

AVALIAÇÃO DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL EM MEIO CARENTE

EVALUATION OF A PRENATAL PEER COUNSELING PROGRAM WITH WOMEN LIVING IN POVERTY

LA EVALUCIÓN DE UN PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO PRENATAL CON ESCASOS RECURSOS

Judith Lapierre¹, Thibault Martin², Michel Perreault³

¹ Ph.D. em Saúde Pública. Professora da Universidade do Quebec em Outaouais, Canadá. Diretora do Departamento de Enfermagem da Universidade do Quebec.

² Ph.D. em Sociologia. Professor do Departamento de Trabalho Social e de Ciências Sociais da Universidade do Quebec.

³ Ph.D. em Sociologia. Professor Titular da Faculdade de Enfermagem na Universidade de Montreal, Canadá.

PALAVRAS-CHAVE: Po-breza. Cuidado pré-natal. Capacitação.

RESUMO: A medicina tradicional e os programas em saúde pública não conseguiram prevenir as conseqüências desfavoráveis da gravidez de alto risco em mulheres carentes. O objetivo desta pesquisa é descrever e avaliar o processo de emancipação de um grupo de gestantes carentes, de um grupo de mães da mesma comunidade e de profissionais da saúde que participam de um programa de acompanhamento pré-natal. Análises qualitativas de entrevistas individuais e coletivas levaram ao aparecimento de uma proposta de teoria de nível intermediário sobre o acompanhamento pré-natal, na qual são revelados elementos facilitadores e limitadores ao processo de implantação. Se a saúde pública deve concentrar-se nos problemas de justiça social, deveremos rever os modelos de parceria e de complementaridade para pensar, provavelmente, em nos direcionarmos para outros modelos.

KEYWORDS: Poverty. Pre-natal care. Training.

ABSTRACT: Traditional medicine and modern public health have long failed pregnant women living in poverty. With birth outcomes less than optimal, they cumulate physical and psychosocial risks that are left unattended by approaches not based on the real needs of those women. The goal of this research was to describe and assess the empowerment process within a group of pregnant women living in poverty, a group of mothers from that community, and a group of health professionals all taking part in a prenatal peer counseling program. Interviews analyzed qualitatively led to the emerging middle range theory of prenatal peer counseling. The empowerment process, including group self determination, is described with both facilitating and limiting elements. If public health intends to attack problems of social justice, we will have to revisit our partnership and integrative models in order to look into other potential models.

PALABRAS CLAVE: Po-breza. Atención prenatal. Capacitación.

RESUMEN: La medicina tradicional y la salud pública no previnieron las consecuencias desfavorables para la gestante de alto riesgo de escasos recursos económicos. El objetivo de esta investigación fue describir y evaluar el proceso de emancipación de un grupo de gestantes pobres, de un grupo de madres de la comunidad y un grupo de profesionales de la salud quienes hacían parte del programa de consejería prenatal. Mediante las entrevistas individuales y colectivas los datos se analizaron cualitativamente orientado por la teoría de nivel intermediario sobre la consejería prenatal. Siendo descritos los elementos facilitadores y limitantes a dicho proceso de implantación. La salud pública, sin duda, deberá concentrarse en los problemas de justicia social, así también, tendríamos que revisar nuestros modelos de integración y de complementariedad para poder pensar en otros modelos.

Endereço: Judith Lapierre
C.P. 1250, Succursale Hull, Gatineau
J8X 3X7 Quebec, Outaouais, Canadá.
E-mail: judith.lapierre@uqo.ca

Artigo original: Pesquisa
Recebido em: 20 de fevereiro de 2006.
Aprovação final: 01 de novembro de 2006.

INTRODUÇÃO

Uma a cada seis crianças no Canadá vê seu direito à igualdade, à justiça e à saúde indiscutivelmente ameaçada pela precariedade multidimensional da pobreza. De fato, mais de um milhão de crianças canadenses vivem na pobreza, o que representa uma alta da taxa de pobreza infantil em seis anos, que chega aos 15,6% ou 17% para os menores de 16 anos.¹ As repercussões da pobreza sobre a saúde física, mental e social são reconhecidas há muito tempo. Paradoxal e tenaz, a pobreza desconcerta por sua fertilidade reprodutiva genealógica. A taxa de gravidez nas jovens com menos de 18 anos no Quebec, não cessou de aumentar, e depois, estabilizou-se nos últimos dez anos. Em 2003, houve 2.560 nascimentos de crianças de mães com menos de 19 anos.² No Canadá, 8% dos nascimentos são atribuídos a mães com menos de 20 anos. Em Outaouais, uma das 17 regiões administrativas do Quebec, 21,2% da população vivia abaixo do limiar de baixa renda em 2001. Desta população, 38,5% são famílias monoparentais, sendo que 80% destas famílias são dirigidas por mulheres.³ As mulheres que vivem em situação de pobreza têm duas vezes mais bebês cujo peso no nascimento é inferior a 2.500 gramas. As complicações associadas ao baixo peso no nascimento ou à prematuridade contribuem de maneira significativa com o aumento da mortalidade e da morbidade infantil⁴ e às dificuldades relacionais entre o recém-nascido e sua mãe.⁵ Os problemas psicossociais e econômicos fazem parte dos problemas intergeracionais que transcendem a pobreza relacionada a uma gravidez na adolescência.⁶

A taxa de gravidez na adolescência no Canadá atinge 14 por 1.000 adolescentes de 15 a 19 anos e ultrapassa a do Japão que é de 4 por 1.000, da Inglaterra, 33 por 1.000 e dos Países Baixos, 8 por 1.000.⁷ A literatura, até hoje em dia, concorda em dizer que o acompanhamento pré-natal é um fator importante para um resultado favorável da gravidez, principalmente em meio carente.⁸ Várias hipóteses foram levantadas a fim de explicar este paradoxo de utilização menor dos serviços de saúde em relação às necessidades elevadas de saúde. De fato, a mais comum trata das atitudes negativas, tanto das mulheres de meios carentes com respeito aos profissionais da saúde, quanto destes profissionais com respeito às mulheres. Os conflitos de valor vindos da interface quase “cultural” entre profissionais da saúde e gestantes que vivem em situação de grande carência vêm opor-se à eficácia da relação de ajuda, há muito

tempo, atacando-se diretamente a seus fundamentos que são a compreensão empática, o respeito, a autenticidade e a aceitação incondicional do outro. Além disto, não se pode negligenciar o fato de que as gestantes desconfiam do poder social dos médicos e dos poderes políticos e legais que também têm os outros profissionais que podem decidir, de um momento para outro, tirar a criança da mãe para proteger a saúde ou a vida da criança.

Existe atualmente no Quebec três programas de serviços destinados às mulheres grávidas carentes: o OLL, que inclui um suplemento alimentar de ovos, leite e laranja; o programa chamado “amadri nhamento”, baseado na ajuda comunitária e um outro vindo do Centro da Criança e do Adolescente do Quebec¹⁰. O acompanhamento pré-natal por uma mãe da comunidade mostrou-se um complemento indispensável aos esforços que fazem os profissionais da saúde na área da perinatalidade em meio carente. Ele inscreve-se no paradigma da emancipação das populações que acontece atualmente em promoção da saúde. A emancipação refere-se às relações tidas com as populações servidas, que refletem a colaboração e a promoção das forças, dos direitos e das habilidades na aprendizagem do domínio do ambiente e da autodeterminação.

O objetivo deste estudo foi descrever e avaliar o processo de emancipação individual e coletivo de um grupo de gestantes que vivem em situação de grande carência, de um grupo de mães da mesma comunidade e de profissionais da saúde, todos participando de um programa de acompanhamento pré-natal. A participação de todos os atores na elaboração e na implantação do programa tinha como objetivo, primeiramente, facilitar a aquisição dos recursos individuais e coletivos que permitem a autodeterminação dos membros de uma comunidade que vive em situação de grande carência. Um segundo objetivo foi promover uma transformação emancipadora das relações entre profissionais e membros da comunidade e, finalmente, favorecer uma experiência de gravidez positiva para as gestantes e a saúde das mães e dos recém-nascidos pela ação sobre variáveis intermediárias ligadas à questão da gravidez. Três perguntas de pesquisa guiaram o presente estudo: 1) Quais são os elementos facilitadores e limitadores ligados ao desenvolvimento e à implantação de um programa de acompanhamento pré-natal emancipatório? 2) Quais são as significações que resultam das experiências vivenciadas, as habilidades pessoais e coletivas desenvolvidas, e o

impacto percebido pelas gestantes, as companheiras-mães e as intervenientes profissionais que participaram do programa de acompanhamento pré-natal emancipatório? 3) Existe uma congruência entre os conceitos significativos do modelo conceitual de partida e os do modelo em emergência?

MÉTODO

Uma abordagem integrada foi escolhida: o estudo de caso¹¹, a pesquisa participativa¹² e, finalmente, a avaliação de quarta geração.¹³ A particularidade do processo metodológico escolhido revela-se nestes três elementos: a pesquisa, a educação e a ação. A avaliação de quarta geração concentra-se na identificação das significações individuais dos diferentes detentores da questão em relação à avaliação, que foram expostas no processo coletivo. Uma espiral de ação-reflexão é iniciada quando a voz das participantes tem pleno poder sobre o processo, e quando o saber desenvolvido é validado na ação que reproduz este novo saber.

Apenas um território de Centros Locais de Serviços Comunitários (CLSC) foi selecionado. A seleção foi feita em função da importância dos serviços prestados à população urbana quebequense carente, da experiência, das estatísticas anuais e do interesse pelo programa. A escolha deste meio repousa em seu valor instrumental e seu potencial revelador que lhe foi atribuído principalmente pelos casos únicos. Dentro do caso estudado, três categorias detentoras das diferentes questões foram identificadas: as intervenientes profissionais, no caso, enfermeiras que praticam em perinatalidade, as mães da comunidade que são a fonte principal do novo programa e as gestantes da comunidade a quem é destinado o Programa de Acompanhamento. A coleta dos dados foi realizada com duas tríades de participantes, cada uma delas composta por uma enfermeira, uma companheira-mãe (mãe da comunidade) e por uma companheira-grávida (gestante). A participação de cada uma no estudo foi feita em base voluntária, após a explicação do projeto, do objetivo do estudo e dos procedimentos de coleta dos dados. Um certificado de ética foi obtido pela Universidade de Montreal. Os membros da equipe de perinatalidade do módulo Primeira Infância-Família do CLSC escolheram duas de suas enfermeiras, responsáveis pelo acompanhamento pré-natal para este período, assim como uma dietetista. Todas aceitaram participar do estudo. A seleção das companheiras-mães foi

feita pela equipe de perinatalidade do CLSC. Esta equipe escolheu três mães (apenas duas participaram do estudo) cuja participação ao programa OLL e aos ateliês do CLSC faziam delas candidatas especiais. As intervenientes encontraram-se, sem a presença da pesquisadora, para discutir sobre suas escolhas de candidatas e finalmente, as duas enfermeiras que participaram do estudo as contataram para informá-las sobre o projeto. Em seguida, estas mães encontraram individualmente com a pesquisadora. Esta curta entrevista tinha por objetivo identificar a motivação das mães e buscar qualidades como compromisso, maturidade, escuta, dentre outros. Um questionário permitiu dar a estas três mães os primeiros papéis de companheiras-mães. Dois critérios de inclusão serviram inicialmente na identificação das gestantes e para assegurar-se de que elas vinham de um meio carente (de grande pobreza), representando uma verdadeira experiência de miséria e de exclusão social, caracterizada pela amplitude, pelo acúmulo e pela duração dos problemas. 1) Renda situando-se em 59,6% do limiar da pobreza estabelecido pela Estatística Canadá (indicador de grande pobreza); 2) não ter completado o terceiro ano do Ensino Médio. As gestantes encontravam-se entre a 16^a e a 20^a semana de gravidez, momento durante o qual as gestantes começam mais freqüentemente o acompanhamento de gravidez e beneficiam-se, então, do suplemento alimentar OLL. A coleta dos dados foi realizada em um período de 10 meses durante o qual três tipos de encontros foram realizados: individuais, em tríade homogênea (todas as três profissionais, ou as três companheiras-mães ou as três gestantes) e, finalmente, em tríade heterogênea (composta de uma representante de cada uma das categorias) e também três fóruns onde atividades sociais foram organizadas.

Todos os encontros foram gravados, transcritos em computador e codificados com a ajuda de um programa de análise dos dados qualitativos. Cada um dos encontros foi objeto de uma análise de conteúdo. Primeiramente, uma análise temática transversal serviu para categorizar os relatos integrais segundo uma grade desenvolvida previamente contendo quatro grandes categorias: projeto, gravidez, vivência e dados sociodemográficos. Em segundo lugar, tratava-se de localizar os núcleos a partir dos quais um conjunto de subtemas poderia pertencer. Três tipos de unidades de análise foram privilegiados: unidade heterogênea, composta pela tríade enfermeira, companheira-mãe e companheira-

grávida; uma unidade homogênea, composta pelas tríades coletivas de enfermeiras, de companheiras-mães e de companheiras-grávidas e finalmente, uma última unidade, individual, foi constituída por cada uma das participantes.

PROGRAMA E OBJETIVO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

O programa de acompanhamento pré-natal é definido como uma estratégia de ações emancipadoras destinada às famílias que estão esperando uma criança e que vivem em situação de grande carência. O objetivo do emparelhamento, pelo qual as mães da comunidade tornam-se companheiras-mães, é que as mulheres da comunidade assumam o poder na experiência da maternidade e que elas reforcem o potencial das gestantes e das mães de sua comunidade. O acompanhamento consiste, de um lado, a se associar voluntariamente à outra, por uma presença física e simbólica, em sua experiência de saúde e, por outro lado, a guiá-la, caso necessário, de maneira tal que a pessoa perceba este acompanhamento, sintase apoiada, respeitada, livre para agir e encorajada a desenvolver suas potencialidades. Este tipo de acompanhamento pode ser, então, emancipatório. O acompanhamento profissional compreendia todas as ações das intervenientes que favorecem a harmonia corpo-alma-espírito e o poder. O acompanhamento natural traduzia-se, fundamentalmente, pela presença, empatia, respeito e compromisso da companheira-mãe em relação à gestante. Sem ser menos ativo, este acompanhamento deveria ser natural, por isso estas características refletem mais um *savoir-être* que um *savoir-faire*. O objetivo geral do programa de acompanhamento pré-natal inscrevia-se entre as orientações prioritárias da Organização Mundial da Saúde para a Promoção da Saúde: facilitar o aumento da responsabilização dos indivíduos com respeito a sua saúde, assim como a melhoria desta. O acompanhamento pré-natal tem como objetivo principal a emancipação das famílias que vivem em situação de grande carência em relação à experiência da maternidade. A emancipação refere-se à habilidade dos indivíduos em compreender e controlar as forças ambientais como as pessoais, sociais, econômicas e políticas, a fim de tomar atitudes para melhorar a situação de vida. Parece que a relação de confiança entre os pares, complementar ao serviço profissional, redefine a intervenção em um contexto no qual a população torna-se o agente de sua própria

saúde e parceiro dos profissionais. De encontro com objetivos tradicionais que visam ajudar o cliente a adaptar-se à sua opressão em um sistema social e sanitário, este modelo se inscreveria, de fato, em uma perspectiva de emancipação e de liberação por uma assistência humanista redefinida.

RESULTADOS

Dois elementos empíricos em especial caracterizam o grupo de companheiras do estudo: uma vivência marcada pela desvalorização, de carência e de instabilidade e de valores sociais dominantes aos quais elas se opõem (consumo excessivo, valorização da mudança, baixa estima do papel de mãe, desempenho e educação familiar de alto custo). A opressão é definida por uma exclusão social que se detecta com a ausência de poder, de privilégios e de acessibilidade. Além disto, esta exclusão é caracterizada, neste estudo, por valores aos quais parece aderir a maioria, mas, aos quais opõe-se o grupo oprimido. Estes diferentes fatores, em conjunto, marcam a experiência da gravidez e a da maternidade das mulheres e das famílias. Eles parecem desenhar, igualmente, o marco paradoxal destas duas experiências. Representada por um conjunto indissociável, cada uma destas experiências é constituída de temas significativos comuns.

A primeira, a gravidez, comporta cinco temas positivos relacionados à sua significação: consolidação dos elos no casal, realização de um desejo quase inerente de ter um filho, ser testemunho de um milagre, atenção familiar inabitual e fortalecimento dos elos com seu feto pelo contato visual durante o ultra-som. Para a maioria, de fato, o anúncio da gravidez constituiu uma etapa de formalização da relação amorosa, e, de alguma forma, consentiu o direito de entrada no mundo adulto. Para todas, sem exceção, ter um filho coincide com a materialização de um sonho, de um projeto de vida sem igual. Este discurso é animado pelo caráter misterioso do nascimento, que fascina a cada uma. O anúncio da gravidez parece de imediato saciar uma sede de atenção, até então não saciada: os membros da família, principalmente os pais, sentem-se de repente muito interessados e preocupados pelo destino de sua filha. Esta reação, fortemente sentida, agrada as futuras mães.

Finalmente, a conscientização de uma transição do papel iminente parece atingir seu ponto culminante quando, pela primeira vez, as mulheres vêem sua prole em desenvolvimento. Parale-

lamente, a avaliação positiva da gravidez é diminuída pela surpresa de uma gravidez não planejada, a partida precipitada do pai e finalmente os olhares e preconceitos do exterior, temas levantados pelas companheiras. A maternidade, apesar de impor uma reorganização das prioridades, o sentimento de valorização esconde completamente as contrariedades que poderiam ali estar associadas, a um ponto tal que esta reorganização é acolhida favoravelmente. A partir de então, à luz das transformações provocadas pela maternidade, um exame severo é feito de sua vida anterior, principalmente de seus hábitos de vida e da ausência de uma direção deliberada dada a um futuro que esteja à altura de suas aspirações. De imediato, pode-se sentir palpavelmente, o orgulho incomparável das mães com respeito a seus filhos. Do mesmo modo, uma motivação superior para a realização de objetivos pessoais parece nascer da responsabilidade maternal.

Todos estes temas refletem a experiência positiva da maternidade. Entretanto, eles são ultrapassados em número pelos temas negativos (6) de uma maternidade claramente precoce, solidão, responsabilidade contínua (nenhuma folga absoluta, ou pelo menos, incomparável ao sentimento de liberdade atribuído ao papel pré-maternal), críticas e muitos conselhos do ambiente imediato e externo, exigências físicas e morais da adaptação pós-natal, a progressão de um sentimento de desvalorização e de um vazio cada vez mais importante, assim como a preocupação constante do bem-estar de seus filhos vêm temperar a representação global da maternidade. Estes diferentes temas decorrem dos primeiros encontros que permitem melhor definir a díade companheira-mãe e companheira-grávida. Os fundamentos desta relação, as preocupações comuns, as contrariedades idênticas e ambições similares são elementos que solidificam a nova unidade, cujos valores pessoais e familiares constituem o elemento de base. O processo dialético permitiu este reconhecimento e favoreceu a intimidade do encontro das duas esferas pessoais. Os elementos que parecem insuflar o impulso vital para a evolução da relação de entreajuda do acompanhamento perinatal são a amizade recíproca, a ausência de julgamento, o respeito mútuo e a expressão de empatia recíproca. Sem uma destas qualidades relacionais, a trajetória da nova unidade-binária encontra-se ameaçada, ou mesmo paralisada.

Esta nova unidade, considerada em um contexto de apoio intermediário externo e onde

disponibilidade e enquadramento formal são privilegiadas, contribui para o processo de emancipação e de desenvolvimento. Este apoio intermediário externo é um elemento fundamental, facilitador no processo de emancipação e que influi sobre o equilíbrio da unidade-binária. O equilíbrio refere-se ao desenvolvimento harmonioso que a caracteriza e à coexistência de dois atores ligados por uma equação simétrica onde, de cada lado, a simetria é melhorada por um retorno mais importante que o capital (em doação de si) investido. Este processo é ativado e alimentado pelas companheiras-mães na ação de tranquilizar, de encorajar, de dar confiança, de favorecer aprendizagens e finalmente, de oferecer escolhas.

Um outro ponto fundamental levantado pelo estudo empírico é que a entreajuda pode desenvolver-se, antes de mais nada, no compartilhamento de uma mesma vivência, através de situações semelhantes e de elementos comuns, ou mesmo, na diferença da vivência. Supõe-se que as motivações pessoais comparáveis e os objetivos familiares semelhantes estimulam o progresso da relação de entreajuda na diferença. Duas tomadas de consciência estimularam e ocasionaram o reconhecimento de um momento revolucionário oportuno: a percepção da necessidade de um apoio intermediário externo e a busca desta fonte específica para as companheiras. Fermento da formação de uma coalizão, esta conscientização serviu também para enriquecer a reflexão que antecede a ação. Desde o início, este recurso devia ser capaz de facilitar a solidariedade entre as companheiras dando um apoio personalizado. A experiência testemunha a atitude dissimulada das intervenientes do CLSC e sua recusa aparente de apropriação ou de institucionalização do programa. A idéia e a criação de uma fundação e as direções determinadas coletivamente apareceu como a estrutura comunitária que pode garantir a manutenção do programa de acompanhamento perinatal, tão desejado pelas companheiras. A emergência deste recurso vindo de um esforço coletivo, além de apoiar, valorizar, aumentar, favorecer aprendizagens, teve como mandato oficioso defender a profissão de mãe das companheiras, todos elementos fundamentais da evolução de um desenvolvimento. Estes elementos parecem também ter sido precursores de fatores emancipatórios. Estes fatores sinérgicos mostravam-se sob o aspecto de um nível de desenvolvimento hierárquico onde, primeiramente, descobre-se uma nova visão de seu ambiente, depois cria-se uma vontade coletiva, progride a afirmação

de suas escolhas face ao mundo exterior, observa-se uma liberdade de agir impensável e em último lugar, opera-se uma transformação da realidade. O estudo permitiu iniciar um processo de teorização do saber profano quanto a um desenvolvimento perinatal emancipatório.

Elementos facilitadores e elementos limitadores

Alguns processos organizacionais como a tomada de decisão, a gestão e a execução representam um papel preponderante na criação de um programa inovador. Ao nível da tomada de decisão, encontra-se o motivo ou a percepção da necessidade de mudança na organização. Reconhece-se, dentro da organização onde o estudo foi realizado, a dificuldade persistente em abordar as gestantes em situação de carência. O estudo foi proposto no próprio meio, aceito pela direção da equipe do módulo Primeira Infância-Família e finalmente, uma recomendação favorável a seu respeito foi direcionada às intervenientes da equipe. Além disto, os resultados do estudo demonstram uma fraca motivação inicial em participar do programa de Acompanhamento pelas companheiras-grávidas. Consequentemente, este elemento pode também ser um influente fator moderador do impacto percebido por elas. Estas duas condições de recepção incerta do programa para dois dos três grupos de participantes (com exceção da pesquisadora) do estudo eram desconhecidas inicialmente. Somente após as primeiras fases de implantação e depois que uma relação de confiança foi desenvolvida entre as participantes e a pesquisadora é que as participantes profissionais falaram abertamente sobre a situação. Entretanto, buscou-se o apoio de diferentes fontes de suporte ao programa, ao mesmo tempo organizacionais e comunitárias. A diversidade das vozes e seu compartilhamento era uma estratégia que visava o desenvolvimento coletivo e a adoção de um programa. A alta direção do CLSC não deu um apoio ativo à implantação do programa. O diretor geral não tinha sido informado sobre o estudo e o relatório anual incluindo a descrição das atividades deste ano de implantação não fazia menção ao estudo, nem a suas implicações.

Os resultados deste estudo são eloqüentes: mais que uma filosofia a veicular, a capacitação pede em toda a legitimidade uma transformação concreta das maneiras de apreender e negociar

com o ambiente. Não apenas é necessário abrir-se a novas perspectivas da realidade, como destas populações com as quais trabalhamos, mas também dialogar diferentemente e intervir de uma maneira renovada a fim de que os que vivenciaram e vivem uma certa opressão possam transcender esta experiência e tender para uma atualização pessoal. O estudo era considerado pelas enfermeiras como um estudo preliminar à adoção oficial do programa. Esta visão deveria agir como meio estratégico para opor-se à ameaça inerente à mudança. O fato de ver o estudo como preliminar deveria reduzir o sentimento de ameaça que uma imposição direta do novo programa poderia trazer. Assim, ao final deste período de teste, se poderia esperar por um julgamento favorável à adoção do programa, o que, entretanto, não foi observado.

Acrescentamos aos elementos anteriormente mencionados, outros elementos julgados facilitadores na execução do programa. Cada mês ou mês e meio, comunicações escritas foram enviadas a cada uma das participantes ao estudo. Estas comunicações especificavam o desenrolar do programa e da pesquisa e indicavam as responsabilidades de cada uma para este período (exemplos: encontros de pesquisa, atividades, continuidade, diário pessoal, dentre outros). Esta estratégia visava alimentar a motivação e garantir que cada uma estivesse confortável com o processo: que ela seja informada, atualizada nas etapas da metodologia de pesquisa e se sinta apoiada. Este apoio, entretanto, não pôde compensar a falta de enquadramento das companheiras. Apesar destas companheiras-mães declararem não ter necessidade de um acompanhamento estrito da parte de uma interveniente, um enquadramento formal, e principalmente, que apóia, é essencial. A manutenção da motivação e do interesse, assim como a aceitação das direções que tomam os acompanhamentos, direções às vezes incompreensíveis para as companheiras, depende disto. Finalmente, um outro elemento importante, o apoio financeiro para as voluntárias em tal programa. Em suma, motivação inicial, fonte de apoio, participação à tomada de decisões, formação, período de teste, comunicações, enquadramento formal, apoio financeiro e moral às voluntárias foram todos elementos que, negligenciados, impõem empecilhos ao processo de adoção do programa e que, quando recebem uma atenção particular, poderiam provavelmente facilitar a institucionalização de um programa.

Significações e habilidades

De todas as participantes do estudo, um grupo preciso parece ter se beneficiado largamente de sua participação no programa de acompanhamento pré-natal, o das companheiras-mães. Elas expressaram eloqüentemente a reflexão, assim como o comportamento ocasionado pela participação. Ressaltaram a valorização que a experiência lhes deu e a abertura a novas perspectivas que suas companheiras lhes trouxeram. O desenvolvimento de uma relação binária de entreaajuda fundada em valores semelhantes pode vir do compartilhamento de uma mesma experiência ou de uma diferença destas experiências atenuadas pelo reconhecimento de motivações pessoais e de objetivos familiares idênticos. Estes elementos parecem servir de incitadores a uma reflexão dos valores, uma apreciação superior de sua própria vida, assim como a uma nova percepção de suas insatisfações pessoais e de suas expectativas. A experiência foi fonte de motivação e de energia superiores na realização de projetos pessoais. Ao nível das habilidades desenvolvidas, a experiência parece ter levado ao desenvolvimento de atitudes empáticas, de escuta e de relação de ajuda. O processo favoreceu a aprendizagem de habilidades na organização de atividades de um grupo comunitário. Além disto, em reação à experiência e à observação dos comportamentos das enfermeiras, uma das companheiras afirma ter desenvolvido uma filosofia de trabalho que ultrapassa os limites de uma tarefa profissional, ela quer colocar seu coração e sua motivação na ação. Habilidades no apoio do processo de desenvolvimento foram percebidas: promover a escolha, o exercício da vontade e o respeito ao outro. Além disto, uma repercussão sobre o casal de uma das companheiras foi compartilhado: o projeto suscitou discussões no casal e trocas sobre os valores fundamentais que eles desejam veicular a seus filhos. Poucos efeitos foram revelados pelas companheiras-grávidas além do fato de terem apreciado a companhia, a amizade, o apoio e a disponibilidade de suas companheiras. Nenhum efeito foi verbalizado pelas enfermeiras; elas afirmam não ter aprendido nada com a experiência.

Modelo em via de teorização versus modelo conceitual de partida: divergência e analogia com o modelo conceitual de partida

Uma revisão importante da estrutura conceitual multidimensional teve que ser realizada; nem a

reciprocidade nem a simultaneidade das interações entre todas as participantes puderam ser demonstradas, nem mesmo observadas. O acompanhamento profissional (ensino, reforço, aprendizagem, assistência, receptividade e disponibilidade) relatado pela interveniente foi observado pela companheira-grávida. Pode-se, entretanto, duvidar do estabelecimento da relação privilegiada se analisarmos em outros termos que não sejam quantitativos, por exemplo, além do número de visitas pré-natais necessárias e das intervenções habituais.

A parceria, outra coluna presumida no modelo de início não se desenvolveu entre as intervenientes diretas do Programa de Acompanhamento, mas com intervenientes periféricas (psicoeducadoras e assistentes sociais), cujas energias foram canalizadas para os objetivos da coalizão que criaram a fundação. Não houve comunicação dinâmica espontânea nem de expressões ou de testemunhos de uma confiança na expertise das companheiras-mães pelas enfermeiras. Estabelecer uma relação de confiança e oferecer um apoio global é a base do programa. Nascer igual e crescer com saúde no Quebec; pode-se, então, pensar que alguns elementos de base são negligenciados. Entretanto, uma disponibilidade, quando necessária, e um respeito aparente subsistiram durante o estudo. Além disto, o acompanhamento natural mostrou-se comparável à explicação teórica avançada com a entreaajuda como pilar fundamental. Mesmo se nas duas tríades, a profundidade da relação de entreaajuda não foi a prevista pelas companheiras-mães, a experiência permitiu esclarecer o processo de entreaajuda. Outras hipóteses foram levantadas como a motivação inicial a participar do programa, a relação de um apoio intermediário externo e diferentes formas de acompanhamento diferenciadas pelo tipo de contatos entre as companheiras, a partir das quais novos dados explicariam o processo de acompanhamento perinatal.

Trata-se, então, de contextualizar o acompanhamento em termos de díades ou reciprocidade e simultaneidade das interações que predominam entre as companheiras, garantir uma estrutura de apoio, que age como um intermediário cuja presença, a disponibilidade e o enquadramento formal tornam-se preponderantes e garantem a criação de uma solidariedade entre as companheiras (Figura 1).

Pudemos ver as características de uma comunidade sinérgica desenhar-se na sombra das companheiras-mães pelo sucesso do programa: na avalia-

Modelo empírico do acompanhamento perinatal

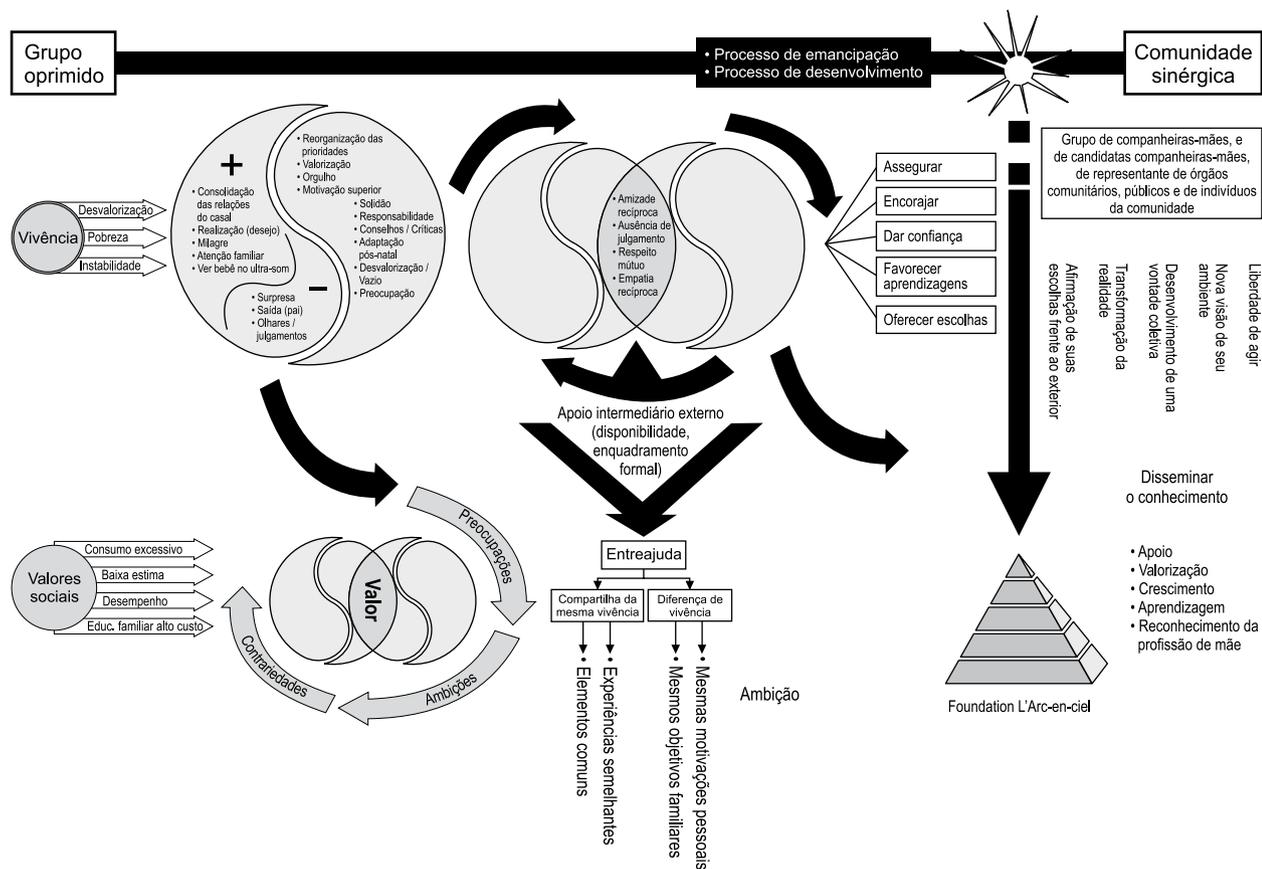


Figura 1 – Modelo empírico do acompanhamento pré-natal. Quebec, Canadá, 2005

ção das necessidades das jovens mulheres grávidas, na liderança, na organização e na mobilização dos recursos nas diferentes dádades e nas abordagens de criação da Fundação. Os processos que subentendem estas atividades também foram documentados como indicadores de emancipação e de poder. Mesmo se não se pôde observar uma real sinergia operar-se entre os três grupos de participantes (intervenientes profissionais, companheiras-mães e companheiras-grávidas) e que se deve questionar não a necessidade, mas a viabilidade “atual” do postulado de igualdade dos valores entre os participantes de uma operação emancipadora incluindo profissionais da saúde, aconteceu alguma coisa importante nas vidas das companheiras, principalmente na das companheiras-mães. Estas falaram de múltiplas tomadas de consciência, desenvolveram habilidades e tomaram a decisão de continuar seu compromisso para transformar o futuro; o delas e o de outras mulheres que, como elas, têm como profissão principal, ser mãe.

CONCLUSÃO

Nossos resultados indicam a emergência de conhecimentos experienciais que as companheiras parecem mais inclinadas a integrar em suas vidas de todos os dias que os conhecimentos informativos das profissionais. Nascidos em momentos de encontros repetidos, os conhecimentos relacionais implícitos deixam novas formas de ação geradas por outra coisa além do compartilhamento verbal. Precisamente, este tipo de programa emancipatório, cuja ferramenta principal é a reflexão e a ação em sincronia para a transformação da realidade e a expressão dos valores na ação, tem como primeira linha diretora responder às mudanças, característica crucial de sua durabilidade, popularidade e necessidade. Cremos que a pobreza caracteriza-se por um acúmulo de falta ou de ausências nos planos do ter, do saber reconhecido e do ser. Como opor-se a ela? A promoção da saúde preparou a via dos determinantes sociais, orientação recente da saúde pública.

A vantagem desta abordagem contemporânea da promoção da saúde é que ela situa o indivíduo em uma sociedade, em seu ambiente próprio levando em consideração a educação, do estatuto social, da renda, das condições de trabalho, da rede de apoio, das condições de habitação, das habilidades individuais, do ambiente natural e finalmente, da utilização dos serviços de saúde. Contrariamente à prática da medicina tradicional, ela reconhece a importância da participação das ajudas naturais e principalmente de suas expertises. Entretanto, ela continua sendo muito frequentemente uma abordagem burocrática institucional que arrisca às vezes encontrar-se muito longe da abordagem comunitária pura e idealista. Uma participação comunitária torna-se uma atividade sanitária em si e o processo deveria elaborar-se da base ao ápice, por exemplo, partir das preocupações dos indivíduos para levar uma modificação ao ápice, nos que detêm os poderes decisórios.

A saúde deve ser percebida como um capital que permite resistir aos ataques do ambiente. Pode-se então nuançar o “dar assistência profissional” do “dar assistência natural”, um vindo de um corpo profissional onde intervém necessariamente o poder e o outro conquistado pela generosidade e a confiança. cremos que este estudo favorece, pela sua abordagem construtivista de vários detentores das questões, uma conciliação entre as duas visões relativamente antagonistas. Esta conciliação é precursora de uma simbiose entre dois saberes, profano e científico. Tal simbiose tem o poder de reavivar a energia da saúde pública para preencher seu mandato de justiça social. O sistema atual, com suas instituições sanitárias, educativas e políticas, ainda é largamente regido de maneira a oprimir e excluir a expressão e o poder dos marginalizados. Uma reforma é essencial na chegada do poder moderno; este poder que incita, reforça, otimiza e organiza as forças que o subentendem.¹⁴ Fala-se de um poder invisível, contínuo e difuso que não exclui, mas que tende continuamente para uma maior inclusão e um nível supremo de organização.

REFERÊNCIAS

- 1 Steckley N. Un million de trop: mettre en oeuvre des solutions pour s'attaquer à la pauvreté des enfants au Canada. Ottawa (Ontário/CA): Campagne 2000; 2004.
- 2 Gouvernement du Québec, Institut de la Statistique du Québec. Naissances selon le poids à la naissance, l'âge de la mère et le sexe. Québec (Canada): Gouvernement du Québec; 2006 [acesso em 2006 Aug 29]. Disponível em: http://www.stat.gouv.qc.ca/donstat/societe/demographie/naisn_deces/naissance/409.htm
- 3 Pilotte PC. Portrait social du territoire de Centraide Outaouais: 2006. Gatineau (Québec/CA): Centraide Outaouais; 2006.
- 4 Conway KS, Kennedy LF. Maternal depression and the production of infant health. Durham: UNH Media Relations; 2004 [acesso em 2004 Oct]. Disponível em: http://unhinfo.unh.edu/news/docs/conway_maternaldepression.pdf
- 5 Kang R, Barnard K, Hammond M, Oshio S, Spencer C, Thibodeaux B, et al. Preterm infant follow-up project: a multi-site field experiment of hospital and home intervention programs for mothers and preterm infants. *Public Health Nurs.* 1995 Sept; 12 (3): 171-80.
- 6 Hillis SD, Anda RF, Dube SR, Felitti VJ, Marchbanks PA, Marks JS. The association between adverse childhood experiences and adolescent pregnancy, long-term psychosocial consequences, and fetal death. *Pediatrics.* 2004 Feb; 113 (2): 320-8.
- 7 Klein JD. Adolescent pregnancy: current trends and issues. *Pediatrics.* 2005 Jul; 116 (1): 281-6.
- 8 Boyer G, Brodeur JM. Naître égaux-Grandir en santé: des résultats pour poursuivre le chantier. Montreal (Canada): Direction de la Santé Publique; 2001.
- 9 Morrow AL, Guerrero ML, Shults J, Calva JJ, Lutter C, Bravo J, et al. Efficacy of home-based peer counselling to promote exclusive breastfeeding: a randomised controlled trial. *Lancet North Am Ed.* 1999 Apr; 353 (9160): 1226-31.
- 10 Tremblay D, Lechasseur H, Desmeules M, Guilbert É, Lepage MC. Les jeunes mères difficiles à rejoindre: Évaluation d'implantation d'une intervention pré et postnatale auprès d'une clientèle à risque. *Can. J. Public Health* 1998 Nov/Dez; 89 (6): 376-9.
- 11 Merriam SB. Case study research in education: a qualitative approach. San Francisco (Califórnia/USA): Jossey-Bass Publishers; 1988.
- 12 Israel BA, Cummings KM, Dignan MB, Heaney CA, Perales DP, Simons-Morton BG, et al. Evaluation of health education programs: current assessment and future directions. *Health Educ Quarterly.* 1995 Aug; 22 (3): 364-89.
- 13 Guba EG, Lincoln YS. Fourth Generation Evaluation. Newbury Park (Califórnia/USA): Sage Publications; 1989.
- 14 Foucault M. Discipline and punish: the birth of the prison. New York (NY/USA): Pantheon; 1977.