o minha filha crescer como a mãe dela ficou bonita, nunca pensei em ter dia de modelo no posto de saúde (Sensibilidade).

Não podemos pensar a educação descorporalizada, descontextualizada do cenário da aprendizagem vivencial, uma aprendizagem morta. Devemos ser norteados por uma educação viva, com visão de corporeidade em movimento, englobada no ser que cria e recria a sua própria essência.

Assim, finalizamos esse encontro com a percepção da presença, nas gestantes, de uma corporeidade pulsante, envolta de uma energia contagiente e envolvente, fundamental no processo educativo.

4.2.2 Experienciando a modelagem luminescente

Nesse encontro, objetivamos a construção e o fortalecimento do pensamento, através de uma educação transdisciplinar, acolhendo a imaginação, a intuição e a sensibilidade, apresentando a proposta da pedagogia vivencial humanescente como maneira de pensar, fazer e sentir a educação. Possibilitando, assim, construir cenários que possam expressar, através do uso da massa de

modelar, o significado da família e o modo como pode ser visto este novo ser que irá fazer parte dessa família. Segundo Veiga (2008):

O contexto no qual se desenvolve a gravidez é extremamente importante, pois a história dos pais e daquela relação irá influenciar no resultado da gestação e nos cuidados com o filho. Os pais têm um bom relacionamento? Que lugar a criança ocupa nesta família? A gravidez foi planejada ou não? (VEIGA, 2008, p. 16).

Compreendemos que nem sempre todos os membros da família estão preparados para o ajuste de papéis. A maneira de encarar esta nova fase da vida, bem como as expectativas, irão repercutir no contexto de vida dessa família, outro fator que pode influenciar positiva ou negativamente seria a reação da família diante desta gravidez (VEIGA, 2008).

Diante desta afirmação, é de fundamental importância existir uma qualidade nos vínculos durante todo o período perinatal.

Portanto, o destaque neste encontro se dá para a subjetividade humana, a fim de perceber que a corporeidade e a sensibilidades estão no palco da transdisciplinaridade.

Para que os ânimos fossem acalmados, e o cansaço fosse diminuído, tendo em vista que todas chegaram à unidade de saúde a pé, uma música instrumental já estava sintonizada com o ambiente que exalava um aroma suave de lavanda, considerada como um dos “coringas” da aroma terapia (Terapia holística que utiliza aromas e atuam através do sistema olfativo): sua principal propriedade é direcionada ao equilíbrio do corpo e da mente. Aos poucos elas foram chegando e entrando em sintonia com o ambiente. Colchonetes já estavam organizados e, em cada um deles, um kit colorido de massa de modelar. Sem entender muito bem o que iria acontecer, Ludicidade questionou: *A gente vai brincar é? Não estamos muito grandinhas pra brincar não?* A ludicidade na vida de um adulto por si já é uma temática contraditória, como ressalta Cavalcanti (2010a).

Vivemos numa cultura em que o brincar não é valorizado, assim, não sabemos brincar, como afirmam Maturana e Zoller (2004).

Nossa cultura ocidental moderna desdenhou o brincar como uma característica fundamental na vida humana integral. Talvez ela ainda faça mais: Negue o brincar como aspecto central da vida humana [...]

Devemos devolver o brincar como aspecto central da vida humana (MATURANA; ZOLLER, 2004, p.245).

De acordo com a carta da transdisciplinaridade adotada no Primeiro Congresso Mundial de Transdisciplinaridade em Portugal, em 1994, nos é posto, em seu artigo 11, que a educação transdisciplinar valoriza o papel da intuição, da imaginação, da sensibilidade e do corpo na transmissão dos conhecimentos. Além disso, devemos ensinar a contextualizar, esta abordagem é transcultural. Dessa forma, neste encontro, utilizar o recurso da modelagem de cenários através da utilização da massa de modelar constitui uma ferramenta pedagógica de intervenção educativa, assumindo esse caráter transdisciplinar.

Faz-se necessário a abordagem metodológica apropriada, que focalize a experencialidade humana em seu duplo sentido: intervivencial e intravivencial. A ação educativa corporalizada envolve sentimentos e saberes pelo compartilhamento da vivencialidade, incluindo o processo de autoformação (CAVALCANTI, 2010b).

Cavalcanti (2010b) ainda nos mostra que, na formação do espírito transdisciplinar, há, subjacente, um alicerce criativo, sensível e lúdico, no qual o sentir, o criar e o brincar são fundidos em um sentimento de alegria de viver com sentido humanescente.

Já envolvidas pelo ambiente, cada gestante foi ocupando seu espaço nos colchonetes e, com muitos sorrisos, desembrulhando a caixinha da massa de modelar. Pedi para que cada uma montasse um cenário, através da modelagem, que retratasse como elas viam e sentiam a família, e como este novo ser, que estava sendo gerado, estava inserido neste aspecto familiar. Assim, poderíamos perceber quem estava sendo considerada como família, como seria o convívio familiar dessa gestante, a participação dos outros membros, e a aceitação deste bebê no contexto familiar.

Aos poucos, a timidez foi se dispersando, as projeções já estavam tomando forma. Observava o cuidado nos detalhes das formações, como as junções das cores e detalhes, a brincadeira verdadeiramente estava sendo levada a sério! O tempo passava e ninguém questionava, pareciam, verdadeiramente, estar envolvidas e encantadas: uma viagem ao interior, onde o acesso seria restrito.

Foto 10 - Vivência com o uso da modelagem realizada da UBS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Esse foi um momento lúdico, no qual as gestantes puderam exercitar e vivenciar a criatividade, muitas vezes adormecida. Nesse momento de experenciação do ser, a modelagem trouxe uma emoção, um toque de leveza e um encantamento: elas puderam viver a alegria de criança, do brincar com a vida. De acordo com Varela et al. (2001), as emoções fazem parte da vida humana e são expressas com o corpo, são elas que, em seu fluir, modelam nossa vida cotidiana.

Foto 11 – Vivência com o uso da modelagem realizada da UBS



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Após a finalização dos cenários familiares através da modelagem, foi solicitado que as gestantes os descrevessem. Em sua maioria, as imagens revelaram como membros de sua família apenas a nuclear, mas mencionaram em suas falas que, embora não tenham representado na modelagem, consideravam outras pessoas, com ou sem ligação biológica, como da família.

A família representa o primeiro espaço de socialização e local para o exercício da cidadania: nela ocorre o desenvolvimento individual e coletivo de seus integrantes (FERRARI; KALOUSTIAN, 2004). A família representa um dos principais, senão o principal, contexto de socialização dos indivíduos, possuindo assim um importante papel na compreensão do desenvolvimento humano, assumindo um processo em transformação constante, multideterminado pelo contexto social no qual se insere (DESENEN; BRAZ, 2005).

Sobre a família, foi mencionado:

Não tenho mais nem pai nem mãe, fiz de massinha meus filhos e meu marido, mas meu marido tem outra família e isso é muito complicado, às vezes bebe e fica “brabo”, mas considero a minha família muito importante pra mim.

Sou de outra cidade e moro aqui só com o meu marido, mas a família dele é daqui, eles são legais, mas só quis desenhar nos três, me sinto muito feliz com a família que tenho, mas sinto falta dos meus pais e irmãos que estão no interior.

Apesar das transformações familiares, ainda pode ser percebido nas falas e expressões das gestantes que este é um pilar importante e desejado por todas, não importando a sua configuração.

Em relação a como foi a aceitação deste bebê no contexto familiar, elas mencionaram:

Não tava nada programado, engravidéi sem querer, no começo foi muito complicado, não queria aceitar, meu outro filho ainda é muito pequeno, mas agora conversando com as colegas que também estão grávidas, e estes encontros aqui no posto estou aceitando, tô mais calma, mas vou amar como eu amo o outro.

Eu não planejei nada, mas aconteceu, to feliz, já sei que é uma menina e já estou organizando umas coisas cor de rosa.

Vivenciando o saber tocar, o saber ouvir, o saber olhar, o refletir, passamos a compreender melhor o outro. Trazer essas subjetividades revela as riquezas das vivências experenciadas, a partir de uma perspectiva transdisciplinar e transcultural, na qual as diferenças, culturas, atitudes e emoções vão delimitando o percurso a ser trilhado e percorrido.

4.2.3 O encontro humanescente das corporeidades

Nessa vivência, o momento era de refletir sobre o corpo e a corporeidade. Buscamos compreender como as gestantes percebiam e sentiam os seus corpos, a ideia que tinham de corporeidade, bem como sensibilizá-las para a ação deste corpo no mundo, para a incrível arte de gerar vida, e para a importância de se conectar de forma mais íntima com este novo ser.

Afinal de contas, a nossa capacidade de coexistência social surge em nós somente na epigênese humana, na biologia do amor, vale dizer, uma vez que crescemos na validação operacional da autoaceitação do outro, por meio da intimidade dos encontros corporais com nossas mães, em total confiança.

Temos a capacidade de viver no amor se nele crescemos; e nele precisamos viver para ter saúde espiritual e fisiológica (MATURANA; ZOLLER, 2004).

O primeiro encontro foi com a natureza: é importante ressaltar que a relação ser humano e natureza ocorre de forma simultânea, essas interações são tão intensas que o ser humano e a biosfera se configuram em um ambiente único, e este ambiente nos explica no universo. Na beira-mar, o sol estava a nos prestigiar e pudemos sentir a brisa, sendo este um local de contemplação. Amplia-se, assim, a possibilidade do diálogo e da conexão entre o homem e o mundo. Para Bruhns (1997):

As experiências íntimas do corpo com a natureza numa perspectiva subjetiva, expressa em alguns casos uma busca de reconhecimento do espaço ocupado por esse corpo na sua relação com o mundo, uma revisão de valores bem como um encontro muito particular do homem com ele mesmo (BRUHNS, 1997, p. 136).

Nesse sentido, foi disposto na areia branca e macia, de forma circular, os colchonetes utilizados na unidade básica de saúde. Solicitamos que, antes de

iniciarmos a vivência, elas pudessem, em uma única palavra, descrever o que estavam sentindo. Algumas responderam: *cansada, pressa, curiosidade, alegria*. Após o questionamento e registro, foi solicitado que cada gestante parasse por alguns minutos, fechasse os olhos, sentisse a brisa acariciar a pele, o pulsar do coração, a respiração, e permitissem que o som vindo das ondas pudesse embalar aquele momento, de modo que elas pudessem ouvir atentamente o próprio corpo.

Após alguns minutos, foi solicitado que elas abrissem os olhos e alongassem de forma suave o corpo. Com o passar do tempo, optamos continuar a vivência na unidade de saúde, tendo em vista que, mesmo cedo, o sol amigo já começava a nos oferecer desconforto.

Foto 12 – Roda de conversa sobre a importância do contato com a natureza



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Foto 13 – Estímulo à participação dos pais nas vivências



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Foto14 – Alongamento



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Já na unidade de saúde, ainda em silêncio, após um copo com água, adentramos a salinha adaptada para as vivências, os colchonetes já não ocupavam posição circular, pois o espaço não nos permitia. Uma suave canção tocava enquanto as gestantes se acomodavam, chegava o momento de tocar no corpo, deixar a emoção tomar conta e ouvir o que ele tinha pra falar.

Nesse sentido, a comunicação verbal, corporal, afetiva, apresenta-se como universo desafiador para as gestantes e para uma enfermeira que sonha, acredita no cuidado humanescente e no valor das emoções como expressões corpográficas de um campo energético materno-infantil.

Durante nove meses, a corporeidade materna acolhe e se mistura com a corporeidade do bebê humano. É um vínculo muito forte de contato afetivo, que favorece o desenvolvimento biopsicoafetivo do feto e futuro bebê. A comunicação mãe-filho já se inicia pelo encontro de suas corporeidades, ainda no ventre materno.

Fotos 15 – Práticas Corporais Transdisciplinares



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Maturana e Zoller (2004, p. 150) falam sobre esse processo destacando os ritmos corporais. Para eles: “os ritmos corporais, e o fluxo das configurações de coordenações sensomotoras, no estreito contato corporal que acontece entre mãe e filho, são a base da qual surge a consciência humana”.

O bebê, em crescimento, vive num fluxo de configurações temporais como formas rítmicas de movimento recorrentes no ventre materno. Protegido e seguro, num devir pulsante e polirítmico, o embrião cresce desenvolvendo seus próprios ritmos corporais em dueto com os da mãe, que o contém e o alimenta em seu útero: ritmo cardíaco, respiração, movimento e vibração de voz materna.

Ao término das canções, pedimos que fossem abrindo os olhos e aos poucos se sentando. A seguir, foi questionado se tinham conseguido ouvir o que o corpo dizia. Ludicidade, com largo sorriso, disse: *o corpo falou que ela estava ficando diferente, mais cheinha, e mesmo assim mais feliz*. Criatividade mencionou

que deu vontade de chorar e que pensou em seu bebê: *o coração bateu mais acelerado apesar de estar tudo calmo, fiquei muito emocionada.* Luminescência disse: *pensei como era interessante levar um filho na barriga, muita responsabilidade, já tenho dois filhos, mas nunca tinha parado pra pensar nisso.*

Nessas falas, era perceptível que, de certa forma, o corpo era entendido, mesmo não sendo intencionalmente, como um sistema energético de atuação e apropriação da realidade. Avançamos na construção de novas linguagens e novas formas de conceber conhecimento, investindo em experiências reflexivas e vivenciais, iniciando uma nova compreensão sobre o corpo, uma visão sistêmica, transdisciplinar, que lança sobre ele um olhar sensível e que integra.

Podemos falar que corpo é lugar de vida, habitat da alma, expressão da existência do homem; é linguagem e meio de apropriação. É ambiente sagrado, dimensão sócio-histórica.

É também a matéria com a qual nos apresentamos ao outro e que, sendo construída e desestruturada através das experiências de vida, revela-se como armário de cores, sensações, conflitos, emoções.

Por fim, o corpo habitado não é apenas sede de uma fusão de sensações, nem de variações de tonalidade, mas é um lugar de emergência de uma forma singular do pensamento que acontece na vida imediata da vivência corporal. Olhar para ele, portanto, significa olhar para a vida.

A corporeidade expressa a dinâmica organizativa da vida. Constitui-se, por meio do corpo, seu habitat, mas não se restringe a ele, já que no mundo, para existirmos, dependemos também das relações que estabelecemos com as coisas e com as pessoas.

Sendo assim, corporeidade é corpo, é percepção, é consciência, e é sentimento. Reúne pensamentos, sonhos, emoções e a relação interativa, autoconstrutiva, de corpos. Nesse sentido, o corpo e a corporeidade constituem-se em sistemas autopoieticos de complementariedade.

Conforme afirma Assmann (1999), nossa corporeidade, em todos os seus aspectos, é criadora e fabulosa do "real".

No que concerne ao modo como percebem o corpo, podemos apresentar as seguintes falas:

Meu corpo é muito forte, já aguentou muita coisa (Sensibilidade).

O meu corpo fala por mim, quando estou feliz ou triste todo mundo vê (Criatividade).

O meu corpo deve ser muito maravilhoso pra fazer crescer uma criança e depois ainda ter o alimento dele no peito (Reflexividade).

Meu corpo, deixe eu pensar... é um presente de Deus. Posso andar, falar e até parir (Ludicidade).

A corporeidade é, portanto, compreendida no contexto da complexidade da existência, envolve a ação e interage com os diferentes momentos da vida numa dinâmica de viver, compreender e aprender, e “é nesse processo que está envolvida a totalidade humana, onde a intuição, os sentimentos, as emoções e afetos desempenham papéis importantes nos processos autoorganizacionais” (MORAES, 2003, p. 161).

Após o momento do ouvir o corpo, sentir o corpo e como viam o corpo antes de qualquer fala minha, Ludicidade, sempre sorridente, perguntou: *e não vai perguntar o que a gente achou de ir na praia não?* Todas começaram a rir, inclusive eu. A energia era tão boa que nem percebemos a hora passar, mas é claro que perguntei o que elas acharam do momento na praia, desse contato com a natureza. A mesma respondeu-me, ainda com sorriso largo: *Tanto tempo que moro aqui nunca parei pra sentir a praia, é claro que já tinha visto a praia, mas sentir tudo que senti hoje, isso nunca tinha acontecido.* Sensibilidade, sempre calma, completou: *Parece que a gente fica mais perto de Deus, ele nos dá as coisas, mas nem percebemos.* Criatividade finalizou dizendo: *muita coisa se faz, mas nem percebe respirar, por exemplo, foi a primeira vez que parou pra prestar atenção dessa maneira na respiração, no vento e no barulhinho do mar, tenho certeza que todo mundo ficou mais calmo, mesmo sabendo que estamos cheias de coisas pra fazer.*

Nesse ínterim, algumas palavras inicias, que foram expressas, já não cabiam mais. E a pressa? Já tínhamos até esquecido das coisas que tínhamos pra fazer em casa. E o cansaço? *Foi embora, acabou*, disse Sensibilidade. E a curiosidade? Criatividade respondeu: *É porque nunca vimos consulta na praia e muito menos deitadas no chão com música.* E a alegria? *Ah! Esta só aumentou*, respondeu Ludicidade.

Por fim, podemos afirmar que a corporeidade compondo o ser humano autopoietico também é autopoiese e funciona como reguladora da vida. Por ser vida,

a corporeidade pode ser estimulada e sentida em todos os momentos em que nos colocamos como seres existenciais, como também o nosso corpo que passa a expressar de maneira expressiva e expansiva. Assim, corporeidade e corpo, quando percebidos, tocados e estimulados, fazem emergir sentimentos de alegria, pertencimento, que ressignificam nossa trajetória, como nos fala Leboyer:

Achava que, por minha idade avançada, não poderia pensar mais no meu corpo. Agora, embora sinta ele cansado, pude sentir que ainda tem vida e posso continuar com alegria e fé (LEBOYER, 2009 p 16).

Com esses depoimentos, uma grande satisfação invadia, pois assim como fui tocada em relação ao meu corpo ao entrar na linha de Corporeidade e Educação, parecia-me ter reacendido a luz que habita o corpo dessas futuras mamães, algumas de primeira viagem, outras de algumas viagens, mas nenhuma anteriormente percebida pelas emoções. Abre-se um espaço para um novo modo de ser, agora coeso e integral, não apenas pela materialidade ou pela espiritualidade, mas pela sua corporeidade, que torna aquelas mulheres seres complexos e mais belos.

Compreendendo que a gestação é um momento de profunda riqueza e transformação na vida do casal, em todo o contexto familiar, o pai deve entrar nesse processo, no triângulo de vínculos estabelecidos entre a mãe-bebê-pai, antes mesmo do nascimento, quando se percebe que a qualidade dessa presença será de fundamental importância e constituinte desta relação, que inicialmente será dual, e posteriormente estabelecida também pela presença paterna. Pensando nisso, procurei incentivar a participação do pai nesse processo tão mágico.

Mas precisamos prosseguir, afinal de contas, no início ouvimos que tem gente com pressa, mesmo que tenham esquecido temporariamente de seus afazeres. Após este momento, prosseguimos para a consulta de pré-natal, de acordo com os protocolos do Ministério da Saúde.

Foto 16 – Participação ativa do genitor



Fonte: Arquivo pessoal da autora

4.2.4 A melodia corporal

Estávamos caminhando na comunidade, quando três gestantes, conversando, questionaram qual seria a surpresa do próximo encontro e que já estavam ansiosas para chegar logo. Dei-me conta que eu também estava ansiosa, mas não havia nenhuma surpresa preparada, foi então que entrei em contato com um graduando de enfermagem, que também é musico, e perguntei se ele não poderia estar presente no próximo encontro com as gestantes, ele se prontificou e encaminhei através da agente comunitária de saúde cartões para que cada gestante pudesse escolher uma música que marcou no passado ou que gosta de ouvir atualmente. Agora sim tínhamos uma surpresa!

Chegou o grande dia e as futura mamães buscavam, nos olhares e nos murais, algo que justificasse a solicitação musical. As cadeiras já estavam em forma circular; em frente de cada cadeira, bacias com agua morna e bolas de gude; cada uma foi sentando nas cadeiras e acomodando os pés dentro das bacias; o nosso músico convidado já havia chegado e afinava o violão; ao ritmo da sonoridade do instrumento, foram descansando, afinal de contas, a maioria chega à unidade de saúde a pé, suada e cansada.

Ao som da melodia, mexiam os pés sobre as bolas de gude, sentindo uma suave massagem, e assim solicitamos que deixassem essa sensação fluir. Aos poucos, como já tinham passado anteriormente as músicas pedidas pelas gestantes ao nosso colaborador musical, foram surgindo as músicas que marcaram de alguma

maneira a vida de cada uma. Entre o silêncio inicial, a timidez e boas risadas, surgiram até algumas lágrimas, assim, foi perceptível a energia do ambiente, tudo parecia estar se harmonizando.

Com a música, nós somos capazes de sonhar, nós choramos e rimos, nós pedimos, nós propomos, de forma suave nos entendemos, aprendemos e vivemos todos os nossos anseios interiores. No fundo destes, existe sempre uma necessidade de compreensão, comunhão e felicidade.

De acordo com Gohn (2010), o poder da música é incrível, podendo acalmar ou exaltar, alegrar ou tristecer, fazer esquecer ou lembrar. É impossível e improvável permanecer imune a esta forma artística e tão expressiva que, ao longo do tempo, vem se expandindo, conquistando e ocupando espaços, sempre evoluindo através da troca.

Fotos 17 – Automassagem nos pés e musicoterapia (PCT e VLI)



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Após algumas canções e com a automassagem nos pés, agora em silêncio, mais uma vez iremos tentar interagir e ouvir o nosso corpo e sua linguagem, sua sonoridade. De acordo com Gohn (2010), no nosso cotidiano, a sonoridade proporciona melodias tanto nas composições das grandes cidades, com seu agito, quanto nas mais tranquilas. Tudo é música, mas o nada, o silêncio, também é música. A utilização desse recurso sonoro na educação surge com o intuito de desenvolver percepções e criar condições para uma relação com os sons da vida. O ser humano é composto de música, constatada em sua respiração, nas batidas do coração, como também na sua fala, que é musicalizada (GOHN, 2010).

Finalizando o primeiro momento deste encontro. Chegou a hora de falar, expressar os sentimentos e emoções, compreendendo que inúmeras são as modificações vivenciadas pela gestante no decorrer de todo o período gestacional, experenciando inúmeras sensações através de seu corpo, corpo este que concebe vida, fazendo sentir de forma intensa as emoções.

Os relatos de Sensibilidade, Criatividade e Ludicidade sobre esse primeiro momento:

Não dormi bem ontem, já vim cansada, meus pés doíam, mas quando comecei a massagem, ouvindo as músicas relaxei, esqueci um pouco dos problemas...

Estava ansiosa pra chegar hoje, não sabia que podia massagear meu pé assim tão fácil, tenho tudo em casa, bacia pra lavar a roupa e bilocas dos meninos, assim fica mais descansada por que o pé é o que mais dói. E a música acalmou minha bebê que quando chegou ela estava mexendo muito.

Eu estava era curiosa pra saber o que ia ter hoje, fiz o almoço logo ontem pra não chegar atrasada, gostei muito de tudo, e ainda tem mais né?

Saciando a curiosidade de Ludicidade, vamos para o segundo momento do nosso encontro, no qual iremos ter uma conversa com os nossos bebês, quando poderemos expressar verbal e não verbalmente o nosso amor, o toque, a fala, a música (dessa vez no aparelho de som, pois na sala ficamos mais à vontade, só as mulheres). Toalhas macias estavam à disposição para que cada gestante pudesse secar os pés, pois iríamos para nossa salinha, que já estava reservada para as vivências. Calmamente escolheram os colchonetes, já organizados, e aos poucos se

deitaram. Foi pedido que a tranquilidade e a calmaria expostas no primeiro momento do nosso encontro fosse transferida intencionalmente para o seu bebê, e para elas referissem palavras de amor e carinho, enquanto acariciava de maneira suave seu ventre.

Fotos 18 – Práticas corporais transdisciplinares, automassagem, meditação e transferência de amor



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Até pouco tempo atrás, acreditava-se que a placenta funcionava como uma barreira protetora, um filtro que permitia apenas que os nutrientes adentrassem, impedindo assim a entrada de substâncias nocivas. Atualmente, esta noção mudou e já sabemos que a placenta não funciona como barreira, nem tampouco como filtro de substâncias nocivas: qualquer substância ingerida pela mãe será passada para o feto. Não por acaso, fumo e álcool afetam nocivamente o bebê, as alterações e perturbações emocionais maternas provocam alterações neuro-hormonais, alterações da pressão arterial, repercutem diretamente no estado neurofisiológico do feto, ou seja, diretamente em seu estado emocional (WILHEIM, 2006).

Sabemos a importância do toque: este é um contato primordial entre a mãe e o bebê, desde quando ainda está no calor do útero, flutuando no líquido amniótico.

A melhor forma de dar as boas-vindas é o toque feito com amor, aumentando assim o vínculo entre mãe e filho, assegurando um bem-estar físico e mental. A massagem é uma forma de utilizar o toque como um recurso precioso, que promove de maneira simples efeitos terapêuticos, relaxantes, atuando em diversos sistemas do corpo, além de realizar a ligação direta com as emoções.

Eu, que apenas conduzia a vivência e observava o grupo, fui envolvida em um ritmo energético contaminado de amor. Sabemos que os talentos, as capacidades e as habilidades apresentadas pelo recém-nascido começam a se desenvolver muito tempo antes dele nascer.

Especialistas concordam em dizer que o bebê, antes do nascimento, é um ser sensível, inteligente e com traços de personalidade, e que a sua vida afetiva e emocional está diretamente relacionada com a experiência relacional com a sua mãe, captando os seus estados emocionais e a sua disposição afetiva para com ele.

Nesse sentido, hoje já se sabe que existe uma comunicação intrauterina durante o período gestacional, e que esta afetividade é de suma importância para o desenvolvimento do seu filho: uma mãe com o estado emocional desfavorável transmite para o bebê sentimentos de angústia e desamparado; por outro lado, se a mãe dedicar alguns momentos de seu dia para direcionar atenção, conversar, cantar e acariciá-lo com ternura através do seu ventre, poderá favorecer as condições emocionais do seu filho ainda na vida intrauterina (WILHEIM, 2006).

Reafirmando a importância deste contato recheado de afetividade, um estudo realizado pelo médico psiquiatra e musicoterapeuta Tisera-López (2000), que menciona a utilização dos movimentos e expressões corporais e o canto em gestantes a partir da 16º semana gestacional, com o objetivo de estabelecer e ampliar os canais de comunicação entre a mulher e seu bebê.

Para o autor, quanto mais a audição pré-natal é estimulada, melhor será o desenvolvimento cognitivo do bebê.

Finalizamos o segundo momento após minutos de emocionantes expressões corporais de afetividade, jamais visto e jamais sentido com tamanha intensidade, todas juntas em um só propósito, mamães, bebês, todos inebriados com tanta energia envolta de amor.

Segundo Cabral (1999), devemos considerar o corpo como uma possibilidade de expressão, uma possibilidade de sentir o mundo, utilizando recursos e meios que possam vir a estimular a corporeidade do ser, com técnicas criativas e construtivas que proporcionem sensibilidade. Ao considerarmos que o corpo é uma possibilidade rica de expressões e de sensações para sentir e perceber o mundo, pode-se projetar à mulher, em vivência gestacional, toda essa riqueza aflorada intimamente, proporcionando momento ímpar.

Maldonado (1997) nos alerta:

Além do alimento material imprescindível para a manutenção da vida física, outro alimento indispensável e imprescindível é o afetivo, do amor desde a concepção e por toda a sua vida, o amor recebido todos os dias garante o saudável desenvolvimento psíquico e emocional. Por que fomos criados para o amor, logo o que os pais mais devem fazer para que os filhos sejam felizes, realizados, contentes e realizadores é “alimentá-los permanentemente com pratos cheios de amor” Assim como não deixam passar um dia sem alimento material (MALDONADO, 1997, p 25).

Criatividade relata:

Nunca tinha reservado um momento assim com meu bebê, até acariciava minha barriga, mas pra ver se ele parava de mexer porque às vezes incomodava, mas agora sentir algo bom entrando pelos meus pés e tomando o corpo inteiro, nem sei explicar direito como é isso, só sei que é muito bom.

Ludicidade, com expressão preocupada, menciona:

Eu achava que o bebe não escutava nada, eu nunca tinha conversado com nenhum dos filhos na gravidez, e que se eles escutam mesmo tudo devem escutar também as brigas que tem em casa, e completa: por isso que os meninos são estressados.

Sensibilidade finaliza dizendo:

Nem parece que estamos num posto de saúde, está melhor até que a consulta particular que só mede a barriga e tira a pressão, queria muito minha bebê e estou adorando essas novidades, quero saber de tudo e fazer tudo de melhor pra ela.

Expressões marcantes, cheias de sentimentos mistos: este momento foi ímpar. Pude observar novos sentimentos florescerem, todas pareciam envolvidas, neste dia vi nascer novas mães em busca do melhor para si, para o bebê e para sua família.

4.2.5 Experienciando e vivenciando o amor através do toque humanescente

Nos bebês, a pele transcende a tudo. É ela o primeiro sentido. É ela que sabe... Ah, sim, é preciso dar atenção a pele, nutri-la com amor... (LEBOYER, 2009).

Sabemos que o tato é o primeiro sentido que se desenvolve e é também o sentido mais desenvolvido ao nascer, estando diretamente interligado ao sistema emocional, neurológico e consciente. Sendo assim, além de confortar e tranquilizar, o toque possui efeito extremamente positivo no desenvolvimento tanto físico quanto mental do bebê. No momento do toque, ocorre o resgate da experiência vivida no espaço intrauterino: dentro do útero, o bebê é cercado e acariciado durante toda a gestação, carícias e massagens proporcionadas pelo líquido morno e tecidos desde o início da vida fetal (LEBOYER, 2009).

O ambiente de paz e segurança é proporcionado na vida intrauterina, onde ele se desenvolve, e um dos primeiros órgãos a se formar é a pele. Sabemos que a pele é o mais antigo e sensível órgão, nosso primeiro meio de comunicação, o mais eficiente protetor.

Após o nascimento, a massagem contribui com a continuação do contato íntimo entre mãe e bebê. Neste sentido, este procedimento vai além das terapêuticas e age como protagonista da integração fisiológica natural e consciente, permitindo ao bebê suportar o trauma do parto, em que este passa de um ambiente de proteção total para um ambiente desconhecido, quando, por meio da amorosidade e carinho materno, irá restabelecer a confiança necessária para que se torne uma criança feliz e saudável (SILVA; NASCIMENTO, 2001).

Para Leboyer (2009), a pele tem papel fundamental na constituição da psiquê do bebê. Ele reafirma que a forma do toque manual deve lembrar a forma de como o bebê era tocado pelo útero materno, e que a linguagem do amor é a linguagem compreendida pelos recém-nascidos. A mãe é capaz de reconhecer as diferentes situações que envolvem seu bebê, até mesmo antes do nascimento, e é capaz de responder às suas necessidades a cada momento.

Diante do exposto, podemos considerar que a Shantala seria um elemento facilitador no processo de amorosidade do binômio mãe-filho.

A prática de massagear bebês foi originada no sul da Índia, em uma região chamada Kerala e foi divulgada e disseminada à população pelos monges, posteriormente tornou-se uma tradição repassada de mãe para filha. Em Calcutá, na

Índia, o obstetra Frederick Leboyer observou uma mãe massageando seu bebê e se encantou com a beleza e o vigor dos movimentos.

Sim, fiquei mudo pela maravilha. E confuso pela profundidade da lição. E, de certo modo, constrangido por ter surpreendido essa troca. Quando, depois que terminou e se deu conta de que eu estava ali, Shantala sorriu para mim... (LEBOYER, 2009).

Shantala tinha sido recolhida com os dois filhos por uma associação de caridade. Ela contribuía de acordo com suas possibilidades (há alguns anos ficara paraplégica) e foi nessa associação que, como descreve Leboyer, “numa bela manhã, ensolarada e resplandecente”, ele encontra Shantala sentada no chão a massagear o bebê. Encantado, batizou a sequência da massagem com o nome da mulher que a realizava: Shantala (LEBOYER, 2009). Em meados de 1970, a Shantala foi trazida ao ocidente pelo obstetra francês Frederick Leboyer.

Após o encantamento pela Shantala, resolvi que esta faria parte do nosso próximo encontro. Embora, na cultura ocidental, não demos muita ênfase aos nossos sentidos, vivemos em mundo de muitas palavras e poucos toques, quis trabalhar o encontro das emoções, afinal de contas, nossos bebês já estavam familiarizados com a massagem que as mães realizavam durante todo o pré-natal, aquele contato já havia sido estabelecido desde a vida intrauterina.

Conversamos sobre a Shantala com as mães, que ficaram encantadas com a história daquela mulher. Mencionamos que esta massagem poderia acalmar e ajudar o bebê a dormir melhor, além de aliviar cólicas. Poderia ainda favorecer o desenvolvimento psicomotor e emocional, e proporcionaria uma maior integração dos pais com o bebê. Era muito mais do que massagem, era troca de amor. Orientei sobre a técnica, mas neste primeiro contato o mais importante era tocar, explorar os sentidos de amoresidades.

Na técnica, orienta-se que a criança esteja inteiramente despida, de modo que é importante que a massagem seja feita em local adequado para que o bebê não sinta frio. O óleo, para facilitar a massagem, deve ser previamente aquecido, e os movimentos não deverão ser realizados após alimentação. Após o término, a massagem será seguida pelo banho, retirando o excesso de oleosidade da pele e completando a sensação de profundo relaxamento. A mãe deve estar sentada no chão, mas não em contato direto com o solo: as pernas esticadas, costas eretas, ombros relaxados, o contato dos olhos é de grande importância. Durante a

massagem, é preciso conversar com a criança não apenas com palavras, mas com as mãos, com sorrisos e também com o silêncio. A massagem com toda sua técnica não é indicada para bebês antes de um mês, mas para estes está liberado toques de carinho de forma suave (LEBOYER, 2009).

Inicialmente, a técnica foi demonstrada, e então veio nosso primeiro obstáculo: as mães não se sentiam confortáveis com a posição solicitada, reclamaram de formigamento nas pernas, dores nas costas e ombros. Tentei algumas vezes, mas sem êxito. Elas solicitaram que pudessem ficar numa posição mais confortável, então a técnica foi readaptada para aquela realidade vivida e acordamos que ficassem na posição mais confortável. No restante, toda a técnica foi seguida. Podíamos perceber que os bebês estavam curtindo cada momento, cada toque, cada gesto, uma verdadeira simbiose de amor. “E este segredo estava bem ali. Feito, simplesmente, de amor e luz, de silêncio. Sim! Os bebês têm necessidade de leite. Mas muito mais de ser amados e receber carinho” (LEBOYER, 2009).

Fotos 19 – Shantala realizada pelas mães em seus bebês





Fonte: Arquivo pessoal da autora

Surgiu a dúvida de como realizaríamos o banho após a Shantala em uma unidade básica de saúde: não tínhamos banheiros com chuveiro, mas, se tivéssemos, qual seria o encantamento desse banho?

De acordo com Reibsched (2013), a partir do sexto mês de gestação, o bebê tem a capacidade de desenvolver a memória; e próximo aos nove meses de vida, possui a capacidade de recordar as sensações intrauterinas. Sendo assim, no momento que entrar em contato com a água, irá se lembrar do ambiente protegido, aquecido, escuro e da posição fetal em que costumava ficar.

A partir desta informação, em 1997, obstetras e enfermeiras da Holanda criaram um ofurô, capaz de transmitir a mesma sensação do útero materno, tornando o banho um momento prazeroso, de relaxamento.

Estava escolhido: iríamos tomar um delicioso banho de ofurô, mas como o valor do produto original seria inacessível, pela quantidade que necessitávamos, foi realizada a compra de baldes em proporções similares, e realizamos as adaptações. A água morna favorecia a sensação de bem-estar.

Fotos 20 – Banho de ofurô musical, reproduzindo o espaço intrauterino



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Silva e Nascimento (2001) dizem que, ao tocar, dinamizar o corpo físico, atuamos nas emoções, produzindo bem-estar do físico para o energético, do emocional para o cognitivo, do cognitivo para o intuitivo e deste até a percepção de si mesmo, com o desvelar do Eu. Ainda afirma que, em se tratando de afeto, estamos sempre em busca de informações em nossa história afetiva passada, e esta é uma fonte inesgotável de referência para nosso comportamento, enfatizando assim a importância deste elemento emocional, compartilhado durante esse processo entre mãe e bebê. Nesta relação, há uma intensa interação formada de uma linguagem afetiva.

Brêtas (1999) afirma que essa formação é o amor. O amor, como nutrição e cuidado, significa alimentar emocional e sensorialmente além do cuidado com as necessidades físicas da criança.

A cada mês, a Shantala e o banho de ofurô fazia parte dos nossos encontros, as mães ficaram encantadas com a mágica da doação de amor e carinho, e se expressaram:

Nunca pensei que essas massagens fizessem tão bem pro meu filho, ele esta mais calmo e dorme ate mais cedo; Nunca tomei banho de banheira, mas acho que deve ser muito bom está naquela água quentinha, por isso que meu filho gosta tanto (Sensibilidade).

To fazendo igual a remedio, dando massagem todos os dias sem esquecer (Ludicidade).

Quando estou na massagem olhando para minha filha ela diz que esta adorando so com o olhar, até da umas risadas (Criatividade).

Separei um balde so pra dar banho na minha filha, ela fica bem quietinha (Luminescência).

Acho que nenhum posto faz isso, em outros so pesam e medem,por isso quero acompanhar meu filho sempre aqui, já sei que não podemos ter pressa pra ir embora, por isso deixo tudo feito em casa para aproveitar mais (Reflexividade).

Embora mensalmente houvesse a alegria do reencontro e as mães fossem incentivadas a realizar a técnica em casa, faltava algo, ainda sentia que estava incompleto. Com o passar dos nossos encontros, sentia que de certa forma as crianças pediam e precisavam de mais, não apenas as crianças, mas as mães também. Incentivava-se, durante todo o pré-natal, a participação dos pais: era necessário que o mesmo continuasse a ser incentivado a participar da vida do seu filho. Lancei a proposta de que os pais comparecessem no próximo encontro: a maioria se debulhou em risadas e afirmou que eles não viriam, que tinham medo de vir ao posto. Pensei numa estratégia e mencionei que o próximo encontro seria em agosto, coincidentemente, o mês dos pais, que teríamos uma surpresa para eles. As mães, pensativas, disseram que até podia dar certo. Deixei essa missão para elas e pedi para que tudo desse certo.

Muitas vezes, os presentes cuidados da mãe com o bebê pode despertar ciúmes no pai, que, em alguns momentos, sente rejeição por parte da esposa. Isso pode ser justificado porque muitos se mantêm distante da vivência da gestação. Kruel e Lopes (2011) ressaltam a importância da presença do pai no momento do pré-parto, parto e pós-parto, dando à mãe segurança e fazendo parte da vida de seu filho.

Rosa (2009) reafirma esta importância referente à presença do pai durante toda a vida do bebê, quando este, prioritariamente, ocupa uma função de sustentação do lar em que a dupla mãe-bebê habita. Em certos momentos, realiza a função de mãe-substituta, com intuito de participar da vida da criança, são essenciais para o desenvolvimento desse bebê a qualidade da presença e suas ações, estabelecendo assim o vínculo indissociável mãe-pai-bebê.

Chegou o grande dia. Os pais aceitaram o convite e foram chegando um a um; pedi para que as mães deixassem que os pais conduzissem todo o processo e que elas até poderiam ajudar, mas apenas dando dicas. Conversei inicialmente com eles, parabenizei pelo seu dia, fizemos uma reflexão do que seria ser pai e muito resumidamente mencionaram: *responsabilidade, cuidado, noite sem dormir, maravilhoso*. Após esse momento, para descontrair, reafirmei como é reconhecido o papel do pai no desenvolvimento geral da criança e fundamental a interação entre pai e filho, sendo, assim, um dos fatores decisivos para o desenvolvimento cognitivo e social, facilitando a capacidade de aprendizagem e a integração da criança na comunidade.

Conversei sobre a Shantala (de forma mais breve é claro), dizendo que esta técnica de massagem pode aliviar cólicas, acalmar e ajudar o bebê a dormir melhor. Pode ainda favorecer o desenvolvimento psicomotor e emocional, já que proporciona uma maior integração dos pais com o bebê.

No início, estavam tímidos, mas depois de se sentirem prestigiados, o desafio foi aceito. Então, mãos à obra! Mesmo que não conseguisse executar todos os movimentos da Shantala, estava valendo pelo simples princípio do toque, das trocas de energia, do amor...

Fotos 21 – Shantala realizada pelos pais na UBS





Fonte: Arquivo pessoal da autora

Todos desempenharam lindamente seu papel, as crianças em nenhum momento choraram, pelo contrário, pareciam estar encantadas com a nova experiência: o pai tão próximo, com sua firmeza e docura, e as mães felizes irradiavam amor, uma cena emocionante e inesquecível. Mas ainda tinha o banho...

E mais uma vez surpreenderam, deram um exemplo de paciência e bom humor, as crianças estavam maravilhadas com tudo aquilo. Mas será que apenas as crianças se maravilharam? Na verdade, todos estávamos envoltos por um manto de amor, uma energia que não teria como ser relatada, uma energia que só pode ser sentida, mas acredito que as imagens podem transmitir um pouco do que vivenciamos. Os nomes fictícios foram escolhidos de acordo com o sentimento relatado por eles após as vivências. Com a palavra, os pais:

To muito feliz hoje, pedi para trocar o horario do trabalho e valeu a pena (Felizardo).

Minha esposa sempre chegava contando das coisas que aconteciam no posto e eu achava que era exagero, agora vi que é muito mais do que ela falava (Sortudo).

Espero que tenha outros dias, quero vir denovo, quero a foto pra mostar a meu filho quando ele crescer (Alegre).

Quando eu contar ninguem vai acreditar, manda a foto pra mim tambem (Emocionado).

E as mães:

Quando eu falei com ele, achei que ele não viria, agora depois de tudo meu coração ta cheio de felicidade (Sensibilidade).

Quando ele disse que iria trocar o horario de trabalho nem acreditei, fiquei ansiosa o mês inteiro, agora vejo que ele é realmente um grande pai, mas as vezes falta momentos assim para a gente da valor (Ludicidade).

Ta de parabens, ele fez tudo direitinho, passei umas colinhas no ouvido dele mas foi tudo certinho, disse Edivania sorrindo (Reflexividade).

Agora ele fica mais proximo da criança, ela não sabe falar mas acho que sente muita falta dele (Luminescencia).

Assim, encerramos o relato de dois encontros em um. Talvez fosse melhor deixar as vivências descritas separadamente, mas confesso que não consegui desagregar uma experiência da outra: a sincronia e sinergia não me permitiram. Afinal de contas, como poderia separar o inseparável? O amor dos pais pelos seus filhos expresso em atitudes, falas e imagens... Essa, para mim, seria uma missão impossível!

Fotos 22 – Família!



Fonte: Arquivo pessoal da autora

4.3 FINALIZANDO O PROCESSO

A humanescência é o fenômeno de construção em que o sujeito se apresenta em sua inteireza, complexidade, emoção, materialidade e espiritualidade, irradiando a beleza da essência humana nos diversos momentos de ser e estar no mundo. Cavalcanti (2004) nos relembra que a humanescência é o processo de expansão da essência humana, no qual o ser humano expande a sua luminosidade, tornando-se capaz de efetivar ações de amor e partilha com o mundo.

Nessa vivência, o ser é capaz de religar-se espiritualmente com o mundo e ampliar suas ações de amor, justiça e solidariedade. Com a humanescência, permitimo-nos viver e ampliar as emoções, realizarmos interligações através do amor, estabelecermos vínculos afetivos fortes e indestrutíveis, acreditar nas nossas intuições e nos tornarmos melhores.

Poder observar os registros fotográficos do percurso da pesquisa reporta-nos a cada detalhe das vivências experienciadas e resgata os valores e princípios humanos do bem viver. O tempo passou: as transformações e ações do tempo podem ser reveladas numa sequência de imagens que têm vida, têm cor, têm brilho...

Caminhando junto aos demais, tive a oportunidade de compreender a complementariedade das experiências vividas que valorizam a autoformação humana nos diferentes ciclos de vida, principalmente no ciclo mãe e filho. Pensando num registro não apenas vivencial, decidi, ao final das vivências, ofertar, como reconhecimento que nossas experiências foram transformadoras, o álbum de fotografias de todos os nossos encontros aos relatados na pesquisa e a outros que permearam nossa trajetória.

Fotos 23 – Arquivo fotográfico do período desde a gestação até o primeiro ano de vida, ofertado à mãe em álbum, uma lembrança dos momentos vivenciados



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Fotos 24 – Entrega do álbum à mãe



Fonte: Arquivo pessoal da autora

4.4 A EVOLUÇÃO: DE UMA CÉLULA A UM SER HUMANESCENTE EM CRESCIMENTO E TRANSFORMAÇÃO

E o tempo passou tão rápido...

Fotos 25 – Da gestação ao primeiro ano de vida



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Nem percebemos o tempo passar...

Fotos 26 – Da gestação ao primeiro ano de vida

Fonte: Arquivo pessoal da autora

Mas na sensação de missão cumprida...

Fotos 27 – Da gestação ao primeiro ano de vida



Fonte: Arquivo pessoal da autora

Com um gostinho de saudade...

Fotos 28 – Da gestação ao primeiro ano de vida



Fonte: Arquivo pessoal da autora

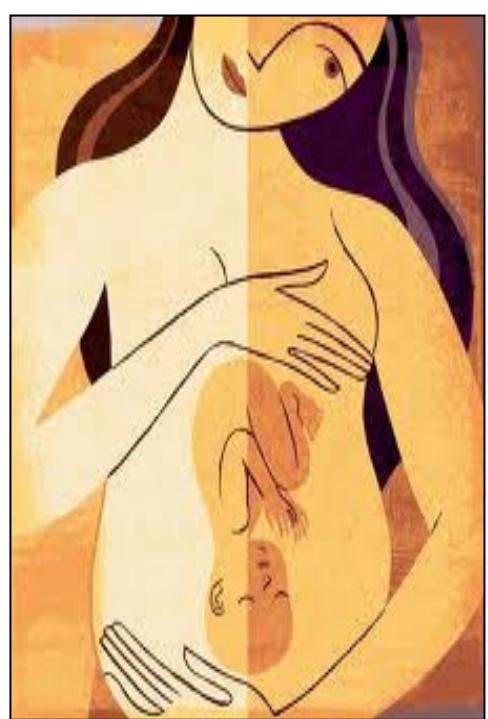
Que vai ficar no coração...

Fotos 29 – Da gestação ao primeiro ano de vida



Fonte: Arquivo pessoal da autora

5 A HUMANESCÊNCIA DESCOBERTA E VIVENCIADA



5.1 A SONHADA AUTOFORMAÇÃO MATERNAL

Após os momentos fisiológicos, emocionais e sociais, no período gestacional e no parto, é chegado o momento tão aguardado: recebemos esse novo ser em clima de festa e emoção. Todas as etapas foram vencidas e com muita festa pudemos ver a corporalização dos saberes que foram desenvolvidos a todo instante. E nessa celebração, todos os sujeitos puderam compartilhar com alegria e prazer, porque, sendo movidos pelo desejo, são capazes de demonstrar sua inteireza.

Poder visualizar as repercussões da pesquisa gestada em clima de alegria, solidariedade e humanescência, me alegrava. Agora seria a hora de comemorar.

Educar para a aceitação de si mesma, para a convivência com os outros e seu bem viver é um processo que deve ser desenvolvido em vários lugares, e nada melhor que um espaço de uma unidade de saúde para se promover a educação em saúde: lugar em que a ambência foi preparada para acolher, no qual pudemos, juntos, evidenciar o processo educativo pela via da vida. Nesse processo gestacional, através das vivências, enfrentar as incertezas, construímos pensamentos, criamos e recriamos, exercitamos a solidariedade, a amizade, estreitamos os laços e fortificamos os vínculos. De acordo com Assmann (1995, p. 113) “toda a educação, para que corresponda às características biofísicas do ser humano, tem que ser visceralmente educação corporalizada”.

Pudemos perceber a humanescência durante todas as etapas da nossa pesquisa, e, a partir dela, pudemos construir o saber significativo, prazeroso e a autoformação maternal.

Ao lançar a proposta da pesquisa, procuramos contribuir para a transformação da realidade, construindo junto com a equipe da Estratégia Saúde da Família, gestantes e bebês, bem como seus familiares, esse processo de autoformação para o bem-viver, afinal de contas, apesar do foco da pesquisa ser a autoformação maternal, todos os envolvidos passaram direta ou indiretamente pelo processo de autoformação humanescente, tendo em vista que este processo transdisciplinar envolve a transformações inter e transpessoal.

Defendemos, nesta pesquisa, a necessidade de uma educação transdisciplinar humanescente que articule o brincar, o imaginar, o ouvir, o tocar, que envolva o bem-viver, o sentimento, o corpo e a alma. Necessitamos aproximar as reflexões das ações, pois isso nos permite adentrar de forma flexível no

conhecimento. Necessitamos expandir nossas relações afetivas e através de nossas possibilidades construir certezas e incertezas, reconstruir nosso bem-viver.

No desenvolvimento dessa prática educacional transdisciplinar humanescente, compreendemos que podemos transitar, unir e reunir diferentes áreas, fazendo uso da criatividade e ousadia. Acredito sim na transdisciplinaridade e aposto neste olhar de construção dos valores humanos e na sua complementariedade por estreitar as relações entre sujeito e objeto, tendo em vista que todos somos aprendentes, por priorizar as vivências, a escuta sensível, a observação, a imaginação e a ludicidade, suscitando em nós o reconhecimento da identidade humana.

E para contribuir com a efetivação deste processo educacional, fica clara a importância da construção do pensamento ecossistêmico, pensamento que integra corpo, espiritualidade, emoção e história de vida, permitindo a ordem e desordem, estabilidade e movimento (MORAES, 2004), nos permitindo um pensamento transformador.

Construir uma educação transdisciplinar humanescente no cenário da educação em saúde e a autoformação humana não significa apenas pensar, mas também sentir. Nessa dialógica do sentir-pensar, reconheço a circularidade da vida, concebida e construída por um corpo, evidenciada nas expressões, interações, movimentos e ações realizadas. Corpo este que é constituído por histórias, sentimentos, movimentos, cultura, emoções, corpo este determinante para a beleza da vida e dos processos educacionais.

Coextensivo à existência, o corpo é construído, mas também é construtor, com ele, ajudamos a formar, mas também somos formados, e neste ínterim encontramos mais um motivo para priorizá-lo no processo da autoformação maternal.

Como afirma Ortega (2005), o corpo é a base de nosso ser-no-mundo, visto que a corporeidade agrupa a singeleza do Ser e sua forma de expressão no mundo que o cerca. Através da corporeidade podemos perceber a existência das várias formas de estar inserido no mundo através dos Eu-em-mundo, Ser-com-Eu-mundo, Ser-Eu-mesmo, e Ser-com, podendo chegar a existir muitas corporeidades em uma única pessoa (HERRERA, 2008).

Durante nove meses, a corporeidade materna acolhe e se mistura com a corporeidade do bebê humano. É um vínculo muito forte de contato afetivo que

favorece o desenvolvimento biopsicoafetivo do feto e futuro bebê. A comunicação mãe-filho já se inicia pelo encontro de suas corporeidades, ainda no ventre materno.

Maturana e Zoller (2004, p. 150) falam sobre esse processo, destacando os ritmos corporais. Para eles:

Os ritmos corporais, e o fluxo das configurações de coordenações sensomotoras, no estreito contato corporal que acontece entre mãe e filho, são a base da qual surge a consciência humana. O bebe em crescimento vive num fluxo de configurações temporais como formas rítmicas de movimento recorrentes no ventre materno. Protegido e seguro, num devir pulsante e polirítmico, o embrião cresce desenvolvendo seus próprios ritmos corporais em dueto com os da mãe, que contem e alimenta em seu útero: ritmo cardíaco, respiração, movimento e vibração de voz materna (MATURANA; ZOLLER, 2004, p. 150).

Já conscientes de sua corporeidade quando relataram as alterações corporais na gestação, no ensaio fotográfico, ao se visualizarem no espelho, a felicidade se explicita quando se fala do novo ser, que compartilha de sua corporeidade e da sensação de alegria, quando falam da construção e vivência familiar, quando mencionam a necessidade de cuidar do corpo, me levam a construir a certeza de que excluir a corporeidade dos processos educacionais, de autoformação, significa comprometer-se com antigas concepções educacionais e de vida, que não respondem mais à necessidade atual (LE BETRON, 2003).

Durante toda a pesquisa, trabalhamos a corporeidade numa dimensão biopsicossocial, que nos revelou aspectos humanescentes constituintes do homem, contribuindo assim para o desenvolvimento desse ser. Percebemos que as rotinas existentes nos serviços são insuficientes para promover uma atenção integral à mãe/criança, e se faz necessário oportunizar momentos de interação corporalizada do binômio mãe-filho durante sua gravidez, parto, e durante o processo de crescimento e desenvolvimento, sem esquecer o genitor neste processo.

Como podemos ver, nas vivências, a corporeidade envolve as variadas dimensões da vida, ampliando as percepções e estimulando os sentidos, contribuindo efetivamente na corporalização do saber através dos processos reflexivos, promovendo, assim, ao longo da pesquisa, a autoformação maternal.

O que se pode desvelar, nessa pesquisa, é que, sendo inerente ao ser humano, a corporeidade habita o ser, não sendo compreendida apenas como um movimento. Nessa perspectiva de uma corporeidade envolvente, pulsante, movida

por um campo energético vibratório, destacamos sua importância fundamental como componente trabalhado na pesquisa. Conclui-se então que não podemos pensar a educação descorporalizada e descontextualizada do cenário da aprendizagem vivencial.

A corporeidade é formadora e transformadora da vida, fonte geradora do conhecimento e autoconhecimento, considerando a amplitude do desenvolvimento humano em toda a sua intensidade. No caso da nossa pesquisa, desde o ventre, partindo deste a prática educativa, requer uma Pedagogia Vivencial organizada em princípios de reflexividade, ludicidade, criatividade e sensibilidade: princípios relacionados à teoria da complexidade (MORIN, 2005), à teoria autopoietica de Maturana e Varela (2001) e às abordagens transdisciplinares de Moraes e La Torre (2008). Concordamos que trazer a vivência para o processo educativo é assumir um compromisso com a aprendizagem verdadeira.

A ludicidade:

A ludicidade faz parte do processo evolutivo do ser humano: pesquisas e imagens de ultrassonografias nos mostram que, no ventre, o feto já brinca com o seu cordão umbilical.

Desse modo, a ludicidade está diretamente relacionada à capacidade de amar e faz parte da complexa biologia constituinte do ser humano, auxiliando de forma leve a compreender a sistemática da vida. E, por fazer parte do humano, necessita ser mais bem explorada em seu processo de desenvolvimento.

Neste educar em saúde, compreendemos o cuidado humanescente e a educação como elementos intrínsecos e essenciais ao ser humano, resgatamos fundamentalmente a ludicidade e a humanescência nas práticas de educação em saúde. O profissional de saúde configurou-se apenas como um sujeito mediador do processo de fomento de ações que promovem saúde, mas possui um papel fundamental neste processo, incentivando assim a transformação de hábitos de vida e a corporalização dos conhecimentos para o bem-viver.

Apesar de o lúdico estar, na maioria das vezes, associado à infância, a ludicidade pode ser percebida por pessoas com faixas etárias variadas. A restrição do lúdico à infância está ligada à concepção de que as pessoas estão preocupadas e ocupadas com coisas sérias, consideradas produtivas (GOMES, 2009). Gomes afirma: “O lúdico representa uma oportunidade de (re) organizar a vivência e (re)

elaborar valores, os quais se comprometem com determinado projeto de sociedade" (2009, p. 146).

Após estabelecermos conexões e reflexões sobre práticas educativas em saúde, tecendo relações com a ludicidade e o corpo, fica clara a compreensão da necessidade de refutarmos uma visão idealizada da ludicidade. Ludicidade também é alegria, plenitude e entrega, através dela reconhecemos a beleza da vida!

Para que a ludicidade fosse compreendida, foi necessário um processo de sensibilização com a educação, com o processo ensino-aprendizagem, com a relação educandos e educadores, pois este consiste em um campo mais discutido do que compreendido e vivenciado (PEREIRA; BONFIN, 2009).

Partindo dessa afirmação, em todos os nossos encontros, a ludicidade de algum modo estava presente, seja na modelagem, no brincar fotográfico, na exploração do próprio ambiente, na música, nos odores, no uso de bolas de gude para auxiliar na circulação no momento do escaldar pés, no uso do ofurô e Shantalla ao som de músicas infantis... e esta ferramenta tão prazerosa contribuiu ativamente durante todo o processo da pesquisa.

Nesse sentido de complementariedade, recorremos como prática integrativa complementar às Vivências Lúdicas Integrativas – VLI, nas quais foram utilizadas abordagens metodológicas que propiciaram diferentes modos de sentir o fluir das emoções de alegria. Buscamos, com estas, corporalizar o princípio de integralidade da vida.

Afirmando as nossas concepções e o explorado na pesquisa, os estudos apontam que as intervenções educativas embasadas na ludicidade apresentam resultados positivos, pois possibilitam a orientação do planejamento de ações já que associam dimensões humanas, como o cognitivo, o afetivo e a motricidade, além de aspectos que levam em consideração a percepção do Ser de maneira a proporcionar o aprendizado de forma agradável (ALMEIDA et al., 2011).

Cavalcanti (2010a) nos afirma que a ludicidade consiste em um fenômeno fundamental para o processo de produção de conhecimento, e a cada vivência foi se tornando um fenômeno cada vez mais vivo: podemos reconhecê-lo como sistema autopoietico, que surgiu durante o percurso a partir da conexão entre a teia da corporeidade e a autopoiese, esse fenômeno é dinâmico em suas propriedades e constitui sua organização específica: a ludopoiese.

O processo de formação ludopoiética não está determinado apenas por aquilo que é inato ao ser humano, mas pelo entrelaçamento de suas estruturas biopsicossociais e pelo contexto histórico em que se insere. As mudanças e transformações que ocorrem nesse processo de formação estão implicadas com a totalidade do ser, na medida em que ela busca nas suas relações interpessoais o prazer e a alegria de viver, enquanto sujeito autônomo e criativo mediante as adversidades (CAVALCANTI, 2010a).

Compreendemos, portanto, que a ludicidade é um fenômeno intrínseco à essência humana (SOUZA, 2010), sendo essencial para qualquer processo de construção de saberes, quer nas instituições de ensino, quer nos ambientes pedagógicos construídos de forma pontuais em espaços como as unidades de saúde.

Como pesquisadora, reportar-me à ludicidade foi resgatar a alegria de ser aprendente, me entregar às sensações sem temor. Por mim, a ludicidade passou a ser vivida e sentida durante todo o processo da construção da pesquisa.

A Criatividade:

Há registros de que, desde as primeiras culturas, o ser humano surge com um dom singular: ele estabelece relacionamentos entre eventos que ocorrem ao redor e dentro dele. Nessa busca de significados, surge a motivação do criar. O ato criador não existe fora do ato intencional (OSTROWER, 2003).

Como processos intuitivos, os processos de criação interligam-se intimamente com nosso ser sensível. Mesmo no âmbito conceitual ou intelectual, a criação se articula principalmente através da sensibilidade (OSTROWER, 2003).

Como bem social, a criatividade é compreendida e participa ativamente do processo de construção social (LA TORRE et al., 2008). São mentes que criam e possibilitam esses avanços educacionais, portanto, este se tornou um princípio fundamental no desenvolvimento humano e também para o desenvolvimento de nossa pesquisa.

Ao desenvolvermos nosso potencial de criação, pudemos elaborar níveis do ser sensível-cultural-consciente do homem, e atuarmos nos diversos caminhos em que procuramos captar e configurar as realidades da vida. As vivências se revelaram integradoras, e percebemos que a criatividade como potência se refaz sempre. A

produtividade do homem, em vez de se esgotar, liberando-se, se amplia (OSTROWER, 2003).

Pudemos perceber que criatividade esteve diretamente conectada e articulada à ludicidade. Neste sentido, é importante lembrar que os princípios se articularam durante todo o processo. Consideramos assim a criatividade como um potencial inerente ao homem, e a realização desse potencial uma de suas necessidades.

Ao longo dos encontros, das vivências, procurei desenvolver a criatividade, que se expressava na organização do espaço, na elaboração dos encontros, na criação e recriação das experiências vivenciadas, no pensar do criar de forma integral. Nesse processo de vivenciar com integralidade, as criações e recriações foram processos que necessitaram ser corporalizados por mim e pelos demais participantes desse processo de aprendizagem.

Pudemos visualizar em nossos participantes o processo criativo nas canções que embalaram nossos encontros, na seleção de artigos para a sessão fotográfica, nos cenários montados através da modelagem, nos movimentos da Shantalla, e em todo processo da nossa pesquisa.

Por fim, podemos concluir que nessa pesquisa a criatividade possuiu um caráter transformador, articulando beleza e emoção, ingredientes essenciais para o processo em busca da autoformação maternal.

A sensibilidade:

De acordo com Boff (2000), a sensibilidade é fundamentalmente humana. Com ela, o sujeito cuida de si, do outro e do mundo: com a sensibilidade, a solidariedade é vivenciada. Revela-se pela capacidade de se emocionar e é assim compreendida pelo seu processo formador e transformador, através dela elaboramos as relações de afetividade.

Concordamos com Morin (2005) quando nos fala em vivenciar os sete saberes necessários à educação do presente, bem como na necessidade de articular os saberes disciplinares aos saberes da vida, proporcionando assim a sensibilidade e, consequentemente, a alegria, a beleza e a criatividade.

Concordando com Boff (2000), tendo em vista que a sensibilidade nos mostrou que estava diretamente ligada à autopoiése, levando, durante toda a pesquisa, o sujeito a refletir suas emoções, a sensibilidade pode revelar esta

capacidade de emocionar-se e foi compreendida por todos como um aspecto formador essencial. Por meio da sensibilidade e emoções, pudemos elaborar relações de amorosidade e afeto.

Durante nossa pesquisa, a sensibilidade estava sempre presente, a começar pela condição da própria gestante, que durante esse período aflora sua sensibilidade, os laços de afetividade que se formam entre mãe-bebê-pai.

Durante a realização das práticas corporais transdisciplinares, que nos solicitava sensibilidade nas abordagens metodológicas, práticas vividas e sentidas, que se utilizaram da multirreferencialidade dos saberes científicos, em que compreendemos mais sobre o corpo e sua corporeidade, produzimos movimentos, sejam eles de forma ativa ou passiva, com objetivo de harmonizar processos energéticos na estrutura corporal e transcorporal do ser humano, agregando valores éticos, estéticos e espirituais.

O toque, o cheiro, as palavras, a musicalidade, o contato com a natureza, o conhecimento do próprio corpo, a troca de energia foram perceptíveis durante todo o nosso percurso.

Ao longo de todo o nosso trajeto, a educação Humanescente não foi confundida com mera transmissão de informações, distante da vida e do viver, priorizamos, portanto, na nossa pesquisa, a Pedagogia da Autonomia de Paulo Freire, centrada na sensibilidade e amorosidade.

Quanto a mim... Sou sensível, de choro fácil, que permite que as emoções entrem sem bater na porta. Esses encontros produziram em meu coração uma sensação de plenitude, de nutrição da alma.

Reflexividade histórica e vivencial:

As histórias são fontes imprescindíveis na formação dos saberes, são responsáveis pelo ser existencial, seu uso clarifica os saberes, aproxima os sujeitos e contribui com o processo de interação.

As histórias de vida foram abordadas de maneira sutil, uma a uma, em cada encontro uma revelação, uma história, muitos sentimentos e emoções... Percebi que, a cada encontro, a cada vivência, aos poucos minhas gestantes se abriram pra vida, e descobriram no sorriso, no toque, e no afeto, mais sentido para vida, para a sua vida e para vida que estava sendo gerada agora, em meio a tanta sensibilidade.

Nossos encontros partiram de experiências prévias e relatos de motivação que foram, ao longo da pesquisa, desenhando os encontros para uma aprendizagem significativa e corporalizada.

Foi na comunicação intrapessoal que pudemos tocar a realidade sobre a nossa história, a nossa autoestima, não apenas por gostar do próprio lado bom, e sim por aceitar as nossas características, sejam elas positivas ou negativas, e aceitá-las tendo em vista que não somos perfeitos.

Percebemos o ser, assim, como um ser sensível, vivendo num mundo repleto de experiências que são incorporadas a partir das nossas histórias, sejam elas individuais ou coletivas, cujas suas raízes estão na região do sentir (MERLEAU-PONTY, 2006).

A implicação de vivenciar essa reflexividade demonstrou o desejo de estreitarmos as relações com o bebê, com os outros filhos, com os amigos e com a família, construindo novas relações, seja com outras gestantes, com outros bebês, com novos amigos. Falo não apenas das gestantes e mães, falo de mim também, essa reflexividade histórica significou valorizar a preciosa beleza do humano, um trajeto de descobertas que me permitiu conhecer um pouco mais, não apenas dos outros, mas de mim também.

No que podemos mencionar, na reflexividade vivencial, como o próprio nome já nos fala, refere-se a um processo que identifica a vivência e a reflexão. Dessa reflexividade, emergiu uma nova forma de viver educação: fomos todos convidados a celebrar a vida e a iniciar o processo de tecer a si mesmo, ao outro, e a ela. Concordamos, assim, com Josso (2004), quando nos afirma que a reflexividade vivencial nos autoriza a viver, transformar vivências em experiências de formação em experiências de vida.

A reflexividade vivencial é sensível porque permite o desenvolver da poesia, é lúdica porque utiliza os estímulos, os sentidos e aposta nas relações, nos saberes, e nos espaços. Agora nossas experiências já não eram momentos de formação, a autoformação já fazia parte do contexto de formação de vida.

O envolvimento foi, durante toda a pesquisa, um referencial de implicabilidade no âmbito da prática transdisciplinar, o qual se afirmou no campo energético da corporeidade. Foi preciso experienciar, vivenciar e sentir o processo educativo em todas as suas etapas, identificando, no percurso, as sensações que possibilitaram uma verdadeira descoberta de si.

Este princípio revela aos poucos o desvelar de todo o processo da pesquisa, pois – através dele – construímos o sentido para observar, tocar, acariciar, olhar, interagir, amar. Assim como nos afirma Freire (1996), para fazermos educação, se faz necessário vivê-la.

A humanescência!

Cavalcanti nos questiona:

Como adubar cientificamente as sementes da humanescência para poder florescer nos jardins da transdisciplinaridade? E Rubem Aves, acompanhando um epistemológico sonhador respondeu: É preciso sonhar! Somente sonhando com a beleza de novos jardins floridos, os cientistas poetas, tal como floricultores, poderão vislumbrar novas formas de preparo da terra para acolher as sementes da humanescência nos espaços educativos que valorizam o pulsar da vida (CAVALCANTI, 2010b, p.21).

E foi assim, com espírito transdisciplinar e aberto, que valorizei a minha intuição e a minha sensibilidade. Durante esses 12 anos de convívio com a comunidade como uma enfermeira-educadora sonhadora, pude corporalizar o espírito transdisciplinar humanescente. Certamente, no início de tudo, nem compreendesse esta nomenclatura, mas este espírito sempre foi formado por alicerces lúdicos, sensíveis e criativos.

Para Cavalcanti (2008), humanescência é o processo de expansão humana, em que o ser é capaz de partilhar com o mundo ações de amor e assim expandir sua luminescência. Todos possuímos a capacidade de humanescer!!!

Através de pedagogias vivenciais humanescentes transdisciplinares, promovemos encontros nos quais pudemos desenvolver ações de amor, solidariedade, sentimentos, emoções e alegrias. Pudemos nos religar espiritualmente com o mundo.

Percebemos, em cada vivência integrativa, a qualidade das relações que envolvem o binômio mãe e filho, percebíamos isso nas palavras de afeto, em cada toque carinhoso, a cada olhar, a cada emoção vivida, a cada troca de fluidos energéticos amorosos, os momentos foram de entrega para si e para seu filho, desde o ventre.

Buscamos, nos encontros, através das experencialidades vivenciais, possibilitar a expansão da consciência, da amorosidade, a qualidade das relações, o

uso da intuição e expressão corporal, por compreendermos que este ser humanescente é o ser da simplicidade, o ser da humildade, que cresce junto ao outro, com os prazeres e dificuldades da convivência, que constrói e reconstrói sua história a cada dia, que se emociona e é capaz de emocionar.

Nesse sentido, busquei inserir, nesse processo educativo de autoformação, esse olhar para si: olhar de intuição, olhar de amor, com a certeza de ter semeado uma semente de esperança em cada gestante, em cada criança que desde o seu ventre é digno de uma nutrição de amor. Essa semente, pude plantar e ver germinar na comunidade durante mais de uma década, não apenas com os integrantes da pesquisa para esta tese, mas com todos da comunidade que puderam participar e compartilhar com a tese da minha existência.

Com os encontros transdisciplinares humanescentes, nos permitimos estreitar laços, viver as emoções, e nos interligarmos aos outros através do sentimento. Pudemos expandir as nossas intuições e vivemos estas com plenitude.

Cavalcanti (2008, p. 08) nos afirma que “todos os seres humanos possuem a capacidade de humanescer”. Nesse sentido, estamos a cada dia desenvolvendo nosso espírito humanescente, agora mais sensíveis à vida e à nossa corporeidade.

Percorso gerado, construído e reconstruído, ao longo de anos representados aqui em palavras e imagens, que espero que tenham transmitido de alguma forma a emoção dos momentos compartilhados. Para nós, no entanto, participantes da pesquisa, acreditamos que é preciso vivenciar para sentir e corporalizar esta tão sonhada e buscada educação transdisciplinar.

A autoformação maternal: cenários de uma educação vivencial humanescente, construída através do tão esperado encontro do óvulo com o espermatozóide (saúde e educação), para que todos os pressupostos fossem fecundados através da transdisciplinaridade, corporeidade, dos cuidados humanescentes, e germinados através das vivências integrativas em um espaço de ambiência uterina, protegidos pela placenta planetária, tem em seu cordão umbilical a linha vital da humanescência. Ao final da gestação autoformativa, já nos encontramos preparados para o parto fisiológico, natural e luminescente, nossos órgãos do saber corporalizado já estão prontos para enfrentarmos uma longa jornada de desenvolvimento para a vida.

Mais de uma década de descobertas...

Ainda me lembro do meu primeiro dia no município de Nísia Floresta, era outubro de 2001, fazia sol, fui muito bem recepcionada pela comunidade, a imensidão do mar era hipnotizante, e a musicalidade de suas ondas me acolhiam...

Tinha muito a fazer, tinha muito que crescer, tinha muito para vivenciar e experienciar, degustar dos sabores e dissabores da Atenção Básica, uma assistência considerada de baixa complexidade. Mas como assim baixa complexidade? Convivemos e trabalhamos com os seres mais complexos...

O destino já havia sido traçado e uma enorme história de amor se daria início ali. Logo no primeiro dia, foi paixão à primeira vista ao primeiro pré-natal, ao primeiro contato com as crianças, ao primeiro hiperdia (hipertensos e diabéticos), à primeira prescrição... E à primeira prática de educação em saúde...

E através dela, da transdisciplinaridade (na época não sabia nem que este nome existia, mas hoje vejo que há muito tempo fazia), o amor foi consolidado: a educação e a saúde já faziam parte integrante do meu viver. Hoje, visualizando imagens da época e me reportando aos sentimentos que marcaram minha memória, vejo que já era um ser humanescente...

Este amor me ofertou diversos filhos: a criatividade, a sensibilidade, a ludicidade, a reflexividade, a autopoiese... Todos igualmente amados. Sempre dedicada, pude aprender a cada vivência experienciadas naquele lugar que, pra mim, era tão encantador, mesmo com as dificuldades estruturais, políticas e financeiras que assolavam aquele povo, me despertava encantamento...

O tempo foi passando e produzia em mim minhas memórias autobiográficas, meus sentimentos, minhas emoções mistas de alegrias, angústias e algumas vezes de sofrimentos, é muito difícil, mas também muito gratificante poder contribuir de alguma forma com uma comunidade tão pobre e ao mesmo tempo tão rica...

Algumas experiências se transformaram em trabalhos, artigos e prêmios, mas minha intenção era contribuir um pouco mais: era deixar registros de novas possibilidades e mudanças, daí a necessidade desta pesquisa, onde o grupo selecionado foi o das gestantes e bebês, por acreditar que, quando nasce uma vida, nasce também uma esperança, uma esperança de um mundo melhor, mais amoroso e mais justo...

Para esta pesquisa, delimitei um tempo de estudo, mas os nossos encontros vivenciais já ocorriam desde sempre, no início com imaturidade talvez, os vínculos

ainda estavam se formando, se estreitando, mas, com o tempo, somos aperfeiçoados com o dom do amor. Aí tudo fica mais fácil...

Compartilhei com as gestantes cada mês, cada evolução, cada sintoma físico e emocional, rimos juntas, choramos juntas, minhas forças se renovavam a cada ser que vinha ao mundo, a cada toque. A cada olhar ofertado eu podia perceber que o mundo estava recebendo pessoas especiais, afinal de contas, foram germinadas através do amor...

Mas, a cada despedida, uma dor no peito e uma alegria, afinal de contas, os encontros só eram para crianças até um ano, mas ficava a sensação de missão cumprida, ou melhor, missão iniciada, pois vejo que este será apenas um começo de um trajeto muito maior...

Diante de cada despedida, também precisava me despedir, quase 12 anos já se passaram e acredito que meu tempo nesta comunidade já está finalizado, precisava experienciar outras vivências, explorar novos territórios, já estava organizando o meu coração para a partida...

Antes da despedida, uma surpresa, uma grata surpresa: ouvi dos representantes da comunidade que se fazia necessário um agradecimento especial, um presente. Pensei comigo: mas como assim? Já sou presenteada diariamente e gratidão é um sentimento que aflora em meu peito em relembrar tudo que foi sentido e vivido ao longo desses anos. Fui convocada para uma reunião na câmara dos vereadores e lá, sob os aplausos de representantes da comunidade, recebi o título de cidadã Nisiaflorestense. O coração já não se continha, parecia pular e não pulsar de tanta alegria. Nesse momento, fiz uma retrospectiva e vi o quanto tudo valeu a pena.

Por fim, após vivenciar cada encontro e autoformar, junto com as minhas queridas gestantes e mamães, após quase dez anos que tinha recebido o meu presente maior, meu filho João Victor, a maior surpresa ainda estava por vir: acredito que corporalizei demais e sem esperar engravidhei. Hoje, aos cinco meses de gestação, revivi em minha mente cada experiência compartilhada e, para clarear e luminescer meus caminhos, o nome da minha melhor surpresa será Maria Clara.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. F.; KNOBBE, M. **Ciclos e metamorfoses**: uma experiência de reforma universitária. Porto Alegre: Sulinas, 2003.
- ALMEIDA, T. J. et al. A utilização da corporeidade e ludicidade como ferramentas nas práticas educativas de saúde: um relato de experiência. **Carpe Diem: Revista Cultural e Científica da FACEX**, v. 9, n.9, 2011.
- ALVES, R. **Educação dos sentidos e mais**. Campinas/SP: Verus Editora, 2005.
- AMATO, C. A. H. **Estudo comparativo dos processos de aquisição da linguagem não verbal em crianças pré-verbais autistas e normais**. São Paulo, 2000. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, 2000.
- ANTONIETTO, A. C. G.; MELLO, D. F.; ALTOÉ, D. Estudos no campo da saúde à criança e a perspectiva winnycottiana. In: **Anais 61º Congresso Brasileiro de Enfermagem**. Fortaleza/CE, 2009.
- ARRUDA, M. **Humanizar o infra-humano**: a formação do ser humano integral homo evolutivo, práxis e economia solidária. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000.
- ASSMANN, H. **Metáforas novas para reencantar a educação**. 3. ed. Piracicaba: Editora UNIMEP, 2001.
- _____. **Redes e metamorfoses do aprender**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2005.
- _____; MO SUNG, J. **Competência e sensibilidade solidária**: educar para a esperança. Petrópolis/RJ: Vozes, 2000.
- BARBIER, R. **A pesquisa-ação**. Tradução de Lucie Didio. Brasília/DF: Líber Livro Editora, 2002.
- _____. Palavra educativa e sujeito existencial. In: BORBA, S.; ROCHA, J. (Org). **Educação e pluralidade**. Brasília/DF: Plano Editora, 2003.
- BARROS, F. C.; VICTORIA, C. G. Maternal-child health in Pelotas, Rio Grande do Sul State, Brazil: major conclusions from comparisons of the 1982, 1993, and 2004 birth cohorts. **Caderno de Saúde Pública**, v. 24, suppl. 3, p. 461-467, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24s3/12.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- BECHTLUFFT, L. S.; ACIOLI, S. Produção científica dos enfermeiros sobre educação em saúde. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, v. 12, n. 4, p. 478-486, 2009. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/412/272>>. Acesso em: 15 jun. 2013.

BLASCOVICH, J.; TOMAKA, J. Measures of self-esteem. In: ROBINSON, J. P.; SHAVER, P.; WRIGHTSMAN, L. S. (Ed.). **Measures of personality and social psychological attitudes**. San Diego: Academic Press, 2001. p. 115-155.

BLEICHER, L. **Saúde para todos já**. Fortaleza/CE: Expressão Gráfica, 2004.

BOFF, L. **Saber cuidar**: ética do humano – compaixão pela terra. 2. ed. Petrópolis/RJ: Vozes; 2000.

BOMTEMPO, E.; ANTUNHA, E. G.; OLIVEIRA, V. B. **Brincando na escola, no hospital, na rua**. Rio de Janeiro/RJ: Wak Ed, 2006.

BONET, J. V. **Auto-estima**: o que é, como se faz. São Paulo/SP: Editora Loyola, 2003.

BORSA, J. C. Considerações acerca da relação mãe-bebê da gestação ao puerpério. **Contemporânea** – Psicanálise e Transdisciplinaridade, n. 2, Abr/Mai/Jun, 2007. Disponível em: <<http://www.contemporaneo.org.br/artigos/artigo89.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Lei Orgânica da Saúde nº 8.080**, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm>. Acesso em: 15 jun. 2013.

_____. **Decreto nº 1.232**, de 30 de agosto de 1994. Dispõe sobre a transferência regular de recursos do Fundo Nacional de Saúde para os Estados, municípios e Distrito Federal. 1994a.

_____. **Lei nº 8.967**, de 28 de novembro de 1994. Altera redação do parágrafo único do art. da Lei nº 7.498 de 25 de julho de 1986, que dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem e dá outras providências. D.O.U, Brasília, 16 dez.1994b. Disponível em: <http://novo.portalcofen.gov.br/lei-n-8967-de-281294_4170.html>. Acesso em: 20 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde, Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. **Resolução nº 196**, de 10 de outubro de 1996. Diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília/DF, 1996a.

_____. Ministério da Educação. **Lei nº 9.394**, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Brasília/DF: 23 de dezembro de 1996b. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9394.htm>. Acesso em: 20 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Comissão Nacional de Reforma Sanitária**. Rio de Janeiro/RJ, 1997. Disponível em: <http://www.epsjv.fiocruz.br/upload/d/texto_final.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 569/GM**, de 01 de junho de 2000. Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento. Brasília/DF, 2000. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/PORT2000/GM/GM-569.htm>>. Acesso em: 20 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa agentes comunitários de saúde (PACS)**. Brasília/DF, 2001.

_____. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: Texto constitucional promulgado em 05 de outubro de 1988, com as alterações adotadas pelas Emendas Constitucionais nº 1/1992 a 44/2004 e pelas Emendas Constitucionais de Revisão nº 1 a 6/1994. Brasília: Senado Federal. Subsecretariado de Edições Técnicas, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **HumanizaSUS**: Política Nacional de Humanização. A Humanização como Eixo Norteador das Práticas de Atenção e Gestão em Todas as Instâncias do SUS. Brasília/DF, 2004b. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada – manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Secretário de Saúde. **SUS: avanços e desafios**. Brasília/DF, 2006a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/SESPA_Palestra_Laura_Rosset_Sem_GEP_N.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria MS/ GM nº 399**. Diretrizes para o Pacto pela Vida, em defesa do SUS e de Gestão. Brasília/DF, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Portaria nº 648**, de março de 2006. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica. Brasília/DF, 2006c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS - PNPI**. Brasília/DF, 2006d.

_____. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. **Diretrizes de educação em saúde visando à promoção da saúde**: documento base. Brasília/DF: Funasa, 2007b. Disponível em: <http://www.funasa.gov.br/site/wp-content/files_mf/dir_ed_sau.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

- _____. Ministério da Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS**: documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- _____. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Números da Saúde da Família**. Brasília/DF, 2008b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/>>. Acesso em: 07 maio 2013.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Brasília/DF, 2009a.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF**: Núcleo de Apoio a Saúde da Família. Brasília/DF, 2009b. (Cadernos de Atenção Básica n. 27). (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola**. Brasília/DF, 2009c.
- _____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes. Brasília/DF, 2011a.
- _____. **Portaria nº 2.288**, de outubro de 2011. Estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília/DF, 2011b.
- _____. **Portaria nº 2.488**, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília/DF, 2011c.
- _____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança**: crescimento e desenvolvimento. Brasília/DF, 2012.
- _____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Programa de Saúde Escolar**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em: 07 maio 2013.
- BRÊTAS, J. R. S. A arte de massagear bebês: a qualidade no tocar. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.12, n.2, p.16-26, 1999.

BRUM, E. H. M.; SCHERMANN, V. Iniciais e desenvolvimento infantil abordagem teórica em situação de nascimento de risco. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 2, p. 457-467, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n2/20399.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2013.

CABRAL, I. E. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança bebê**. Rio de Janeiro/RJ: Editora da Escola de Enfermagem Ana Nery, 1999.

CAPRA, F. **A teia da vida**: uma nova compreensão científica dos sistemas vivos. Tradução: Newton Roberval Hichemberg. 16. ed. São Paulo/SP: Cultrix, 2000.

CARÊS, L. C.; TENTOR, S. B. **Ambientes de aprendizagem**. Bauru/SP: EDUSC, 2004.

CARVALHO, A. I. **Conselhos de Saúde no Brasil**: participação cidadã e controle social. Rio de Janeiro/RJ: Fase/Ibam, 1995.

CARVALHO, W. P. **A lúdicode em Cecília Meireles como sensibilização para a leitura na educação fundamental**. 2006. 85f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Centro de Educação, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, 2006.

CASTILHO, N. M. et al. Saúde Coletiva. In: MURTA, G. F. **Saberes e práticas**: guia para ensino e aprendizagem de enfermagem. (Série curso de enfermagem). 3. ed. Revisada e ampliada. São Caetano do Sul/SP: Difusão Editora, 2007.

CAVALCANTI, K. B. Corporeidade e a ética do sentido da vida na educação: para florescer as sementes da pedagogia vivencial. **Revista Nova Atena de Educação Tecnológica**, v. 7, n. 3, p. 1-10, 2004. Disponível em: <http://www.ifma.edu.br/SiteCefet/publicacoes/artigos/revista13.7.2/Katia_Brandao_Pedagogia_vivencial.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013.

_____. **Para abraçar a humanescência na pedagogia vivencial**. In: XII Endipe – Encontro Nacional de Didática e Prática de Ensino, Recife, 2006.

_____. **Comunicação pessoal**. 2008.

_____. (Org.). **Jogo de areia**: uma abordagem transdisciplinar para a educação. Natal, RN: Edufrn, 2010a.

_____. (Org.). **Pedagogia vivencial humanescente**: para sentir pensar os sete saberes na educação. Curitiba: Editora CRV, 2010b.

CELANTE, A. R. Pinóquio e a experimentação pessoal na infância. In: VENÂNCIA, S.; FREIRE, J. B. (Orgs). **O jogo dentro e fora da escola**. Campinas/SP: Editora Autores Associados, 2005.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher**: subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. Dissertação (Mestrado em Saúde

Coletiva) – Instituto de Saúde Coletiva, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COSCRATO, G.; PINA, J. C.; MELLO, D. F. Utilização de atividades lúdicas na educação em saúde: uma revisão integrativa da literatura. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 257-63, 2010. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/ape/v23n2/17.pdf>. Acesso em: 25 jul. 2013.

DE BEM, L. A.; WAGNER, A. Reflexões sobre a construção da parentalidade e o uso de estratégias educativas em famílias de baixo nível socioeconômico. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 63-71, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v11n1/v11n1a08.pdf>>. Acesso em: 25 jul. 2013.

DELORS, J. **Educação**: um tesouro a descobrir. São Paulo: Cortez UNESCO, 2006.

DESEN, M. A.; BRAZ, M. P. A família e suas inter-relações com o desenvolvimento humano. In: DESSEN, M. A.; COSTA JÚNIOR, A. L. (Orgs.). **A ciência do desenvolvimento humano**: tendências atuais e perspectivas futuras. Porto Alegre: Artmed, 2005. p.113-131.

DUARTE, G. Extensão da assistência pré-natal ao parceiro como estratégia de aumento da adesão ao pré-natal e redução da transmissão vertical de infecções. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 29, n. 4, p.171-174, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032007000400001&script=sci_arttext>. Acesso em: 10 jul. 2013.

EIZIRIK, C. L. **Ciclo da vida humana**: uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre/RS: Aramed, 2001.

ELSEN, I. Desafios da Enfermagem no cuidado da família. In: BUB, L. I. R. (Org.). **Marcos para prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis/SC; UFSC, 1994.

FERRARI, M.; KALOUSTIAN, S. M. Introdução. In: KALOUSTIAN, S. M. (Org.). **Família brasileira**: a base de tudo. 6. ed. São Paulo: Cortez Unicef, 2004. p. 11-5.

FIGUEIREDO, N. M. A. **Ensinar a cuidar em Saúde Pública**. São Caetano do Sul, SP: Difusão Editora, 2005.

_____. **Ensinar a cuidar da mulher, do homem e do recém-nascido**. São Caetano do Sul/SP: Editora Difusão Enfermagem, 2006.

_____. et al. Entre a filosofia e as políticas públicas: o que saber sobre o SUS. In: FIGUEIREDO, N. M. A.; TONINI, T. (org.). **SUS e PSF para enfermagem**: práticas para o cuidado em saúde coletiva. São Caetano do Sul/S/P: Yendis Editora, 2010.

FILHO, K. P.; TRISOTTO, S. O corpo problematizador de uma perspectiva histórico-política. **Psicologia**: um estudo, v. 13, n. 1, p. 115-121, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pe/v13n1/v13n1a13.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

FORTUNA, T. R. Papel do brincar: aspectos relevantes a considerar no trabalho lúdico. **Revista do Professor**, v. 18, n. 71, 2002.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 31.ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

_____. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro/RJ: Paz e terra, 1999.

_____. **Pedagogia da esperança**: um reencontro com a pedagogia do oprimido. Notas de Ana Maria Araújo Freire. 13. ed. São Paulo/SP: Paz e Terra, 2006.

FREITAS. L.; MORIN E.; NICOLESCU, B. **Carta da transdisciplinaridade**. 1994. Disponível em: <<http://caosmose.net/candido/unisinos/textos/textos/carta.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

GALVANI, P. Autoformação, uma perspectiva transpessoal, transdisciplinar e transcultural. In: SOMMERMAN, A.; MELLO, M. F.; BARROS, V. M. (Org.), **Educação e transdisciplinaridade II**. São Paulo/SP: Triom, 2002.

GAZZINELLI, M. F. et al. Educação em saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. **Caderno de Saúde Pública**, v. 21, n. 1, 2005. p. 200-206. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v21n1/22.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.

GERMANO, R. M. et al. Capacitação das equipes do PSF: desvendando uma realidade. In. CASTRO, J. L. (Org.). **Gestão de trabalho no SUS**: entre o visível e o oculto. Natal: Editora Observatório RH NESC/UFRN, 2007.

GODOY, A. S. Introdução à pesquisa qualitativa e suas possibilidades. **Revista de administração de empresas**. v. 35, n. 2, p. 57-63, 1995. Disponível em: <http://rae.fgv.br/sites/rae.fgv.br/files/artigos/10.1590_S0034-75901995000200008.pdf>. Acesso em: 15 jul. 2013.

GOHN, D. **Tecnologias para educação musical**. São Carlos/SP: EdUFSCar, 2010.

GOMES, A. A. A função materna e a gênese da subjetividade em Winnicott e Lacan. **Psicologia**, 2009. Disponível em: <<http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0472.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

GONÇALVES, D. M. et al. O vínculo mãe-bebê na atualidade. **Boletim de Iniciação Científica em Psicologia**, v. 7, n. 1, p. 106-122, 2006.

GONDIM, G. M. M. et al. O território da saúde: a organização do Sistema de Saúde e a territorialização. In: MIRANDA, A. et al. **Território, ambiente e saúde**. Rio de Janeiro/RJ: Editora Fiocruz, 2008. p. 234-255.

GRIBOSKI R. A.; GUILHEM, D. Mulheres e profissionais de saúde: o imaginário cultural na humanização ao parto e nascimento. **Texto e contexto em Enfermagem**, v. 15, n. 1, p. 107-14, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v15n1/a13v15n1.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

HERRERA, D. R. H. Corporeidad y motricidade. Uma forma de mirar los saberes delcuerpo. **Educação e sociedade**, v. 29, n. 102, p. 119-136, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/es/v29n102/a0729102.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2013.

JACOBY, M.; CARLOS, A. C. Eu e o Outro em Jean Paul Sartre: pressupostos de uma antropologia filosófica na Construção do ser Social. **Latino American Journal of Fundamental Psychopathology on line**, v. 1, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.fundamentalpsychopathology.org/uploads/files/latin_american/v2_n2/o_eu_e_o_outro_em_jean_paul_sartre.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.

JOSSO, M. C. **Experiências de vida e formação**. São Paulo/SP: Cortez, 2004.

KLAUS, M. H.; KENNEL, J. H.; KLAUS, P. H. **Vínculo**: construindo as bases para um apego seguro e para a independência. Porto Alegre: ArtMed, 2000.

KRUEL, C. S.; LOPES, R. C. S. **Tornar-se pai, tornar-se mãe de um bebê com malformação cardíaca congênita**: as repercussões do diagnóstico na paternidade. 2011.

LA TORRE, S. L.; PUJOL, M. A. P.; MORAES, M. C. **Transdisciplinaridade e ecoformação**: um novo olhar sobre a educação. São Paulo/SP: Triom, 2008.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Metodologia científica**. São Paulo/SP: Atlas, 2006a.

_____. **Técnicas de pesquisa**. São Paulo/SP: Atlas, 2006b.

LATOUE, B. How to Talk About the Body? The Normative Dimension of Science Studies. **Body e society**, v. 10, n. 3, p. 205–229, 2006. Disponível em: <<http://www.bruno-latour.fr/sites/default/files/77-BODY-NORMATIVE-BS-GB.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

LE BETRON, D. **Adeus ao corpo**: antropologia e sociedade. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas/SP: Papirus, 2003.

LEBOYER, F. **Shantala**: uma arte tradicional massagem para bebês. 8. ed. São Paulo/SP: Ground, 2009.

LOPES, E. M.; SAIWORI, J. S. B.; PINHEIRO, A. K. B. Tendência das ações de educação em saúde realizadas por enfermeiros no Brasil. **Revista de Enfermagem da UERJ**, v. 17, n. 2, p. 273-77, 2006. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=16408&indexSearch=ID>>. Acesso em: 24 jun. 2013.

LUZ, M. T. Cultura contemporânea e medicinas alternativas: novos paradigmas em saúde no fim do século XX. **Physis**, v. 15, n. 1, p.145-76, 2005.

MARTINS, C. M. (Org.). **Educação e saúde**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007.

- MATURANA, H. **Ontologia da realidade**. Belo Horizonte/MG: Editora UFMG, 2001.
- _____. ; VARELA, F. J. **De máquinas e seres vivos – autopoiese**: a organização do vivo. 3. ed. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 1997.
- _____. ; **A árvore do conhecimento**: as bases biológicas da compreensão humana. São Paulo: Palas Athena, 2001.
- MATURANA, H.; ZOLLER, G. V. **Amar e brincar**: fundamentos esquecidos do humano. São Paulo/SP: Palas Atenas, 2004.
- MAZET, P. G.; STROLERUS, S. **Manual de psicoterapia do recém-nascido**. Porto Alegre/RS: Artes Médicas, 1990.
- MELO, E. C. P; CUNHA, F. T. S.; TONINI, T. Políticas de Saúde Pública. In: FIGUEIREDO, N. M. A. (Org.). **Ensino a cuidar em saúde pública**. São Caetano do Sul/SP: Difusão Enfermagem, 2004.
- MENDES, E. V. Distrito Sanitário. **O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde**. São Paulo/SP: Hucitec/ABRASCO, 1993.
- _____. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo/SP: Hucitec, 1996.
- MERHY, E. E. **Saúde**: a cartografia do trabalho vivo. São Paulo/SP: HUCITEC, 2007.
- MERLEU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. Tradução de Carlos Alberto Ribeiro de Moura. São Paulo/SP: Martins Fontes, 2006.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. (Org). **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis/RJ: Vozes, 1994.
- MORAES, M. C. **Educar na Biologia do amor e da solidariedade**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.
- _____. **O Pensamento ecossistêmico**. Petrópolis/RJ: Vozes, 2004.
- _____. **Ecologia os saberes**: complexidade, transdisciplinaridade e educação – novos fundamentos para iluminar novas práticas educacionais. São Paulo/SP: WHH, 2008.
- _____. ; LA TORRE, S. **Sentir e pensar**: fundamentos e estratégias para reencantar a educação. Petrópolis/RJ: Vozes, 2008.
- MORIN, E. **O Método 3**: o conhecimento do conhecimento. 2. ed. Porto Alegre/RS: Sulinas, 1999.
- _____. **Complexidade e transdisciplinaridade**: a reforma da universidade e do ensino fundamental. Natal/RN: EDUFRN, 2000.

- _____. **Educação e complexidade:** os sete saberes necessários e outros ensaios. In: ALMEIDA, M. C.; CARVALHO, E. A. (Org.). São Paulo/SP: Cortez, 2002.
- _____. **A cabeça bem-feita:** repensar a reforma, reformar o pensamento. 10. ed. Rio de Janeiro/RJ: Bertrand Brasil, 2004.
- _____. **O Método 5:** a humanidade da humanidade. Tradução de Juremir Machado da Silva. 3. ed. Porto Alegre/RS: Sulina, 2005.
- _____. **Os sete saberes e outros ensaios.** São Paulo/SP: Cortez, 2006.
- _____; CIURANA E. R.; MOTTA R. D. **Educar na era planetária:** o pensamento complexo como método de aprendizagem pelo erro e incerteza humana. São Paulo/SP: Cortez; 2003.
- NEME, C. M. B. et al. **Implicações do vínculo mãe-criança no adoecimento infantil:** revisão de literatura. *Psicologia em Pediatria*, 2011. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3963>. Acesso em: 20 maio 2013.
- NEVES, C. O. F.; JESUS, M. A. G. S.; FIGUEIRAS, M. S. T. O encontro mãe-bebê como fator preponderante no desenvolvimento psíquico da criança. **CES Revista**, v. 23, p. 195-206, 2009. Disponível em: <http://web2.cesjf.br/sites/cesjf/revistas/cesrevista/edicoes/2009/PSIC2009_o_encontro_mae_bebe.pdf>. Acesso em: 20 maio 2013.
- NICOLESCU, B. **O manifesto da transdisciplinaridade.** 3. ed. Tradução: Lúcia Pereira de Souza. São Paulo/SP: Triom, 2008.
- OLIVEIRA, D. L. L. C. A ‘nova’ saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista latino-americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 423-431, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>>. Acesso em: 20 maio 2013.
- OLIVEIRA, H. M.; GONCALVES, M. J. F. Educação em saúde: uma experiência transformadora. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 57, n. 6, p. 761-63, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S0034-71672004000600028&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2013.
- OMS. Organização Mundial da Saúde. **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**, 1978.
- ORTEGA, F. Corpo e tecnologias de visualização médica: entre a fragmentação na cultura do espetáculo do corpo vivido. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312005000200004&script=sci_arttext>. Acesso em: 07 maio 2013.
- _____. Corporeidade e biotecnologias: uma crítica fenomenológica da construção do corpo pelo construtivismo e pela tecnobiomedicina. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.

12, n. 2, p. 381-388, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v12n2/a14v12n2.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2013.

OSTROWER, F. **Criatividade e processos de criação**. 9. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2003.

PASSEGI, M. C. Memoriais: injução institucional e sedução autobiográfica. In: PASSEGI, M. C.; SOUZA, E. C. **(Auto) Biografia**: formação, territórios e saberes. Livro 2, Coleção Pesquisa (Auto) Biográfica e Educação. Natal/RN: EDUFRN, 2008.

_____. **Memorial de formação**: processos de autoria e de (re)construção identitária. In: III Conferência de pesquisa sócio cultural. Campinas/SP, 2000.

PEREIRA, L. H. Corpo e Psique: da dissociação à unificação – algumas implicações na prática pedagógica. **Educação e Pesquisa**, São Paulo/SP, v. 34, n. 1, p. 151-166, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v34n1/a11v34n1.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2013.

_____; BONFIN, P. V. Brincar e aprender: um novo olhar para o lúdico no primeiro ano do Ensino Fundamental. **Revista Educação**, v. 34, n. 2, 2009. p. 295-310. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=117112615005>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

PIAGET, J. **A formação do símbolo na criança**. Rio de Janeiro/RJ: Zahar, 1978.

PINEAU, G. As histórias de vida em formação: gênese de uma corrente de pesquisa-ação-formação existencial. **Educação e Pesquisa**, v. 32, n. 2, p. 329-343, 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ep/v32n2/a09v32n2.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

PINTO, A. E. S. Descobrindo a condição humana na ludopoiense: um despertar para a consciência da complexidade humana. In: CAVALCANTI, K. B. (Org). **Pedagogia vivencial humanescente**. Curitiba/SC: Editora CRV, 2010.

_____. **Saberes e práticas educativas humanescentes de educadores em saúde**. Natal/RN: BACOR/PPGEd/UFRN, 2011.

PRIGOGINE, I. **Ciência, razão e paixão**. Belém: EDUEPA, 2001.

PUSTAI, O. J. O sistema de saúde no Brasil. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2004.

RESTREPO, L. C. **O direito a ternura**. 3. ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2001.

ROSA, C. D. O papel do pai no processo de amadurecimento em Winnicott. **Natureza Humana**, v. 11, n. 2, 2009. Disponível em: <<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/nh/v11n2/v11n2a03.pdf>>. Acesso em: 07 maio 2013.

SAITO, R. X. S. Políticas de saúde: princípios, diretrizes e estratégias para a estruturação de um Sistema Único de Saúde. In: _____; OHANA, E. C. C. **Saúde da família**: considerações teóricas e aplicabilidade. São Paulo: Martinari, 2008.

SAKS, M.; ALLSOP, J. **Researching health**: qualitative, quantitative and mixed methods. São Paulo: Editora Rocas, 2011.

SALA, A. et al. Cadastro ampliado em saúde da família como instrumento gerencial para diagnóstico de condições de vida e saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 6, n. 20, p. 1556-1564, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n6/13>>. Acesso em: 07 maio 2013.

SAMPAIO, A. T. L. **Por uma educação pulsante**: aprendizagem significativa com o sandplay. Artigo publicado no XIII ENDIPE. Porto Alegre/RS, 2008.

_____. **Universo encantado do cuidado na autopoiese docente**: uma viagem epistemológica transdisciplinar. 2009. 229f. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Ciências Sociais Aplicadas, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2009.

_____; CAVALCANTI, K. B. **A formação humana autopoética**: tecendo os fios para uma educação transdisciplinar. In: III Congresso Internacional de Transdisciplinaridade, Complexidade e Ecoformação. Brasília/DF, 2008.

SANTOS, A. **O que é transdisciplinaridade**. Periódico Rural Semanal. Universidade Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro /RJ, 2008.

_____. **Complexidade e transdisciplinaridade**: em busca da totalidade perdida. Porto Alegre/RS: Editora Sulina, 2009.

SARI, V. et al. De que corpo se fala no cotidiano da enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, v. 14, n. 3, p. 547-52, 2009. Disponível em: <<http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/view/16188/10706>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SHIMAMOTO, D. F. Corporeidade, educação e ensino de ciências naturais. **Olhares e trilhas**, v. 4, n. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.seer.ufu.br/index.php/olharesetrilhas/article/viewFile/3565/2608>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

_____. **As representações sociais dos professores sobre o corpo humano e suas representações no ensino de ciências naturais**. Tese (Doutorado em Educação) – Centro de Educação e Ciências Humanas, Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2004.

SILVA, A. L.; CAMILLO, S. O. A educação em enfermagem à luz do paradigma da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 41, n. 3, 2007. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n3/09.pdf>>. Acesso em: 15 jul. 2013.

SILVA, S. P.; NASCIMENTO, M. J. P. Massagem: um instrumento para a humanização da assistência em unidades neonatais. **Revista de Enfermagem UNISA**, v. 2, p. 107-111, 2001. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2001-23.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

SMEKE, E. L. M.; OLIVEIRA, N. L. S. Educação em saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E. M. (Org.). **A saúde nas palavras e nos gestos**: reflexões da rede, educação popular e saúde. São Paulo/SP: Hucitec, 2001.

SOARES, N. S. **Educação transdisciplinar e a arte de aprender**. Salvador/BA: EDUFBA, 2006.

SOUZA, R. R. Ministério da Saúde. **O Sistema Público de Saúde brasileiro**. In: Seminário Internacional – Tendências e Desafios dos Sistemas de Saúde nas Américas. São Paulo/SP, 2002.

SOUZA, W. F. Winnicott e Maturana: um diálogo possível? **Estudos e pesquisas em Psicologia**, v. 8, n. 2, ago. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_pdf&pid=S1808-42812008000200026&lng=pt&nrm=iso&tlang=pt>. Acesso em: 10 jul. 2013.

TAKEDA, S. A organização de serviços de atenção primária à saúde. In: DUCAN, B. B. et al. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 3. ed. Porto Alegre/RS: Artmed, 2004.

TEIXEIRA, M. Z.; LIN, C. A.; MARTINS, M. A. O ensino de práticas não-convencionais em saúde nas Faculdades de Medicina: panorama mundial e perspectivas brasileiras. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 28, n. 1, p. 51-60, 2004. Disponível em: <http://www.educacaomedica.org.br/UserFiles/File/2004/volume28_1/ensinos_de_praticas.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

TISERA-LÓPEZ, G. Musicoterapia: vivências sonoras pré-natais. **Revista Internacional Latino-americana de Musicoterapia**, v. 6, n. 2, 2000. Disponível em: <<http://www.geocities.com/Paris/Metro/8395/ilajmt-e.html>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

TROCMÉ-FABRE, H. **Nascemos para aprender**. Tradução de Wanda Maria Maranhão Costa. São Paulo: Triom, 2006.

UNESCO. Ministério da Educação e Desportos. Educação um tesouro a descobrir. **Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre educação para o século XXI**. 2003. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ecopolitica/documentos/cultura_da_paz/docs/Dellors_alli_Relatorio_Unesco_Educacao_tesouro_descobrir_2008.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2013.

VARELA, F.; THOMPSOM, E.; ROSCH, E. **A mente corpórea**: ciência cognitiva e experiência humana. Tradução: Joaquim Nogueira Gil e Jorge de Souza. Portugal: Instituto Piaget, 2001.

VEIGA, D. S. Psicologia da gravidez e parto sob uma ótica psicanalista. **Psicópio: Revista virtual de Psicologia hospitalar e da saúde**, v. 3, n. 6, p. 16-19, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000178&pid=S1414-8145201200010000300011&lng=en>. Acesso em: 10 jul. 2013.

VICTORA, C. G.; BRYCE, J.; FONTAINE, O. M. R. Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy. **Bull WHO**, v. 78, p.1246-55, 2000. Disponível em: <<http://www.who.int/bulletin/archives/78%2810%291246.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2013.

WILHEIM, J. **O que é Psicologia pré-natal**. 4. ed. São Paulo/SP: Editora Casa do psicólogo, 2006.

WINNICOTT, D. W. **Os bebês e suas mães**. São Paulo/SP: Martins Fontes, 1994.

_____. **A família e o desenvolvimento individual**. São Paulo/SP: Martins Fontes, 2001.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Baby friendly hospital initiative, revised, updated and expanded for integrate care**, Section 1, Background and Implementation, Preliminary VersionGeneve: WHO, 2006.



APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, _____, tendo sido convidado (a) a participar como voluntário(a) do estudo: A AUTOFORMAÇÃO MATERNAL: cenários de uma educação transdisciplinar humanescente, uma pesquisa que utilizará da pesquisa-ação existencial, observações, fotorreportagens, encontros realizados na comunidade de Barreta – Nísia Floresta/RN recebi da enfermeira/ educadora Isabel Cristina Amaral de Sousa responsável pela pesquisa, as seguintes informações que me fizeram entender, sem dificuldades os seguintes aspectos:

- Que o objetivo da pesquisa é; Investigar e descrever como o desenvolvimento de vivencias integrativas de educação e saúde contribuem para o processo de autoformação maternal
- Que a importância deste estudo é a de: Descrever as vivencias integrativas de educação e saúde e suas repercussões no processo de autoformação maternal e Identificar a importância das vivencias integrativas na qualidade das relações que envolvem o binômio mãe-filho;
- Que esse estudo iniciou em junho de 2011 com prazo de término em julho de 2013;
- Que participarão deste estudo gestantes e seus respectivos bebês até um ano de idade;
- que o estudo seguirá os seguintes passos: Revisão bibliográfica, Ajustes e Sistematização, Implantação das ferramentas, vivências integrativas, atividades e coleta de Informações, análise e interpretação dos resultados, sistematização das informações.
- Que meu nome não será divulgado na pesquisa, sendo o resultado de minha participação identificado por um código (letra ou número);
- Que poderão ser utilizados excertos da minha fala e/ou escrita bem como imagens;
- Que, sempre que eu desejar, me será fornecido esclarecimento sobre cada uma das etapas da pesquisa;
- Que, a qualquer momento, eu poderei recusar a continuar participando da pesquisa e, também, que eu poderei retirar este meu consentimento, sem que isso me traga qualquer penalidade ou prejuízo.

Finalmente, tendo eu compreendido tudo o que me foi informado sobre a minha participação no mencionado estudo e estando consciente dos meus direitos e das minhas responsabilidades, compreendendo a importância da minha participação

para a realização dessa pesquisa, DOU O MEU CONSENTIMENTO SEM QUE PARA ISSO EU TENHA SIDO OBRIGADO (A) A PARTICIPAR.

(Assinatura do participante voluntário da pesquisa)

Endereço domiciliar: _____
Telefones para contato: _____

Assinatura do responsável pela pesquisa

Natal/RN, de de 2013.