

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

A PRÁTICA DO CUIDAR/CUIDADO À FAMÍLIA DA ADO-
LESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA E SEU RECÉM-NASCIDO
ATRAVÉS DE UM MARCO CONCEITUAL DE ENFERMAGEM
DE ENFOQUE SÓCIO-CULTURAL

ZULEICA MARIA PATRICIO

FLORIANÓPOLIS

MARÇO DE 1990

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

TÍTULO: A PRÁTICA DO CUIDAR/CUIDADO À FAMÍLIA DA ADOLESCENTE
GRÁVIDA SOLTEIRA E SEU RECÉM-NASCIDO ATRAVÉS DE UM
MARCO CONCEITUAL DE ENFERMAGEM DE ENFOQUE SÓCIO-CUL-
TURAL.

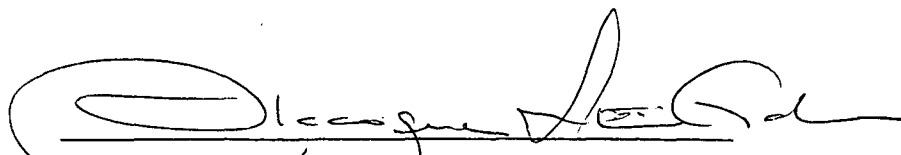
Submetida à Banca Examinadora para obtenção do Grau de


MESTRE EM ENFERMAGEM

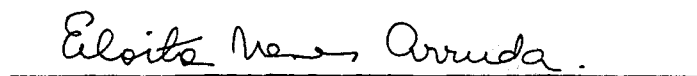
por

ZULEICA MARIA PATRICIO

APROVADA EM 25 de abril de 1990


Dr.ª Alacoque Lorenzini Erdmann


Dr.ª Ingrid Elsen


Dr.ª Eloita Neves Arruda

Às

Famílias do Estudo.

AGRADECIMENTOS

À minha família, por sua **presença**, por **compreender** minhas ausências e por me **respeitar** e **amar**.

À Gica, por ter trazido o Bruno, criança/**conforto**, para o nosso viver.

Ao Carlos, pelo **estímulo** e **desafio**.

Aos meus pais, em especial, pelas diversidades e **contradições** de suas idéias e pela **proteção**, **estímulo**, **valorização** e **amor**, que me dedicam.

À Alacoque, por me **orientar**, **respeitar**, **ouvir**, **valorizar**, **trocar idéias**, **estimular** e pela **disponibilidade** e **presença** constante.

À Ingrid, por suas idéias, **desafios** e **estímulo**, pela **troca de idéias** e por **promover conhecimentos** e **ter consideração**.

À Eloita, por me **dispensar atenção**, **esclarecer**, **valorizar**, **desafiar** e **promover conhecimentos** e **ter consideração**.

À Mercedes, por me **alertar para**, por me **ouvir**, **aceitar meus sentimentos negativos** e **promover conhecimentos**.

À Lúcia, pela sua **disponibilidade**, por me **dispensar atenção** e **orientar**.

À Rosa, pela **disponibilidade** e pela **sensibilidade** com que sempre me atendeu.

À Joëlle, pela **sensibilidade**, **gentileza**, **disponibilidade**, **respeito** e por **promover conhecimentos transculturais**.

À Lígã, por **estar presente**, **respeitar** e **trocar idéias**.

Às colegas dos serviços de saúde que me **auxiliaram** na **seleção das famílias**.

À Tetê, pela **disponibilidade** e por me **ouvir** e **trocar idéias**.

À Lorena, por me **ouvir**, **promover conhecimentos**, **valorizar**, pela sua **disponibilidade** e **toque**.

À Nelcy e Ana Palma, que enquanto chefes, me **ouviram**, me fizeram **favor** e **respeitaram minhas características individuais**.

Aos colegas do Departamento de Enfermagem e de Saúde Pública, que **compreenderam** minhas ausências, que me **estimularam**, me fizeram **favor**, **trocaram idéias**, **respeitaram minhas características individuais** e **promoveram conhecimentos**.

Às colegas do Curso que me **ouviram**, que **trocaram experiências**, **transmitiram esperança**, **coragem**, **amor** e **estímulo**. E às colegas Rosane, Astrid e Dalete, por me **auxiliarem** na **compreensão inicial de LEININGER**.

Ao Cupani, pela **valorização** de minhas idéias e **estímulo** para desenvolvê-las com liberdade.

Ao Müller, pelo seu **empenho** e **disponibilidade** desde o primeiro trabalho no Curso de Mestrado.

RESUMO

Este trabalho descreve e analisa uma prática de enfermagem com famílias de adolescentes grávidas solteiras, cujo objetivo foi **cuidar** para promover, manter e/ou recuperar o bem viver (saúde) das famílias, através de um marco conceitual. Essa prática foi desenvolvida em três famílias de níveis sociais distintos, residentes em Florianópolis, no período de março a setembro de 1989, tendo sua abordagem metodológica fundamentada em técnicas qualitativas. A elaboração do marco conceitual partindo das crenças da autora, fundamenta-se nas idéias de vários autores, particularmente de LEININGER, referente ao **cuidado** do ponto de vista **cultural**. O enfoque desse marco está centrado na visão holística do **homem**, na totalidade de suas características, em relação com o ambiente interno (família e outros grupos) e externo (físico e sócio-cultural) e cuja interação tem influência nas suas situações de saúde e doença; nas suas crenças, valores, necessidades, expectativas, práticas e recursos para o seu viver. Tais elementos tornam o marco de caráter predominantemente sócio-cultural. Cuidar das famílias representou a aplicação do processo de enfermagem (fundamentado no marco), cujas fases se interligavam e caminhavam juntas num ir e vir constante e peculiar que a autora concluiu que esse processo estava representado no próprio conceito do **cuidado**, caracterizando toda a metodologia da assistência como **cuidar/cuidado**. A complexidade e diversidade dos cuidados foi uma constante, em razão da amplitude do conceito **saúde e doença**, pois é centrado na compreensão do viver do homem na sua totalidade, e também em função dos cuidados serem à família como unidade (grupo) e a cada membro (particular). Essa complexidade levou à busca de recursos na literatura, com seus colegas e nos serviços de saúde. Entretanto o maior recurso foi contar com os elementos do **cuidar/cuidado**. Da análise desta prática, a autora valida a possibilidade de prestar assistência de enfermagem fundamentada em um marco conceitual, além de refletir na possibilidade deste estudo ter ido mais além, podendo se caracterizar como um marco de referência para a prática da enfermagem em qualquer família, inclusive a outros grupos ou indivíduos, e enfatiza a possibilidade da utilização do **cuidar/cuidado** em qualquer situação de saúde a doença, intra ou extra-hospitalar.

ABSTRACT

This work describes and analyzes a nursing practice as applied to the families of unwed pregnant adolescents, its goal being the caring, geared towards promoting, keeping and recovering wellness (health) through a conceptual framework. The study was carried out among three families of different social levels, living in Florianópolis, from March to September 1989, and having its methodological approach grounded on qualitative techniques. The author, based on her own convictions, chose to fundament this framework on the ideas of several authors, particularly on Leininger's, in what regards care from a cultural viewpoint. The framework has its focus on a holistic view of man, on the sum of his characteristics in relation to his environment both internal (family and other groups) and external (physical and sociocultural), the interaction of which strongly influentiates his/her situation of health and sickness, as well as his/her beliefs, values, needs, expectations, practices and resources which represent a way of life. Such elements give the framework a predominantly sociocultural character. Looking after the families represented the application of the nursing process fundamented on the selected framework, and of which the phases interconnected and combined on a constant and characteristic going and coming, inducing the author to infer such process to be represented on the concept of care itself, characterizing the whole assistance methodology as **care/caring**. Complexity and diversity of care was a constant, due to the amplitude of the health/sickness concept, since it is centered on an understanding of man's living in his/her wholeness and also on account of such care being directed to the family as a unit (group) and to each of its members in particular. Such complexity made the author seek resources within the literature, among her colleagues, and in the health services. Nevertheless, the greatest resource was drawn from those **care/caring** elements. Based on an analysis of such nursing practice, the possibility is validated by the author of extending nursing assistance fundamented on a conceptual framework. She also considers the possibility of present study having projected itself beyond its scope, becoming a framework to the nursing practice offered to any family, reaching other groups or individuals, emphasizing the probability of applying "caring/care" to any health/sickness situation, be it intra or extra-hospital.

SUMÁRIO

| | |
|---|-----|
| 1 - INTRODUÇÃO | 1 |
| 2 - OBJETIVOS | 12 |
| 3 - REVISÃO DA LITERATURA | 13 |
| 3.1. O Adolescente e sua Família | 14 |
| 3.2. A Gravidez na Adolescência | 22 |
| 3.3. Cuidados de Enfermagem à Adolescente e a sua Família | 31 |
| 3.4. O Cuidado Cultural | 42 |
| 4 - DESENVOLVENDO O MARCO CONCEITUAL | 49 |
| 4.1. Histórico do Processo de Elaboração do Marco Conceitual | 49 |
| 4.2. Pressupostos | 59 |
| A - Pressupostos dos Autores | 60 |
| B - Pressupostos Pessoais | 61 |
| 4.3. Marco Conceitual | 62 |
| A - Conceitos Gerais | 64 |
| B - Conceitos Específicos | 66 |
| C - Representação do Universo do Marco | 80 |
| 5 - CUIDANDO DAS FAMÍLIAS FUNDAMENTADA NO MARCO CONCEI- TUAL | 84 |
| 5.1. Seleção das Famílias | 84 |
| 5.2. Ambiente Externo e Interno das Famílias | 95 |
| 5.3. Cuidar/Cuidado | 147 |
| 5.3.1. Levantamento dos Dados | 148 |
| A - Procedimentos no Levantamento dos Dados | 149 |

| | |
|--|-----|
| B - Estratégias para Levantamento dos Dados | 151 |
| C - Foco dos Dados | 168 |
| D - Registro dos Dados | 176 |
| E - Análise dos Dados | 178 |
| 5.3.2. Diagnóstico de Enfermagem | 179 |
| 5.3.3. Plano de Cuidados de Enfermagem | 191 |
| 6 - AVALIANDO A APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NO CUIDA- DO ÀS FAMÍLIAS | 216 |
| 7 - IMPLICAÇÕES DO ESTUDO/RECURSOS E CONQUISTAS PES- SOAIS/DIFICULDADES E RECOMENDAÇÕES | 236 |
| 8 - BIBLIOGRAFIA | 243 |
| 8.1. Referenciada | 243 |
| 8.2. Consultada | 257 |
| ANEXOS | 260 |

1 - INTRODUÇÃO

Comecei a me interessar pelo tema "adolescência" há aproximadamente seis anos. Decidi conhecer mais sobre essa fase da vida através de leitura sistemática em qualquer bibliografia que mencionasse o adolescente e de observações de situações em que o adolescente estivesse presente, principalmente na família e nos grupos de jovens. A partir das primeiras leituras e observações, meu interesse se direcionou mais precisamente em saber como o ser adolescente era visto pela família e como seus problemas de saúde eram cuidados na família e pelos profissionais da saúde.

Dessa busca resultou uma série de informações que tornaram o adolescente foco de meu interesse, como por exemplo:

a) a adolescência se caracteriza conforme o contexto histórico e sócio-cultural no qual se apresenta;

b) o adolescente possui poucas queixas orgânicas e muitas queixas psicossociais;

c) nos serviços de saúde do País, o adolescente é marginalizado, não existindo como indivíduo singular. O pediatra

não o atende porque já não é mais criança e o médico clínico o trata como adulto, sem considerar seu processo de desenvolvimento atual;

d) nos estudos brasileiros, a família é considerada de fundamental importância para a saúde do adolescente, mas os poucos serviços destinados aos adolescentes não envolvem a família em suas atividades;

e) os valores da família, associados àqueles que têm recebido de outras culturas, estão influenciando seu comportamento de saúde;

f) alguns grupos assumem comportamento de outros grupos culturais, mas podem manter condutas da família relacionadas ao cuidado de saúde;

g) existem conflitos entre família e adolescente quando sua prática de vida difere dos valores da família;

h) a gravidez está se tornando comum nas jovens solteiras, trazendo muitos problemas de ordem geral à adolescente, à sua família e ao recém-nascido;

i) a gravidez da adolescente solteira é vivida intensamente pela família, provocando atitudes de cuidado ou não.

A partir dessas considerações, decidi pesquisar sobre a adolescência e, mais especificamente, aprofundar a questão da adolescente grávida e sua família. Nesse momento senti necessidade de aperfeiçoar meus conhecimentos sobre "família".

A família tem sido constante foco de estudos, principalmente nos seus aspectos estruturais e funcionais. Murdock, citado por SPIRO (1973), reconhece, em seu estudo transcultural sobre parentesco, que a universalidade da família tem sido considerada tanto quanto a sua caracterização maior, ou seja, a família nuclear, no sentido de se constituir de ho-

mem, mulher e filhos residindo num mesmo espaço físico e cujas funções seriam: sexual, econômica, reprodutiva e educativa. Mas a interpretação de Spiro sobre o estudo de Murdock considera que, para a caracterização de família, não é necessário haver espaço físico comum, nem todas aquelas funções em conjunto, e que a base para a definição de família "seria os indivíduos considerarem-se como parentes, psicologicamente falando" (p.11). Sendo assim, pode-se concordar com GAYOTTO (198-) quando afirma que

apesar de presente em todo e qualquer tipo de sociedade, a família assume configurações específicas em cada caso. A compreensão adequada da instituição familiar só pode ser atingida à medida que suas características são referidas à totalidade sócio-econômico-cultural de que faz parte e da qual emerge seu sentido próprio (p.90).

Também assim pode ser considerada a estrutura interna da família, cuja organização ocorre a partir de regras sociais que definem as formas de matrimônio, de filiação e de residência, que se constituem nas condições legítimas da existência da própria família e que também determinam aspectos de seu ciclo de desenvolvimento (GODELIER, 1977).

A família brasileira é, ainda, predominantemente nuclear, apesar de já estar se apresentando também com formações diversificadas. Ao estudá-las em relação ao contexto "sócio-econômico e cultural" a que se referia GAYOTTO (198-) podemos ver essas famílias apresentando diversificação em seu modo e condições de viver, inclusive com relação ao ciclo de desenvolvimento, de modo que cada família se reproduz e define papéis e tarefas a seus membros conforme padrões intrafamiliares e da região em que vivem.

No Brasil, 63,8% das famílias se encontram em fase de expansão e maturação (SOUZA, 1980) ou seja, 63,8% das famílias brasileiras possuem adolescentes ou crianças preparando-se para adolecer. Além disso, essa fase de vida, principalmente em famílias de classes mais privilegiadas socialmente, está se tornando maior em consequência da precocidade de idade com que vem ocorrendo a menarca, associada à tendência, cada vez mais elevada, do adolescente permanecer dependente da família por mais tempo, devido à formação escolar mais longa.

A gravidez nesse período tem se caracterizado como problema de âmbito geral para a adolescente e até um momento de crise para a família. Não é difícil prever as dificuldades que poderão surgir frente às características de nossa sociedade, na qual os encargos com a criança recaem principalmente sobre os pais. As circunstâncias nas quais tem ocorrido a gravidez da adolescente no Brasil são marcadas por contextos com profundas diferenças econômicas e por valores que se modificam segundo lógicas e velocidades diversas (BARROSO et alii 1986), podendo-se perceber que a conduta da família frente à gravidez reflete as representações da sociedade em que se insere e suas próprias condições individuais.

O aumento crescente da incidência de gravidez na adolescência no Brasil tem se constituído em freqüentes preocupações dos profissionais da saúde e, por consequência, muitos trabalhos têm se voltado para essa situação. O enfoque desses trabalhos, incluindo os de enfermagem, é principalmente direcionado à futura mãe, nos aspectos biológicos e, mesmo assim, através de um pré-natal comum às demais mulheres. O pai e as famílias envolvidas ou não aparecem ou são apenas citados. A preocupação com os aspectos imediatos que envolvem a

gravidez nesse período de vida domina as atenções dos profissionais de saúde, deixando de privilegiar as necessidades da adolescente e do seu filho após o parto, assim como as necessidades das pessoas envolvidas nesse processo. Aliás, esse fato não ocorre apenas com relação à gravidez da adolescente. De forma geral a enfermagem brasileira não tem publicado estudos que envolvem família. Talvez isso se deve a própria enfermagem brasileira que pouco tem contemplado a família na sua prática. O trabalho de ELSEN et al. (1987) com famílias de Florianópolis é uma tentativa de mudar esse quadro e fornecer subsídios para a prática da enfermagem em famílias, o que de certa forma já está ocorrendo através deste trabalho.

A complexidade de cuidados que se pode prever nas situações de maternidade, ou porque não dizer, da paternidade precoce, em que três ou quatro gerações podem estar envolvidas, sugere a necessidade de recursos tanto para situações de saúde quanto de doença. Dentre esses recursos considero o enfermeiro um profissional de extrema importância nesse contexto, capaz de auxiliar a família, dentro de suas características próprias, a vivenciar essa fase da vida e até crescer a partir dessa intervenção. Porém esta só se fará efetiva se ocorrer através da prática do cuidado de enfermagem fundamentado em todas as suas dimensões, em situações de saúde e doença, durante todo o processo de gravidez, tendo também em mente o cuidar do grupo familiar como unidade e de cada indivíduo em particular em qualquer fase do seu desenvolvimento a partir da compreensão de seus sentimentos, sua visão de mundo suas necessidades e recursos, bem como suas crenças e valores para cuidado.

O enfermeiro brasileiro tem tido sua prática fundamentalmente voltada para o indivíduo, na relação pessoa a pes-

soa, com enfoque de assistência curativa, mas acredito que estejamos nos encaminhando para mudanças nessa realidade. Estamos aprendendo que assistir é muito mais que curar: é cuidar, mesmo que não objetive ou leve à cura. Cuidar para promover, manter, recuperar a saúde e também para auxiliar o homem no alcance de condições dignas de viver, pois este é um dos pressupostos básicos para haver saúde.

Entendendo o homem como ser social, integrante de uma família, onde os membros se inter-influenciam, considero que o enfermeiro precisa desenvolver trabalhos na família, no ambiente dos indivíduos. A situação da família da adolescente grávida solteira é um exemplo de quanto o enfermeiro pode aplicar os cuidados de enfermagem em todos os seus sentidos e níveis e assim ampliar a prática da enfermagem para além das instituições, independente de modelos impostos, alheios às necessidades dos indivíduos.

Profissionalmente, sinto, que se tivermos interesse de encontrar uma prática diferente da prática médica sem deixarmos de ser científicos, precisamos mudar as normas profissionais tradicionais uniculturais, muitas vezes iatrogênicas e apenas de interesse lucrativo, para modos multiculturais e diversos de cuidados de saúde. Cuidados que vão além das necessidades físicas, emocionais e sociais dos indivíduos. Cuidados que tragam satisfação global pela atenção que se dará ao indivíduo, ao seu potencial cultural de pensar, planejar e agir, tanto para promover, manter, recuperar a saúde ou originar melhores condições de vida (LEININGER, 1978). Acredito que fundamentando essa prática nas idéias de LEININGER (1978, 1981, 1984 e 1985) cujo foco maior é o **cuidado** desenvolvido a partir de uma abordagem **transcultural**, esses ob-

jetivos poderão ser atingidos.

LEININGER (1984) enfatiza que "o cuidar é o foco único, unificador e dominante da enfermagem" e é "a contribuição especial da enfermagem à sociedade". ... E que se os fenômenos de cuidados forem plenamente estudados "um corpo diferente de conhecimentos de enfermagem será descoberto e terá impacto sobre o ensino e a prática do cuidado a partir de um foco de enfermagem". E, mais importante: "a enfermagem terá conhecimento substantivo para orientar práticas de cuidados de enfermagem que se tornarão uma disciplina verdadeiramente distinta com contribuição única no mundo" (LEININGER, 1984, p. 43).

Esses conhecimentos, segundo LEININGER (1978) serão possíveis se utilizarmos o método da etnociência compreendido como "estudo sistemático e o arranjo dos dados sobre o universo particular de saúde e doença das culturas dos indivíduos ou grupos" (p.45).

O que sinto também é que com o método da etnociência poderemos aumentar a "aderência aos cuidados" (LEININGER, 1984b, p. 45), pois têm sido freqüentes as queixas de colegas que não conseguem do cliente a execução dos cuidados prescritos, mesmo quando estes têm condições físicas, econômicas e culturais favoráveis. A interação do enfermeiro com o cliente tornar-se-á bem mais efetiva se sua prática for fundamentada no cuidado cultural, aumentando assim as possibilidades da consecução da terapêutica necessária.

Para reforçar a contribuição destas idéias para a enfermagem brasileira, ainda acentuo que a importância está também no valor que dá ao "sistema de saúde popular" na prática

dos cuidados, principalmente considerando-se as condições econômicas da maioria da população brasileira e a grandiosidade territorial, pois é um sistema "mais barato, mais pessoal e geralmente é a primeira fonte de ajuda antes do cliente ir ao profissional" (LEININGER, 1978).

LEININGER diz que o enfermeiro deve estudar e aprender sobre as diferentes culturas como uma responsabilidade primária profissional e que os contatos com o cliente devem permitir conhecimentos suficientes do indivíduo ou grupo (1978). Essa afirmação me fez refletir sobre as características do homem brasileiro, sobre a amplitude de território que temos, as migrações e imigrações e a variedade de crenças, valores, tabus, mitos e hábitos que está distribuída por todo o território. Também me fez pensar no tipo de assistência que o indivíduo está recebendo atualmente nos sistemas de saúde do País: funcional, padronizado, unicultural, despersonalizado, imposto, discriminatório e até ausente, se considerarmos por assistir a globalidade, quando apenas a técnica é executada ou quando lhe é fornecido um receituário, uma requisição de exames e breves orientações padronizados, sem ao menos sabermos quem é esse homem, de onde vem, o que pensa, o que realmente deseja e quais suas possibilidades de viver. O enfermeiro, no geral, faz parte desse contexto. Auxilia os serviços de saúde a manter esse modelo longe das verdadeiras necessidades do ser humano. E mais: dessa forma não contribui na busca de uma prática própria da enfermagem, com menor dependência dos sistemas tradicionais de saúde. Penso assim, mesmo quando considero a questão interna da enfermagem, sua divisão de trabalho e o pequeno número de enfermeiros nos serviços de enfermagem.

A partir dessas crenças e do conhecimento da caracterização da gravidez da adolescente solteira e, principalmente, da assistência de saúde oferecida à adolescente e sua família no Brasil, podemos sentir quanto é complexo para a família vivenciar esse fenômeno, da mesma forma que podemos visualizar a amplitude e diversidade de cuidados que o enfermeiro pode realizar nessas situações.

E foi motivada por todos esses elementos que, desde quando iniciei a cursar o mestrado (setembro/1987), tive como objetivo investigar as necessidades de cuidado de famílias que estivessem vivenciando o processo de gravidez da adolescente solteira, para futuramente cuidar dessas famílias através de um referencial que contemplasse suas características sócio-culturais.

Posteriormente os professores do curso ampliaram ainda mais esse objetivo e anteciparam o futuro através da seguinte proposta: transformar o projeto que estávamos elaborando para a Disciplina de Prática Assistencial no próprio projeto de dissertação. A idéia era um desafio: testarmos a aplicação de um marco conceitual na prática assistencial e transformá-lo num estudo com padrão de dissertação de mestrado.

Aceitei o desafio e hoje sinto que não sô identifiquei as necessidades de cuidados de famílias mas também como identificá-las em outras oportunidades e, principalmente, aprendi com as famílias como cuidar delas.

O marco conceitual que fundamentou essa prática foi elaborado a partir de minhas crenças e de idéias de vários autores, particularmente de Leininger, referentes ao **cuidado cultural**.

Neste trabalho estou apresentando o relatório dessa prática. Caracteriza-se como um relatório de "processo", segundo SILVA et al. (1974), que descreve a "seqüência exata dos passos seguidos na realização de alguma coisa, como um objetivo foi construído ou como um procedimento é levado a cabo. Deve ser de tal forma claro, que permita ao leitor executar o processo descrito" (p.154).

O trabalho que este relatório apresenta foi desenvolvido em famílias da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, no período de março a setembro de 1989.

Este relatório se faz através dos objetivos específicos propostos, os quais estão descritos separadamente apenas para facilitar a apresentação, pois durante o trabalho a inter-relação entre ambos foi uma constante.

A apresentação dos objetivos é acompanhada de discussão quanto à dinâmica do trabalho, constando reflexões, avaliações, as modificações que ocorreram e exemplos que ilustram situações vivenciadas nesse processo.

Li um grande número de artigos durante o desenvolvimento do trabalho. Se utilizados, poderiam servir de base para outros estudos, como por exemplo, a análise das famílias segundo a antropologia social. Esta literatura está apresentada na "Bibliografia Referenciada" e "Consultada".

Caso tivesse baseado a discussão nessa literatura, estaria me distanciando ou deixando de privilegiar o principal propósito do estudo: **cuidar fundamentada num Marco Conceitual**. Este é na verdade, o **referencial teórico** que baseou a discussão da apresentação dos dados deste relatório.

Na expectativa de estar contribuindo para o desenvolvimento do saber da enfermagem, durante todo o trabalho tentei criar conceitos e estratégias de ação de maneira que se utilizados por colegas com visão de mundo em coerência com a minha, necessitem apenas de reorganização e criatividade voltadas ao foco e momento específico das suas situações de enfermagem.

2 - OBJETIVOS

2.1. Geral

Cuidar de famílias com adolescentes grávidas solteiras, visando promoção , manutenção e/ou recuperação do seu bem viver (saúde) , através de um marco conceitual de enfermagem.

2.2. Específicos

- Desenvolver um marco conceitual para a prática de cuidados em família.
- Prestar os cuidados de enfermagem à família (como unidade) e a cada membro individualmente, através do Processo de Enfermagem fundamentado no marco conceitual.
- Avaliar a aplicação do marco conceitual no cuidado às famílias.

3 - REVISÃO DA LITERATURA

A elaboração de um marco conceitual, visando a prática de enfermagem nas famílias que estão vivenciando o fenômeno da gravidez na adolescência requer uma revisão de informações contidas na literatura sobre os vários elementos que compõem esse fenômeno, bem como sobre o que existe e poderia haver em termos de assistência de enfermagem neste evento.

Para auxiliar nesse conhecimento de forma gradativa, a revisão da literatura é apresentada na seguinte seqüência: "O adolescente e sua família", "A gravidez na adolescência", "Cuidados de enfermagem à adolescente e sua família" e o "Cuidado Cultural".

A apresentação da maioria dos estudos que compõem a revisão é feita no sentido restrito de focar os aspectos que caracterizam o fenômeno, deixando de priorizar dados como a metodologia e resultados numéricos desses estudos. Após avaliação desses dados, considere-os de pouca relevância aos objetivos propostos neste trabalho.

3.1. O Adolescente e sua Família

O conhecimento do ser adolescente e do processo de adollescer é importante para que melhor se possa compreender o sentido da gravidez neste período da vida e as repercussões na saúde do adolescente e na sua família, bem como a complexidade de cuidados que se fazem necessários durante todo o processo de gravidez.

A grande maioria dos estudos sobre o adolescente o caracteriza como um ser em transformação nos aspectos biopsicossociais, como um ser que deixou de ser criança mas ainda não é adulto (CLARK, 1967; RUZANI & EINSENSTEIN, 1983; SILVA, 1984; LEITE, 1984; COLLI & SAITO, 1986; TORRE, 1986; BECKER, 1987; CAVALCANTI, 1988).

A sexualidade é uma das transformações mais importantes nesse processo de adollescer, agora com duplo sentimento, de prazer e de procriação, gerando no corpo do adolescente sensações das mais diversas (GAUDERER, 1987). A sociedade deixa de encará-lo como criança, mas ainda não lhe confere o status, os papéis e as funções do adulto (COLLI & SAITO, 1986).

Outro aspecto, também amplamente referido, é o resultado dessas transformações no comportamento do adolescente e as repercussões que ocorrem na família e na sociedade. YUNES (1983) chega a afirmar que a conduta do jovem na família e na sociedade contribui na determinação de seu estado de saúde. Esse resultado é consequência: das reações que ocorrem geralmente frente ao processo de separação e independência dos pais; da busca da individualização (identidade própria e sexual); das descobertas e escolhas de valores e, principalmente, da realidade do mundo que se apresenta ao jovem (COLLI &

SAITO, 1986; ACKERMAN, 1986; BECKER, 1987).

Encontrar uma conceituação única para este processo de desenvolvimento é tarefa difícil, tendo em vista a multiplicidade de alterações que ocorrem no indivíduo neste período, além do que, segundo OLSON (1980), o conceito de adolescência pode variar conforme o país e cultura considerada. Frente a esta dificuldade, diferentes critérios podem ser utilizados para delimitar a adolescência, sendo que os mesmos deverão ser considerados em conjunto, pois isoladamente não representariam o aspecto global dessa fase de desenvolvimento. Estes critérios seriam: idade cronológica, desenvolvimento físico, características psicológicas e sociais (COLLI & SAITO, 1986; TORRE, 1986). O critério mais utilizado para identificar a fase da adolescência tem sido o cronológico, talvez por ser mais objetivo e prático. Segundo a OMS, a adolescência compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos de idade, devendo o adolescente de 11, 12 e 13 anos ser diferenciado daquele de 17 ou 19 anos, pois as transformações ocorrem em todo este período (GAUDERER, 1987).

Nos trabalhos desenvolvidos com adolescentes no Brasil, não existe uma única caracterização cronológica, haja visto YUNES & PRIMO (1983) que situam a adolescência entre os 10 e 19 anos e a equipe de saúde do Hospital de Clínicas da UFRJ, que situa a adolescência entre 11 e 21 anos inclusive, (RUZANI & EINSENSTEIN, 1983). Mas de maneira geral, a grande maioria dos estudos delimita a adolescência entre 10 e 20 anos. O que não se pode esquecer, ao se caracterizar o adolescente, é seu caráter individual, evitando-se rígidos padrões cronológicos (OLSON, 1980; LOPES, 1983; TORRE, 1986).

Entretanto, um fator referente à faixa etária da adolescência e que os atuais estudiosos do assunto estão concordando é que a adolescência tem ocorrido com precocidade cada vez maior, relacionando este fenômeno às mudanças sociais, nutricionais e culturais (VITIELLO, 1983; GAUDERER, 1987).

Mas é a caracterização da adolescência, segundo CAVALCANTI (1988) que, no momento, nos permite, em síntese com os demais autores, compreender o ser adolescente de forma mais ampla. Para este autor, a "adolescência, como tudo que é humano, só pode ser realmente compreendida se fizermos um estudo dos diversos elementos estruturais que se encontram na composição do ser e do viver do homem" (p.5). Adolescer implica uma experiência de crescimento biológico, sócio-cultural e psicológico, cujo início, dentro de nossa cultura, tem sido determinado a partir das transformações biológicas que ocorrem na puberdade, que na mulher, por exemplo, são representadas pelos primeiros sinais de mamas e dos pêlos pubianos. Sob esse ponto de vista, ou seja, o biológico, "existe uma gradual e progressiva transformação entre o organismo infantil e o organismo adulto mas, se a maturação biológica é, por sua universalidade, comum a toda a espécie humana, o modo como se processa o "amadurecimento" varia de cultura para cultura" (p.8). Assim, a transição da vida infantil para a de adulto adquire características próprias em cada grupo e, geralmente, não são apenas os fatores biológicos que determinam a transferência social da criança para o status de adulto.

Continuando, CAVALCANTI esclarece que em função das características individuais de cada ser e da realidade de seu ambiente próximo, também sob o ponto de vista sociológico e psicológico, as transformações podem ocorrer diferentemente

daquele limite pré-fixado por uma cultura em particular.

O crescimento social flui em virtude da continuidade do condicionamento cultural. Neste aspecto, em nossa cultura, tem sido difícil manter-se um reajustamento de valores com a mesma rapidez com que ocorrem os estímulos do mundo moderno, onde o avanço tecnológico na área da comunicação faz o adolescente confrontar-se com culturas distintas, o que determina um processo de múltiplas aculturações e de rápidos ajustamentos, tornando o ambiente do "crescer" do adolescente extremamente mutável e sujeito a conflitos na sua rede social por descontinuidade no condicionamento cultural (CAVALCANTI,1980).

GAUDERER (1987) reforça este aspecto afirmando que o adolescente de nossa cultura recebe mensagens conflituosas quando de um lado tem a família e de outro a sociedade com informações e estímulos diferentes. O meio social ao mesmo tempo que o convida em geral ao consumismo, reprime-o.

Sendo assim, seguindo o pensamento de CAVALCANTI, "é impossível compreender-se o adolescente sem se considerar o "background" cultural em que ele vive, da mesma forma que é impossível se entender a cultura sem conhecer os indivíduos que a praticam" (p.16). Além disso, continua o autor, é preciso que se saiba que a sociogênese da adolescência é, em termos históricos, um acontecimento relativamente recente que nasceu no bojo da revolução industrial e que seu conceito é mais nítido na população urbana que na população do campo, sendo melhor caracterizada quando maior for o privilégio da classe social a qual pertencer. "O fato é que quando existem condições econômicas e o jovem é posto à margem da força laborativa, vivendo umbilicalmente preso à família, ocorre, por assim dizer, um verdadeiro estado de expansão da dependência

infantil. Mas nos seguimentos populacionais de baixa renda, onde os indivíduos são forçados a trabalhar desde cedo e onde o produto de seu trabalho constitui uma parcela imprescindível ao sustento da família, o conceito de adolescência é pouco nítido e pouco significativo. É um adulto jovem mas não é um adolescente" (CAVALCANTI, 1988, p.11). É claro que em cada grupo cultural existe uma certa uniformidade de "comportamento adolescente", mas cada grupo humano define o que é ser adolescente e "agir adolescente", sendo que numa mesma cultura esta conduta vai ser dinamicamente alterada no referencial do tempo.

A família tem sido considerada, juntamente com a escola e os amigos, um elemento fundamental na vida do adolescente, cuja relação determinará a presença ou não de problemas em seu desenvolvimento e futuras repercussões na sua saúde (COLLI & SAITO, 1986). Frequentemente ouve-se das famílias queixas relacionadas ao comportamento que seus filhos apresentam nessa fase de desenvolvimento, caracterizando-os como pessoas de temperamento instável, emotivo, tempestuoso, exigente, às vezes alienado, deprimido ou eufórico, com acentuado interesse sexual (PATRICIO, 1986).

A família é uma realidade em constante transformação que, segundo Duvall e Hill, citados por NYE & BERARDO (1981), passa por um ciclo que inclui a fase de formação, de expansão, maturação e finalmente dispersão, cada fase possuindo suas características próprias e incidindo diferencialmente nos diversos aspectos da família. Dentro desta perspectiva, a família que se expandir estará também exposta às características das fases de crescimento e desenvolvimento de cada indivíduo em particular. GAUDERER (1987), sobre este aspecto, ob-

serva que "para os adultos, freqüentemente, criar um filho gera reações de pânico e até de desespero. Sem dúvida, a tarefa de transformar um bebê num ser saudável física e emocionalmente, num período de zero a 21 anos, é uma proposta quase impossível" (p.20).

Para CAVALCANTI (1988), é a família quem normalmente supre as necessidades vitais do adolescente e transmite-lhe o padrão de cultura, preparando-o para o exercício das funções e responsabilidades adultas, mas é também a família um dos primeiros obstáculos que o adolescente tem de vencer para conquistar sua independência pessoal e emocional. "Esta libertação pode ocorrer sem maiores problemas, mas, às vezes, pode ser um fato traumático, dependendo das reações dos pais aos problemas do adolescente" (p.14). Os padrões culturais que a família transfere ao adolescente estão baseados nas significações culturais da família e enquadrados pelas suas relações sociais (LANE & CODO, 1965; CAMPOS & CARVALHO, 1981). Esses padrões têm, através da história, sofrido modificações, mas ainda continuam ocorrendo alguns padrões de vida familiar do século passado, como, a discriminação de sexo e idade, assim como aqueles referentes à sexualidade.

Na família contemporânea, a sexualidade ainda é vista como algo a ser controlado, principalmente no que se refere à mulher. Apesar das transformações que estão ocorrendo com relação à liberação de costumes sexuais em nossa sociedade, a virgindade das filhas constitui-se ainda em grande preocupação para os pais. VITIELLO (1988), estudando a "aceitação familiar da vida sexual de filhas adolescentes solteiras", no período de julho de 1986 a janeiro de 1987, entre 153 jovens da cidade de São Paulo de diferentes níveis sócio-econômicos,

concluiu que a educação sexual no lar, quando não ausente, é mais frequentemente repressiva, ainda ocorrendo casos de expulsão de jovens de suas casas frente à constatação de relações sexuais pré-conjugais. LANE & CODO (1985) reforçam esses resultados quando relatam que em todos os seus pacientes de psicoterapia a sexualidade se constituía em núcleo de conflito, sendo grande ainda o número de indivíduos que vêem o sexo como errado e pecaminoso, uma vez que esta percepção foi desenvolvida no seio da família. É de se esperar esses sentimentos, visto que as normas sócio-culturais prevalentes, afirmam e negam, a um só tempo, o direito ao exercício da sexualidade (GARCIA, 1985; GAUDERER, 1986).

Além do aspecto da sexualidade ser um destaque importante nas relações conflitivas entre adolescentes e família, outro ponto crítico é a ligação afetiva dos filhos com outros grupos sociais, responsabilizados muitas vezes pelas condutas "reprováveis" que apresentam. A partir do envolvimento do adolescente com outros grupos, a família deixa de ser a única fonte de afeto e de significações. Sendo assim, não dependendo mais exclusivamente da família, o adolescente passa a questionar os valores que a família impõe (GAUDERER, 1987; LANE & CODO, 1985).

Um aspecto que precisa ser considerado é que a família do adolescente, como qualquer outra família, somente poderá ser adequadamente compreendida frente à sua realidade. De forma geral, segundo ACKERMAN (1986), é importante que se saiba que os meios pelos quais uma determinada família trabalha seus problemas e conflitos variam de acordo com seu nível social e posição cultural. Por exemplo, em família pobre, a pressão primária para manter a organização da família é a eco

nômica. MOFFAT (1986) estudando cultura popular em famílias pobres de portorriquenhos e negros de Nova York, observou que "as condições de pobreza extrema determinam mais as formas e a filosofia de vida que as diferenças de raça, de língua ou da cultura do país em que se encontram estes grupos" (p.72).

A partir desses aspectos e do conhecimento que temos, através da prática profissional, consideramos que a questão da problemática do adolescente brasileiro não está somente no conflito familiar pela descontinuidade no condicionamento cultural que poderá vir a ocorrer durante esta fase, mas também, fundamentalmente, nas constantes condições de vida desse adolecer, ou melhor dizendo, do viver da grande maioria das famílias brasileiras. No Brasil, a maioria dos adolescentes procedem de famílias que sobrevivem de forma subumanas, resultando em viver de doenças e de sofrimentos. A maioria das crianças já chega à adolescência com grandes desvantagens: desnutridas, anêmicas, com infecções frequentes, desenvolvimento intelectual prejudicado, sendo que muitas são obrigadas a trabalhar desde cedo para seu próprio sustento e para auxiliar na renda familiar (REGAN, 1982; BECKER, 1987). A criança, principalmente, tem sentido o desenvolvimento da economia brasileira, que não tem eliminado e nem mesmo atenuado os problemas de desigualdade de renda entre a população (SOUZA, 1980). É nesta situação histórica que se encontra o conceito de família a qual pertence o adolescente brasileiro: de acordo com o condicionamento econômico, social e cultural vigente. Além disso, precisa-se reforçar que os serviços de saúde do país, na grande maioria, não estão desenvolvendo atenção específica ao adolescente e muito menos à sua família.

3.2. A Gravidez na Adolescência

Se hoje lêssemos o trabalho de ANN CLARK, "The crisis of adolescent unwed motherhood", sem tomarmos conhecimento do ano de publicação (1967), diríamos que é um estudo atual. Compreende-se esse fenômeno através do conhecimento do viver do ser adolescente de nossos tempos e pela própria abordagem que a autora faz do tema:

Em nossa cultura, há códigos pré-estabelecidos de conduta. A cultura é mantida através de pressões e privilégios prescritos que são transmitidos de geração em geração, com algumas variantes. Nossa cultura americana vê na família a instituição - núcleo através da qual se perpetua a sociedade ... Os conceitos de cultura e família, e os conceitos de cultura e crise, estão interligados na crise por que passa uma adolescente grávida solteira ... O problema enfrentado pela jovem constitui "estresse" ... Ela se vê agora rejeitada pela sociedade e às vezes abandonada pela família e por seus pares significativos; seu parceiro sexual poderá recusar-se a reconhecer sua paternidade. A moça que estava tentando livrar-se do jugo familiar, deve agora submeter-se aos pais pedindo-lhes ajuda para vencer a crise" (p.1467).

Atualmente, segundo informações das Nações Unidas, a gravidez nas mulheres menores de 20 anos tem ocorrido em crescente proporção tanto em países industrializados como nos subdesenvolvidos (SILVA, 1984). Nos EUA, a gravidez nessa faixa etária é considerada um problema epidêmico, existindo uma estimativa de 1,1 milhão de casos de gravidez de adolescente por ano (OLSON & WORDOBEY, 1984). No Brasil, de acordo com o censo de 1980, 700 mil mulheres com menos de 19 anos já eram mães, representando um aumento de 63% em relação a 1970, sendo que as adolescentes solteiras de zona urbana triplicaram nessa década (BARROSO et al. 1986). É evidente que estes números são significativos, precisando-se ainda considerar que 23,8% da população brasileira, segundo o censo de 1980, é

constituída de jovens entre 10 a 19 anos, estimada para 1990, em 27% (IBGE, 1988). Também deve-se considerar que os encargos desses jovens estão normalmente sob a responsabilidade dos pais e que a maioria das famílias, das quais essas mães solteiras fazem parte, vive em condições sócio-econômicas precárias. Desta forma, não apenas no sentido cultural deve-se abordar esse fenômeno, mas também precisamos visualizar os casos de gravidez na adolescência diferentemente nas diversas camadas de renda da população brasileira. A forma de viver o processo de gravidez pelas adolescentes e famílias possuidoras de conforto material é diferente daquela cuja sobrevivência é sua batalha diária (BARROSO et al. 1986). Além disso os problemas de saúde, que são comuns nessa população, podem associar-se a outros da gestação, parto e puerpério (TAKIUTI, 1986).

O acentuado aumento de casos de gravidez em adolescentes solteiras tem sido compreendido como resultado das importantes modificações no comportamento sexual dos jovens em decorrência das transformações biológicas precoces e das influências ambientais que ocorreram profundamente após a revolução de costumes, iniciada na década de 60 (VITIELLO, 1983).

Além das influências que o adolescente recebe da estrutura social à qual pertence, vários autores consideram as relações que a adolescente tem com sua família fator importante na determinação da gravidez precoce (CLARK, 1967; CAMPOS & CARVALHO, 1981; LANDY et al. 1983; OLSON & WOROBEY, 1984; TAKIUTI, 1986; CASSORLA, 1986; BARROSO et al. 1986; GAUDERER, 1987). LANDY et al. (1983) aprofundaram esta questão e concluíram que, conferindo com a literatura, havia uma "síndrome familiar", na qual aumentava a probabilidade de gravidez

precoce na adolescente.

A gravidez da adolescente solteira tem sido considerada um problema. Além do fator relacionado ao desenvolvimento físico das mais jovens, incompleto para a maternidade, há também as repercussões negativas no processo de socialização e organização da personalidade. Pode ocorrer isolamento familiar, de amigos e abandono da escola (OLSON, 1980; BATISTA et al. 1983; MOORE et al. 1984; COLLI, 1985; POPULATION ...1987). Há ainda as repercussões que poderão ocorrer na saúde da criança, causadas pelo próprio estado de saúde da gestante e pelos fatores sócio-econômicos envolvidos no fenômeno, visto que a grande maioria das adolescentes grávidas é proveniente de famílias pobres (VAZ et al. 1983; GONZALEZ et al. 1984; MUSICK et al. 1984; BADGER, 1985; SPIVACK & WEITZMAN, 1987).

As conseqüências da passagem abrupta do papel de filha para o de mãe podem ocasionar situações penosas não só para as adolescentes como também para suas famílias. As jovens, geralmente dependentes economicamente, são forçadas a interromper a escolaridade e freqüentemente são abandonadas pelo pai da criança que irá nascer. Algumas são induzidas ao aborto ou a entregarem suas crianças a adoções, ou ainda a assumirem sozinhas os cuidados das crianças sem terem condições e preparo específico (ELSTER & PANZARINE, 1983; GONZALEZ et al.1984; GAUDERER, 1987; POPULATION..., 1987).

Nos estudos sobre o tema, encontramos referências a uma variedade de reações, desde alegria e estresses até situações de suicídio. Os fatores predisponentes para estas reações são variados, mas dependem fundamentalmente das reações da família, do namorado, da escola e também da representação social desse fenômeno na comunidade a qual pertence a jovem. As rea-

ções da família frente à gravidez têm sido enfocadas como importantes na determinação do grau de sofrimento psíquico da adolescente. O sofrimento causado pelos preconceitos da família e do grupo social maior, a tomada de decisão sobre ter ou não ter a criança e o que fazer com ela são, na maioria dos casos, os principais fatores de ansiedade da adolescente, que depende muito do apoio da família e do grupo social para manter a gravidez e permanecer com a criança (MUSICK et al. 1984; GONZALEZ et al. 1984; GARCIA, 1985; BARROSO et al. 1986).

É importante conhecer e desenvolver maior compreensão das reações da adolescente e família para que se possa identificar plenamente a situação, principalmente quando o objetivo for participar do processo de gravidez. A partir das representações deste fenômeno resultarão diferentes condutas e por consequência, diversificação de cuidados necessários. RYAN & SWEENEY (1980), estudando esses aspectos, encontraram diversidade de reações à gravidez, ocorrendo, inclusive, casos de gravidez planejada, reações de alegria e de aflição e grande número de famílias como apoio financeiro e de cuidados à criança. SPERAW (1987) em seu estudo com quatro grupos distintos de adolescentes grávidas ("White", "Black", "Hispanic" e "Pacific Asian") encontrou resultados que "de fato sugerem haver diferenças nos modos como adolescentes de "background" distintos vêem o evento e os efeitos da gravidez sobre suas vidas" (p.194) e reconhece que esse tipo de estudo, para melhor compreensão da situação da gravidez entre os jovens, deve se estender àquelas que abortaram ou doaram seus filhos, bem como à abordagem do status sócio-econômico das jovens. Autores que já desenvolveram esta abordagem em seus estudos atribuem os estresses que ocorrem na família durante o proces-

so de gravidez não só aos preconceitos, mas também valores econômicos envolvidos, sejam por motivos atuais (vinda de mais um membro não esperado e perda da força de trabalho da adolescente) ou por motivos futuros (prejuízo da escolaridade e a formação profissional daquelas jovens que ainda estudam) (MUSICK et al. 1984; GARCIA, 1985; BARROSO, 1986; POPULATION ..., 1987).

Desta forma, assim como na identificação da adolescência, também nesse processo de gravidez é necessário, para melhor compreensão da situação, conhecermos a realidade histórica e social dessas gestantes, bem como as crenças e valores da família e as repercussões na estrutura social, pois estes fatores serão importantes na determinação das atitudes frente à gravidez (MUSICK et al. 1984; GARCIA, 1986; BARROSO et al. 1986).

Estudos atuais sobre a gravidez da adolescente dentro da realidade brasileira, originados a partir de dados colhidos nos serviços de assistência de saúde do País, têm demonstrado alguns aspectos comuns que nos permitem ter uma idéia de algumas características da grande maioria de nossas gestantes adolescentes. São estudos cujos resultados, com exceção de poucos, se não preenchem totalmente nossas expectativas, no mínimo são numericamente significativos e não deixam de apresentar, a seu modo, dados importantes que nos auxiliam na compreensão da gravidez da adolescente brasileira de forma geral.

Normalmente são jovens solteiras, com baixo nível escolar e sócio-econômico (LUZ et al. 1983; BATISTA et al. 1983; BELEZA et al. 1984; SILVA, 1984; GARCIA, 1985; CABRAL et al. 1985; MATHIAS et al. 1985; BARROSO et al. 1986; TAKIUTI, 1986;

MADI et al. 1986; VITIELLO, 1988; SILVA & PINOTTI, 1988). No estudo de LUZ et al. (1983), 64,97% das adolescentes são economicamente dependentes da família. GARCIA (1985) identificou, no grupo de adolescentes estudado, que as jovens auxiliavam na renda familiar e por esse motivo haviam abandonado a escola, porém no momento todas encontravam-se desempregadas, devido ao fato de seus empregos não aceitarem grávidas. TAKIUTI (1986) reforça essa realidade ao observar que a adolescente grávida é normalmente de classe social inferior e, não tendo suas necessidades básicas atendidas, transforma-se precocemente em força de trabalho. BARROSO et al. (1986), verificaram que as adolescentes apresentavam dificuldades de assumir o sustento do filho e que aquelas que freqüentavam a escola necessitaram abandoná-la. SANTOS et al. (1987) estudaram 96 adolescentes, sendo que mais da metade não estudava e não trabalhava. As demais, na maioria, trabalhavam como domésticas. A média salarial registrada nesses estudos variava entre menos de 1 a 3 salários mínimos.

Os estudos evidenciam também que grande parte das mães adolescentes brasileiras não costuma fazer uso de métodos anticoncepcionais por vários motivos, dentre os quais a desinformação. Além disso, é significativo o número de jovens que apresentam história de gestações anteriores (LUZ et al. 1983; SILVA et al. 1984; BELEZA et al. 1985; GARCIA, 1985; VITIELLO, 1988). A decisão de abortar ocorre diferentemente nas classes sociais: as mais pobres costumam aceitar melhor a gravidez, as demais raramente levam a gestação até o fim (TAKIUTI, 1986; BARROSO et al. 1986; SILVA & PINOTTI, 1988). VITIELLO (1988), em estudo que fez com dados de clínicas particulares, encontrou 314 casos de adolescentes que compareceram

ã consulta para diagnóstico ou confirmação da gravidez, sendo que destas apenas 61 prosseguiram com a gestação, ou seja, 80,6% procuraram o abortamento como solução. Geralmente a jovem recorre ao aborto porque é pressionada, não tendo oportunidade para decidir (TAKIUTI, 1986). Há também as que recorrem ao aborto para evitar as pressões da sociedade, da família e da religião (no sentido de assumir a maternidade para adquirir experiências) ou até mesmo para evitar um casamento forçado (VITIELLO, 1988).

Com relação ao pré-natal, quando ocorre é normalmente tardio, ocasionando problemas à gestante e comprometendo a saúde da criança. Vários fatores têm sido apontados como influenciadores para a menor procura de cuidados pré-natais, tais como: negação da gravidez, ignorância quanto à necessidade, falta de condições oferecidas pelo trabalho e escola (BATISTA et al. 1983). Já VITIELLO (1988), considera o temor de assumir publicamente a sua gestação como o fator básico que mais afasta a adolescente do pré-natal, levando a jovem a esconder da família a gravidez até onde for possível. Outros problemas que costumam vir associados à gestação são: anemia, toxemia gravídica, infecção urinária, moléstias sexualmente transmitidas, desorganização da vida da gestante com consequências psicossociais, ocorrendo depressões, conflitos, crises e até mesmo levando algumas jovens ao suicídio (BATISTA et al. 1983; CABRAL et al. 1985; MATHIAS et al. 1985; CASSORLA, 1986; GAUDERER, 1987; VITIELLO, 1988).

Quanto ao aspecto das reações das adolescentes à gravidez, encontramos poucos estudos na literatura brasileira e destes, na maioria, os dados foram originados a partir de entrevistas após o parto. BATISTA et al. (1983), no estudo que

fizeram em Santo Amaro, identificaram que 54,72% das 53 mães de 13 a 18 anos haviam sentido "contentamento" com a gravidez, as demais sentiram "tristeza", "insegurança" e "não aceitação". As adolescentes que GARCIA (1985) entrevistou durante o pré-natal referiram temor à censura e à rejeição da família, da sociedade e, principalmente, do namorado. Algumas tiveram esperança que estes viessem a assumir a criança, outras apresentaram sentimentos de aflição e, com dificuldade de aceitação, pensaram em abortar ou doar a criança. Já SANTOS et al. (1987) em estudo com adolescentes de Porto Alegre, encontraram referências de que 63,7% das adolescentes receberam com alegria a notícia de gravidez, sendo que as demais sentiram medo, desconforto ou raiva.

MADI (1986) salienta que "parte considerável das gestantes que tivemos oportunidade de contactar queriam a gravidez, conheciam os principais métodos anticoncepcionais, sabiam das responsabilidades futuras e suas conseqüências. Enfim, "queriam o filho" (p.126). Em outro grupo estudado houve referência de rejeição contra as propostas de amigos e parentes para a interrupção da gravidez. SILVA & PINOTTI (1988) têm observado, em suas práticas, reações de desespero, medo, insegurança, desorientação e abandono da escola.

PATRICIO (1988), em pesquisa desenvolvida em seis escolas da cidade de Florianópolis, Santa Catarina, sobre a gravidez da adolescente escolar, no período de agosto de 1982 a agosto de 1987, identificou que as reações e enfrentamento das jovens à gravidez foram, na maioria, de temor, revolta, vergonha, desespero, conflito e angústia, principalmente no início da gravidez. Algumas abandonaram os estudos, outras casaram e retornaram mais tarde. Algumas abortaram ou doaram a

criança, mas a maioria assumiu a maternidade com auxílio da família. É interessante ressaltar que nesse estudo, conferindo com os estudos de ELSTER & PANZARINE (1988) e de GONZALEZ (1984) as reações se modificaram durante todo o processo da gestação, em termos de sentimentos de negação, aceitação, apoio.

Sobre as condições de saúde da adolescente após o parto pouco se sabe. Isto se deve à metodologia dos estudos que dispomos, pois foram elaborados durante o período da gestação e, principalmente, durante o período de internação hospitalar para o parto. Segundo levantamento de BARROSO et al. (1986), nos serviços de saúde do País não há acompanhamento no pós-parto, além da possibilidade das adolescentes usarem os recursos próximos a suas casas. SIQUEIRA & TANAKA (1986) em estudos sobre a mortalidade na adolescência, acentuam que dentre os problemas de saúde que estão cada vez mais sendo relatados nessa faixa etária sobressaem aqueles ligados à reprodução, dentre os quais encontram-se aqueles referentes à infecção puerperal. VITIELLO (1988) observa que é elevada a incidência de infecção puerperal e de deiscência na cicatriz, associada à frequência de quadros policarenciais. Também refere freqüentes problemas de lactação, como elevado índice de mastite, atribuindo o problema à falta de preparo emocional para a maternidade. Além do elevado índice de mastite, as adolescentes desconhecem as vantagens do aleitamento, apresentando conceitos errôneos e tabus. São freqüentes os casos de desinformação sobre o próprio processo de amamentar, comumente associados à preocupação com a flacidez das mamas.

3.3. Cuidados de Enfermagem à Adolescente e sua Família

A grande maioria dos estudos que enfocam o fenômeno da gravidez na adolescência quase não tem privilegiado enfoques sobre o recém-nascido, o pai da criança, e principalmente, sobre a família da adolescente. Nos estudos que abordam esses elementos encontram-se referências como:

a) o recém-nascido, quando citado, é relacionado a problemas referentes às condições econômicas da família, às mudanças que provocará na vida da jovem mãe, à rejeição que possa ocorrer e às preocupações da provável síndrome da criança maltratada (GONZALEZ et al. 1984; BARROSO et al. 1986; CASSORLA, 1986; GAUDERER, 1987; POPULATION ..., 1987), além da comprovação de haver prematuridade em maior número entre os partos das mães adolescentes (MATHIAS et al. 1985; VITIELLO, 1988). Trabalhos feitos em diferentes países referem que o filho da mãe adolescente tem maior probabilidade de baixo peso, tendência a ter problema de desenvolvimento e maior índice de mortalidade (POPULATION ..., 1987). Em estudos de autores americanos há referências de atenção a esse ser, havendo, inclusive, serviços especializados visando o binômio mãe-filho (BADGER, 1985; ELSTER, 1987; SPIVACK & WEITZMAN, 1987);

b) sobre o pai, apenas alguns trabalhos evidenciam a importância dessa figura no processo da gravidez dentre esses (ELSTER & PANZARINE, 1983; VAZ et al. 1983; GONZALEZ et al. 1984; BARROSO et al. 1986);

c) a família aparece de forma negativa e positiva no processo, inclusive como se constituindo no principal problema da adolescente solteira, associando família à conflito (CAMPOS & CARVALHO, 1984; ELSTER et al. 1983; GONZALEZ et al.

1984; BARROSO et al. 1986; POPULATION ..., 1987). Em outro sentido, é ressaltado por ROMERO et al. (1984) que o apoio da família tem sido fator importante para melhorar o prognóstico da criança. Este autor identificou em seu estudo que, quanto ao aspecto econômico, os filhos das adolescentes dependem basicamente do auxílio das famílias: 76,8% das jovens considera que não é difícil ser mãe porque conta com ajuda de familiares. MUSICK et al. (1984) ressaltam que são poucas as famílias ou comunidades que não aceitam as mães solteiras e suas crianças. Apesar de inicialmente as famílias terem desaprovado a gravidez, as jovens quase sempre esperam apoio da família e quase sempre conseguem, diferindo de há 20 anos atrás, quando a maioria das adolescentes da comunidade em estudo (Chicago, EUA) era mandada embora de casa porque traziam vergonha para a família.

BATISTA et al. (1983), segundo informações das jovens mães, identificaram que 62,26% das famílias e 81,13% das mães aceitara a gravidez. Já GONZALEZ et al. (1984) identificaram que as atitudes da família com relação à gravidez são, no início, positivas em 10,3% e, ao final, em 49,5%. De todos os recém-nascidos apenas 6,3% foram assumidos somente pela adolescente e 6,7% por instituições. No estudo de GARCIA (1985), a raiva é de início, a resposta mais comum por parte da família o que segundo a autora pode pressionar a jovem a sair de casa. Também ocorrem sentimentos de vergonha e de frustração em relação à cerimônia do casamento (ser virgem, casar de branco). Algumas famílias proíbem a jovem até de visitar sua própria casa, enquanto outras passam a apoiar e gerenciar as resoluções da gestante. SILVA & PINOTTI (1988) afirmam que no plano familiar as pressões sociais dificultam sobremaneira,

incapacitando a família a prestar o apoio necessário. Esses autores têm observado em seus serviços de pré-natal, na cidade de Campinas, que os sentimentos iniciais da família são de vergonha, da expectativa de reação de vizinhos e amigos, de fracasso com relação às aspirações, de sensação de culpa e de dúvidas com relação ao futuro da criança; "reação de rechaço ou mesmo dificuldade de aceitação que poderá ser suficientemente intensa para descontrolar a jovem e reforçar sua sensação de abandono, sua idéia de aborto ou mesmo seu desejo de fugir de casa" (p.148). Reforçam que também para a família a gravidez não desejada representa tensão, pois as diversas opções de enfrentamento implicam atividades e decisões cujas conseqüências podem ser de longo alcance. Afirmam ainda que a capacidade da família para adaptar-se "pode influir de modo significativo em sua própria capacidade de assistir, como se espera, a adolescente" (p.149).

PATRICIO (1988) observou que as atitudes frente à gravidez entre as famílias das escolares grávidas de Florianópolis estavam fundamentalmente ligadas aos valores que as famílias possuíam. Havia variados graus de sofrimento nas diferentes famílias, sendo maior naquelas de menor poder aquisitivo. A situação do evento, de forma geral, era menos estressante nos casos em que havia apoio da família, sendo que a mãe e a criança, na maioria dos 53 casos ocorridos, foram cuidados pela família. Em alguns casos, pode-se observar que as atitudes com relação à adolescente e ao recém-nascido mudaram em positividade crescente conforme o convívio familiar. PINKUS & DARE (1981) colaboram para a compreensão dessas atitudes ao abordarem o significado da vinda de um bebê em famílias de nossas sociedades urbanas contemporâneas, mesmo não

sendo por gravidez em adolescente. Consideram que "nesse drama familiar há 2 atores principais: o recém-nascido e a mãe" (p.49), mas que o amor dos irmãos pode transformar atitudes negativas em positivas. Os autores colocam que os sentimentos de cada novo bebê de pertencer à família dependerá muito da maneira como esta criará espaço para ele e acentuam que "um dos relacionamentos mais importantes que existe é aquele entre avós e netos" (p.65). Consideram que o círculo familiar como um todo pode ganhar novo interesse e intimidade através desta criança.

Sem dúvida, é interessante e complexa a situação da chegada de um recém-nascido na família e, mais ainda, em família de adolescente grávida solteira, levando-nos a recordar a caracterização que PANZARINE et al. (1981) fazem dessa situação:

Os pais agora são avós e a criança deles agora é mãe. A incorporação de duas mães na família pode ser difícil tarefa: uma nova criança, uma nova mãe e um adolescente se desenvolvendo (p. 188).

Com o objetivo de atuar em situações de gravidez da adolescente solteira, é preciso, além da compreensão do significado desse fenômeno nessa fase da vida, também compreendê-lo como um fenômeno universal e comum na vida humana, cujo processo tem suas características próprias, variando, no entanto, no que diz respeito às especificidades de cada indivíduo e família, suas reações e condições de atender às necessidades próprias que envolvem essa situação.

Para MALDONADO (1988) há três períodos críticos de transição na vida da mulher, constituindo-se em "verdadeiras fases de desenvolvimento da personalidade e que possuem vários

pontos em comum: a adolescência, a gravidez e o climatério" (p. 19). Partindo dessa afirmação, entendemos que o enfermeiro ao trabalhar com adolescente grávida está atuando a um só tempo em dois fenômenos importantíssimos na vida da mulher, cujas repercussões, além daquelas naturalmente esperadas, podem gerar uma complexidade de cuidados, não apenas à gestante, mas às demais pessoas envolvidas.

Segundo OLSON (1980), torna-se evidente a necessidade de cuidados de saúde abrangentes, não somente durante a gravidez mas também depois da mesma. Com relação à adolescente, é preciso lembrar que ela ainda está em crescimento, acumulando-se a esse processo as necessidades da gestação e da maternidade.

É a partir da percepção da maternidade que se inicia a relação materno-filial e as modificações na rede de comunicação familiar. É neste momento também que se instala a vivência básica da gravidez, que vai se manifestar sobre diversas formas no decorrer dos três trimestres e após o parto" (MALDONADO, 1988, p.27). O enfermeiro pode estar presente no momento desta percepção e durante todo o processo de gestação, de crescimento e desenvolvimento da criança.

Para MOORE et al. (1984) os enfermeiros que trabalham com adolescentes grávidas podem envolver-se nos cuidados pré-natais, preparo para o parto e para a tarefa de ser mãe. Além disso, como as mães adolescentes possuem taxas de fertilidade mais alta e nascimentos em espaços de tempo mais reduzidos, as enfermeiras também podem desenvolver cuidados de prevenção de nova gravidez indesejada.

OLSON (1980), nesse sentido, considera que o cuidado

pré-gravidez iria, inclusive, reduzir a morbi-mortalidade materno-infantil, incluindo-se nesses cuidados a educação a respeito do aborto, de forma a permitir tomada de decisão responsável e segura quanto aos riscos de abortos ilegais.

Para PANZARINE et al. (1981), a intervenção da enfermeira precisa voltar-se às questões da gravidez, do parto e da maternidade. Ressaltam que apesar da adolescente tentar desempenhar o papel de mãe, esta ainda não efetuou a transição para a condição de adulto, devendo continuar a completar suas próprias tarefas desenvolvimentais. Nesse sentido, MOORE et al. (1984) consideram que as primeiras seis semanas após o nascimento são uma época muito difícil para a nova mãe, pois é quando a natureza real das implicações de cuidar de um infante tem seu maior impacto, sendo de muito valor o auxílio que as enfermeiras podem oferecer neste período.

Qualquer ajuda que não seja de emergência requer que se questione o indivíduo sobre seus sentimentos, suas necessidades, principalmente no que se refere ao aspecto de prestar esclarecimentos, orientar e ensinar o adolescente nas suas necessidades durante o processo de gravidez, procurando, inclusive, perceber o que o indivíduo espera do enfermeiro. Segundo SPERAW (1987), o adolescente pode ver a enfermagem como oferecendo apoio psicológico a curto-prazo e assistência para o planejamento do futuro, bem como provisão de cuidados físicos e educativos.

GARCIA (1986), no sentido de saber qual o tipo de ajuda que as adolescentes do seu estudo julgavam necessária, encontrou aspectos que se sobressaíram, tais como o conhecimento sobre o mecanismo do parto, de cuidar da criança e de assis-

tência à saúde da criança. A autora, que nesse estudo apresenta toda a problemática social entre a adolescente, família e sociedade, considera que estas respostas sejam em função da situação hospitalar em que as entrevistas se desenvolveram, ou até pela inabilidade na exploração de sua problemática.

SANTOS et al. (1987), no estudo que fizeram com noventa e seis adolescentes internadas para o parto, questionaram as jovens mães sobre as dúvidas que haviam tido durante a gravidez. As jovens se referiam à gestação, parto e puerpério e recém-nascido, sendo que, nas mais jovens, predominavam dúvidas sobre a gestação e parturição e, nas demais, dúvidas sobre o recém-nascido.

Os problemas médicos comuns da adolescente grávida podem ser minorados através de cuidados pré-natais precoces a partir de uma abordagem específica à adolescente (MOORE et al. 1984). Segundo OLSON (1980), se os cuidados não forem apropriados, não produzirão benefícios e não impedirão os riscos de morbi-mortalidade materno-infantil. As abordagens que esta autora considera eficazes incluem características pessoais do enfermeiro, como: entusiasmo, calor humano, interesse, honestidade e bem-estar interno para consigo mesmo. É essencial que, nesta abordagem, não haja crítica nem julgamento, focalizando-se mais as necessidades individuais da adolescente, promovendo, assim, um ambiente de segurança e confiança, permitindo ao profissional descobrir aquelas necessidades individuais. Mostrando-se respeito pela adolescente, facilitar-se-á sua experiência de gravidez-parto e maternidade, propiciando-lhe um crescimento amadurecido (OLSON, 1980).

Outra abordagem que OLSON (1980) considera importante é

a criação de clínicas-específicas para adolescentes grávidas, onde são envolvidos o pai da criança, um membro da família da adolescente e uma adolescente que seja ex-cliente da clínica. Nessas clínicas, os cuidados incluem aconselhamento para a vida profissional e para a continuação dos estudos, bem como visitas domiciliares e sessões de grupo para discutir os cuidados com o bebê. A autora enfatiza ainda que os cuidados de acompanhamento são mais efetivos quando oferecidos pela mesma equipe que atendeu a adolescente no pré-natal.

Para PANZARINE et al. (1981) seria útil criar grupos para orientar os progenitores adolescentes sobre as mudanças que eles e suas famílias irão experimentar como resultado da gravidez. Devem também ser explorados meios pelos quais os pais possam ajudar suas filhas. As orientações serão no sentido de clarificar concepções sobre a gravidez e parto, oferecendo informações sobre obstetrícia aos pais para que estes forneçam apoio no parto de suas filhas.

MENDES e col. (1983), em estudo sobre a atuação do enfermeiro durante a internação da adolescente para o parto, consideram que a atitude da enfermeira que atende a adolescente pode desempenhar papel importante caso "consiga entender as limitações físicas e psíquicas da jovem, avaliando-a e ajudando-a a enfrentar suas ansiedades e dificuldades no papel de mãe". Além disso consideram que "na assistência à adolescente grávida deveriam ser atendidos também os seus pais, o pai da criança e os amigos" (p.10).

Um outro aspecto que precisa ser considerado no atendimento da adolescente é que o método de ensino deve ser diferente daquele usualmente utilizado com os adultos, devendo

ser lembrado como é importante a imagem corporal para as adolescentes e como o pensamento cognitivo é ainda mutante, tornando muitas vezes difícil para elas apegarem-se às suas decisões. Assim, essas atividades podem ser abordadas através de programas de educação familiar (MOORE et al. 1984).

A intervenção na gravidez da adolescente requer também que se faça avaliação precoce dos relacionamentos da adolescente, tendo em mente a necessidade de se reportar à busca do sentido dessa gravidez e dos fatores determinantes desse fenômeno. Segundo MOORE et al. (1984) "compreender por que as jovens engravidam é de grande valor para as enfermeiras, a fim de entenderem os problemas que estas adolescentes poderão ter em seus papéis de progenitoras" (p.76). Acrescentamos, também, que é importante para o enfermeiro compreender as reações à gravidez e as futuras repercussões na saúde das pessoas envolvidas, bem como desenvolver uma prática profissional mais efetiva, principalmente para colaborar na prevenção de futuras gestações não desejadas.

Mas, para SPERAW (1987), devemos, a princípio, ter o cuidado e a sensibilidade de incluir avaliações culturais quando planejarmos programas relacionados à saúde da adolescente grávida, pois, no interesse de prestar cuidados efetivos, a questão das influências culturais merece cuidadosa consideração e maior exploração. O planejamento e a implementação de sistemas de cuidados de enfermagem, visto pelo ângulo cultural, requer criatividade e flexibilidade. Por exemplo: programa idealizado para abordar preocupações das moças primariamente preocupadas com suas mudanças corporais seriam insensíveis para aquelas que haviam sido expulsas de casa. Desta forma, antes que as necessidades sejam identificadas é

preciso aceitar que existem diferenças (SPERAW, 1987). Esta mesma autora considera que, se os enfermeiros planejam e aplicam o cuidado com base na suposição de que existe mãe adolescente típica, que se apresenta com uma lista pré-determinada de necessidades, unicamente em função da sua idade, a energia investida nesse cuidado corre o risco de ser desperdiçada. MALDONADO (1988), referindo-se à gravidez de maneira geral, reforça essas idéias quando salienta que para se abordar as vivências do ciclo grávido-puerperal é importante também levar em consideração a história pessoal da mulher grávida, o contexto sócio-econômico, o contexto existencial, as características da evolução da gestação e o contexto assistencial (se a mulher recebe assistência adequada de profissionais nos quais confia ou se é atendida de modo precário e insatisfatório). Mas, segundo a autora, é importante, sobretudo, enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar e que, sendo assim, "para se atingir o objetivo de oferecer uma assistência mais global é necessário pensar não apenas em termos de "mulher grávida" mas sim "família grávida" (p.21).

MALDONADO (1988), baseando-se em Howells, considera que assim como o indivíduo, a família é um sistema organizado, com uma estrutura peculiar, com canais de comunicação e elementos característicos, "portanto qualquer evento que ocorre com uma das partes desse sistema atinge o sistema inteiro, logo a gravidez é uma experiência que pertence à família como um todo" (p.24).

ERICKSEN & LEONARD (1983), no objetivo de encontrar um marco referencial que oriente o enfermeiro não apenas para o indivíduo, mas às suas redes sociais, tais como a família, en-

fatizam, a partir de Pratt, Logam e Hynovich e Bernard que, geralmente, aceita-se que comportamentos de saúde e doença são aprendidos dentro do contexto da família, que a unidade familiar fica freqüentemente afetada quando um ou mais de seus membros estão passando por um problema de saúde e que a efetividade do cuidado de saúde pode ser melhorada colocando-se ênfase sobre a unidade, ao invés de apenas sobre o indivíduo.

Observa-se na grande maioria dos estudos que enfocam a família da adolescente, que a maior preocupação é promover a aceitação da gravidez, não havendo referências à necessidade de auxiliá-la a enfrentar esse processo durante e após o parto. É difícil de entender essa limitação, principalmente, considerando-se a complexidade de cuidados que surgirão na família, em todo o processo da gravidez, independente de haver problemas ou não, pois é um processo natural de conceber, nascer, crescer e se desenvolver e que geralmente envolve todos os seus membros. Tal fato, não se compreende, uma vez que a maioria desses estudos reforça a importância da família na atenção que é dispensada à adolescente, à sua saúde e ao futuro do recém-nascido. Sendo assim, entende-se que a família talvez precise estar preparada para essa tarefa.

No Brasil, os serviços que prestam assistência à adolescente grávida restringem-se, predominantemente, ao pré-natal comum a todas as demais gestantes (BARROSO et al. 1986). Em levantamento feito por esses autores nos serviços de assistência no País sobre a participação da família, foi considerado que o distanciamento entre os profissionais e a família se deve, em parte, à própria postura da adolescente em relação à sua família e também por essa assistência estar restrita ao interior das instituições. Alguns desses serviços di

zem que mantêm propositadamente a família afastada, procurando evitar interferências. Outros serviços preocuparam-se em preparar a gestante psicologicamente, contando que com isso iriam influenciar no comportamento da família. Esse tipo de abordagem foi questionado, pois havia variáveis sócio-econômicas e culturais que influenciavam o comportamento dessas famílias e que não estavam sendo trabalhadas.

É interessante também, ressaltar que em um desses serviços de saúde do País houve tentativa de organizar grupos de mães de adolescentes, porém esta foi considerada "intrutifeira", uma vez que aquelas mães "preferiram falar dos seus próprios problemas cotidianos, deixando de lado a questão da gravidez das filhas" (p.76). Esse comportamento da equipe de saúde envolvida nesse trabalho sugere que existe dificuldade de compreender a saúde do indivíduo e suas relações com o ambiente e, principalmente a ausência, de um referencial de atenção à "família" ou ao "indivíduo e sua família". Neste caso se a equipe de saúde tivesse trabalhado as questões dessas mães, talvez estivessem beneficiando não somente a elas próprias, mas às adolescentes e seus recém-nascidos.

3.4. Cuidado Cultural

A partir das considerações anteriores podemos entender que a atuação do enfermeiro na gravidez da adolescente solteira precisa centrar-se no cuidado fundamentado numa abordagem que envolva a família, mas pode-se concluir também que, tal como em relação à adolescência e ao fenômeno da gravidez, é preciso também conhecermos a realidade sócio-cultural da

família. Com o objetivo de cuidar, isto se torna ainda mais imprescindível, principalmente ao termos consciência de que a gravidez da adolescente no Brasil é vivenciada de forma diversa.

Através da análise de DURHAN (1977) sobre nossa cultura, pode-se compreender melhor essa afirmação. Segundo a autora, devemos partir da constatação da existência em nossa sociedade de uma heterogeneidade cultural produzida por diferenciação das condições de existência que se prende à estrutura de classe e também de que essa diversidade está permeada, por sua vez, por distinções regionais associadas a peculiaridades de recursos naturais, além de condições demográficas e históricas particulares que lhe dão conteúdos e formas específicas. Desta forma, entende-se que é necessário que se aborde o fenômeno da gravidez da adolescente sob uma ótica mais abrangente que aquela biológica. Precisa ser situada histórica e socialmente, a partir da cultura e das condições econômicas e ambientais da adolescente. Mas é importante também que tenhamos claro que estaremos entrando nas famílias com nossas crenças, nossos valores e práticas de cuidados profissionais, e que as famílias costumam ter significações de saúde e doença e práticas próprias de cuidar, originadas do seu contexto sócio-cultural (LENINGER, 1978). Uma forma efetiva de intervir nas famílias tendo como base essas concepções é através da prática do **cuidado cultural**, segundo LENINGER (1978, 1981, 1984, 1985).

"O cuidado é uma parte integral da vida humana; nenhum tipo de vida pode subsistir sem cuidado" (COLLIERE, 1986, p. 95). E esta afirmação, segundo a autora, é verdadeira para qualquer objeto ou para outras vidas que façam parte do viver

do homem: tudo precisa ser cuidado. O termo cuidado faz parte do vocabulário cotidiano das pessoas e na enfermagem costumamos utilizá-lo para caracterizar as atividades de enfermagem junto ao cliente (BOHES & PATRÍCIO, 1989).

LEININGER (1981, 1984) fundamenta a importância do cuidado na vida humana considerando que através da história o cuidar de si e dos outros tem sido um fator básico para a sobrevivência do homem. Além disso, considera que o cuidado pode ocorrer sem curar. Assim, atos médicos de curar são aditivos ao processo de cuidar, portanto não pode haver cura sem cuidar, mas pode haver cuidado sem haver cura. A autora preconiza que o cuidado é a essência da enfermagem, mas que assim ainda não é reconhecido pela grande maioria dos profissionais da enfermagem, atribuindo esse fato a não compreensão e não valorização do cuidado pelas enfermeiras. A enfermeira Madeline Leninger tem se dedicado ao estudo do cuidado desde a década de 50 e suas idéias têm fundamentado outros autores interessados pelo tema. Acredito que uma das motivações destes autores têm sido certas colocações veementes de Leininger, como por exemplo:

É irônico que a palavra "cuidado" tenha sido comumente empregada por enfermeiras por quase um século e ainda assim o significado, características, processo, tipos e expressões divergentes de cuidados tenham sido identificados e validados apenas de maneira limitada (1984a,p.6).

Segundo a autora, existe uma relação estreita entre a estrutura social e a qualidade dos serviços de saúde. Nas sociedades ocidentais há uma maior valorização econômica para a cura médica voltada às tecnologias sofisticadas e, embora os profissionais de enfermagem tenham expressado interesse em cuidar das pessoas a partir de um ponto de vista holístico de

saúde, estes têm estado demasiadamente envolvidos nestas práticas médicas. Os estudos de pesquisa em enfermagem têm focalizado diversos domínios, mas longe de privilegiarem abordagem das práticas de cuidar. Muitos docentes em escolas de enfermagem ainda parecem estar focalizando diagnósticos médicos e regimes de tratamento com escassa menção intercalada do cuidado. E isso ocorre apesar de que nos serviços de saúde apenas um quarto desses serviços estão voltados para a cura, sendo os demais (três quartos) às atividades de cuidar. Por quanto a autora considera que mais reconhecimento e valor precisa ser dado ao cuidado, principalmente àqueles de prevenção e manutenção da saúde, com ênfase na educação em saúde (LEININGER, 1981).

A autora ainda considera que o cuidado precisa ser estudado de forma qualitativa, por uma perspectiva que se fundamente na cultura dos indivíduos, pois existem cuidados populares e cuidados profissionais, evitando-se desta maneira incongruências entre os valores que permeiam esses cuidados (1978, 1984a, b).

Neste sentido, a autora declara que há diferenças culturais marcantes e algumas similaridades no modo pelo qual as enfermeiras praticam o cuidado e no modo como os clientes esperam que este seja praticado. Essa diversidade de cuidados será mais dominante devido às diferenças marcantes na estrutura social e nos valores culturais dos indivíduos.

Desta forma, LEININGER entende a Enfermagem como uma arte e uma ciência cujo foco são os comportamentos personalizados de **cuidado**, funções e processos de **cuidar** e cuja compreensão precisa ser fundamentada por uma perspectiva transcultural.

Os termos **cuidado** e **cuidar** são diferenciados pela autora no sentido de que este último (Care) "refere-se àqueles atos de assistência, de apoio ou de facilitação para ou pelo outro indivíduo, ou grupo, que mostra necessidades evidentes ou antecipadas, a fim de melhorar uma condição ou modo de vida humana". O cuidado (Caring) "refere-se às atividades, processos e decisões diretas (ou indiretas) de sustentação e habilidades com relação a assistir pessoas de tal maneira a refletir atributos comportamentais (que são) empáticos, de apoio, de compaixão, protetores, de socorro, de educação e outros, dependendo das necessidades, problemas, valores e metas do indivíduo ou grupo que está sendo assistido" (1984b, p. 4).

O cuidado é científico (baseado em conhecimentos verificados e testados) e o cuidado é personalizado (o grifo é meu) que segundo a autora, significa ser fundamentado sob o ponto de vista holístico de bem estar e de doença dos indivíduos, das famílias e outros grupos culturais da comunidade.

Essas idéias de Leininger estão plenamente descritas na sua Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e Universalidade (1985b) e nos demais trabalhos referenciados neste estudo. Essa teoria Leininger começou a elaborar em 1960, ao estudar os significados de cuidado e saúde e doença entre os Gadsups na Nova Guiné (LEININGER, 1985b). Posteriormente, continuou a pesquisar nesse sentido em outras culturas do mundo (focalizando esses estudos sempre dentro de uma perspectiva antropológica) e a divulgar os achados dessas experiências através de publicações e participações em eventos da enfermagem a nível mundial, incluindo o Brasil.

Nos vários estudos transculturais (ocidentais e não ocidentais) que Leininger desenvolveu, já identificou aproximadamente 50 elementos de cuidado, que denomina "constructos". São elementos diferentes para cada cultura, incluindo o valor prioritário dado aos mesmos. Por exemplo, para algumas culturas, o "apoio", o "conforto" são os mais importantes, para outras a "estimulação", a "observação" ou o "envolvimento".

Outros enfermeiros estão estudando o "cuidado", muitos deles referenciam Leininger em seus trabalhos. O "Movimento Cultural" sobre o cuidado teve início em 1973 nas "Conferências Transculturais de Cuidado de Enfermagem" e nas "Conferências Nacionais de Pesquisa sobre Cuidar", em 1975. Como consequência, um núcleo de enfermeiras pesquisadoras começou a focalizar um estudo sistemático de conceitos e práticas de cuidado (LEININGER, 1984).

Dentre vários trabalhos que enfocam o cuidado e que fazem parte das publicações de LEININGER (1981 e 1984b), encontramos fundamentalmente trabalhos de pesquisa sobre o tema em culturas distintas, incluindo aqui grupos específicos de clientes, como por exemplo: crianças com alopecia por quimioterapia; famílias latinas; adolescentes asmáticas. É constante, nesses trabalhos o enfoque de crenças, valores e práticas quanto à saúde e doença. Sobre este aspecto temos bem próximo o trabalho de ELSEN (1984) com famílias de região pesqueira de Florianópolis.

Nas pesquisas publicadas por Leininger são encontrados vários construtos já identificados por ela e outros derivados das culturas onde essas pesquisas foram realizadas.

BOHES & PATRÍCIO (1988) e PATRÍCIO (1988e), no estudo

que fizeram em trabalhos de variados autores que enfocam o cuidado (Bevis, Dugan, Ray, Watson e Wolf, por exemplo), identificaram cerca de 70 elementos (construtos) do cuidado. Vários desses elementos são os próprios atos de **cuidado**, outros representam o processo de **cuidar** e ainda outros são os próprios objetivos do cuidado (PATRICIO, 1988g). Esses elementos do cuidar/cuidado constituem neste trabalho a própria estrutura do **Cuidado** desenvolvido com as famílias das adolescentes. Neste sentido, o propósito da Teoria de Leininger, que é "... descobrir significados, usos e funções culturais do cuidado satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo" (1985b, p.264), já está sendo contemplado nessas famílias brasileiras através da utilização dos elementos do cuidado já identificados, e que lhes são comuns, e através daqueles próprios à identidade sócio-cultural destas famílias identificados a partir do trabalho com elas.

4. DESENVOLVENDO O MARCO CONCEITUAL

Neste capítulo está descrito o primeiro objetivo específico do trabalho de forma a proporcionar a visão de como um marco conceitual é elaborado, da história desse processo; do conteúdo de cada conceito, incluindo seus subconceitos e a inter-relação entre ambos, representada pelo universo do marco conceitual.

4.1. Histórico do Processo de Elaboração do Marco Conceitual

Antes da explosão tecnológica médica e do maravilhoso progresso terapêutico ocorrido principalmente nos últimos 50 anos, o profissional de saúde tinha tempo para ouvir seu paciente e conhecer sua família, seus aspectos sociais, políticos, religiosos e morais, levando em consideração seu funcionamento emocional e psicológico. A família era ouvida, orientada e o profissional era amigo e confidente. Hoje o profissional de saúde mal consegue escutar o paciente e a família é negligenciada em todos os aspectos, não existindo preo-

cupação com relação aos seus sentimentos frente às ocorrências de vida, como aqueles referentes à fase da adolescência (GAUDERER, 1987).

Através do conhecimento da prática da enfermagem brasileira, tenho observado que a família no Brasil também não tem sido, como já ocorre em outros países, foco de atenção do enfermeiro, no sentido de haver intervenção fundamentada em uma abordagem de grupo, de unidade, não sendo a intervenção dirigida apenas ao "indivíduo doente na sua família".

Tenho sentido que, quanto maior é a percepção que temos do indivíduo como ser social, maior é a importância da família nos cuidados à saúde de seus membros, seja direta ou indiretamente, ao dividir os cuidados com outras pessoas. Na grande parte dos casos que tenho acompanhado, as decisões que os indivíduos têm nas situações de saúde e doença são provenientes de suas crenças e valores originados na família, sob influência das condições do contexto físico e sócio-cultural ao qual pertencem. Essa compreensão tem me auxiliado na prática diária, tanto a nível intra como extra-hospitalar. Mas, anteriormente a esse período, a prática que desenvolvia trouxe algumas situações difíceis e até frustrantes por não estar conseguindo, dos indivíduos, as respostas esperadas, principalmente nas situações extra-hospitalares.

Considerarei, depois de muito tempo de prática e de estudos, que o motivo estava no modelo referencial que utilizava, pois não era totalmente condizente com as características dos indivíduos ou com o modo como gostariam de ser cuidados. Além disso passei a perceber que o referencial era estranho às minhas concepções sobre saúde e o cuidado de enfermagem, sendo

muito dependente do modelo médico.

Durante aproximadamente cinco anos exerci a enfermagem nas cidades de Porto Alegre, Tubarão, Itaituba e Florianópolis, fundamentando a assistência nos cuidados "biopsicossociais e espirituais" do indivíduo, família e comunidade, segundo os conceitos de HORTA (1979), com algumas modificações, que facilitaram sua aplicabilidade, principalmente baseadas no modelo Weed.

A partir de 1981 comecei a me sentir frustrada e limitada na assistência. Percebia que não havia plena satisfação dos indivíduos na maioria dos cuidados recebidos e que o modelo utilizado somente atendia a nós, enfermeiros, por estarmos conseguindo aplicar uma metodologia, e aos médicos, por não entrarmos em choque com o seu modelo.

Os questionamentos eram constantes mas não conseguia entender o porquê dessa metodologia não estar sendo suficiente para a assistência que pretendia executar.

Foi em 1982, durante um encontro com professores da Escola de Enfermagem da UFSC, que ouvi falar de "outras teorias" de enfermagem que já estariam norteando algumas práticas. Mas foi somente a partir de 1983, após vir para Florianópolis, que consegui tomar conhecimento da amplitude dessas teorias.

Em 1984 já conhecia "alguma coisa" sobre a teoria de Imogene King, entretanto, foi basicamente durante o I Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem (SIBRATEN), em 1985, que passei a entender o que era uma teoria, os conceitos (não mais "alguma coisa"), e a importância desses elementos para a enfermagem. Foi nessa oportunidade que encontrei muitas res

postas para meus questionamentos.

Passei a entender por que o "modelo de Horta" não me satisfazia totalmente na prestação de cuidados e até o porquê de toda a problemática anterior: os conceitos de Horta eram tão gerais, abstratos e não descritivos e interligados claramente (SOUZA, GUTIERREZ & CASTRO, 1985) não favorecendo o entendimento real e a prática. Além disso estava tendo sua aplicação associada ao modelo de Weed, ou seja, em modelo médico. Somente esta última observação já poderia justificar, em parte, o meu descontentamento.

Indo mais profundamente às questões, identifiquei que o motivo fundamental da insatisfação estava nos conceitos, pois não direcionavam para as causas dos fenômenos de saúde e doenças. Desta forma como poderiam fundamentar o cuidado a um ser que é dinâmico, que tem história e cultura que o direcionam na prática, que é sujeito às interferências externas à sua vontade e que pode transformar as situações de vida?

Finalmente, conclui que não poderia me sentir satisfeita pois estava fundamentando minha prática profissional em um marco referencial que não era plenamente coerente com minhas concepções de vida particular e profissional, originadas na infância e juventude (no meio familiar e num contexto histórico muito forte e importante para a vida do homem brasileiro) e nas experiências profissionais frente às necessidades e potencialidades de cada ser humano assistido.

Não pretendo, de forma alguma, anular a contribuição que recebi de Horta e reconheço que a Enfermagem Brasileira deve muito a ela, por sua dedicação e por ter difundido plenamente suas idéias, colaborando para uma enfermagem mais científica, sem deixar de ser humana. Agradeço à Horta por ter-me auxiliado

do no começo da busca diária do saber para a enfermagem e principalmente por fazer-me entender a importância de um marco referencial para a prática da assistência, ensino e pesquisa.

Ao afirmar a importância de ter um marco referencial para a prática profissional, estou salientando a importância de haver uma fundamentação teórica que guie e oriente esta prática.

Os marcos conceituais e as teorias de enfermagem têm se constituído em elementos de referências fundamentais, tanto para a prática de assistência como para a conquista de novos conhecimentos para o "saber da enfermagem".

Segundo NEVES (1987), a prática da enfermagem até a década de 60 foi norteadada fundamentalmente pelo modelo da medicina, da psicologia, da saúde pública e da sociologia. Assim, essa prática possuía como referência vários conceitos das diferentes áreas de conhecimento, principalmente de Fisiologia, Física, Química, Biologia, Psicologia e Sociologia (NEVES & TRENTINI, 1987).

Na busca de um corpo de conhecimentos próprio e organizado para a enfermagem, a elaboração dos modelos conceituais e das teorias constituiu-se num fator fundamental (SOUZA, 1984).

FAWCETT (1984), baseando-se em Lippitt e Nye Berardo, define "modelo conceitual ou marco conceitual", como sendo "um conjunto de conceitos e de proposições de tal modo interligados numa configuração significativa" e afirma que "os modelos conceituais existiram desde que as pessoas começaram a pensar sobre si mesmas e sobre o que as cerca" (p.15). Por-

tanto, esses conceitos se constituem nas idéias que temos de nós mesmos e do mundo, sendo altamente abstratos e gerais.

Para MELEIS (1985) existe uma infinidade de definições de teoria. Dentre essas considera a de Kerlinger como sendo aquela de maior aceitabilidade no meio científico. Para ele, teoria é "um conjunto de interpretações (conceitos), definições e propostas inter-relacionadas, que se apresentam numa visão sistemática dos fenômenos, especificando relações entre variáveis, com o propósito de explicar e prever os fenômenos" (p.133).

Como os marcos conceituais, as teorias também são formadas por conceitos e proposições, porém apresentam os fenômenos mais especificados e concretos. O modo como os conceitos são tratados na teoria é que determinará o nível de alcance da teoria (TRENTINI, 1986). Desta forma as teorias são os instrumentos mais apropriados para guiar uma prática profissional, seja ela a nível de assistência, ensino ou pesquisa. Para tanto, basta que se siga alguns critérios.

Para que se entenda os critérios da utilização de uma teoria precisamos ter plena compreensão do que é um conceito, pois será esse o elemento que fundamentará a prática profissional. Conceito, segundo MELEIS (1985), "é uma imagem mental da realidade tingida com a percepção, experiência e capacidade filosófica do pesquisador" (p.157). Desta forma um conceito pode ter significados opostos, dependendo da percepção de cada pessoa (TRENTINI, 1986).

Sendo assim, a escolha de uma teoria para aplicação prática, não determina de forma linear que os conceitos do autor sejam utilizados totalmente a partir da visão de mundo deste

autor, mas sim que eles possam ser interpretados para estabelecer conexão com a visão de mundo de quem está trabalhando com estes conceitos.

Acreditando já possuir uma concepção clara sobre a vida (nesse momento), considero ter encontrado uma teoria de enfermagem que possui elementos que se identificam em determinados pontos com meus conceitos.

Trata-se de uma teoria de enfermagem cujo **núcleo conceitual** apresenta-se em torno do **cuidado**, representado como um cuidado diferente e fundamental para a prática de auxiliar o indivíduo, família e comunidade na busca, na manutenção e na recuperação da saúde.

Durante a prática profissional identificava a grande importância da **interação** entre o enfermeiro e o cliente para que o processo de cuidar fosse efetivo, porém sentia que deveria existir um fator primordial que proporcionasse as condições para que essa interação ocorresse. E é esse fator que acredito ter encontrado na **Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Transcultural de Madaleine Leininger**; o cuidado que se ajusta às crenças, valores e modos de vida das pessoas, ou seja, o cuidado considerando a cultura e o contexto social do indivíduo ou do grupo (LEININGER, 1978).

Buscando reforço na literatura encontrei algumas colocações que colaboraram para reafirmar a importância da **interação** e do **aspecto cultural** nas relações humanas.

OLIVEIRA (1985) afirma que os teóricos acreditam que a distinção entre a enfermagem e a medicina se dá "fundamentalmente, em virtude das ações da enfermagem tomarem por base as interações interpessoais de ajuda que caracteriza o ato de

cuidar" (p.13).

MELEIS (1985), no seu trabalho "Estratégias para o desenvolvimento de teorias em enfermagem", conclui que "a interação da enfermeira com um ser humano em uma situação de saúde e doença, poderia ser o domínio para que uma teoria de enfermagem pudesse ser desenvolvida" (p.163), acentuando ainda que o ser humano faz parte de um contexto sócio-cultural.

NEVES (1987), ao parafrasear Philips sobre o modelo social de enfermagem, assinala que as manifestações do homem são "essencialmente conseqüências de variáveis culturais impingidas sobre ele a partir de grupos culturais, como família e instituições sociais" (p.8).

A abordagem encontrada no estudo de JOLL (1977) permite ampliar a idéia de Philips e até questionar sua afirmação no que se refere ao "essencialmente conseqüências de variáveis culturais impingidas...".

JOLL, dedicando-se à análise das idéias de Gramsci, identifica-o como fundamental no desenvolvimento do pensamento sobre a influência do aspecto cultural na vida humana. Dando ênfase à cultura, Gramsci compreendia que o domínio de uma classe sobre a outra não dependia fundamentalmente do poder econômico ou da força física, mas principalmente de persuadir os indivíduos a compartilharem dos valores sociais, culturais e morais de outra classe. Gramsci, continua JOLL (p.22), afirmava que "cada grupo tem a necessidade de atuar sobre bases próprias e a partir de suas próprias raízes". Dessas reflexões, resultou um conjunto de idéias que acreditava poder guiar as futuras ações junto aos indivíduos e, especificamente nesse momento, junto às famílias que estivessem vivenciando o processo de gravidez da adolescente solteira.

Tive a oportunidade de desenvolver conceptualizações e aplicações de conceitos no Curso de Mestrado, o que me permite, hoje, experimentar a possibilidade de, avançar a partir deste novo referencial. A primeira experiência neste sentido foi no primeiro semestre de 1987, na Disciplina "Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem", quando tive o primeiro contato mais sistematizado com as teorias de enfermagem. Iniciei, com três colegas do Curso, naquela oportunidade leitura e discussão sobre a Teoria de Leininger, "Transcultural Nursing concepts, theories and practices" (1978). Sob a orientação da professora da disciplina, Dr^a Eloita Neves Arruda, retirávamos dos textos o que a autora compreendia por "homem", "saúde e doença", "Enfermagem", "ambiente" e outros elementos. Este estudo, associado à revisão da literatura e à pesquisa de campo que fiz na Disciplina Estudo Independente I (optativa), orientada pela Dr^a Ingrid Elsen (PATRÍCIO, 1988a), forneceu-me a fundamentação para elaborar, como conclusão da Disciplina, o trabalho "Definição de um Marco Referencial nos Cuidados às Famílias de Adolescentes Grávidas Solteiras — Estudo Preliminar" (PATRÍCIO, 1988b). Este era o início do Marco que utilizaria na disciplina. Paralelamente a esse estudo elaborei dois outros trabalhos. Na disciplina "Saúde e Doença", como o tema era opcional, decidi continuar a desenvolver minhas idéias nessa linha e escrevi "Em Busca de um Referencial para Intervenção de Enfermagem na Saúde da Criança Brasileira" (PATRÍCIO, 1988c). Na disciplina (optativa) "Seminário de Controvérsias - Prática da Enfermagem Versus sua Evolução como Ciência e Profissão", sob a coordenação da Dr^a Mercedes Trentini, escrevi o trabalho "A Enfermagem Brasileira no Ano 2000", título proposto na disciplina (PATRÍCIO,

1988d). Pela sua amplitude, um dos tópicos da conclusão desse trabalho me alertou para a necessidade de buscar mais subsídios para aperfeiçoar o marco conceitual que havia apenas esboçado:

Entendo que para iniciarmos esse processo de transformação precisamos, nós docentes principalmente, despojarmo-nos da neutralidade ética que tem nos acompanhado desde nossa origem, e sermos cidadãos antes de tudo, tanto na sala de aula como nos campos de trabalho. Evitando reproduzir conhecimentos que fujam à dimensão da prática transformadora da realidade, partindo de uma prática social voltada às questões do homem brasileiro e procurando resgatar a sua essência de ser humano, suas crenças, seus valores e possibilidades de viver (p.5).

Assim, no semestre seguinte, além das disciplinas obrigatórias, fiz cinco optativas. Com a disciplina "Diagnóstico da Comunidade", sob a orientação da Dr^ª Joëlle Stefani, aprendi novas formas qualitativas de abordar e ver o cliente no seu contexto. Já sob a orientação da Dr^ª Ingrid Elsen, que ministrou a disciplina "Tópicos Especiais de Enfermagem: Marcos Conceituais Aplicados à Famílias", conheci, além de outros conceitos e metodologias importantes, teorias que podem ser desenvolvidas em famílias. A disciplina "Estudo Independente: os Elementos do Cuidar/Cuidado" sob a orientação da Dr^ª Eloita Neves Arruda deu-me grande parte da fundamentação para o "cuidado" (PATRICIO, 1988g). "Psicologia Social", sob a orientação da Dr^ª Clélia M.N. Schulze proporcionou-me subsídios para melhor desenvolver o "cuidado", nos seus aspectos de comunicação verbal e não-verbal, incluindo a interação e, principalmente os aspectos de "atitude" e "Representação social". Finalmente, na disciplina "Tópicos Especiais de Enfermagem: Processo de Enfermagem", sob a orientação da Dr^ª Eloita, e subsidiada pelas demais disciplinas, elaborei o esboço do Processo de En-

fermagem para aquele marco conceitual já iniciado no semestre anterior.

Nas disciplinas "Metodologia da Pesquisa" e "Fundamentos de Administração da Assistência de Enfermagem" (obrigatórias), orientadas pelas professoras Dr^a Mercedes Trintini e Dr^a Alacoque Lorenzini Erdmann, respectivamente, continuei, através dos trabalhos de conclusão, a abordar a problemática da família da adolescente grávida solteira, oportunizando o início da elaboração da operacionalização do "cuidado" e a seleção da população do estudo (PATRÍCIO, 1988d, e).

No terceiro semestre fiz duas disciplinas optativas que finalmente iriam me subsidiar na elaboração do Projeto da Prática Assistencial a ser desenvolvida no semestre seguinte. A disciplina "Métodos Qualitativos de Pesquisa", sob a orientação da Dr^a Ingrid Elsen, fundamentou grande parte da metodologia do levantamento de dados deste trabalho. A disciplina "Estudo Independente: Noções da cultura - Complementação para o Marco Conceitual", através da orientação da Mestre Maria José Dias, antropóloga social, auxiliou-me a compreender os aspectos sócio-culturais do Marco.

A partir de todos esses elementos, sob a orientação dos professores da disciplina "Tópicos Especiais de Enfermagem: Marcos Conceituais Aplicados à Prática da Enfermagem", elaborei o Marco Conceitual que consta a seguir e cujos conceitos permeiam toda a prática dos cuidados às famílias, deste trabalho.

4.2. Pressupostos

Os pressupostos são as crenças que me fundamentaram pa-

ra a elaboração dos conceitos. São representados por crenças pessoais e de autores com as quais me identifico.

A - Pressupostos dos Autores

1. "A cultura constitui um processo pelo qual os homens orientam e dão significado às suas ações através de uma manipulação simbólica que é atributo fundamental de toda a prática humana. Nesse sentido, toda a análise de fenômenos culturais é necessariamente análise da dinâmica cultural, isto é, do processo permanente de reorganização das representações na prática social, representações estas que são simultaneamente condição e produto desta prática" (DURHAN, 1977).

2. O cuidado é essencial ao nascimento, desenvolvimento, crescimento, auto-realização, bem-estar e sobrevivência humana, bem como para uma morte tranqüila (LEININGER, 1978, 1984).

3. O cuidado é a essência da enfermagem e da saúde (LEININGER, 1978).

4. O cuidado é universal, porém varia entre as diversas culturas do mundo sendo que ao longo da história vem sendo influenciado por diferentes contextos, físico, cultural e social (LEININGER, 1984).

5. Há uma necessidade de unir práticas populares e profissionais de ministrar e receber cuidados (LEININGER, 1978).

6. Existe uma relação estreita entre os valores políticos, religiosos, econômicos e culturais e a qualidade do serviço de cuidado de saúde oferecido (LEININGER, 1978).

7. Todos os aspectos da estrutura social têm um impacto

em saúde e doença e no cuidado cultural (LEININGER, 1978).

8. Os estágios de desenvolvimento da família ocorrem de diferentes modos, de acordo com o processo de vida interior da família e por estimulação do ambiente (HILL & HANSEN, por NYE & BERARDO, 1981).

9. As intercorrências na vida dos indivíduos podem afetar suas relações e, em consequência, alterar o sistema social do qual fazem parte, ocasionando alteração nos demais indivíduos e possíveis mudanças na satisfação das necessidades (CAPLAN, 1967).

10. A gravidez da adolescente solteira é vivida conforme a cultura e a classe social a qual pertence. Assim, os problemas de saúde que são comuns entre as adolescentes de baixa renda podem agravar-se com o processo de gravidez (TAKIUTI, 1986; BARROSO, 1986).

B - Pressupostos Pessoais

1. A saúde e a doença são determinadas no homem pelas suas características biológicas, crenças, valores e práticas de cuidados de saúde, bem como pelas limitações e recursos presentes no seu ambiente, incluindo o sistema profissional de saúde.

2. Os estágios de crescimento e desenvolvimento são vividos diferentemente por cada homem de acordo com sua cultura, suas condições biológicas e condições de atendimento às suas necessidades de bem viver.

~~3.~~ O bem viver da família tem relação com a satisfação de suas necessidades.

4. Os processos de mudanças que ocorrem nas famílias podem ocasionar situações de doença (mal viver) que poderão colaborar para a fragmentação ou para a fortificação da família como unidade de cuidado.

5. As atitudes (crenças, conhecimentos e comportamento) da família frente à gravidez da adolescente solteira são fundamentadas nos valores culturais da família e daqueles presente no contexto social maior, em cada momento histórico, e nos recursos que dispõem para o enfrentamento.

6. A família da adolescente grávida solteira é cliente que necessita de cuidados, mas também é uma unidade de cuidados para a adolescente, o recém-nascido e demais membros envolvidos.

7. O enfermeiro, como profissional que deve prestar cuidados com visão holística do homem, tem papel importante no processo de gravidez da adolescente solteira.

4.3. Conceitos do Marco

Na elaboração dos conceitos procurei adequar as idéias de Leininger às minhas concepções e àquelas encontradas nos demais autores que necessitei consultar para este trabalho. Leininger foi a principal motivação no desenvolvimento dos conceitos relacionados à prática do enfermeiro, fundamentados no "cuidado cultural". Seus conceitos não foram utilizados na íntegra porque não preenchiam, na totalidade, a compreensão que tenho dos conceitos básicos (gerais) para o marco, necessitando de proposições de outros autores, para torná-los adequados a uma concepção mais ampla. Todos os conceitos, inclusive meu

endosso ao "Cuidado" de Leininger, são fundamentados na necessidade de compreensão do homem, pois acredito que conhecer o homem é a dimensão maior para o cuidado de enfermagem, pois é para ele que o objeto de trabalho da enfermagem se destina, além de que, quanto mais se conhecer a natureza humana maior compreensão se terá de "cultura" e, por conseqüência, de cuidado, também.

Sendo assim, esse marco, mais que um conjunto de idéias, representa todo aquele processo de reflexão de minha prática profissional, do passado e do presente associado às idéias de todos os profissionais da saúde que participaram na conquista de meu saber. Representa, principalmente, a compreensão do homem e do território brasileiro e a consciência da necessidade de buscarmos um referencial próprio para a prática de enfermagem para este homem, neste território e neste momento, voltado para a família que vivencia o processo de gravidez da adolescente solteira.

O Marco Conceitual é constituído pelos "**conceitos gerais**" de "Homem", "Ambiente", "Saúde e Doença", "Cuidado", "Enfermeiro" e "Família". Os "**Conceitos específicos**" referentes ao tema são: "Adolescente", "Adolescente Grávida Solteira", "Família da Adolescente Grávida Solteira", "Enfermagem na Família da Adolescente Grávida Solteira" e "Recém-Nascido". Esta totalidade somente poderá ser sentida se houver, concomitantemente, a compreensão dos conceitos gerais, dos quais foram gerados. Vários destes conceitos são ricos em outros conceitos, sendo que alguns destes foram descritos para que houvesse maior compreensão dos conceitos em que estão contidos. São eles: "Necessidades do Homem", "Recursos do Homem", "Crescimento e desenvolvimento do Homem", "Cultura", "Valores Culturais", "Cui-

gado Popular", "Estágio de Desenvolvimento da Família", "Saúde da Família", "Processo de Gravidez da Adolescente Solteira".

É importante que se chame atenção para o fato de que a compreensão de todos os conceitos está condicionada à compreensão de cada um dos "conceitos gerais" do marco ou seja, de "Homem" (principalmente este), "Ambiente", "Saúde e Doença" e "Família", assim, como a compreensão de cada um desses conceitos deverá ser buscada nos conceitos que os antecedem e na inter-relação entre ambos. O conceito de "Saúde e Doença", por exemplo, é relacionado a "necessidades" e "recursos do homem", assim estes elementos precisam ser retomados para compreensão desse conceito. Outro exemplo que parece fundamental citar é aquele referente ao conceito de "Adolescente". Quando digo que "... é o homem que no seu processo de crescimento e desenvolvimento ..." estou dizendo que é aquele "homem" e mais as características que o identificam neste ciclo da vida.

Durante o transcorrer do trabalho houve modificações em alguns conceitos, porém estas foram basicamente na estrutura da redação, objetivando facilitar a compreensão das palavras que os compõem. Essas modificações estão descritas junto ao respectivo conceito.

A - Conceitos Gerais

Ao final da apresentação de cada conceito consta a fonte de elaboração destes.

Homem

É um ser sócio-cultural e espiritual, singular, indivisível, representado pelo ser homem e pelo ser mulher. É pensante, elabora significações a partir de sua visão de mundo. É

ativo, suas ações geram uma cultura que orienta novas ações, transformando a si próprio e ao ambiente em que vive. Auxilia ou limita o viver de outros homens. É suscetível às influências dos elementos de todo o **ambiente**, o que resulta em limitações ou recursos (individuais e coletivos). No seu processo de evolução percorre etapas de desenvolvimento de acordo com sua **cultura**, sexo, classe social e características biológicas. Integra uma **família**, tem **necessidades** e executa **cuidados** de saúde, individuais e grupais, durante todo o seu crescimento e **desenvolvimento**, compreendidos dentro de **crenças** e **valores** originados de sua cultura através da **história**, e por influência de culturas estranhas. É capaz de ter liberdade para pensar e agir, e de buscar, criar e manter **recursos** no ambiente para atender suas necessidades e alcançar seus recursos de bem viver.

As **necessidades** do "Homem" são elementos dinâmicos, essenciais à vida e ao bem viver, promovendo a reprodução da espécie, o crescimento e o desenvolvimento do indivíduo como ser singular e social. As necessidades possuem dimensão física, sócio-cultural, biológica, espiritual e psicológica (afetivas). Dentre estas necessidades está o cuidado de saúde. O sentido das necessidades está condicionado à visão de mundo do homem, às suas crenças, valores e metas, como ser singular e social, em cada estágio de seu crescimento e desenvolvimento, estando o atendimento destas necessidades condicionado aos recursos disponíveis pelo homem.

Os **recursos** do "Homem" são fatores fundamentais para o atendimento das necessidades do homem como ser singular e social. Esses fatores fazem parte da constituição de cada indivíduo, da família e de outros grupos sociais. São fatores pro-

venientes da hereditariedade do homem, do seu processo de crescimento e desenvolvimento, da sua visão de mundo e atitudes frente à vida e das condições do ambiente em que vive. Esse ambiente é o físico e o sócio-cultural, que se tornam recursos quando oferecem ao homem as possibilidades (incluindo os **direitos**) de criar, buscar e manter os seus elementos físicos, tecnológicos, culturais, sociais, econômicos, educacionais, políticos, legais, religiosos, afetivos, cuidados familiares e cuidados de saúde profissionais, que são essenciais para o atendimento de suas necessidades durante todo o seu crescimento e desenvolvimento.

Crescimento e desenvolvimento representa o processo de viver contínuo do homem como um todo. É resultante das interações de um conjunto de fatores referentes à sua constituição biológica e ao seu ambiente físico e sócio-cultural, principalmente o familiar, caracterizando-se pelo crescimento físico do corpo por inteiro ou em partes, e pelo aumento da capacidade do homem na realização de funções e tarefas cada vez mais complexas durante todo o seu viver.

Apresenta-se em estágios cronológicos, a partir de ritmos individuais associados ao atendimento de suas necessidades, os quais são identificados através das mudanças que ocorrem durante todo o processo. Essas mudanças são interdependentes e inter-relacionadas. Assim as mudanças do estágio anterior servem de base para as atuais e estas, por sua vez, para as futuras mudanças. Em cada estágio o homem apresenta necessidades de cuidados específicos, sendo que o atendimento é essencial para a continuidade do processo e para a vida presente e futura (Elaborados a partir de OTTO, 1973; DURHAN, 1977; HERSKOVITZ, 1978; LEININGER, 1978; MARCONDES & MACHADO, 1978;

NYE & BERARDO, 1981; MARCONDES et al. 1985; GRAMSCI, 1987 e ELSEN et al. 1987).

No conceito de "Homem" foi acrescentada à sua caracterização a palavra "espiritual". Considerava que o aspecto "espiritual" do homem já estava contemplado na sua característica "cultural" referente às suas "crenças". Após discussão com colegas, que assim não compreendiam, fui à bibliografia e repensei este caso, principalmente ao ler o trabalho de HENSE (1987), do qual cito como exemplo o tópico seguinte, baseado em Del Valle:

Quando o homem vive situações de risco ou ameaça, como quando diante de uma cirurgia, é comum que ele se depare com questionamentos do tipo: quem sou eu? Por que estou aqui? Como devo viver o aqui e o agora? Qual a razão ou o sentido da vida e da morte? Deus existe? Quem é ele? O homem não consegue resignar-se a viver somente pelo seu organismo. Sente necessidade de interrogar as coisas e a si mesmo, o que o leva a conscientizar-se e a viver também sua espiritualidade (p.4).

Outra modificação que ocorreu e que se refletiu nos demais conceitos e em toda a redação do trabalho, foi a junção das palavras "social" e "cultural", ou seja, "sócio-cultural". Essa união se deu pela enorme dependência e forte inter-relação constante que havia com seus elementos durante o desenvolvimento do trabalho.

Ambiente

É a natureza física e o contexto sócio-cultural no qual o homem vive. São elementos dinâmicos, interdependentes e inter-relacionados, cuja dinâmica influencia e é influenciada pelo ambiente maior, representado pelo "mundo".

A natureza física é representada pela flora, fauna, ar,

terra, rios, mares e demais elementos do universo.

O **contexto cultural** é representado por todas as culturas apresentadas pelos homens, gerando o **contexto social** e influenciando-o constantemente. Este contexto é representado pelos elementos sociais (incluindo o grupo familiar com seu espaço físico e cultura própria) : históricos, econômicos políticos, legais, tecnológicos, religiosos e educacionais, bem como de produção de alimentos e de cuidados à saúde (popular e profissional). Da relação sócio-cultural com a natureza é gerado o **contexto físico**, representado pelas transformações elaboradas pelo homem.

O ambiente está em constantes mudanças, observadas através da história geral e particular. Essas mudanças ocorrem por influência da natureza física (através das leis naturais do universo) e por influência dos homens através de suas ações, geradas pelas suas necessidades e utilização de recursos, individuais e coletivos.

O contexto sócio-cultural e o contexto físico (natureza e elementos produzidos pelo homem) influenciam a vida dos homens na medida em que podem auxiliar ou limitar o atendimento de suas necessidades durante todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento, interferindo nos comportamentos de cuidado e nos recursos para o seu bem viver.

Cultura refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos entre os homens ao longo da história. É um processo permanente pelo qual os homens orientam e dão significado às suas ações, cuja dinamicidade ocorre a partir das reorganizações das representações na prática social. Apesar dessa dina-

micidade, alguns fatores não se modificam por longo tempo, tornando-se característica dominante do indivíduo ou grupo.

Praticamente todas as culturas têm seus pontos de vista sobre saúde e doença e comportamentos de cuidados próprios. Através da cultura o homem determina suas necessidades e obtém recursos para o atendimento dessas necessidades, incluindo o cuidado de saúde.

Os **valores** que integram uma cultura são forças difundidas e profundamente enraizadas que guiam os pensamentos, decisões e ações das pessoas, variando marcadamente em função de um homem para outro dentro de uma mesma cultura e com tendência a se modificar durante os estágios de seu desenvolvimento. (Elaborado a partir de: DURHAN, 1977; HERSKOVITZ, 1978; LEININGER, 1978, 1984 e 1985; BEVIS, 1984; GRAMSCI, 1987).

Saúde e Doença

Saúde é a capacidade que o "homem" tem, como ser individual e social, de buscar, manter e normalizar seu bem viver. "Bem viver" é um sentimento condicionado às "necessidades" do homem. Sendo assim, somente se consegue conceitualizar "bem viver" se tivermos presente a realidade do homem, com suas "crenças e valores" em constante dinamismo, através de todo o seu processo de "crescimento e desenvolvimento". Desta forma, saúde tem expressão individual, significando que num indivíduo (ou grupo), se mostrará distinta de um outro, devido à presença dos caracteres genéticos e "ambientais".

Assim, entendo que ter saúde é possuir "recursos" para o atendimento das "necessidades" na saúde e na doença (incluindo o "cuidado popular" e o "cuidado profissional") para recupe

ração de sofrimentos e vivência do seu processo de desenvolvimento com capacidade de efetuar as tarefas de vida (incluindo a do cuidado) bem como para alcançar, com satisfação, os objetivos e padrões de vida desejados.

A doença é compreendida por situações de mal viver, nos quais o homem apresenta dificuldade para atender as suas necessidades. A exteriorização dessas situações se fará através de seu corpomente, e das relações com os outros indivíduos e com o ambiente. Poderá ser expressa por **queixas** de sofrimentos e de incapacidades de realizar suas tarefas e **expectativas**, e por sinais de disfunções e incapacidades físicas, psicoespirituais e sócio-culturais nos aspectos de crescimento e desenvolvimento.

O sentimento e a compreensão da doença, bem como os cuidados com ela, são determinados pela cultura que o homem elaborou e pelos recursos disponíveis para esses cuidados.


Saúde é um conceito mais amplo, uma vez que a doença é um momento que insere a busca da saúde, ou da normalização anterior do bem viver (Elaborado a partir de: LEININGER, 1978, 1984, 1985; CASTILLO, 1984; LAFETÁ, 1987).

Cuidado de Enfermagem

O cuidado refere-se às atividades, aos processos e às decisões (diretas e indiretas) dirigidos ao indivíduo, grupo ou comunidade em situações de saúde e doença (evidentes ou potenciais). Constitui-se em "necessidade" e "recurso" do "Homem".

Atos de cuidar ajudam, protegem e desenvolvem; reduzem estresses e conflitos; possuem dimensão biológica, psicoespiritual, sócio-cultural e ecológica. São influenciados pela cul

tura (incluindo a aprovação e expectativa social e regras), pelo conhecimento, nível de desenvolvimento, tempo, nível de estresse e preocupação, e pela afetividade com a pessoa que necessita do cuidado e por outros recursos disponíveis para sua efetivação.

 O **cuidado** é representado por vários **elementos** ou "constitutos do cuidado". Constituem as atividades, os processos e as decisões, sendo que alguns fazem parte do próprio objetivo e metodologia do "processo de cuidar". São eles: confortar; comprometer-se; prevenir; contornar; agir para; adotar atitude com respeito; ter sensibilidade; ter consideração; trocar idéias; coordenar para; enfrentar com; facilitar; ser generoso para; alertar para; esclarecer, informar, orientar, reforçar; demonstrar interesse; empenhar-se; fazer favor, gentilezas; ou vir atentamente; amar, valorizar; estar presente; proteger; estar aberto à outra pessoa; dispensar atenção; respeitar; aceitar; lutar com; estimular; desafiar; socorrer; amparar; supervisionar; executar ações técnicas/físicas; compreender; trocar experiências; calar; meditar com; limitar; aliviar a dor; fazer por; dedicar-se; promover conhecimentos; vigiar; dialogar; demonstrar estar dando importância; preservar integridade e individualidade do outro; demonstrar sentimentos de ternura (tocar, acariciar, abraçar); executar medidas de prevenção de doença e de promoção à saúde, incluindo cuidados de promoção de afetividade entre seus membros; tratar, reabilitar problemas físicos; respeitar características individuais (potencialidades e limitações, valores, crenças e objetivos), demonstrar confiança e desenvolver a auto-confiança, esperança e coragem nos demais; dar presentes; auxiliar na busca de recursos e a identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar as pessoas

a usarem sua liberdade e a aceitarem responsabilidades pela própria existência; auxiliar as pessoas a identificarem e utilizarem seus recursos individuais, familiares e comunitários.

A necessidade de cuidado pode ser atendida de duas formas: pelo próprio homem e pelos outros homens, na família e em outros grupos sociais, dentro de um contexto popular de saúde e pelo enfermeiro (dentro do sistema profissional de saúde).

O **cuidado popular** reflete crenças/valores, práticas e recursos locais sendo que a maioria dessas práticas foi desenvolvida através de experiências da vida diária e relaciona-se com a estrutura social (parentesco, religião, economia e política).

O **cuidado profissional** tem sua base no aspecto personalizado, através da visão holística do homem, a partir de suas necessidades, problemas, crenças/valores, expectativas, atitudes e recursos que possui para o cuidado. É fundamentado em conhecimentos precisos, uso de instrumentos tecnológicos, técnicas e procedimentos de cuidado empiricamente conhecidos e também nos elementos do "cuidado popular", sendo principalmente fundamentado no "Processo de Cuidar".

O **Processo de Cuidar** fundamenta-se na **interação** entre enfermeiro e cliente a partir de uma forma de comunicação que envolva, além daqueles que constam no "cuidado", os seguintes **elementos**: empatia, tolerância, disponibilidade, comparecimento, autenticidade, presença, preocupação, comprometimento; confiança; diálogo; valorização; autenticidade; preservação da individualidade e integridade do outro; troca de experiências; altruísmo (somente em casos de emergência, visando sempre resultados positivos para enfermeiro e cliente); simpatia; sin-

ceridade; esperança, coragem; o ouvir atentamente; o calar, o não julgar; o refletir com o outro; o aceitar responsabilidade; o responsabilizar; aceitação de expressões de sentimentos negativos; participação nas decisões e no próprio cuidado, observação, estimulação, proposta, aprovação ou negociação de modos de cuidar; estímulo ao auto-cuidado; análise, comparação e execução baseadas em conhecimentos e técnicas científicas e nas significações e maneiras culturais próprias dos indivíduos; focalização dos recursos presentes e daqueles necessários ao bem viver, bem como dos recursos que o enfermeiro necessita para prestar os cuidados planejados (LEININGER, 1978, 1981, 1984a,b,c, 1985b,c; BEVIS, 1984; BOEHS & PATRICIO, 1988 e PATRICIO, 1988b,e,g).

Enfermeiro

É um profissional da saúde que presta cuidados profissionais que visam ajudar o homem na saúde e na doença (incluindo o momento da morte) durante todo o seu processo de crescimento e desenvolvimento e na conquista de melhores condições de bem viver. Esses cuidados são fundamentados no conhecimento e na compreensão de si próprio e da realidade de saúde e doença do homem, de seus valores e crenças culturais, de suas práticas de cuidados e de suas necessidades, expectativas, queixas e recursos, como indivíduo ou como grupo social, em determinado ambiente. Constitui-se em um dos recursos do homem.

A prática do enfermeiro está condicionada aos seus recursos, no sentido de possuir suporte para o cuidado fundamentado em conhecimentos das Ciências Biológicas e Humanas (principalmente da Sociologia, Antropologia e Psicologia) alicerçando assim sua capacidade crítica e reflexiva de viver do homem

e das múltiplas determinações de saúde e doença que o ambiente apresenta (Elaborado a partir dos conceitos de "Homem", "Ambiente", "Cuidado" e "Saúde e Doença").

Inicialmente, no Projeto, esse último parágrafo do conceito dizia que "A prática do enfermeiro está condicionada aos seus recursos, no sentido de possuir suporte humanístico e científico para o cuidado...", conforme caracterização de LEININGER (1985). Após muitas reflexões, as palavras "humanístico" e "científico" foram substituídas. Isso ocorreu em função de que em várias oportunidades, em discussões com colegas ou em seminários, observei que a palavra "humanístico" tem sido interpretada no sentido de "altruísmo", "dedicação sem limite" ao cliente, ocorrendo inclusive a negação do uso dessa palavra por esse motivo. O sentido de "humanístico" que pretendo passar (considero que Leininger também) é o de "individualizado", compreendendo as características do cliente, sua cultura, classe social, seus sentimentos, limitações e potencialidades. Além disso, é preciso não mais dicotomizar esses elementos do sentido de "científico", pois também fazem parte das ciências que o homem elabora e desenvolve,

Família

É um sistema interpessoal formado por homens que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. É uma relação social dinâmica que, durante todo o seu processo de desenvolvimento, assume formas, tarefas e sentidos, a partir de um sistema de crenças, valores e normas estruturado na cultura da família e na classe social a

qual pertence e também em outras influências e determinações do "ambiente" em que vivem, incluindo valores e normas de outras culturas. Durante seu processo de desenvolvimento, a dinâmica familiar apresenta mudanças representadas por aquelas mudanças esperadas no decorrer do desenvolvimento e por mudanças situacionais ou acidentais, originadas no ambiente familiar e externo.

A família tanto pode ser um recurso para o crescimento e desenvolvimento de seus membros como também pode colaborar na limitação desses aspectos através da imposição de normas e de tarefas (para as quais seus membros ainda não estejam preparados ou que não façam parte de seus valores); da limitação da liberdade cultural e através do não provimento de recursos (incluindo o cuidado) para o atendimento das necessidades para o "crescimento e desenvolvimento" saudável.

Normalmente em nossa cultura, a família é uma unidade de "cuidado de saúde popular". Possui seus próprios pontos de vista sobre saúde e doença, suas próprias atitudes e modo de cuidar. Tem "necessidades" individuais e grupais, cujo atendimento está condicionado aos "recursos" que dispõem, incluindo aqueles referentes aos "cuidados profissionais". Caso esses recursos não estejam presentes devem ser buscados para o alcance do "bem viver" individual e do grupo.

Os **estágios de desenvolvimento da família** são períodos distintos em sua vida, representados por mudanças na sua dinâmica e identificados principalmente pela necessidade do desenvolvimento de novas tarefas, cujos sentidos e caracterizações são determinados pela cultura da família e por influência do ambiente em que esta vive.

Em cada estágio a família desenvolve diferentes tarefas, que devem ser completadas para facilitar o domínio de outras tarefas. Além disso, essas tarefas são dependentes do desenvolvimento da tarefa de cuidar, pela família e pelo profissional, quando necessário.

Saúde da Família é a capacidade da família de buscar e de normalizar seu bem viver, fundamentada na prática do cuidado, a partir dos **recursos** de cada membro e da família como unidade, com suas **crenças, valores e modos de cuidar**, envolvendo a utilização de cuidados do sistema profissional de Saúde, incluindo o cuidado de enfermagem (Elaborado a partir de NYE & BERARDO, 1981; LEININGER, 1978; ELSEN, 1987, 1988; PATRICIO, 1988 e a partir dos conceitos de "Crescimento e Desenvolvimento" e "Saúde e Doença").

B - Conceitos Específicos

Adolescente

É o "homem" que no seu processo de crescimento e desenvolvimento está na fase da adolescência, representada pelo processo de transição entre o ser criança e o ser adulto, caracterizando-se por transformações biológicas, psicológicas, culturais e sociais, cujo significado e vivência são dependentes do sexo, classe social e do "ambiente" e momento histórico em que se insere o adolescente. É uma fase que oportuniza novas sensações e experiências, antes completamente desconhecidas, cujas determinantes principais são: o desenvolvimento da sexualidade, nos aspectos de prazer e de reprodução; as novas capacidades, de pensar a respeito de si mesmo e do mundo que o

cerca; as respostas que obtém de seu mundo cultural frente às suas reações e ações no ambiente.

Na busca de sua individualidade e no confronto com a cultura o adolescente muitas vezes se diferencia, critica, questiona, contesta e traz idéias e propostas novas, o que em algumas culturas tem gerado situações de mal viver (Elaborado a partir de: COLLI (1986); GAUDERER (1977); BECKER (1987); CAVALCANTI (1988)).

Adolescente Grávida Solteira

A adolescente grávida solteira é a mulher que faz parte de uma "família" e que engravida durante a fase da adolescência, muitas vezes dentro de uma cultura onde a gravidez fora do casamento pode não se constituir em norma cultural.

A gravidez na adolescência é um fenômeno universal mas seu significado está condicionado à cultura das pessoas envolvidas e ao momento histórico e ambiente em que ocorre.

Atualmente, em nossa cultura, a adolescente grávida solteira é normalmente compreendida como aquela jovem que engravida antes dos 20 anos, sem possuir ainda maturidade física, psicológica e social à tarefa de ser mãe, sendo o processo de gravidez diferentemente vivido conforme a cultura e classe social em que se insere. Praticamente todas as adolescentes sofrem alterações em seu "bem viver" (variando de intensidade durante todo o processo de gravidez) fazendo com que necessitem de cuidados de saúde referentes às suas características nesta fase da vida e também de cuidados referentes ao "processo de gravidez".

O processo de gravidez da adolescente solteira é o pe-

riodo compreendido desde o início da gestação até o primeiro mês de vida do recém-nascido. Nesse processo ocorre uma sequência de reações e transformações na adolescente, nos membros de sua família e na própria dinâmica familiar, por consequência das atitudes da própria adolescente, dos familiares e das demais pessoas de sua rede social. Estas atitudes são baseadas em suas culturas e nos demais recursos que dispõem para o enfrentamento dessa situação (Elaborados a partir de: PATRICIO, 1988e e da "Revisão da Literatura" deste estudo).

O Recém-Nascido (RN)

É o "homem" que acabou de nascer para a vida social e que irá continuar seu processo de "crescimento e desenvolvimento" em "ambiente" diferente do qual foi gerado. Apresenta-se a esta nova vida com características próprias, baseadas na sua singularidade biológica e nos efeitos que o ambiente tenha lhe causado enquanto unidade biológica mãe-filho. Seu viver, agora, dependerá da reciprocidade entre ele e as pessoas com as quais conviverá, principalmente no que se refere às respostas que o novo ambiente dará às suas "necessidades" (prioritariamente, nessa fase da vida, aqueles cuidados ligados à alimentação, afetividade, segurança física e à liberdade para ser ele mesmo) (Elaborado a partir de COOPER, 1967 e demais conceitos).

Família da Adolescente Grávida Solteira

É a "família" que habita um contexto físico comum (ou contextos que possam se relacionar) e está vivenciando o processo de gravidez da adolescente solteira. Durante esse pro-

cesso a família está potencialmente sujeita à mudança na sua dinâmica e no seu bem viver. É um período na vida da família que poderá vir acompanhado de sentimentos de gratificação e de prazer, mas também de situações de crise, cuja intensidade, complexidade e solução poderão variar durante todo o processo de gravidez, conforme a cultura da adolescente e de sua família; conforme a classe social a qual pertencem e conforme as atitudes de cada membro da família em relação à adolescente, principalmente ao considerarem o significado do fenômeno da gravidez no contexto sócio-cultural em que se inserem. O enfrentamento desta situação e a continuidade do processo de crescimento com saúde dependerão dos recursos que possuem, especialmente, dos cuidados que dispõem.

A família da adolescente grávida solteira é muito importante no processo de tomada de decisão sobre manter ou não a gravidez e na apresentação de comportamentos de cuidados à adolescente e ao recém-nascido. Neste estágio da vida os cuidados que a família necessita tornam-se mais complexos, no sentido de que voltam a precisar satisfazer necessidades de cuidados próprios ao recém-nascido, tendo ainda que executar cuidados referentes às necessidades do ser adolescente e da mãe adolescente, e dar continuidade àquelas tarefas junto aos demais membros da família (Elaborado a partir da "Revisão da Literatura" e demais conceitos).

Enfermagem na Família da Adolescente Grávida Solteira

Representa a **prática do cuidado de enfermagem** às "famílias" que estejam vivenciando o "processo de gravidez" da adolescente solteira e que residam em um contexto físico comum ou em contextos diferentes, mas onde haja inter-relacionamento cons

tante. São cuidados dos quais a família sente necessidade e para os quais aceita a colaboração da enfermagem. Prevê cuidados nas situações de "saúde e de doença" à família (como unidade) e a cada membro individualmente, em todas as suas dimensões.

É uma prática que deve focalizar o fenômeno da gravidez e do puerpério baseado no ambiente da "Família". Identifica a classe social a qual pertence, suas "crenças, valores" e "práticas" individuais e do grupo familiar; identifica as "necessidades" e os "recursos" de cuidados próprios, para a prevenção e tratamento de situações de doença e para um crescimento e desenvolvimento pleno (em todas as dimensões: físicas, sócio-culturais, biopsíquicas e espirituais); identifica os recursos para o atendimento das necessidades presentes e futuras e a necessidade de buscar, ou aproveitar aqueles recursos já existentes em cada indivíduo, no grupo e no ambiente, visando um bem viver individual e familiar (Elaborado a partir da "Revisão da Literatura" e demais conceitos).

C - Representação do Universo do Marco Conceitual

Na primeira tentativa de transportar o marco conceitual para um diagrama utilizei o "Modelo de Sol Nascente" de Leininger, mas somente após fazer algumas modificações (PATRICIO, 1988b).

Hoje, através desta figura (Figura nº 1), que ainda não me satisfaz plenamente (talvez pela dificuldade de separar elementos que se inter-relacionam e se interdependem continuamente), pretendo auxiliar a compreensão do universo do marco e do inter-relacionamento de seus conceitos.

Vale reforçar, que a representação do marco neste dia-

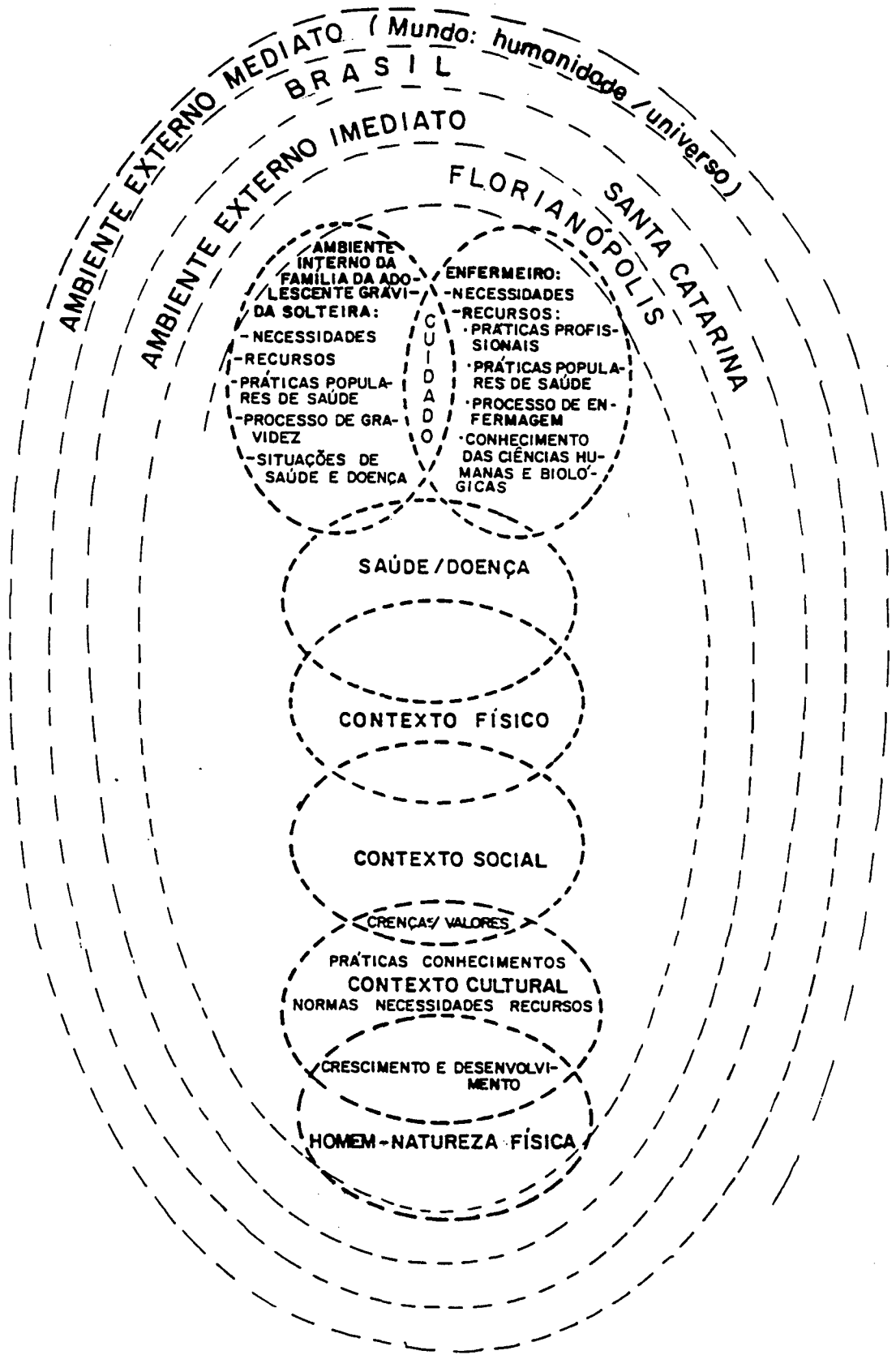


FIGURA 1 – MARCO CONCEITUAL PARA A SITUAÇÃO DE ENFERMAGEM NA FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA.

grama parte do princípio, até o momento, de que o "cuidado" que foi desenvolvido nas famílias das adolescentes grávidas solteiras, encontra-se inserido em todos os elementos que compõem o "ambiente". Sendo esse cuidado holístico e destinado a todos os elementos da família, incluindo o recém-nascido, precisamos considerar que todos esses indivíduos estão em relação direta com o contexto físico e sócio-cultural.

O diagrama pretende representar que toda a família tem um "ambiente" próprio, sendo que há um relacionamento constante entre este "ambiente" próprio e o contexto físico e sócio-cultural mais amplo e mais complexo no qual o ambiente da família está inserido. Este ambiente, e por consequência o ambiente da família, tem sofrido, ao longo da história, influências do "mundo", ou seja de um outro ambiente ainda maior, representado por toda a humanidade e pelo Universo.

Assim, o "ambiente" de cada família é também representado pelas culturas com as quais se relaciona, através da visão de mundo de cada indivíduo que por sua vez é formada a partir das crenças, valores, normas e das capacidades desenvolvidas por estes indivíduos, bem como pelas experiências vividas entre os mesmos através do tempo.

Desta forma, essa figura traz como base a dinâmica da relação do homem com a natureza física. Essa dinâmica ocorre através dos seus elementos sociais, gerados a partir da cultura desenvolvida pelos homens e pelos recursos que a natureza física apresenta. Desta relação emerge o contexto físico, representado pela natureza física transformada pela cultura dos homens. Toda esta dinâmica representa o "ambiente externo imediato" do homem e, mais especificamente neste estudo, Flórida-

nópolis, que também é parte de um outro ambiente, Santa Catarina, que por sua vez também é parte de um ambiente maior que é o Brasil.

Esse ambiente se inter-relaciona continuamente com outros ambientes, até aquele maior, o "**externo-mediato**", representado pelo mundo, pela humanidade e por todos os elementos da natureza física, caracterizada como "**universo**".

Toda essa dinâmica irá influenciar o processo de saúde e doença do homem. Dentro desta visão, o enfermeiro, para atuar com família, necessita compreendê-la em toda a sua abrangência, considerando o contexto físico e sócio-cultural que se relaciona com o ambiente do grupo familiar.

A família da adolescente grávida solteira é um micro ambiente que faz parte do "imediato". É representado pelo contexto físico, sócio-cultural e psíquico-espiritual, caracterizado com "**ambiente interno da família**". Incluem-se como elemento seu espaço físico (incluindo habitação, utensílios e outros recursos físicos; a dinâmica entre seus membros, seus sentimentos, suas crenças, valores, normas, práticas e recursos (incluindo o cuidado). Dentro deste contexto, a família se desenvolve a partir das "necessidades" e "recursos" de cada indivíduo e da família como unidade. Neste processo de crescimento e desenvolvimento ocorrerem situações de saúde e doença que necessitam do **cuidado popular e profissional**. A relação do enfermeiro com a família da adolescente se dá através do **cuidado**, partindo de suas características de enfermeiro, incluindo os recursos para **cuidar**.

5. CUIDANDO DAS FAMÍLIAS FUNDAMENTADA NO MARCO CONCEITUAL

Nesta parte do trabalho está descrito o desenvolvimento do objetivo número dois, através dos itens:

a) Seleção das Famílias. Constando a descrição de todo o processo desenvolvido para chegar às famílias.

b) Ambiente Externo e Interno das Famílias. Apresentando informações das características físicas e sócio-culturais do ambiente onde estão inseridas estas famílias e a descrição das características de seus membros e do ambiente físico, sócio-cultural e psicoespiritual.

c) Cuidar/cuidado. Apresentando a descrição de toda a metodologia do trabalho desenvolvido junto às famílias, representada pelas fases do **Processo de Enfermagem**.

5.1. Seleção das Famílias

Pretendia cuidar de quatro famílias que estivessem vivenciando o processo de gravidez da adolescente solteira de até dezenove anos de idade. Consegui iniciar o trabalho em cinco famílias, mas somente foi desenvolvido na íntegra em

três. Essas famílias foram denominadas Família 1, 2, 3, 4 e 5.

Os critérios que fundamentaram a seleção das famílias foram os seguintes: residentes em Florianópolis (ilha ou continente); tempo de gestação, considerando primeiro, segundo e terceiro trimestre e puerpério; gravidez que não tivesse sido provocada por estupro; estado civil solteira, quando da concepção; famílias de diferentes segmentos sociais, de forma a se observar diferenças significativas nos aspectos de: estabilidade de emprego, recursos físicos e financeiros para o atendimento de suas necessidades; demonstração pela família de interesse em participar do trabalho, que foi o mais importante dos critérios.

O levantamento das famílias foi feito junto às instituições de saúde, serviços de promoção social e escolas de 2º grau da cidade, através de contato direto junto aos responsáveis pelo atendimento às adolescentes grávidas, no período de março a junho de 1989.

Tendo em mãos as informações fornecidas pelos profissionais, era feita a primeira etapa da seleção, considerando aqueles casos que preenchiam o maior número de critérios estabelecidos. Após, as famílias eram visitadas para atender o principal critério: aceitação pelo trabalho.

Das cinco famílias, três foram selecionadas em serviços de saúde. Quanto às outras duas, uma foi por indicação de adolescente de uma dessas famílias e a outra por indicação da própria tia da adolescente, durante contato informal.

Todo esse processo de seleção era registrado conforme acontecia. Não havia previsto documentá-lo neste trabalho, mas

tornou-se tão peculiar que decidi fazê-lo nesta oportunidade. Apesar de compreender que somente a sua descrição poderia gerar um estudo próprio, considero que esta talvez não apenas co labore para a reflexão do leitor, no sentido da metodologia utilizada, mas também para subsidiar a revisão da literatura referente à caracterização da assistência que é prestada à gestante adolescente no País, pois a assistência à saúde em Santa Catarina, ou mais especificamente, em Florianópolis, está inserida no modelo nacional. Além disso, este relato dá uma idéia das significações, preocupações e expectativas dos profissionais envolvidos com adolescentes.

O primeiro contato para levantamento se deu no início de março de 1989, em um hospital geral, junto a uma das Enfermeiras da área de ginecologia e obstetrícia ambulatorial. A colega mostrou-se surpresa, referindo nunca ter ouvido falar deste tipo de trabalho em "tese de mestrado". Achou "interessante... bem mais prático que uma pesquisa". Falei do meu interesse em aplicá-lo futuramente em trabalho de extensão neste mesmo hospital. A colega ressaltou que já estava havendo interesse em formar uma equipe para trabalhar com adolescentes grávidas. Prontificando-se a me ajudar, prometeu anotar, a partir daquela data, nome, idade e número do prontuário das jovens que procurassem o serviço médico, pois não era comum haver consulta de enfermagem sistematizada à gestante, com exceção de alguns casos encaminhados pelo médico.

Durante o período, no qual aguardava a lista de clientes dessa instituição, fiz o segundo contato, agora junto à Enfermeira integrante do Programa de Assistência ao Adolescente a nível ambulatorial de um serviço de saúde federal. Disse-me: "Estava para te ligar!". Precisava de ajuda para montar o Pro-

grama de Enfermagem ao Adolescente junto à equipe multidisciplinar. A enfermeira reforça que não havia nenhum atendimento específico à gestante adolescente, sendo que eram atendidas no ambulatório de forma comum às demais gestantes. Propôs colher nome e endereço de jovens que chegassem até a médica com a qual estava fazendo um trabalho. Além disso informou-me que não havia nenhum registro dessas gestantes que eu pudesse consultar. Ficou de me passar as informações por telefone. Combinamos para o mês seguinte o início dos nossos trabalhos, primeiro junto à equipe multidisciplinar e, após, com a enfermagem. Nesta oportunidade já orientei bibliografia para aperfeiçoar os estudos sobre adolescência.

Nesta mesma semana fui ao terceiro local, um Centro Comunitário localizado na região continental da Capital. A pessoa que me atendeu é auxiliar de enfermagem, atuando na triagem das gestantes e no auxílio ao médico no momento da consulta. Durante a troca de idéias que tivemos sobre a realidade destas gestantes, a auxiliar de enfermagem declarou que as considera uma população necessitada de auxílio específico, pois "tem crescido o número de meninas grávidas que procuram o serviço médico deste centro". No cadastro das gestantes constam apenas nome, idade e endereço, e nenhuma outra informação que possa avaliar suas condições sociais, inclusive estado civil. A auxiliar de enfermagem ofereceu-se para conversar com as jovens quando estas procurassem o serviço, orientando-me a voltar ao Centro às terças-feiras à tarde, no curso de gestante que acontece neste serviço duas vezes ao ano, pois, segundo ela, há algumas jovens participando, apesar "de que são poucas que fazem o curso, pois a maioria não pode largar o emprego..."

Voltei ao primeiro local e falei com outra Enfermeira do

serviço, que também se prontificou a colaborar. Deram-me uma lista com nome e endereço de nove jovens. Combinamos que eu voltaria na próxima semana para buscar novos nomes e para consultar os prontuários no setor de documentação, já que neste dia era impossível, uma vez que o setor não estava atendendo por estarem em greve.

Voltei do Centro Comunitário conforme orientada. Fui encaminhada pela auxiliar de enfermagem até a sala onde o grupo de gestantes se encontrava. Havia aproximadamente quinze delas, entre jovens e mulheres de meia idade. Umas costuravam, outras cortavam tecidos, bordavam ou tricotavam roupas de criança. Fui apresentada, junto à porta, à responsável pelo grupo. Falei em tom baixo sobre o trabalho, disse que gostaria de conversar com as jovens para selecionar famílias que pudessem fazer parte do estudo, "de preferência solteira e pobre". Logo que acabei de falar a senhora virou para o grupo e em tom bem alto falou: "Silêncio! Quem é que é mãe solteira aí?" Algumas baixaram a cabeça em silêncio, outras responderam dizendo que achavam que não havia nenhuma. Somente então a senhora me apresentou ao grupo e às demais instrutoras. Tanto as alunas como as instrutoras pediram-me para dar "palestras" sobre "cuidados na gestação e com o recém-nascido". Expliquei-lhes sobre o excesso de compromissos que tinha com a docência e o curso. Insistiram, pedindo-me que fosse em outra oportunidade, para outros grupos. Acredito que se não fosse pela abordagem da instrutora teria conseguido conversar com o grupo e achar ali uma cliente para o estudo. O rótulo de "mãe solteira" ainda é depreciado e portanto quem pode esconder assim o faz, para não ser discriminado, e talvez até menosprezado.

Nesta semana a enfermeira do ambulatório do serviço público federal me ligou informando a dificuldade de me indicar as clientes.

Voltei ao hospital geral, ao serviço de documentação. Não me atenderam, continuavam em greve. Resolvi ir a outros locais, como escolas de segundo grau. Já se passavam 40 dias e não tinha nenhum caso, apesar de saber que o índice de jovens grávidas solteiras era alto, considerando as pesquisas existentes e os depoimentos de colegas que trabalham nas maternidades da cidade.

Fui à escola básica estadual onde participava já há três anos de um trabalho de educação junto aos adolescentes, na qual, inclusive, havia começado um trabalho com adolescentes grávidas. A orientadora educacional informou que há muito tempo não ocorriam casos de gravidez na escola.

No mesmo dia fui a outra escola, esta de classe média alta. A orientadora educacional informou-me que há alguns meses atrás um aluno de dezesseis anos procurou-a para queixar-se de que a "família queria obrigá-lo a casar com a moça que engravidou", mas no momento não sabia de nenhum caso. Questionou-me sobre a problemática da sexualidade e educação e referiu suas preocupações. Trocamos idéias sobre essas questões.

Resolvi então, eu mesma, levantar a população. Voltei ao ambulatório do serviço público federal, onde não há enfermeiro. O serviço é atendido pela recepcionista, que chama as clientes que aguardam na sala de espera e as conduz à sala do médico. Além dela, existem aproximadamente duas auxiliares de enfermagem para atender os consultórios quando o médico solicita. Conversei com uma destas funcionárias, que me fez o seguinte

te relato:

A mulher adolescente ou não, chega ao setor e aguarda na sala de espera para ser chamada para a consulta... Não existe entrevista e nem prontuário em nenhum momento antes de chegar no médico... Têm ocorrido muitos casos de adolescentes grávidas. Algumas chegam pedindo pra abortar... Não tem quem converse com essas garotas... é importante que se converse com elas, mas ninguém faz isso...

Orientou-me a vir à tarde, pois neste horário a demanda é maior.

Neste mesmo dia fui até o serviço de pré-natal do Estado. O serviço não dispõe de enfermeiro no seu quadro, segundo informação da técnica de enfermagem que me atendeu. (Esta é enfermeira, mas exerce a função de técnica de enfermagem.) Costuma auxiliar o médico no atendimento às gestantes, através da verificação de sinais vitais, de peso e de pedido de exames de rotina. Refere que gostaria muito de fazer um trabalho diferente, "mesmo não tendo essa obrigação", pois sente que a "população precisa de uma atenção mais individualizada, ao menos para alguns casos, pois todos não dá". Pediu minha ajuda para a elaboração de uma metodologia adequada ao serviço. Pronunciou-se a fazer o levantamento pra mim a partir dos casos que fossem surgindo, pois não há atendimento ou registro específico à adolescente. Combinamos às sextas-feiras, pela manhã, para trabalharmos a metodologia da consulta de enfermagem. Nesta oportunidade já orientei bibliografia básica para estudo inicial.

Não dava mais para esperar. Voltei ao primeiro local, o hospital geral. Fui diretamente ao serviço de documentação e implorei aos funcionários. Uma das moças que lá estava prontificou-se a me atender. Buscou os prontuários que constavam da

lista. Analisei-os. Apenas um caso preenchia os critérios. Algumas eram casadas, outras residiam fora de Florianópolis ou já haviam ganhado o nenê. Neste mesmo dia fui ver a primeira família, era a **Família 1**.

Essa família não faz parte do trabalho, pois desistiu de participar do trabalho às vésperas da terceira visita domiciliar. As reflexões que fiz sobre este fato colaboraram para aumentar minha compreensão da complexidade das relações familiares, vindo a refletir no aperfeiçoamento das estratégias de como perceber e conduzir melhor a intervenção do enfermeiro na família. Além disso, foi a partir dessa família que cheguei à **Família 2**, cujo trabalho foi o mais abrangente, uma vez que foi o único que englobou desde a gestação até o puerpério.

Voltei ao ambulatório do serviço público federal, à tarde, conforme orientação da funcionária do setor. Uma técnica e uma auxiliar de enfermagem me atenderam:

Sempre chega jovens grávidas, mas não se sabe a idade delas, pois elas chegam e aguardam para serem chamadas... as consultas são rápidas e não tem prontuário ou outra anotação qualquer, a gente anota que fez a consulta neste controle. ... o trabalho é importante, mas não tem... Uma dessas meninas, de 14 anos, ganhou nenê e é tão pobre!... O Dr. ... atende uma menina, por que não fala com ele?

Deixei um recado por escrito a este médico, solicitando que anotasse nome e endereço da menina no dia que viesse à consulta. Voltaria nas próximas semanas para o contato.

Neste dia permaneci, como nos demais, na sala de espera aguardando jovens. Encontrei duas, mas residiam fora de Florianópolis. Nesta oportunidade pude observar a dinâmica do "entra e sai" de clientes dos consultórios médicos. A média de permanência destas no interior dos consultórios era de dois

minutos. A consulta mais longa durou cinco minutos. Houve caso da cliente chegar e o médico já haver saído, pois a orientação é que a cliente esteja "no início do horário previsto, mesmo que o número de sua ficha seja o último".

Não voltei na outra semana e nem em outra qualquer, pois o serviço entrou em greve e demorou muito a retornar.

Neste interím estava com as Famílias 1 e 2. Foi por esses dias que falei com uma enfermeira do serviço de saúde municipal. Informou-me que o seu posto estava ainda iniciando o atendimento de enfermagem à gestante e que entre aquelas inscritas no serviço havia jovens. Convidou-me a ir até lá, mas não foi possível conhecer seu serviço.

No terceiro encontro que tive com a Enfermeira do serviço de saúde estadual para orientá-la, deu-me uma lista com quatro meninas, inclusive uma de quatorze anos. Fui procurar esta menina. Residia na região do continente. Havia ido embora de casa e fora residir com o namorado em outra região. As outras duas que selecionei não possuíam endereço correto.

Consegui a **Família 3** quando estava em um hospital geral fazendo levantamento de pessoas para trabalharem no Congresso de Enfermagem que iria se realizar na cidade. Neste hospital encontrei a tia (atendente de enfermagem) de uma adolescente que eu havia cuidado em sua residência há alguns meses atrás. Perguntou-me se ainda trabalhava com meninas grávidas e convidou-me a ir a sua casa, pois "a outra sobrinha, a Mari, estava grávida", e reforçou:

Acho que até é melhor porque ela é mais nova que a Mara. A Mari ainda falou em ti esta semana. Perguntou se eu não tinha te visto mais. Ainda ontem ela tava lendo aquele livro que deste pra Mara ler quando tava grávida...

Iniciei o trabalho nesta família, porém tivemos que interromper devido às freqüentes viagens que a moça fazia para a casa da mãe do seu namorado.

Foi neste momento que decidi ir em busca de um caso no local em que eu tinha certeza que iria encontrar com facilidade: a maternidade. Além disso, estava querendo cuidar de uma família onde já houvesse uma dinâmica diferente, o que esperava encontrar nas famílias com RN.

Na maternidade fui recebida por uma enfermeira, colega de mestrado. Informou-me que casos de meninas grávidas "sempre tem", mas que não poderia selecionar nenhum caso neste dia, uma vez que a chefe de Enfermagem não estava para apreciar meu pedido. Paralelamente, disse-me:

Chegasse na hora certa... A (Enfermeira) que está no pré-natal pretende, juntamente com a Drª ..., montar consulta pra adolescente grávida... eu me lembrei te ti e te indiquei pra ela... dá uma esperadinha que vou chamá-la.

Aguardei a colega. Conversamos, discutimos sua proposta. Queria mostrar-me os instrumentos que usaria na consulta, o que aconteceu no dia seguinte, quando também fiz contato com a chefe de Enfermagem, que imediatamente me apresentou a uma das adolescentes puérperas. A garota demonstrou interesse em participar do trabalho e deu-me seu endereço. Era a **Família 4**.

Na semana seguinte, a Enfermeira do serviço de saúde do Estado ligou-me, indicando uma adolescente que, segundo ela, parece ser um caso interessante". Fui até a casa da garota. Tornou-se a **Família 5**, a última da seleção.

Suponho que as dificuldades que vivenciei na busca de famílias para o trabalho têm muito de sua justificativa na inexistência de serviços de saúde ao adolescente, associada à

precariedade dos nossos serviços de documentação e até de cadastramento dos casos atendidos nesses serviços, sem falar daqueles locais onde inexistente qualquer tipo de registro, a não ser aqueles que proporcionam os dados estatísticos dos atendimentos prestados pelos serviços públicos. Outra suposição que faço é de que, se houvesse consulta de enfermagem no pré-natal desses serviços, talvez tivéssemos mais condições de selecionarmos os casos de adolescentes grávidas, até porque espero que, se existissem, os registros fossem diferentes daqueles que encontrei nos prontuários que consultei. Penso assim porque acredito que o enfermeiro possa ter uma forma diferente daquela do médico de abordar o cliente. Sendo assim, poderíamos, a partir de seus registros, conhecer não só os aspectos biológicos e patológicos do cliente, mas também suas características sócio-culturais. Finalmente acredito que tudo teria sido bem mais simples se houvesse trabalho que envolvesse a família dos clientes. Um outro fator, de caráter externo, foi, sem dúvida, o clima de greve que havia se instalado nos serviços públicos naquela época.

Quanto aos critérios da seleção, apenas o segundo deles (tempo de gestação) não foi seguido, isto em função da própria dificuldade para o levantamento dos casos e também porque o prazo que havia me dado para iniciar o trabalho já estava expirando. Sendo assim, aceitei as famílias independente deste critério e, por coincidência, estas famílias preenchiam os demais critérios também:

Confesso que ao saber do nascimento da criança desisti de ficar com esta família para o trabalho. Resolvi entrar, olhar a criança e levantar necessidades com os quais pudesse colaborar no momento e explicaria à moça que meu trabalho estava prevendo também o período de gestação. Mas durante a

dinâmica das nossas relações, diante do que se apresentava logo de início, resolvi ficar com esta família, pois senti que a mesma representava muito bem a problemática da adolescente grávida brasileira. Este foi o maior motivo da decisão (Notas do Enfermeiro, Família 5).

Com relação ao tempo gasto com esta etapa do trabalho, talvez tivesse sido menor se eu não estivesse, paralelamente a essa atividade, desenvolvendo minhas atividades de docente.

5.2. Ambiente Externo e Interno das Famílias

Ambiente Externo

Este item apresenta o contexto físico, histórico e sócio-cultural externo imediato onde residem as Famílias do trabalho. Tem como objetivo **situar** essas famílias neste contexto e facilitar a compreensão do seu "**Ambiente Interno**" e demais aspectos que envolvem estas famílias (a descrição destes consta nos demais itens do trabalho).

As Famílias do Estudo residem na Cidade de Florianópolis, capital do Estado de Santa Catarina. Este Estado está localizado na região Sul do Brasil, entre Paraná e Rio Grande do Sul. Possui cerca de 4 milhões de habitantes, distribuídos em aproximadamente 200 municípios.

A origem desse contingente humano é dos mais heterogêneos, coexistindo os mais diversificados costumes, dialetos e atividades econômicas. As bases dessas atividades econômicas estão contidas na compreensão da história da formação da sociedade catarinense.

Os germânicos e os italianos, juntamente com as demais etnias, deram origem ao que hoje podemos chamar de identidade catarinense, que nada mais é do que a mescla, a reunião de todas as etnias com suas peculiares culturas e que por conseguinte formam a cultura catarinense (PRUDÊNCIO, 1984, p.13).

Mas foram os açorianos os protagonistas de uma página ímpar na questão do povoamento do Sul do Brasil. Florianópolis, capital do Estado, foi uma das três cidades do litoral que receberam grande contingente de portugueses dos Arquipélagos dos Açores e Madeira. Vieram para auxiliar na garantia da permanente posse da terra pelos portugueses (ESTADO, 1985).

Esta cidade, que já foi chamada pelos índios de "Meiembipe", foi chamada de "Lagoa dos Patos" e "Ilha de Santa Catarina" por navegadores que aqui chegavam. Os colonizadores, por volta de 1714, denominaram-na "Nossa Senhora do Desterro". Hoje a cidade é denominada Florianópolis (apesar de muitos descontentes que a compreendem "Desterro") em homenagem ao Marechal Floriano Peixoto que, durante a Revolução Federalista, fez da cidade a capital da República (PAULI, 1973; ESTADO, 1985).

Florianópolis, ou a Ilha de Santa Catarina, como costuma ser chamada, tem aproximadamente 450 km², sendo composta por uma paisagem rica e variada, como formações rochosas e "dunas de areia tão brancas que ofuscam os olhos" (ERDMANN, 1981, p.19). "A natureza é sem dúvida o maior capital de que dispõe a Ilha de Santa Catarina. As praias com seus recortes, reunindo o contraste de azul do mar com o verde da sua vegetação, onde montanhas formam costas belíssimas. O folclore com características açorianas, prédios históricos, como o mercado público com o artesanato da ilha" (CITUR, 1987).

A cidade possui atualmente uma população fixa de aproximadamente 230 mil habitantes, compreendida na região da ilha e do continente.

Praticamente a cidade não possui indústrias, com exce-

ção da pesqueira e da construção civil. É basicamente uma capital de caráter administrativo, concentrando grande número de estudantes secundaristas e universitários. Assim é que, ao lado de uma pequena indústria turística, é simplesmente um centro de funcionalismo público (ERDMANN, 1981).

"O ilhéu em si, de descendência açoriana, é moreno, estatura mediana e baixa, magro, loquaz e de predominância oficialmente católica" (ERDMANN, 1981:20). Na sua alimentação é comum haver peixe e outros frutos do mar acompanhado por farinha de mandioca.

Juntamente com os açorianos, Florianópolis conta com a presença de uma população considerável de negros e seus descendentes e cruzamentos. A mão-de-obra do negro, como escravo, só se fez realmente presente na Ilha a partir da metade do século XVIII, sendo que até então cabia ao elemento indígena este papel. Inicialmente o negro foi utilizado no desbravamento da ilha e na sua defesa (ERDMANN, 1981). Hoje "como em todo o Brasil, essa minoria se depara com preconceitos de toda a ordem: a ascensão social lhes é dificultada e a sua aceitação e integração na sociedade é barrada pelas formas mais sutis de discriminação social, embora veementemente negada, pois a constituição brasileira proíbe que ela seja praticada" (ERDMANN, 1981, p.26).

"Apesar da proximidade geográfica das antigas colônias à Ilha, esta recebeu número insignificante de alemães e italianos, e pode-se considerá-la uma cidade luso-brasileira" (ERDMANN, 1981, p.29).

Mas a população de Florianópolis se mesclou consideravelmente na década de 80 através do grande número de turistas

presentes na ilha, oriundos do Rio Grande do Sul, de São Paulo e da Argentina, somado a grande migração de elementos do Oeste do Estado, principalmente da Cidade de Lages, que buscam na capital melhores condições de vida.

Este fenômeno tem exercido influência no "contexto sócio-cultural" da cidade e mais especificamente nos traços culturais, na economia e na paisagem urbana. Os turistas intercambiam práticas e até moedas. Aumentam o movimento do comércio, o que tem ocasionado também o aumento dos preços dos produtos aos seus moradores, elevando o custo de vida na capital, principalmente no que se refere ao preço dos aluguéis. É comum ouvir-se dos seus habitantes: "Tá difícil de morar em Florianópolis depois que os turistas invadiram a cidade". Além disso, quase já não se encontra açoriano (ou nativo), morando nas redondezas das praias, pois a oferta para compra de seus imóveis é tentadora. Paralelamente a esse perfil, forma-se aquele originado pela presença dos migrantes do próprio Estado. Chegam para mão-de-obra civil e indústria do turismo e, como o custo de vida não cobre suas conquistas de empregos e salários acabam vivendo de forma a se caracterizar como marginalizados, aglomerando-se em conjuntos residenciais nos morros da capital ou, mais recentemente, às margens de estradas, no continente, que dão acesso rápido à ilha.

Mas a compreensão da totalidade do "ambiente" de Florianópolis está contida na própria compreensão da história do País e na atual situação social em que vive o homem brasileiro.

O Brasil está passando por um momento muito difícil da sua história, podendo ser caracterizado como "momento de crise". Os problemas advindos dos estados de pobreza da população

se agravaram, o número de pobres aumentou e a classe média queixa-se de que seu poder aquisitivo diminuiu.

Os dados do IBGE acerca da distribuição de renda na população confirmam o dramático grau de desigualdade existente no País. Esse fenômeno está representado nos grandes problemas sociais hoje existentes, onde 60% da população se situa em nível comparável ao das mais pobres sociedades afro-asiáticas e onde 4,7 milhões de famílias encontram-se em "situações angustiantes" (JAGUARIBE, 1989, p.76).

As condições de vida, principalmente nas famílias numerosas e naquelas no início de seu ciclo, têm transparecido através das suas condições de saúde. Nestas famílias, morre-se muito por fatores carenciais e por doenças infecto-contagiosas, principalmente. No Brasil coexistem as doenças da pobreza com as "doenças de opulência", "Começa a aumentar o número de mortes por doenças no aparelho circulatório e por câncer" (JAGUARIBE, 1989, p.238).

Mas, paralelamente a esta situação, o Brasil está passando por um momento decisivo de transição na sua história. Há otimismo na população de que o momento político em que vive o País possa repercutir na mudança deste quadro da nossa história.

JAGUARIBE (1989), ao final de seu estudo, conclui que

O Brasil é um dos países dotados de maior viabilidade, no concerto das nações, ... a cultura brasileira, ao mesmo tempo pragmática e impregnada de valores humanísticos, favorece o desenvolvimento de uma sociedade aberta, pluralista, multirracial, democrática, eficiente e solidária (p.301).

Foi dentro deste momento que desenvolvi o estudo nas famílias 2, 4 e 5.

Ambiente Interno

Este item apresenta de forma sucinta o contexto físico, sócio-cultural e psicoespiritual das Famílias que cuidei. É uma descrição sucinta em relação a grande quantidade de dados que resultou do trabalho. Tem como objetivo apresentar as famílias de forma a **colaborar na compreensão da prática dos cuidados às famílias e do próprio "Marco", além de ilustrar a "Revisão da Literatura"**.

A descrição foi baseada nos conceitos de "Família", "Adolescente Grávida Solteira", "Recém-Nascido" e "Família da Adolescente Grávida Solteira". Foram utilizados como guias instrumentais os itens do "Prontuário da Família", Anexo 1. O Instrumento "Subsídio para o preenchimento do Prontuário da Família", Anexo 2, pode colaborar na compreensão da simbologia dos genogramas ou outros elementos, se houver necessidade.

Esta forma de apresentação de dados denomino de "Descrição de atores, cenas e cenários a partir de conceitos".

Família 2

Quando entrei nesta família a adolescente estava iniciando o 6º mês de gestação. Ao sair seu recém-nascido já estava completando 1 mês de vida. Foram 11 visitas e 3 contatos telefônicos.

Esta família vive numa casa em um bairro residencial de classe média alta, localizado no interior da ilha. A casa é ampla. Ocupa um terreno plano de esquina, é de alvenaria, estilo moderno, com janelas e muros gradeados. Há jardim, na frente e na lateral direita da casa, com árvores, folhagens e gramíneas. Além da garagem a casa tem oito peças, todas amplas, decoradas com móveis, tapetes, cortinas, folhagens e quadros har

moniosamente colocados pelos ambientes. Possuem três aparelhos de TV a cores, um vídeo-cassete, dois rádios, geladeira, freezer, fogão, máquina de lavar e secar roupa, máquina de lavar louça e forno elétrico, além de outros eletrodomésticos de cozinha. Há ainda três aparelhos de telefone, distribuídos na sala, cozinha e quarto do casal.

A casa é própria e já residem nela "há muitos anos". Tanto o terreno como o interior da casa apresentavam-se sempre cuidados em todas as oportunidades em que lá estive. O cuidado da casa é feito pela dona da casa e pela empregada.

Os serviços de água e esgoto são procedentes da rede municipal. O lixo é recolhido diariamente pelo serviço da prefeitura. Os meios de transporte utilizados pela família são seus dois automóveis e o ônibus, através de três linhas que trafegam a uma quadra da residência.

O bairro onde residem possui vários recursos como: supermercado, farmácia, padaria, escolas de 1ª e 2ª graus, creches (particular e estadual), cinema, teatro, bares, açougues, mercearias, clínicas odontológicas, posto de gasolina, banca de revista e vários tipos de lojas de roupas, calçados e armários. Acerca de alguns quarteirões da casa há dois hospitais (geral e infantil), clínica médica e odontológica, curso de línguas estrangeiras e a Universidade Federal, além da duplicação daqueles recursos já citados anteriormente.

Residem na casa constantemente o casal (Marina e Plínio), a adolescente (Ana), dois filhos jovens (Pedro e Saulo), um recém-nascido (Nina) e um cachorro que dizem ser de "estimação". A avó materna dos jovens está junto da família em todos os finais de semana e, esporadicamente, a avó paterna. A emprega-

da trabalha da manhã à noite de 2ª a 6ª feira. Consideram como "família" apenas o núcleo familiar e a avó materna, pois estes "participam, dão opiniões, são mais chegados...", "... Ajudam". O genograma a seguir representa a constituição desta Família:

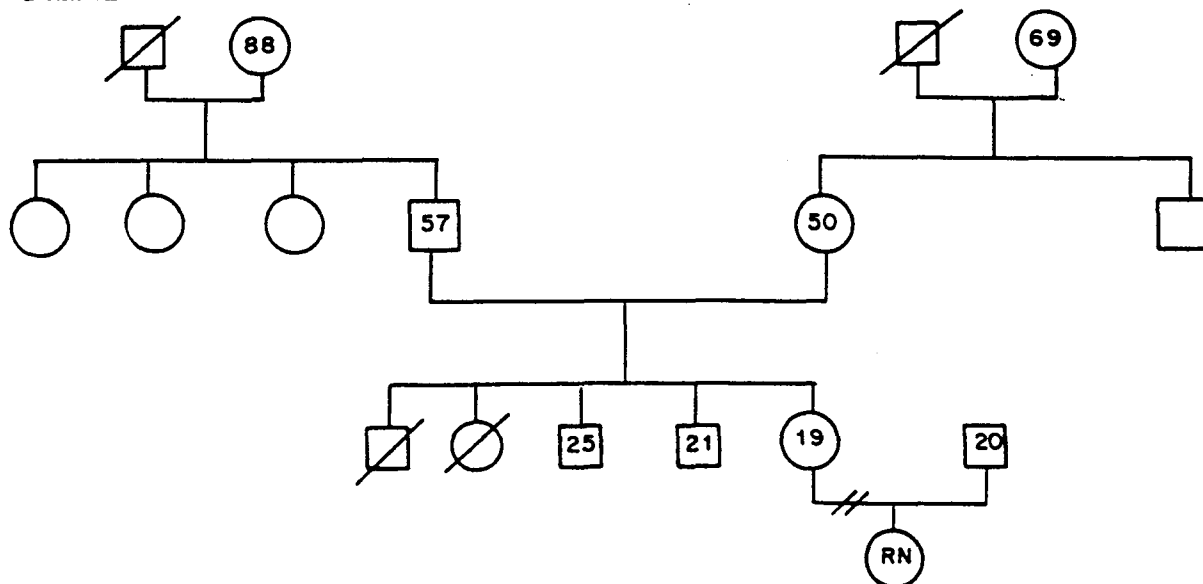


FIGURA 2 - GENOGRAMA DA FAMILIA 2

Quando da expectativa de mais um membro na família já planejavam os arranjos que possibilitariam acomodar melhor a família

O pai vai construir um quarto pro Saulo e o Pedro lá em cima e o nenê usa o deles mais tarde. Agora por enquanto ele fica comigo, é melhor. Só assim eu não preciso me preocupar, quando acordar à noite posso cuidar dele lá mesmo... Eu vou ficar trinta dias em casa. Depois eu volto pra estudar. A mãe e a empregada cuidam dele quando eu sair.

A renda familiar é proveniente dos salários do casal e dos dois filhos homens. O casal, que trabalhava em instituições públicas, hoje está aposentado e não exerce nenhuma atividade profissional. Ele é administrador e ela professora do 2º grau. O filho mais velho é desenhista de uma empresa e o outro, bancário. Ambos têm o 2º grau e preparam-se para o vestibulo

lar. A filha, a mãe adolescente, está cursando o 3º ano do 2º grau e preparando-se também para o vestibular.

O valor pelo estudo dos filhos foi em vários momentos observado, principalmente em relação à adolescente, como se observa nas passagens citadas a seguir:

A mãe não se conformou, ela queria que eu primeiro fizesse a faculdade... (Adolescente).

É difícil. Mas se a gente quer ter alguma coisa é assim... Um canudo ajuda muito (mãe da garota, a propósito da filha estar fazendo 15 disciplinas).

Ela poderia ter feito a faculdade, depois cursos fora do Brasil... (mãe da adolescente).

Além de estudar de manhã e à tarde, na escola e no curso, a adolescente costumava estudar também em casa à noite, pois pretendia passar no vestibular para Biologia já no início de 1990.

A mãe achou estranho que eu fiquei das sete e meia (da noite) às nove horas estudando ontem sentada no chão, encostada na cama e com as pernas cruzadas. Mas foi bom. Na escola ainda dói muito (dor lombar).

Os recursos financeiros de que a família dispunha pareciam ser suficientes para atender suas necessidades. Somente em dois momentos houve queixas com relação a esse tópico. Foi no dia em que compraram enorme quantidade de objetos para a criança que iria nascer e no dia em que marcaram consulta com médico para um dos "rapazes":

Tu já viu os preços das coisas? Não imaginas o que gastamos hoje! Isso aqui eu vi na semana passada por setenta cruzados (novos) e hoje comprei por noventa... Não dá pra deixar pra comprar no outro dia que já tá mais caro!
Já se viu uma consulta 80 cruzados? Que é isso?
Onde é que nós vamos parar?

A base étnica da família é a açoriana. Dizem ter morado em Florianópolis "a vida inteira". Praticam a religião católica.

ca.

A constituição física dos membros da família aparenta peso e altura adequados. São de estatura alta, tez clara, cabelos e olhos castanhos escuros.

Nina, a criança da adolescente tem, pele clara, cabelos bastos e escuros. Apresentou ao nascer APGAR, peso, estatura, perímetros cefálico e torácico dentro dos parâmetros normais conforme literatura brasileira.

Demonstram ter higiene e cuidados com aparência pessoal. Usam roupas e sapatos de boa qualidade, variando do estilo esporte ao clássico. Costumam tomar banho no início da noite. Várias vezes ainda havia um e outro tomando banho quando chegava para visitá-los às 19h30min. Durante o puerpério não aprovam a lavagem da cabeça

Lavei a cabeça sem a vô saber, sequei antes dela chegar (mãe adolescente, 11ª visita).

A adolescente vestia-se com roupas comuns às jovens de sua idade, geralmente calças compridas, camiseta ou camisa comprido. Falava pouco. No início do trabalho até com certa dificuldade. Às vezes as palavras custavam a sair. Costumava balançar as pernas quando em situação desagradável. Com o tempo passou a demonstrar espontaneidade ao conversar e sorria com facilidade, expondo seus dentes alvos e aparentemente íntegros, como aparentavam ser os dentes dos demais membros da família. A garota demonstrava grande capacidade de compreensão, de fazer relações e associações com os conhecimentos que recebia.

Sua mãe costumava queixar-se de sua filha. Em vários momentos ficou transparente a dificuldade de comunicação que havia entre elas:

... Genio ruim aqui em casa é o da Ana. Ela é estúpida comigo, com o pai dela também. É muito malcriada. Sabe, Zuleica, ela não aceita nada do que se diz, a gente nunca tem razão.

Ela não conversa comigo o que fala contigo, ela fala mais pra ti do que pra mim...

... É, eu sou diferente dela e ela não gosta. Ela se sente mal comigo. Ela tá muito bem, eu chego, pronto! A Ana se cala, não ri mais, fica diferente. Uma vez eu fiquei observando ela num baile de carnaval. Ela ria, dançava bem solta! Quando ela me viu, se transformou, parou, murchou que só vendo pra acreditar! ... parece que ela engravidou pra me castigar, pra me fazer mal. Por que isso?

Com seu irmão mais velho (Plínio) a adolescente quase não se comunicava. Segundo ela, "a gente não se conversa. A gente só se vê pouco tempo e nós não conversamos".

Na concepção de sua mãe este seu filho "é tão bom! Tem gênio bom, mas nada dá certo... coitado, ele pensa em fazer coisas boas, certas, mas é tão inseguro que acaba não dando certo... É o filho com que mais eu me preocupo". "O Saulo (o outro filho) esse tem o gênio bom também".

Nas práticas alimentares da família percebia-se que havia variados tipos de alimentos como verduras, carnes, frutas (principalmente a laranja), bolos, café, refrigerante, leite e massas (pizza, marcarrão). Costumavam fazer 4 refeições diárias: café da manhã, almoço, lanche da tarde e janta (constituída de café, salgados, cuca e outros).

Costumavam me oferecer cafezinho ou refrigerante com acompanhamento em todas as visitas.

Durante a gestação, a adolescente alimentava-se como de costume, consumindo alguns alimentos até em quantidades maiores:

De manhã eu tomo leite. Faço lanche às dez horas

na escola, um sanduiche. Ao meio dia eu como o que tiver, menos verdura, não gosto, só de chuchu, adoro chuchu. Depois do almoço eu chupo laranja, um monte de laranja (rindo). À tarde eu não como nada, só chocolate às vezes. Gosto de chocolate. À noite eu janto: café, macarrão...

Esta prática, associada à diminuição de atividades (segundo ela, "estava muito parada. Aula de manhã e tarde"), estava resultando num elevado excesso de peso corporal.

A prática da amamentação pôde ser percebida mesmo antes da criança ter nascido, o que foi confirmado após o parto:

A mãe amamentou nós e ainda amamentou dois primos (adolescente, 4ª visita).

Leite só do peito! Mais nada no começo. A farinha só engorda (Mãe da adolescente, 8ª visita).

Que pecado! Botando leite fora. Tanta criança precisando. A Maternidade disse que vem buscar amanhã cedo (mãe da adolescente a propósito de sua filha ter que retirar excesso do leite).

No puerpério, costumam restringir certos alimentos que consideram contra-indicados:

A gente fica pensando na criança, se o que a Ana comer não vai ser mal pro leite (bisavô da criança).

A mãe e a avó da adolescente costumavam decidir que alimento oferecer.

Mãe: O suco de laranja lima não deve fazer mal ... convém não comer comida temperada...

Avó: ... um mingau, sopa... Ontem ela comeu sopa de galinha.

Outro tipo de interferência freqüente era com relação ao atendimento à criança à noite, quando esta chorava, nos primeiros dias após o nascimento

Já disse pra mãe! Desde ontem, ela não precisa mais vir me ajudar! Agora eu já posso me mexer sozinha (adolescente).

Quanto às práticas de lazer, eram diferenciadas entre seus membros. Os pais costumavam visitar amigos e parentes, principalmente as mães, que residiam no centro da cidade. Gostavam muito de jogar cartas com amigos e tinham dia marcado na semana para essa atividade. A mãe da adolescente costumava também reunir-se uma vez por mês com suas colegas de escola para um chá. Essas saídas eram tão freqüentes que foi difícil tirarmos um dia na semana para que eu pudesse fazer as visitas. As passagens abaixo exemplificam essa limitação:

A Ana lembrou que vinhas aqui. Meu marido demorou a buscar a gente, nós descemos para fazer uma visita... (contato telefônico após não tê-los encontrado em casa na 2ª visita).

Toda a vez que vens aqui em casa eu estou saindo ... (mãe da adolescente, 5ª visita).

O pai só fica doente quando não consegue descer (ir ao centro da cidade. Adolescente, 6ª visita).

Eu vou sair, mas podem ficar ã vontade... (mãe da adolescente).

Mãe a senhora não para em casa nunca! (adolescente, 6ª visita).

A lua muda no dia 1º ... Eu tenho lanche! Meu jogo! Tu não inventa de ganhar antes! (Mãe para adolescente, 6ª visita).

Os "rapazes", como costumavam chamar seus filhos homens, tinham atividades a parte. O mais jovem costumava ir todas as noites visitar a namorada. O mais velho, às vezes ficava com os amigos após o trabalho, mas normalmente estava em casa nos horários de folga. "Prefere ambientes calmos", segundo sua mãe.

A mãe adolescente costumava acompanhar os pais nos passeios noturnos e aos finais de semana, mas segundo ela antes da gestação não era assim:

Nós saímos bastante de casa... Agora eu saio mais

com meus pais, antes era com os amigos...

A adolescente e seus pais gostam de baile. Costumam frequentar o clube do qual são sócios (um dos mais conceituados da cidade) e durante as férias de verão, acampam na sede que este clube tem junto à praia.

Em casa, o lazer é através da TV. Em todos os momentos que lá estive, com exceção de um dia à tarde, a TV estava ligada. Costumam ver novela e reportagens, principalmente o pai e o filho mais velho. Num dos últimos momentos em que estive com a família, o pai e o filho mais novo estavam muito excitados preparando-se para gravar da TV o filme "Elvis and me".

Durante o último mês de gestação a família demonstrava preocupação porque a adolescente dizia que após o nascimento da criança não iria mais sair de casa para passear. "Parece que vai morrer pra vida", dizia sua mãe. Interessante que houve muitas discussões com a adolescente após a criança ter nascido porque ela queria visitar suas amigas levando a criança:

Eu não agüento mais ficar em casa, elas não me deixam sair... (adolescente)

Só depois de um mês! (avó da adolescente).

O relacionamento familiar, além dos aspectos já relatados, também foi observado na sua dinâmica, no sentido de se ter um diagnóstico interacional da família que após validado com alguns de seus membros pôde ser representado como consta no genograma a seguir.

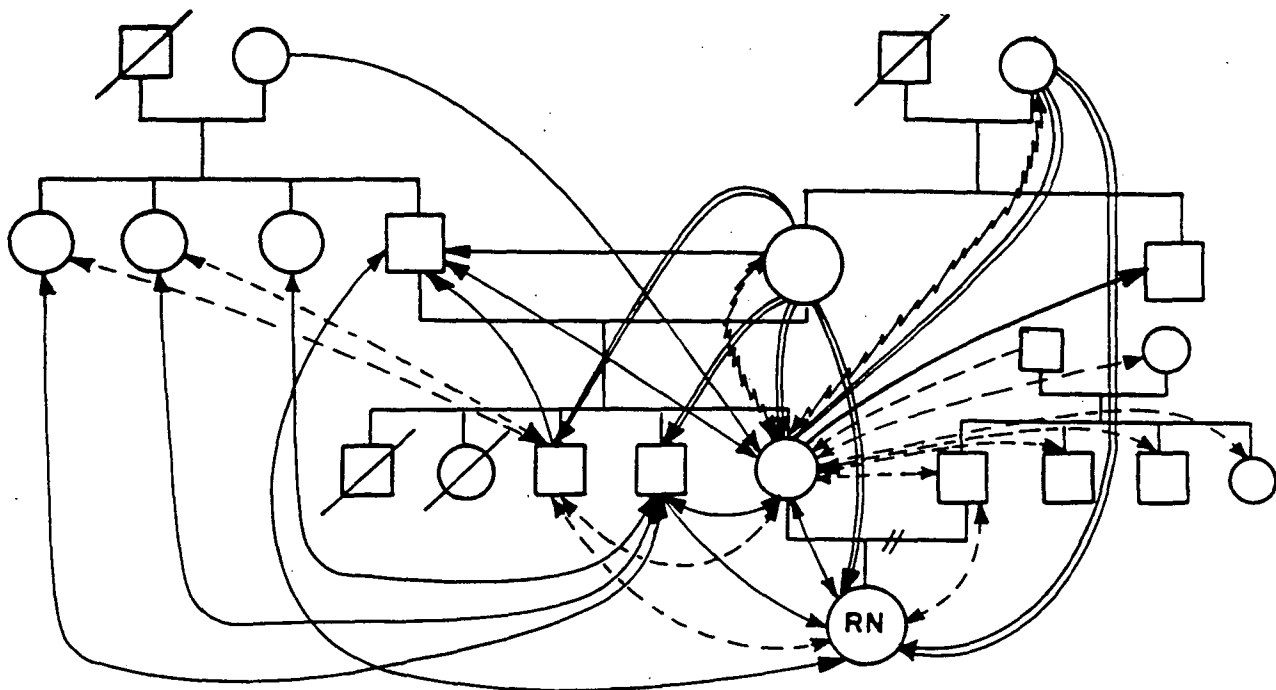


FIGURA 3 – GENOGRAMA INTERACIONAL DA FAMÍLIA 2

Legenda:

- = aproximação
- = distanciamento
- ===== = superaproximação
- ~~~~~ = conflito

Como este genograma tem também o objetivo de traçar o diagnóstico dos recursos afetivos e possíveis necessidades psicossociais, ampliei para parentes que referiram interagir com mais frequência e também para aqueles que têm significância mas que não interagem, como ocorre com a família do pai da criança.

A família costuma receber visitas de vizinhos da rua onde mora. Durante a gestação já ganhavam presentes para o enxoval do bebê. Após o nascimento, os presentes se multiplicaram a tal ponto que se concluiu que daria "para abrir uma loja ... só de tiptop ganhou mais de vinte".

Os recursos médicos que a família utiliza são da linha tradicional, totalmente particulares ou por convênios ligados à instituição com a qual têm vínculo empregatício. O pré-natal

da garota, o parto por cesareana, as consultas no puerpério, com ginecologista e pediatra, foram todos particulares. Costumam consultar o médico conforme necessidade, mas em dois momentos pôde-se observar que nem sempre seguem aquilo que lhes é recomendado:

A médica disse que preciso fazer dieta... mas não estou me cuidando (mãe adolescente, 3ª visita).

... o médico me deu uma dieta, mas eu não consigo fazer, é muito difícil (pai da adolescente, 10ª visita).

Na única oportunidade em que se utilizaram de recursos públicos a impressão que tiveram não foi a melhor

Nunca mais! Só se for obrigatório! Aquele dia (sábado) que tu disseste pra ver a pressão, nós fomos na farmácia, a farmácia não via a pressão. Fomos então no (hospital próximo). A moça lá só faltou bater no pai. Xingou o pai: "Onde já se viu ir no hospital pra ver a pressão!" o pai explicou, mas não adiantou!...

Concebem a "saúde", "o estar doente", de forma muito semelhante, relacionando este evento a fenômenos físicos e prática de atividades

... fraca. A pessoa fica frágil. Não tem vontade pra nada na vida (adolescente).

Eu só me sinto doente quando estou atacada do fígado. Dói a cabeça, me dá um mal-estar, neste dia nada tá bom pra mim, me estraga. Geralmente eu me sinto com saúde. É. É só o fígado que me estraga! (Mãe da adolescente).

A Ana nunca fica doente. Às vezes gripa, fica de sanimada. Os rapazes não tem problema nunca, só o Saulo que tem enxaqueca. Seguido está se queixando de dor de cabeça. O Plínio (pai da adolescente), este nunca se queixa! É impressionante, tá sempre disposto, não para nunca, sempre, inventa atividade. Sai muito de casa. Nunca de queixa mesmo, tá sempre disposto! (Mãe da adolescente).

O comportamento da mãe da adolescente, com o decorrer do

tempo, tornou-se diferenciado. A partir do último mês de gestação de sua filha demonstrava muita tristeza, preocupação, desânimo. Isto se refletia na sua aparência, pois não se apresentava mais tão bem quanto antes. O fato também se refletia na arrumação da casa, pois já não era tão perfeita como nas outras oportunidades. Ao validar com ela esta observação, desabafou:

Não consigo relaxar. À noite eu fecho os olhos e a cabeça parece que vai explodir de tanta coisa. Eu me sinto mal, eu não durmo!

... mas não é só por causa dela (filha). É tudo. É muita coisa. O meu rapaz mais novo sempre com dor de cabeça. Hoje ele fez tomografia. Agora tá na cama. Acho que já dormiu. A batida do carro ... Ficou toda essa semana na oficina... Isso tudo me deixa assim. Eu não consigo nem pensar diretamente. E essa rapariga... a questão do registro da criança, eu me preocupo muito, sabe?

Na maternidade observei que seu comportamento tornou-se ainda mais diferenciado e estranho. Parecia que não queria se envolver com a criança e ao mesmo tempo demonstrava preocupação com sua saúde. Foi tão estranho que, frente à prática de amamentar a criança parecia que esta corria risco de vida:

A moça (auxiliar de enfermagem) disse para amamentar só depois de 12 horas do parto.

Ao chegar em casa refleti:

Confesso que o temor da mãe da adolescente quanto à criança ser amamentada me surpreendeu. Foi tão forte que me deixou insegura. Tive que refletir nas possíveis complicações que poderiam ocorrer com a amamentação. Isto é ridículo, face a minha experiência na área (Notas do Enfermeiro).

Fui compreender este e outros comportamentos, inclusive em relação aos seus três filhos, na visita seguinte à sua casa. Foi durante uma sessão de relaxamento que ela própria pediu que fizesse:

Sabe Zuleica... Posso abrir os olhos? Vou te falar uma coisa que ninguém sabe. Eu não contei pra ninguém (recostou-se nas almofadas). O que aconteceu com a Ana foi em novembro. O verão inteiro ela passou na praia acampando lá no Clube. Até time de futebol nós temos. E a Ana joga, e joga muito bem. A rapariga enfrenta cada bola! Tu vê, ela passou o verão todo grávida. Eu não sabia. Tu não imaginas o que ela levou de bolada no corpo, o que correu! Pois tu acredita que eu passei esse tempo todo sofrendo, achando que a criança tinha defeito. Eu olhava a Ana e enxergava a criança com problema. Eu não quis me prender a esta criança porque tinha medo de sofrer... Sábado eu quase morri de desespero. Ninguém sabe. Quando aquela moça entrou no quarto, foi direto à Nina (RN) e disse que ia dar a vacina. Eu não sei dizer pra ti o que senti, mas fiquei doida: a cena estava se repetindo. Com a menina que eu perdi foi assim, a cena foi idêntica: a moça entrou com a gotinha e disse: "vou dar a vacina". E no outro dia a menina morreu... Ela foi meu primeiro filho. O menino, aquele que te contei morreu com 1 ano e 2 meses de problema de rim, foi o segundo... "E a menina morreu com 4 dias porque tomou a BCG, gripada... Ai como eu sofri na maternidade! Vendo a Nina, eu via ela morta! Quando aqui em casa ela chora à noite eu pulo da cama e penso: Pronto, ela tá mal, vai morrer!"

A significação do evento gravidez nesta família de forma geral está contemplada no próprio capítulo da Revisão da Literatura sobre este tópico. Lá se encontra a caracterização deste fenômeno, desde o começo do sentir-se grávida até após o nascimento da criança. A seqüência de citações abaixo, associadas às anteriores, são exemplos que podem ilustrar a vivência desse evento na família 2:

Não, eu não fazia nada (mãe adolescente sobre o uso de anticoncepcional, 3ª visita).

Foi a primeira vez... Escondi da mãe até estar com 4 meses.

A mãe não aceitou. O pai ficou chateado, mas disse "Agora o que se pode fazer? Já tá feito". Ela não se conformou... Queria que eu casasse direitinho.

Ele não quis. Teve aqui três vezes falando com o pai mas não deu certo... (Adolescente, a propósito do namorado).

Tu achas que se deve deixar o pai registrar no nome dele? (Mãe da adolescente, 6ª visita).

Não consigo ainda aceitar. Parece um sonho. Eu ainda não acredito que isso tá acontecendo com a minha filha... (Mãe da adolescente, muita tristeza).

Eu tô preocupada mais ainda porque não sei se deixo ou não o pai registrar... Aquela minha amiga que é advogada acha que devo, afinal ele tá no exército... a criança tem direito aos privilégios que o pai tem (Mãe da adolescente, muito triste, 7ª visita).

Ela já disse que não quer que registre a criança no nome do pai. Eu ainda tô preocupada com isso (Mãe da adolescente, na maternidade).

Sabe o que estou pensando? Nós já decidimos: Não queremos que o rapaz registre a Nina. Tá decidido. (rindo, abraçando uma almofada). Já pensou ele vir aqui e levar a nossa moreninha?! Sô de pensar ele entrando e levando ela daqui... Nem pensar! (Mãe da adolescente, em casa, após 4 dias do nascimento da neta).

Até a adolescente completar o "resguardo" (40 dias) sua avó permaneceu residindo com a família e participando das decisões referentes aos cuidados com ela e com o recém-nascido.

Família 4

Trabalhei nesta família desde o primeiro dia de puerpério, na maternidade, até aproximadamente a criança completar dois meses, totalizando oito visitas.

Esta família reside num bairro localizado na ilha, próximo ao centro da cidade. Chegar à casa onde moram requer fazer um trajeto difícil, pois a rua é praticamente vertical. Se não nos segurarmos nas cercas e muros, principalmente nos dias de chuva, facilmente se escorrega. Talvez por isso o nome do local: "Morro do Céu". A visão lá de cima é deslumbrante, vê-se toda a baía norte e parte da baía sul.

O contraste no tipo das residências neste local é enorme, caracterizando-se em dois bairros distintos, com casebres a pouca distância de mansões de grande porte.

A casa onde reside a família está localizada no final da rua. É de madeira, sem pintura, não medindo mais que 18 m². O terreno é acidentado e úmido. Em dias de chuva é alagadiço, com pequenos córregos originários da parte mais alta do morro, atravessando o terreno. É um pequeno pedaço de terra ocupado praticamente por toda a casa, com exceção de um corredor lateral para circulação, onde há um tanque de lavar roupa. Há ainda outro pequeno espaço nos fundos, onde há um sanitário de madeira (fossa séptica) e uma peça pequenina de madeira, na qual pretendiam fazer a cozinha, no futuro.

A casa foi construída em cima de um grande buraco, tendo seus alicerces na borda deste. Além do lixo sempre presente no buraco embaixo da casa, freqüentemente havia lixo espalhado por todo o terreno. Em algumas oportunidades sentia odor de fezes ao entrar no terreno. Na frente da casa, na estrada há um grande varal de roupas, normalmente todo ocupado.

A vizinhança é composta de casinhas no mesmo estilo (pequenas e de madeira), umas próximas às outras, com ligação direta entre elas através de estreitos caminhos.

A casa tem 3 peças minúsculas: a cozinha, o quarto e a sala. As janelas não possuem vidros, fecham diretamente com tábuas. Há frestas enormes no assoalho, nas paredes externas e entre estas e o teto. Em dias de vento parece que se está na rua. No teto, que não é forrado, há teias de aranha, sujidades presas nos fios elétricos que o atravessam. Na cozinha há um fogão a gás e um a lenha, uma geladeira, uma mesa com 4 cadei

ras, uma pia e um pequeno armário, todos muito antigos e em mau estado de conservação. No quarto há um guarda-roupa de 3 portas, uma cama de casal e outra de solteiro, todos "colados" um no outro. Na parede há um espelho e uma pequena estante suspensa, aos pés da cama, em cima da qual está um aparelho de televisão preto e branco. Na sala há 2 pequenas poltronas e uma cadeira, todas antigas, cobertas por pedaços de panos soltos. Há ainda uma pequena mesinha ornamentada com um vaso cheio de flores de plástico. As paredes são decoradas com fotografias da família aliás, este era um valor constantemente referenciado por eles

Eu queria tirar fotografia do meu menino, mas a mãe disse que só no batizado... (adolescente)

O cuidado da casa é feito pela mãe da adolescente e por ela própria. Costumavam retirar os calçados ao entrarem em casa, com exceção da mãe da adolescente.

A casa é servida por água da rede municipal. Não há rede de esgoto e o lixo não é recolhido em função da dificuldade do caminhão chegar até o local, por isso costumam queimá-lo.

Próximo à casa, com exceção dos vizinhos, não há nenhum recurso. O telefone e o armazém mais próximos localizam-se a cerca de 4 quadras além. Descendo o morro, na avenida principal, há várias linhas de ônibus em direção ao centro da cidade e para outros bairros. Há farmácias, bares, restaurantes, lojas, padarias, imobiliárias e outros tantos recursos peculiares aos bairros de classe média. No bairro ao lado, bem próximo, há uma creche e escola de 1ª grau pertencentes ao município.

Gina, a adolescente, mora neste casa com sua "mãe" e

com Diogo, seu recém-nascido. Morgana, a "mãe" de Gina, viúva há 33 anos, na realidade é sua avó, pois sua verdadeira mãe a deu quando tinha três anos de idade para ser criada por Morgana. Moram também na casa uma "irmã" (Maria Eunice, filha de sua mãe adotiva) e o filho desta, Jaime. Após 40 dias da criança ter nascido, veio morar com a família o namorado da mãe adolescente.

A adolescente considera como família apenas estes elementos, mas sua mãe extrapola o conceito para seus outros 9 filhos que residem espalhados pela grande Florianópolis. Há realmente um relacionamento contínuo entre ela e seus filhos, transparente no intercâmbio de práticas e de auxílios financeiros, este último da mãe para os filhos. O genograma a seguir representa esta família, aparecendo a idade apenas nos símbolos dos membros com os quais trabalhei.

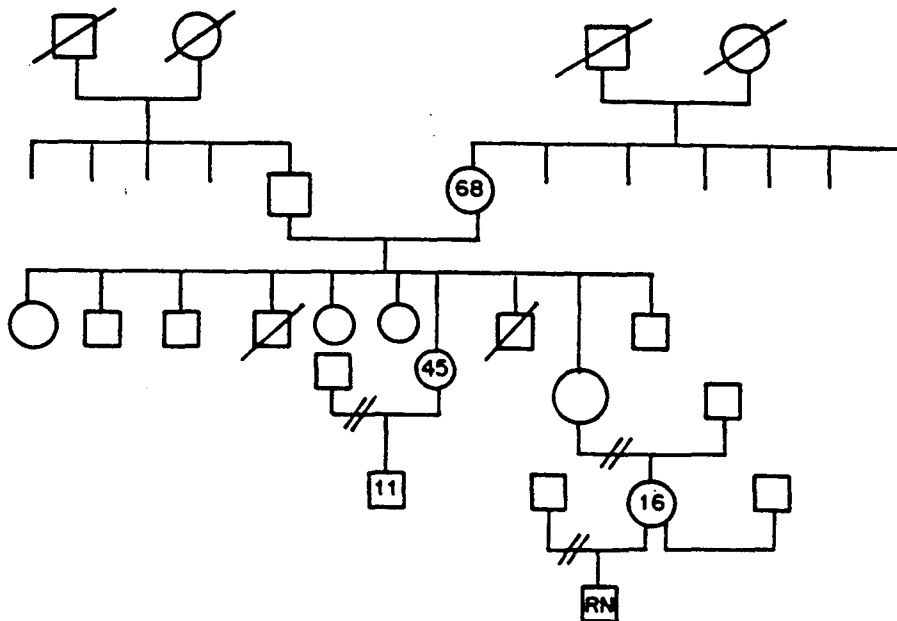


FIGURA 4 - GENOGRAMA DA FAMÍLIA 4

A família sempre residiu em Florianópolis e tem sua base étnica nos escravos vindos da África. Com exceção da adolescente, que é obesa, aparentam peso e estatura condizentes. São de estatura média, tez preta, olhos e cabelos escuros, característicos desta etnia.

A adolescente tinha expectativas de que o cabelo de seu filho não viesse a ser crespo. Praticamente em todas as visitas isso era demonstrado, como nos exemplos a seguir:

Ele é tão bonitinho, não tem cabelo assim de preto, é bem lisinho... (maternidade)

Olha Cláudia o cabelo do meu menino, bem lisinho! (mostrando para vizinha, 3ª visita).

Outra expectativa da adolescente era com sua própria aparência. No primeiro momento em que a via realmente me surpreendi, parecia ter 30 anos e não 16. A idéia que ela própria fazia da sua imagem pode ser percebida nos exemplos abaixo:

Sou tão bonita como o cu de uma cabrita. Mas eu vou emagrecer...

Ui, que nada! Tô muito gorda!

É uma jovem alegre, sorridente, olhar brilhante, muito falante. Apresenta dificuldade de fazer raciocínios simples, como este:

Ele nasceu que dia mesmo?
... então ele faz mês quando?
Viu mãe! Ele vai fazer mês no dia 26 de julho!

A garota tem dentes alvos e aparentemente perfeitos. Veste-se de forma diferente dos demais membros da família. Costuma usar roupas modernas, mas de confecção simples. Os demais usam roupas que aparentam já serem muito usadas. Sua mãe costuma usar um lenço amarrado na cabeça, saia e blusa de tecido leve. Calça chinelos sem meias, mesmo nos dias mais frios. Seu

andar é lento. É muito sorridente, delicada nos gestos e no fa
lar.

Maria Eunice é calada, nem sempre responde quando esti-
mulada. Costuma permanecer longo tempo sentada ou em pé sem
movimentar-se. Ao final da terceira visita fiquei com a seguin
te representação da sua irmã (tia):

Maria Eunice se parece com aqueles clientes de
sanatórios de doença mental. Ali parada, olhar
fixo, sem significado, pedindo cigarro em voz bem
baixinha (Notas do enfermeiro).

Jaime, filho de Maria Eunice, era o seu oposto olhar vi-
vo, alerta, movimentava-se livremente pelo ambiente. É um ga-
roto de estatura alta para a sua idade. Costuma não usar cal-
çados, a não ser para sair de casa. Estuda à tarde em escola
pública.

Aqui em casa ele é que sabe lê. Ninguém sabe lê,
só ele. Se vira sozinho nas coisas da escola.

O recém-nascido é "miudinho". Nasceu com característi-
cas de PIG (pequeno para a idade gestacional). É moreninho,
cabelos negros e lisos (até dois meses ainda era assim). Per-
maneceu com pele ictérica até aproximadamente 20 dias após o
nascimento.

Ele tá amarelinho ainda, né? Eu tive também um
filho com tiriça, mas eu já botava roupa amare-
linha pra passá logo (mãe da adolescente, 2ª vi-
sita).

Ao exame físico, com exceção do pouco peso, não apresen-
tava sinal de anormalidade.

A renda familiar é proveniente da aposentadoria da mãe
da adolescente e do seu pai. No período em que iniciamos o
trabalho não chegava ao valor de um salário mínimo cada, mas
com a nova Lei da Previdência passaram a receber este valor.

A esta renda é acrescido o valor referente à roupa que sua mãe lava para fora, desde que se aposentou, há dez anos atrás. Trabalhava como cozinheira na casa de uma família considerada das mais importantes da cidade e até a nível nacional.

A irmã da adolescente (Maria Eunice) não trabalhava e não possuía renda alguma. Segundo a família, ela é "doente da cabeça". Costumava ajudar a cuidar da roupa que sua mãe colocava no varal da estrada.

Eu queria que ela ganhasse uma pensão. Ela é doente. Se ela ganhasse um salário podia ajudar nas compras... (Mãe da adolescente - 6ª visita).

A adolescente também não trabalhava, e era assim que sua mãe desejava. Esta afirmação pode ser ilustrada com as passagens citadas a seguir:

Eu não faço nada agora. Antes eu trabalhava em casa de família, mas era só pra comprá roupa pra festa, baile (adolescente, 2ª visita).

Já disse pra ela: não precisa trabalhá. Fica só com o menino. Cria ele bem. Ela tem tudo o que precisa. Pode até criã o menino até grande (mãe da adolescente - 2ª visita).

Mas não é apenas com relação a ela que sua mãe costuma ter esta prática

Se eu ficar doente elas não vive. Eu sou o pé e a perna delas. Eu dou conta de tudo, pra cima e pra baixo (Mãe da adolescente).

É, pras outras filhas também. É sim, a mãe é que dá jeito (adolescente).

Em alguns momentos percebia-se que a renda não era suficiente para as necessidades da família:

Tava guardando um dinheirinho pra reformar a casa. Mas tudo aumenta muito. Não dá. Tô pensando ir no Cezar Souza (programa de TV que costuma dar auxílio desta natureza). Nem que seja o tijolo... (Mãe da adolescente).

Ah, mãe! Compra! (álbum de fotografia). Dá pra comprá! Por isso que eu quero trabalhá. Eu quero quando ele fizé 2 mês (acariciando a criança). Eu quero comprá as coisas pra mim, roupa pra ele... (adolescente).

Tô contente! Veio aquele aumento que a senhora falou e mais o 13º. Eu não acreditei quando vi... .. Comprei a prestação (Carrinho para o nenê). Dei entrada. Era setenta cruzado por mês, mas o moço ficou com pena e deixou por sessenta (Mãe da adolescente).

A mãe tava até hoje sem podê comprá porque tava no SPC (Serviço de Proteção ao Crédito) e hoje ela liquidô... Olha foi a minha irmã que fez isso. Comprô a geladeira e pagou só uma parte, a mãe era fiadeira dela.

A situação de vida da mãe da adolescente tinha sua representação fora de casa. Uma de suas vizinhas, ao acompanhar-me durante uma subida do morro, assim comentou ao vê-la descendo a rua:

Aquela é mais uma sofredora da vida. Não sei como agüenta. Agora até que está melhor, a não ser que ainda tem que carregar aquela menina que ela cria, não quer trabalhar e exige tudo dela... (3ª visita).

Nas práticas alimentares da família pôde-se perceber a predominância da carne de galinha (partes da ossada e asa) cozida em óleo e sal, arroz, batata e farinha de mandioca, durante o almoço. Costumam fazer mais duas refeições diárias: café da manhã e jantar, constituído de sopa ou café. O horário do almoço variava conforme a disponibilidade de tempo da mãe da adolescente, por este motivo algumas visitas coincidiam com o horário do almoço:

Tô cuidando do almoço também... É sempre a mãe que faz. Ela não me deixa fazê. Ela foi na casa da minha irmã em Forquilha e só começou o almoço agora... Foi comprá farinha. Ela não come sem farinha. Acabou de subi e já tá descendo. Pois olha, tem arroz, galinha, mas ela tem que ter farinha (3ª visita - 13h40min).

Oi, Dona! (sorrindo). A Gina tá na sala. Tô fazendo o almoço (7ª visita - 14h20min).

Em todas as visitas havia cafezinho para me oferecerem e, em uma oportunidade, também havia refrigerante.

A mãe adolescente costumava não fazer restrições de alimentos durante o puerpério

Ô Gina, é verdade que tu tá tomando água gelada? Comendo carne de porco? Tu é doida! Deixa passá o resguardo, mulhé! (vizinha).

Quanto à amamentação, é uma prática de sua mãe. Segundo ela, havia criado "no peito" seus "dez filhos e mais quatro como ama de leite". Mas o mesmo não ocorreu com a mãe adolescente. Desde o início ela demonstrava o contrário, apesar de falar que queria amamentar. Uma das preocupações dela com a alimentação do filho era favorecer o ganho de peso rápido. Comparava com outras crianças de peso maior e dirigia a prática alimentar com esse objetivo:

Ele não quer pegá o peito de jeito nenhum (2ª visita).

Eu disse pra ela que se ela quisé ela cria ele até ele ficá grande, sô com o peito. Não precisa mais nada (mãe da adolescente, 2ª visita).

Viu que linda! (mostra foto). É a Paula, só tem 3 mês. É minha sobrinha. Não quis pegá o peito. A mãe dela deu nestogeno com cremogema, olha como ficou gorda, grande" (adolescente, 2ª visita).

A influência desta sua irmã na prática alimentar do recém-nascido apareceu em vários momentos:

A senhora acha que eu posso dar chã de erva-doce pra ele? As moças (do hospital) não mandaram dá, foi a minha irmã que mandou dizê pela mãe, entendessee? Ela dá prãs criança dela. (adolescente, 3ª visita).

Ah! Eu ia (amamentar). Mas domingo veio a minha irmã, aquela que é a mãe da Paula, aquela da fo-

to! Ela viu o menino e achou ele minguaquinho. Ele não tá mesmo crescendo. Aí ela disse pra eu dá cremogema. E olha, ele tá mais maior! (6ª visita).

Em nenhum momento, durante todas as visitas, a família sabia determinar ao certo o horário da alimentação do "menino"

Deixa ver... Ah! Tava dando o jornal.. Que hora era? (3ª visita).

Não sei... Que hora era mãe? Acho que não faz três hora ainda (6ª visita).

A eructação após oferecer alimentação ao "menino" era uma prática considerada importante para a adolescente:

Faz ele arrotar pra mim? Eu não consegui.

Na narrativa abaixo, através do diálogo entre ela e sua mãe, pode-se perceber melhor o valor atribuído a esta prática:

Mãe: Esse que morreu quando era menino... Um dia ele mamou bastante, eu botei ele deitado... (filha interrompe)

Adolescente: Fez ele arrotar, mãe?

Mãe: Não. Daí quando eu volto ele tá todo agoniaquinho... (filha volta a interromper)

Adolescente: Taí, ó. Não fez ele arrotar!

Mãe: Não foi isso! Eu acho que foi a janela que abriu e entrou vento nele.

Adolescente: Que nada, mãe! Ele se afogou mesmo!

Antes da criança completar dois meses a família já recebia o tiquete do leite (recurso fornecido pela Prefeitura às famílias de baixa renda e que possuem filhos de zero a sete anos, dando direito a leite em saquinho).

Eles dão sempre até os sete anos da criança. E é bom. Pode trocá por outras coisa. Ele já pode comê danoninho? (Mãe adolescente, 6ª visita).

Outro recurso que a família dispunha era proveniente de

uma associação de benfeitoria particular de onde costumavam ganhar roupas para a criança.

As práticas de higiene mais observadas foram aquelas referentes ao ambiente físico, como varrer o pátio e o assoalho da casa. A louça, quando em grande quantidade, era lavada no tanque de roupa. Chamou-me a atenção o brilho do alumínio deixado nas panelas pela adolescente.

A higiene corporal do recém-nascido só foi total após a queda do coto umbilical. Até então somente era feita troca das fraldas e limpeza através do uso de algodão embebido em óleo infantil. À noite, "quando tá muito frio", essa troca não era feita. A higiene corporal da família era feita em bacia grande.

A minha irmã me convidou pra ir na casa dela, lá tem banheiro com chuveiro, mas eu não quero ir lá... Tem a... (outra irmã) que me convidou também, ela tem chuveiro, mas tem muita criança também (adolescente, 3ª visita).

A prática de não lavar a cabeça no puerpério também foi observada nesta família:

Eu me lavei na bacia. Mas não lavei a cabeça (adolescente, 3ª visita).

A senhora sabe que ela já lavou a cabeça (mãe da adolescente, 6ª visita).

Lavei, sim, isso é bobagem (adolescente).

A resistência que a adolescente tinha com relação à presença de outras crianças foi percebida em vários momentos. Sua mãe costumava, como lazer, fazer visitas aos outros filhos, mas a adolescente nem sempre a acompanhava, justificando que não queria contato com outras crianças. As passagens a seguir podem ilustrar esse fato:

... mas eu não quero ir lá, tem muita criança, faz barulho pro menino (3ª visita).

Eu vivo bem quando tá só eu e a mãe, assim, ô. Quando não tem gente aqui em casa... Os sobrinhos estragam a sala, mexem em tudo.

Ela não gosta, briga com eles. Não tem paciência... Eu acho que vivê bem é tá tudo unido. É união de toda a família. Paz, tranqüilidade, isso pra mim é bem vivê. É tão bom quando as pessoa se dão bem! (Mãe da adolescente, 6ª visita).

Ah, mãe! Eu gosto deles, mas eles incomodam muito.

Além das visitas a parentes a outra forma de lazer mais utilizada era assistir televisão. Esta estava constantemente ligada e prendia a atenção, principalmente da adolescente, interferindo várias vezes no trabalho:

Olha, tá quase na hora dos trapalhões, bota lá na Globo! Que bom! (Adolescente, 2ª visita).

Eu tô com fome. Mas vou dar de mamar antes. Depois vai passar um filme tão bom! (Adolescente, 3ª visita).

Após algumas semanas do parto, a adolescente demonstrou outra necessidade de lazer:

Ah! Eu quero que ele pare mesmo (de mamar). Já pensou, ele grande aí e eu tendo que dar o peito? Eu quero começar a ir ao baile namorar. Se eu tiver dando o peito, não dá! (6ª visita).

Eu não sei se vai dar certo! Ele não quer deixar eu ir ao baile. A mãe disse que se eu quisesse fazer o que queria que devia ficar solteira. Não sei... Eu quero tanto ir ao baile. Mas também é bom ter ele. Tá tão perigoso hoje o negócio da AIDS, só que não gosto de ficar presa... (8ª visita).

Os recursos médicos utilizados pela família eram constituídos daqueles oriundos da rede federal e estadual. Costumavam seguir as orientações fornecidas pelos profissionais desses serviços, com poucas exceções, quando eram introduzidas também algumas práticas caseiras, conforme suas crenças e valores, das quais algumas já foram citadas em passagens anteriores. Para dor de cabeça, a adolescente costumava colocar um pano amar-

rado na testa. Já sua mãe tratou da dor de cabeça de outra forma:

Eu tinha uma dor de cabeça, dona. Uma dor de cabeça, que a senhora nem imagina! Meu marido às vezes saía me abanando, eu quase ficava louca! Daí o... disse que eu tinha é que me desenvolvê na umbanda, que a dor de cabeça é porque eu precisava. Eu fui, e olha, nunca mais tive dor de cabeça! (7ª visita).

As práticas com o recém-nascido orientadas pelos profissionais da saúde mesclavam-se constantemente com aquelas aconselhadas por amigos e parentes:

A moça disse pra botá metiolate, aquele ali ó. Mostra mãe! Com gase. A mãe botou também uma faixa porque o umbigo tá saltado já assim ó! (2ª visita).

Levei no Departamento pra consulta com o médico, pra fazê a carteira dele. Ele deu um remédio porque o cocô tava verde... Eu dou também o chá de erva-doce depois que ele mama (5ª visita).

A preocupação em prevenir doenças na criança era outro sentimento constante, observado através de práticas caseiras e da busca de recursos médicos para puericultura. A mãe adolescente costumava ir a todos os encaminhamentos que recebia, avaliando o serviços e optando por aquele que julgasse melhor atender seu filho:

Trouxesse fita pra medir ele? Queria ver se ele cresceu... Eu quero ir noutro médico, aquele nem olhou pro menino! (6ª visita).

Se gostei?! Ela (enfermeira) examinou o Diogo de tudo o que é jeito! Disse que ele tá crescendo. Olha a carteirinha (7ª visita).

A gripe na família costumava ser tratada com chá de limão e açúcar:

... e a febre eu uso assim, ó: corto 2 rodela de cebola e boto na sola do pé. A febre vai embora logo, logo. É como tirá com a mão (Mãe da adolescente).

A mãe da adolescente costumava buscar nos rituais da umbanda a cura para os problemas de comportamento da adolescente:

Ela tinha uns ataque. Semana passada ela teve. Garrou as roupa dela e do menino e queria sair de casa. Me chamou de tudo. Sempre que ela tã assim ela me xinga, grita, me chama de bruxa. Custei a fazê ela se acalmá. Amanhã nós vamo de novo lá no Estreito pra ela se tratá. Eu gosto de umbanda. Mal não faz, né, dona?

A mãe da adolescente, além de buscar recursos alternativos para cuidados de saúde, também é um recurso de saúde popular na sua comunidade:

A senhora sabe eu sou benzedera?! Benzo coisas que não tem cura. Às veiz chega aqui em casa gente com cobrero, íngua... sô não benzo arca caída, não aprendi ainda.

Costumavam receber, com freqüência, visitas de vizinhos para conversar. Sua tia participava de todos esses momentos apenas escutando e olhando. O relacionamento entre os membros da família pode ser representado pelo genograma abaixo. A linha entre a adolescente e seu atual namorado talvez não seja realmente esta que está representada, pois é resultado apenas de um só depoimento da adolescente.

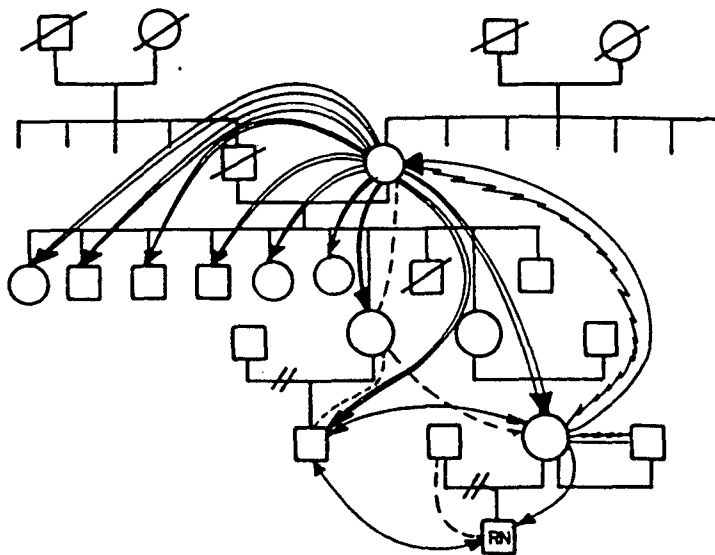


FIGURA 5- GENOGRAMA INTERACIONAL DA FAMÍLIA 4

As condições físicas da casa (o espaço limitado) favoreciam a aproximação entre os membros da família. À noite, a adolescente dormia com seu menino e sua mãe na cama de casal até completar um mês de puerpério, quando ganhou um berço de presente. Sua irmã dormia com o filho na cama de solteiro ao lado, no mesmo quarto. Além disso, a televisão também era um grande fator nesse sentido, pois costumavam assistir juntos a novelas e a programas humorísticos. Esta situação de aproximação não mudou muito mesmo quando a adolescente arranhou um namorado:

Tô junta! Fui no baile semana passada. Dormi com ele, achei melhor me juntá. Moro ali atrás. O Diogo fica com a mãe aqui de noite, eu cuido da casa pra mãe (8ª visita).

A cama de casal permaneceu na casa. Nela dormem a mãe da adolescente e a tia. O filho desta dorme no chão, num colchãozinho que ganharam também. A cama de solteiro foi para a peça dos fundos, onde dorme a adolescente e seu namorado.

A notícia da gravidez da adolescente aparentemente não foi vivenciada como sofrimento pela família:

Aqui em casa todo mundo gostou quando fiquei grávida. A mãe gostou, né mãe? Todo mundo gostou!

Mas a reação do pai do menino não foi a mesma

... um dia ele chegou a me dar pontapé na vagina quando ele soube que eu tava grávida...

Sobre a gravidez, sua mãe relembrou que sua filha "não passou bem desse menino".

Isso, clâmpia. Ela dava nos pés, na cabeça, aqui, por tudo. O inxumo era demais! Eu tava uma bola ... Eu fui pro hospital porque me incomodei com minha irmã... (Adolescente).

Apesar da sua mãe assumir muitas atividades em casa, com

relação aos cuidados com o "menino" isso não foi observado. A garota fazia questão de cuidar do filho:

... depois eu prefiro cuidar dele, só assim eu aprendo, não sei direito ainda, tenho que fazer as coisas pra aprender.

O pai da criança, até o último contato que tive com a garota, ainda não conhecia o filho

O pai dele pediu pra vê ele... Mas a mãe não quê. Eu não vou deixã. Também... É a mãe que me dá tudo! Sempre me deu! Por que ele me dexô?... Depois ele tem um caso... Ele me batia, a mãe, não!

No último contato que tive com a Família havia a expectativa da adolescente estar grávida do seu atual namorado.

Família 5

Quando iniciei o trabalho nesta família, a criança da adolescente já havia nascido há 5 dias. Segundo ela, o parto ocorreu antes do tempo previsto. O último contato foi feito quando a criança completava dois meses. Na totalidade, foram sete visitas a esta família.

A família reside numa vila na região do continente, composta por grande número de casas de madeira e algumas de tijolos. Caracteriza-se como uma vila popular, cuja maioria das casas foi construída sob regime de mutirão pelos seus moradores. Ao lado, bem próximo, há uma região de favelas com inúmeras casinhas construídas desordenadamente em vasto local.

Na vila há bares, armazéns, supermercado, clube de dança, loja de material de construção, posto de saúde da Prefeitura e farmácia. Mais distante, em outro bairro, há centro social com posto de saúde e recursos sociais, um hospital geral

do INAMPS, igreja católica e templos de outras religiões. Neste bairro, a predominância é de casas de alvenaria, caracterizando o local como de classe média. Na vila trafegam duas linhas de ônibus que dão acesso à ilha.

A rua onde moram é calçada. A casa, de alvenaria, é própria. Tem cerca de madeira na frente e muro de alvenaria nas laterais e nos fundos. O pátio é plano, de terra batida. Nos fundos há árvores frutíferas de pequeno porte (mamão, laranja, ameixa). Há vizinhos em todos os limites da casa. A distância entre as casas permite total ventilação e iluminação solar em todos os ângulos.

A porta de entrada da casa é a porta dos fundos. O espaço físico interno não mede mais que 20 m², compreendido por um minúsculo banheiro (contendo vaso sanitário e uma pia, embaixo da qual fica o botijão de gás), a cozinha e dois pequenos quartos. Na cozinha há uma geladeira, um fogão, uma mesa (que nas últimas visitas já não existia mais), uma pia com balcão, um pequeno armário suspenso e outro junto à geladeira, com um rádio relógio em cima, um sofá e um banquinho de um lugar. Todos estes móveis estão próximos uns dos outros e apresentam-se em precário estado de conservação.

A cozinha é ligada aos dois quartos por duas aberturas fechadas apenas por cortinas feitas de lençol. Num dos quartos há uma cama de casal e um guarda-roupa, de duas portas. No outro, há duas camas de solteiro e um pequeno armário que ganharam para guardar os pertences da criança da adolescente.

As paredes da casa são de tijolos sem reboco. Na cozinha há dois quadros de papel com figuras de rosto de mulher. Em um dos quartos há uma parede inteira com fotos de ar-

ristas brasileiros recortados de revistas. O assoalho é de madeira e no teto não há forro.

Em vários momentos de participação com a família ouvi comentários sobre o local onde moravam, como por exemplo:

A casa é pequena. Todas eram assim. Teve gente que aumentou. Aqui não deu, só se todo mundo trabalhasse (mãe adolescente, 1ª visita).

Eu tô querendo mudar... Eu quero sair daqui ... Aqui é barra pesada. Aqui mesmo não é, não tem? Mas é ali pra cima. Ali é perigoso. Têm uns rapazes que só vendo!... e as gurias gostam de lá, têm amigas por lá... Também por causa da casa, lá tem sete peças... Agora, eu sei que lá é longe de tudo. Não tem nada do que tem aqui... (Mãe da adolescente, 6ª visita).

Antes de residirem neste local haviam morado em outras regiões de Florianópolis, na ilha, em locais de morro caracterizados como favelas.

A casa possui luz elétrica e água servida pela rede municipal. O esgoto é por fossa tratada. O lixo é recolhido pelos caminhões da prefeitura. Em nenhum momento foi observado sujeira ou odores desagradáveis no ambiente físico desta família. A responsabilidade dos afazeres domésticos é dividida entre os integrantes da família

Entra no quarto. Senta aí, já volto! Aqui na cozinha não dá, tá tudo desarrumado. Essa preguiçosa ainda não limpou! (Mãe da adolescente, referindo-se à filha mais jovem, 4ª visita).

... É, eu faço tudo em casa. Faço comida, lavo a louça, limpo a cozinha. É, eu me viro em casa, ajudo sempre (Pai da adolescente, 3ª visita).

A origem étnica da família é a africana. Todos têm tez escura (com exceção da mãe da adolescente, que pode ser caracterizada como mulata) e cabelos crespos típicos desta etnia. O pai da adolescente nasceu e sempre morou em Florianópolis, com exceção do período em que trabalhou em outra cidade do Es-

tado. Já sua mãe nasceu no Rio Grande do Sul, quando moça foi trabalhar no Rio de Janeiro, onde se casou pela primeira vez. Deste casamento tem quatro filhos, um deles ainda reside com a família.

Residem na casa constantemente o casal, e seis filhos: Maurilio (22 anos) e cinco adolescentes, Jorge (10 anos), Sara (12 anos), Simone (14 anos), Solange (14 anos) e Mônica (17 anos), mãe de Jane (RN). Outra filha adolescente, Marilda (16 anos) passa a maior parte do tempo no local de trabalho. Residem, ainda, com a família duas crianças de 3 anos, moradoras da vila, enquanto suas mães trabalham. Uma das crianças, o menino Dino, permanece na casa dia e noite de segunda a sexta-feira. A outra, a menina Tina, fica com a Família apenas durante o dia. O geonograma abaixo representa a família segundo caracterização da mãe da adolescente. Para ela

Família são os que estão aqui dentro. Penso mais nos que estão aqui batalhando. Não que eu não considere aqueles que já saíram da família, mas eles já se fizeram. Eu me preocupo mais com estes aqui...

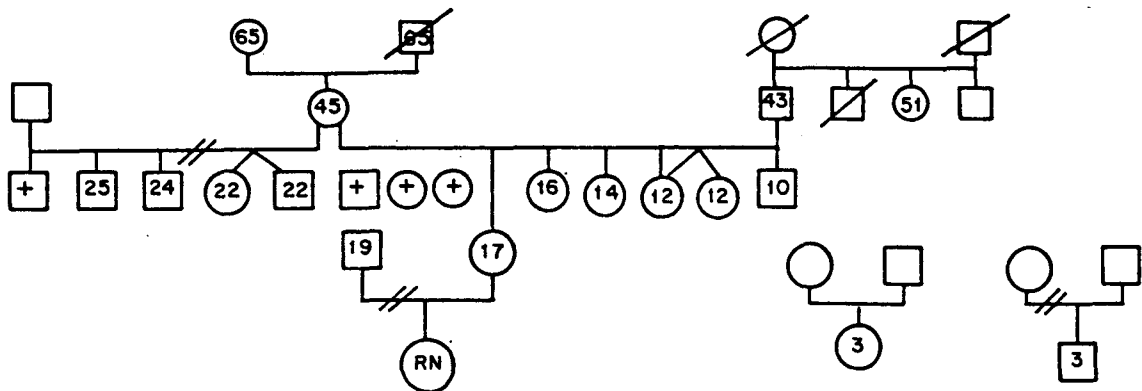


FIGURA 6 - GENOGRAMA DA FAMÍLIA 5

O pai da adolescente discorda pois considera que família "é reunião, Pessoas unidas. Se não, não é família. Se uma pessoa puxa prum lado outra puxa pro outro lado, não é família". A mãe adolescente diz que família é "aquilo que a mãe disse... as pessoas aqui de casa". Além disso, reforça, dizendo: "família além de ajudar, atrapalha".

As crianças constam no genograma por caracterização minha de família, já que cuidei delas também. Os demais filhos foram colocados apenas para ilustrar a totalidade das gestações que a mãe da adolescente teve e que, segundo ela, não foram "mais porque o outro broxou" (referindo-se ao marido).

Quanto às características de crescimento e desenvolvimento, impressionava-me a aparência bonita e saudável das jovens da família. A estatura era maior, em relação a média do brasileiro. Além disso apresentavam musculatura e tecido adiposo bem distribuídos e dentes alvos e aparentemente íntegros. Vivacidade, alegria e espontaneidade estavam sempre presentes. Demonstravam capacidade de assimilação e grande compreensão nos assuntos que discutíamos.

A criança da adolescente nasceu de parto normal, com parâmetros normais, conforme a literatura brasileira, apesar de ter nascido alguns dias antes do esperado. Apresenta todos os reflexos para a idade; suas atividades são alternadas entre comer e dormir. É moreninha, cabelos castanhos e lisos. Até a última visita já havia apresentado miliária, escabiose e impetigo. A preocupação com a saúde da criança, com seu crescimento e aparência, era observada constantemente na avó

Tu viu o rosto dela? Tã cheio de bolinha! O que é isso? Tô preocupada, será que isso sai? (4ª visita).

Tu acha que ela tá crescendo Zuleica? (4ª visita).

As bolinhas do rosto ainda não saíram todas (5ª visita).

Visse Zuleica! Aquele dia tu medisse a cabeça dela. Deu a mesma coisa, 37 (mostrando a carteira de saúde com dados verificados pelo médico, 5ª visita).

Mas se a aparência dos jovens demonstrava saúde, o mesmo não se podia dizer dos seus pais. A mãe da adolescente desde o primeiro momento me passou a impressão de mulher "sofrida, parece estar com dor" (Notas do Enfermeiro, 1ª visita). Ao validar essa impressão com ela, deu-me o seguinte depoimento:

É. Meu marido diz que eu fico assim porque eu vejo as coisas nas casas dos outros e sonho pra mim, pra nós. Mas eu acho que se todo mundo trabalhasse não era sonho. Eu agora não posso mais trabalhar como antes... Tô muito gorda, me canso muito. Me dói as costas pra trabalhar (2ª visita).

Seu peso representa estar consideravelmente acima do normal. Suas mamas são grandes e caídas até a cintura. Há inúmeras faltas de dentes. Na arcada superior não há nenhum dente, fato este somente observado na 4ª visita, visto que somente a partir deste dia é que sorriu. Apesar dessa tristeza, ela conversava muito. Tinha muita facilidade para se expressar e seu linguajar era diferente dos demais, talvez pela grande influência das pessoas com as quais convivia no seu trabalho. Geralmente era quem respondia primeiro às minhas questões e aquela que mais me questionava. Costumava trazer passagens de leituras que havia feito em revistas e de conversas que teve com sua "patroa" para discutirmos. A preocupação com sua aparência foi observada em várias oportunidades

Enfermeira: Onde vais assim tão bonita? Cheirosa?
Dalva (Mãe da adolescente): (rindo).
Pois é. Eu achei que tu vinhas mais tarde. Eu ti-

nha pensado em te receber cheirosa, mas não deu tempo! Eu gosto de tomar banho depois do almoço. É tão bom tá cheirosa... (5ª visita).

Eu tava pensando em cortar meu cabelo assim ó (mostra como), mas eu tô perdendo muito cabelo. Acho que é muita incomodação. Não deu pra cortar direito... Eu não era gorda assim! (6ª visita).

O pai da adolescente é um homem magro, de estatura média. Sorri e conversa com espontaneidade quando sua esposa não está presente. Tem falta de vários dentes. Seu caminhar é lento e silencioso. Costuma dormir à tarde no sofá da cozinha. Demonstrou estar magoado já há muitos anos devido a questões de trabalho que vivenciou no passado

Fui pra lá trabalhar, fui na promessa de emprego ... Me convidaram para jogar lá dizendo que iam me arranjar emprego na Rede Ferroviária. Joguei 3 anos no time... Todo ano que ia assinar contrato eu não queria porque não tinha o emprego, aí eles diziam que eu esperasse que assim que o fulano assumisse eu tinha o emprego. Nunca deu em nada. Aí eu fui convidado pelo... (time de Florianópolis), me prometeram emprego no Estado, eu sempre quis um emprego... Também me enganaram. Passava ano e entrava ano eles diziam que tinha que ter paciência. Fui enganado 2 vez... Eles queriam era que eu jogasse pra eles.

Costumavam vestir-se com roupas simples de verão, mesmo em dias frios, e calçavam chinelos de borracha (quando não estavam descalços). Muitas das roupas e sapatos que usavam conseguiam quando trabalhavam como domésticas.

A prática de higiene pessoal da família não foi observada em nenhum momento, mas a aparência era sempre agradável, com exceção de uma das crianças que cuidavam, que apresentava unhas longas e sujas. Costumavam usar sabão comum para se lavarem, sendo que nos casos especiais o sabonete da mãe adolescente era solicitado

Mônica, onde tá teu sabonete? (pedindo para a enfermeira lavar as mãos, 2ª visita).

Mônica, me empresta teu sabonete? (para a mãe da adolescente tomar banho, 5ª visita).

Quanto às práticas de lazer em família pouco pude observar, a não ser o ouvir rádio, quando tinha eletricidade na casa. Também em uma oportunidade mãe e filha de 14 anos jogavam baralho quando cheguei para visitá-las. As questões sempre presentes com relação ao lazer eram referentes às necessidades das adolescentes, que gostavam muito de baile e de ir à casa de suas amigas, fato reprovável por seus pais

... sô querem sair de casa, passear. Eu não sei onde eu errei! Esse aí diz (marido) que eu errei porque confio muito nelas, dou muita liberdade ... Elas pedem pra sair, agora tem o clube ali, eu digo: Você voltem a meia noite, mas não adianta... Aí ele briga comigo... (2ª visita).

A escolaridade parece ser um valor muito forte na concepção da mãe dos jovens, o que não pude observar entre os mesmos:

Nenhuma quer estudar. Não sei mais o que eu faço pra elas estudarem; Nenhuma delas sabe ler. A Marilda sabe ler um pouquinho só, a Mônica também. O Jorge, de 10 anos tá no 2º ano e a Sara, tá no 4º ano ainda... Eu falo, eu converso. Sabe eu acho que o diálogo é tudo na família. A família não é nada sem o diálogo, e isso eu faço, mas não sei, meus filhos não querem estudar...

Tanto a mãe como o pai da adolescente, gostam de ler. A mãe costuma ler bastante na casa onde trabalha. O pai ultimamente não consegue mais ler pela acentuada falta de visão, e não possui óculos. O saber ler, segundo a mãe da adolescente é importante até para modificar as condições sociais

Essa aí (referindo-se à mãe adolescente) sabe lê muito pouco. A patroa dela quando ela começou a trabalhar com 11 anos, disse que não era pra ela estudar "porque preto não precisa, não adianta preto saber muito, vai ser sempre empregado de branco". Ela acreditou e eu não pude fazer nada. Com outras crianças, e ela precisando trabalhar ... E pra conseguir um emprego é bom saber ler,

eu acho até mais fácil conseguir emprego quando se saber ler.

As condições sócio-econômicas da família, as questões de trabalho, eram de fato o elemento principal que envolvia toda a dinâmica daquela família. Condições estas que refletiam praticamente todas as crenças, valores e práticas da família. Mesmo nas situações mais simples de tomada de decisão, o fator econômico estava normalmente presente. As citações a seguir são alguns exemplos da realidade desta família:

Trabalho desde os 13 anos com criança em casa de família, depois eu gosto de criança (Mãe adolescente, 1ª visita).

A senhora não sabe de emprego para moça? Para essa e a outra gêmea de 14 anos? E para a Marilda também, ela tem 16 anos. Pra ele também (aponta para o marido), ele trabalha de pintor e também de vigia. Eu prefiro de pintor é mais seguro... (Mãe da adolescente, 2ª visita).

A Mônica (mãe adolescente) fica preocupada, ela quer trabalhar (4ª visita).

Acompanhada da expectativa de emprego, a descrença da mãe da adolescente se fazia sentir em algumas oportunidades em que se apresentavam questões de "conseguir emprego":

Começou a trabalhar hoje, graças a Deus. Não quero nem pensar... numa mecânica. Mas não sei se vai dar certo (sobre seu filho do casamento anterior, 4ª visita).

Vou começar a trabalhar (pintura de casa) na Lagoa semana que vem. Um amigo vai pegar o serviço e me convidou pra ir com ele... (Pai da adolescente). Outro preguiçoso que nem tu. Não vai dar certo! (4ª visita).

Que nada, não dá para contar com elas (filhas). Isso é só febre. Trabalham um pouco e saem. Arranjam dinheiro pra comprar alguma coisa e pronto... (6ª visita).

Os recursos que a família dispunha eram limitados até para sua sobrevivência:

Eu ganho quinze cruzados (novos) por dia, são 3 dias. Dá 45 por semana... E agora é só. A Mônica (mãe adolescente), quando trabalha, ajuda. Ela vai começar a fazer faxina, ao menos 2 vezes por semana... Nós tamo ganhando aquela cesta da comida. A Mônica vai ganhar o tique do leite no início do mês. Já vai ajudar. A mãe da "Jô" me dá 20 cruzados e a do Dino (crianças que cuidam) me dá 25 cruzados por semana... Ah! Vai tudo na comida (mãe da adolescente, 6ª visita).

Além desta situação, e até quem sabe, por esta situação, a família convivia com outro problema social que angustiava continuamente os pais da adolescente: duas filhas adolescentes roubavam nas casas onde trabalhavam. Além disso havia suspeita, que não consegui validar, de que o rapaz, filho do outro casamento, também estava envolvido em roubo. As passagens abaixo são alguns exemplos que motivaram a suspeita

Esse meu filho, aquele que estava ali fora soltando pipa, se ele é convidado pra mexer e ele não vai, os amigos vão deixá ele de lado e eu acho que se ele for é porque ele é um fraco (2ª visita).

... mas o que mais me preocupa ainda é o meu rapaz. Eu me preocupo com ele... Ele andar em má companhia. Tenho medo que vá pra mau caminho (5ª visita).

A prática alimentar da família quase não envolvia valores, mas os recursos que tinham para satisfação desta necessidade. Aqui também as condições financeiras estavam presentes constantemente, inclusive na prática da amamentação, como ilustram as citações seguinte:

Tá bem. Mama bastante. Dorme bem. Só chora pra mamar (Mãe adolescente, 1ª visita).

Pois é, ela é muito novinha. Eu preferia que a Mônica desse de mamar pra ela, o leite do peito é melhor pra criança, ao menos até os 3 meses... Ela foi lavar as vidraças da casa da dona Sonia. Será que a Mônica não tá nervosa? Por isso quase não tem leite? Isso funciona mesmo? Ela tá muito nervosa, quer sair pra trabalhar (Mãe da adolescente, 4ª visita).

Eu sempre amamentei os meus até tarde... Sei lá, acho que a Mônica não tem o leite que a Jane precisa porque ela se alimenta pouco (Mãe da adolescente, 6ª visita).

O não ter o que comer era uma constante naquela família, além do desejo referenciado por alimentos que se pode considerar simplórios e de fácil acesso. As passagens a seguir ilustram essa observação:

Eu quero que elas trabalhem e que fiquem no serviço porque só assim elas comem. Tem dia que aqui em casa não tem comida... Aí eu fico preocupada que elas vão mexer na casa dos outros... A senhora sabe onde dão comida?

Ai que cheiro de café!! Não tem! Mas que cheiro gostoso! Que vontade de tomar café!

Quando se tem um pouquinho de dinheiro se faz maionese aos domingos... Mas faz tempo que isso não acontece aqui em casa...

Dos momentos que vivenciei com aquela família somente em dois deles observei a prática alimentar. Em ambos, a "sopa" que vem na cesta de suplementação alimentar para a puérpera, era o alimento básico. Desta forma, até compreende-se também por que a adolescente se "alimenta pouco", já que a sua sopa era alimento de toda a família. Um desses momentos, e que caracteriza bem a situação desta família, está representado no diálogo abaixo:

Dalva (Mãe da adolescente): Não mexe aí Júlio (marido)! Mônica! Ele tá mexendo na tua comida! Vai quebrar o resto dos dentes!

Mônica (Adolescente): Tu já viu Zuleica? Ele tá comendo a sopa crua.

Enfermeira: Que sopa crua?

Mônica: Eu fui buscar a comida no Centro Social ali embaixo. Lembra que tu falou? Não tinha vaga. Aí minha tia me inscreveu no bairro dela... Fui ontem lá, busquei a sacola. Vem só pa em saquinho, e só cozinhar. Ele tá comendo, não tem outra coisa.

Além da renda limitada que a família possuía, o custo de vida na época crescia diariamente, em todo o País. Isto refle-

tia consideravelmente no baixo poder aquisitivo da população menos privilegiada:

A situação não tá dando mais. A gente é obrigado a pedir comida. Tudo tá tão caro! Tá difícil de comprar hoje em dia. Eu não compro mais nada com 50 cruzados que eu comprava. Eu mesmo não vou mais no mercado, não trago nada. Que vergonha! Tu acredita que comprei 3 cruzados de carne moída e precisei misturar uma abóbora pra todo mundo comer?

A existência de famílias de diferentes níveis sociais não passava despercebida, mas a análise que faziam desta situação acabava em crenças que eram legitimadas nas representações que a própria sociedade faz desta realidade, pesando ainda mais na situação do negro no País:

Daí eu me lembro das carnes que dona Sônia ("patroa") dá pros cachorros dela. Ela dá até carne de primeira pros cachorro. Carne seca ela dá também. E o arroz?! Às vezes eu fico revoltada de ver ... Esses dia ela me deu um desses pedaços de carne seca, eu fiz com arroz. Que gostoso que ficou! ... não entendo isso. E a gente não pode comer melhor. Mas que se há de fazer? É assim mesmo, né?

... Pobre é acomodado mesmo! ... Ele ("patrão") disse mesmo que não vai mais me ajudar porque aqui em casa ninguém colabora... Já duas vezes que cortaro a água e ele é que paga... Eu falo, eu oriento, ninguém quer nada. Pobre e preto não é nada mesmo, né? Tem razão quem diz. Não é nada mesmo!

As condições da família refletiam-se também até no momento de dormir:

Elas dormem em cinco na cama de casal. Os pés ficam de fora...

Eu durmo no chão. É ruim no chão. É muito frio!

Os recursos médicos utilizados eram basicamente aqueles existentes na própria comunidade, através do "posto" da Prefeitura, e no centro da cidade, através do Departamento de Saúde do Estado. Mais esporadicamente se utilizavam dos servi-

gos do Hospital Universitário, pois está localizado muito distante de onde residem.

Costumavam seguir as orientações recebidas dos profissionais da saúde, com exceção de casos onde estavam envolvidos os recursos econômicos e motivacionais para a aderência ao cuidado, como nos exemplos a seguir:

Agora não. Não tenho dinheiro pra comprar (Mãe adolescente sobre o uso de mertiolate na região ao redor do coto umbilical inflamada).

Tô bem. O único problema é a cana. Eu tenho vontade de tomar. Já fiz tratamento 3 vez. Fiquei internado 3 vez. ... tomei remédio que eles me deram... Parei de tomar o remédio me deu vontade de novo... É muito caro. Depois eu não tenho dinheiro pro ônibus (Pai da adolescente).

Nos cuidados com o recém-nascido, costumavam unir práticas populares àquelas orientadas nos serviços de saúde. Em todas as situações de saúde e doença havia a interferência de pessoas amigas ou de vizinhos na conduta adotada, como por exemplo:

Ele (médico) mandou botã neomicina (coto umbilical). Caiu (coto umbilical), mas ficou uma pelezinha. Tamo botando um pozinho... A (vizinha) usou no filho dela e deu certo...

... é dor de barriga. A (amiga) disse que é bom dá elixir paregórico... "Eu fui na casa da (vizinha) e troquei as fraldas e botei no chão, sabe o que ela disse? Que "botã fralda no chão dá dor de barriga". Olha, não botei mais. Nunca mais teve dor de barriga (Mãe adolescente).

A dona Sonia ("Patroa") me deu uma máquina pra tirã o leite da Mônica antes dela sair de casa hoje, mas não saiu bastante leite... Eu posso dar o nestogeno?... A vizinha me deu um pouquinho... pois é, a (vizinha) me disse isso também. Que é bom dar em bico com furo pequeno... (Mãe da adolescente).

Era comum haver necessidade da utilização dos serviços do posto da comunidade, principalmente para as crianças das

quais cuidavam. A utilização destes serviços era mais freqüente para o menino, que teve micose infectada, purulenta na região retro-auricular, de difícil remissão. Nesta situação novamente o fator econômico interferiu consideravelmente, além de demonstrar a vulnerabilidade do Sistema Unificado de Saúde (SUS):

A gente faz o que o médico disse: "Lavã e passã violeta e pomada" (3ª visita).

Olha as injeção (11 frascos de procaina, 11 seringas e 11 diluentes da CEME). O médico receitou 2 por dia... Ele toma de manhã e de tarde. O posto sô trabalha até as quatro e meia da tarde, mas o médico disse de manhã e ã noite! Podia dar ã noite na farmácia, mas eles cobram... No hospital? Sô faz emergência, eles não fazem injeção (4ª visita).

As injeções não acabaram ainda. O hospital não quis fazer a injeção... Eles nunca fizeram curativo no posto (5ª visita).

A Solange (Adolescente de 14 anos) tá fazendo os curativos. Sô não fez mais porque faltou permanganato. O posto não tinha pra dar mais (6ª visita).

Era comum a família ganhar remédios do médico do posto, inclusive sem haver queixas, como AAS, em "caso de haver febre". Segundo a família, estes remédios eram entregues sem outras orientações ou demonstrações de uso, como no caso dos curativos. Além disso, não vinham acompanhados ou precedidos de investigações das condições da família para o seguimento do tratamento. Além desses procedimentos, que não atendiam às necessidades da família, os atendimentos ainda criavam necessidades completamente dispensáveis e fora da realidade da família, como a prescrição de sabonete para a miliaria: "Tem que comprã sabonete pra ela. O médico disse o nome. Esqueci! É o ... proderme" (5ª visita).

A compreensão que tinham do que é ser doente era coeren

te com o que ocorria na família no momento, com suas necessidades:

Como vou te dizer... A doença não é só coisa da matéria, entende? Não é só matéria (batendo no peito), é do espírito também. É um mal pra gente, não sei explicar direito (Mãe adolescente).

Consideram que para ter saúde é preciso "comida, higiene. Não pode esquecer higiene!" Além disso o pai da adolescente reforçava até neste momento seus sentimentos: "É comida, higiene, mas também é harmonia. É, não adianta só comida e higiene, tem que ter harmonia".

Esse seu conceito de saúde-doença pode ser compreendido na realidade do relacionamento familiar que existia. Observado em todas as visitas, com exceção da 3ª, oportunidade em que a mãe da adolescente não estava em casa, a desarmonia tornou-se característica básica da dinâmica desta família. Essa dinâmica tinha normalmente como pivô o pai da adolescente em relação às filhas ou à sua esposa.

Eu fico braba com ele, eu brigo, mas é que eu não posso nem sentir o cheiro do álcool. Eu sei que é doença mas é que faz mal pra família, a gente é que sente. As filhas já não respeitam mais ele, e aí tudo fica pior. Não adianta ele falar com elas, ele não dá exemplo (Mãe da adolescente, 2ª visita).

A passagem abaixo pode melhor caracterizar um dos momentos de discussão na família:

Dalva (Mãe adolescente): Que é que tu quer aqui Júlio.

Júlio (Pai da adolescente): Quero ouvir. Eu sento aqui, não atrapalho!

Dalva: É, mas vê se não diz bobagem!

Enfermeira: Um dia destes tu me disseste que o fundamental na família é o diálogo. Como é mesmo isso?

Dalva: É conversar um com o outro. É fazer aquilo que se combina. Assim ó: te lembra que reclamei que eu oriento elas a chegar cedo, antes da meia-noite, dos bailes? Elas não chegam. Sã-

bado eu orientei e elas vieram, não eram nem onze e meia ainda, né, Mônica? A Mônica também foi, eu fiquei com a Jane. É isso sabe? É o acordo.

Júlio: É, mais isso tem que ser de todas as partes. Elas não me ouvem.

Dalva: Também o que é que tu espera?

Mônica (Mãe Adolescente): É, pai! Também não é assim! (Começaram todos a discutir veementemente).

Dalva: Elas não respeitam o pai. E não só ele não! Comigo também. São muito malcriadas, respondonas... (5ª visita).

Os sentimentos da mãe da adolescente em relação à família eram freqüentemente colocados em presença de todos que estivessem no momento. Através deles, a mãe transmitia um desânimo, um negativismo muito grande

Eu quero sair daqui. Eu não suporto mais ele. Eu tenho nojo dele. Já cansei dele. Não quero mais fazer nada por ele e acho que por mais ninguém.

Tenho duas filhas enfermeira, sabia?... Elas são enfermeira porque não fui eu que criei elas. Se elas tivessem morado comigo não tinha sido nada também!

Mesmo num dos momentos em que se podia visualizar alguma transformação as brigas estavam presentes, como mostra a passagem a seguir:

Dalva (Mãe da adolescente): Sabe Zuleica, nós ti vemos uma conversa. Eu e ele, só.

Enfermeira: Como foi a conversa de vocês?

Dalva: Foi bom, não tem? Eu disse as coisas que pensava, ele disse as coisas que ele pensava. Eu disse que entendia. Tem muita coisa que ele tem razão, mas tem muita coisa que eu também tenho razão. Então a gente viu isso. Cada um vai mudar se o outro mudar também.

Enfermeira: E as garotas, vão participar disso?

Dalva: Não sei, ele vai ter que mudar. Ele costuma cobrar as coisas só quando tá bêbado... Elas brigam muito. Ontem a Mônica e o Maurilio brigaram. Eu tive que brigar com ele também. Já saiu do emprego, não sei nem por que, ele não fala. E a Marilda saiu de casa, era a única que conversa va direito com o pai...

O significado da vinda de mais uma criança nessa família parece ter interferido mais especificamente no fator eco-

nômico, pois, como já foi descrito anteriormente, a renda familiar diminuiu no período em que a mãe adolescente não pode trabalhar. Além disso, o pai da criança não assumiu a paternidade. Segundo a adolescente, ele não irá registrar a criança: "eu não quero, ele não presta. Eu não quero mais ele. Ele já tem outra. Não sabe nem que eu ganhei".

Além do fator econômico, a criança estava interferindo na tomada de decisão da avó em relação à mudança de vida que planejava:

... aí penso nos filhos. Levo um pouco e deixo o resto? Resto é modo de dizer. Levo só o pequeno? E a Mônica e a menina? É, agora tem a menina também...

A notícia da gravidez da adolescente veio somente meses após a concepção, não sendo muito bem recebida pela mãe:

Eu chorei muito. Custei a saber. Só fiquei sabendo quando já tava com 4 meses. Eu olhava pra ela e dizia: "Mônica, como teu corpo tá feio!" Ela sempre foi magrinha! Pois ela não falou...

... Chorei tanto! Afinal eu tinha orientado tanto. A gente sempre conversava aqui em casa. Ela foi avisada que o rapaz não prestava, mas não quis ouvir...

Ultimamente não se comentava mais sobre esse aspecto, com exceção de algumas preocupações do pai com assuntos que envolviam a sexualidade das filhas e a rejeição do irmão mais velho à gravidez, que em alguns momentos era lembrada:

Sara (irmã de 12 anos): O pai briga quando a gente chega em casa comentando alguma coisa (sobre sexo). Não quer que fale. O Maurilio também é assim. Ele briga muito com a Mônica por causa do passado dela.

Enfermeira: Que passado?

Dalva (Mãe da adolescente): A filha que ela ganhou solteira. É! Isso é ter passado pra ele. Que cabeça, né?

O genograma a seguir representa o relacionamento exis-

tente entre os membros da família e aqueles aos quais se referiram e que observei durante nossos contatos.

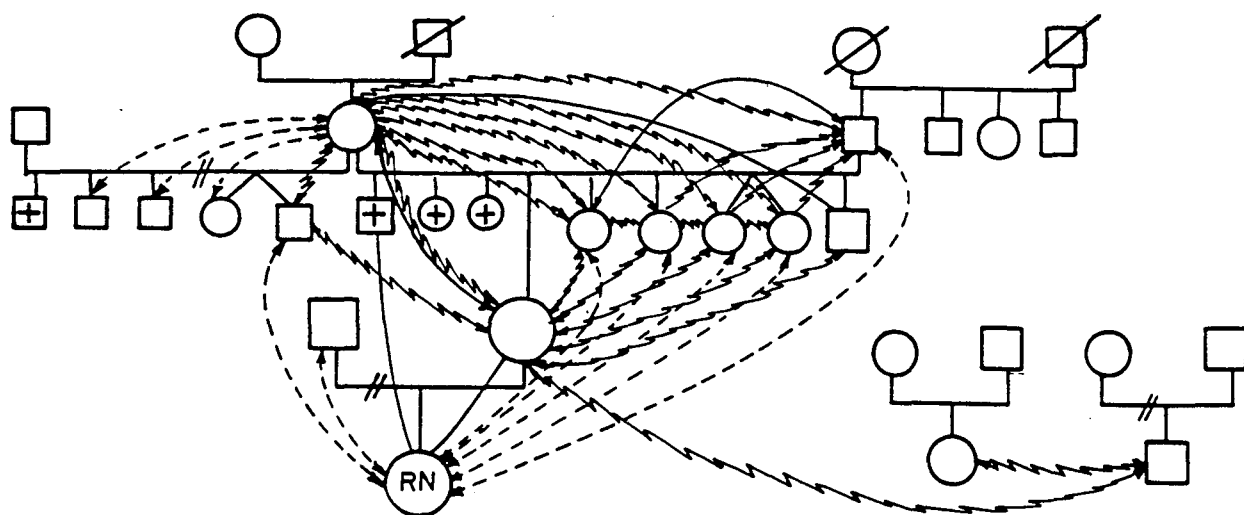


FIGURA 7 – GENOGRAMA INTERACIONAL DA FAMÍLIA 5

Acredito que a descrição destas Famílias esteja representando as caracterizações que compõem os conceitos de "Família", "Adolescente Grávida Solteira", "Recém-Nascido" e "Família da Adolescente Grávida Solteira".

Uma das maneiras de avaliarmos esse fato é retomarmos os conceitos e tentarmos identificar suas idéias abstratas com a realidade das Famílias do Estudo. Desta forma é possível, inclusive, elaborar o "verdadeiro conceito" de cada família.

Talvez esse tópico sozinho originasse um capítulo inteiro e não é meu objetivo tornar o trabalho ainda mais longo. Mas a idéia é, por exemplo: no conceito de "Família", logo no início lemos o seguinte:

É um sistema interpessoal formado por homens que interagem por variados motivos, tais como afetividade e reprodução, dentro de um processo histórico de vida, mesmo sem habitar o mesmo espaço físico. (p.74).

Transportando estas idéias para uma das Famílias do Estudo e substituindo-as pelos seus dados, poder-se-ia, dentre outras formas, redigi-las da seguinte maneira:

A Família 4 é formada por 5 indivíduos: Morgana, 68 anos, mãe de criação da adolescente, viúva há 3 anos, Gina, 16 anos, mãe adolescente, residindo com Morgana desde os 3 anos, quando sua mãe (irmã de Morgana) a deu para criar, Diogo, recém-nascido de Gina, cujo pai ainda não conhece; Maria Eunice, 45 anos, irmã de Gina, Jaime, 11 anos, filho de Maria Eunice, separada do marido há muitos anos. Ultimamente, por vínculo afetivo, reside com a família o namorado de Gina.

Residem na cidade de Florianópolis, em uma casa localizada em um dos morros mais acentuados da capital. A casa é de madeira, 3 cômodos, sem saneamento básico... A origem étnica da família é africana. Sempre residiram nesta cidade.

Morgana, a "mãe" da adolescente tem mais 9 filhos e outros parentes que residem em locais da Grande Florianópolis e com os quais a família costuma manter relações continuamente, tanto visitando-os como recebendo-os em sua casa. Nessas relações costumam trocar conhecimentos, práticas e recursos...

A interferência de parentes que não residem num mesmo espaço físico, observada nas Famílias 2 e 4, é uma característica que já havia acompanhado em trabalhos com outras famílias da capital. É o que ZIEGEL & CRANLEY (1987) denominam de "família ampliada", ou seja, "é composta do grupo maior de parentesco. Geralmente ela inclui pelo menos genitores e irmãos do casal e, com freqüência, os avós, tios, tias e sobrinhos" (p.214).

O que percebo é que o sentido de "Família" está relacionado geralmente aos processos de ajuda, de apoio, que acontecem entre parentes consangüíneos ou por laços sociais, como o casamento e a adoção. Isto não se percebe na Família 5, única do estudo com característica de nuclear.

As três famílias apresentam crenças/valores, práticas, necessidades e recursos de forma diferente umas das outras. O que

elas têm em comum é a base desses elementos: o ambiente externo em que vivem, cujos estímulos sócio-culturais recebidos são elaborados conforme características de cada família, de cada um de seus membros, resultando num viver particular, caracterizando cada família como grupo "único", mesmo quando apenas representam um conjunto de pessoas reunidas e não propriamente um "grupo", como senti na Família 5.

5.3. Cuidar/Cuidado

O cuidar/cuidado representa a metodologia da assistência neste trabalho. Consiste no desenvolvimento de um conjunto de procedimentos sistematizados para atingir o objetivo de cuidar das Famílias. Este conjunto de procedimentos é denominado "Processo de Enfermagem".

Este método de atuação do enfermeiro tem sido desenvolvido, em conceitualizações e modelos variados, há muitas décadas, por enfermeiros que acreditam ser este o nosso instrumento de trabalho.

Compreendo o **Processo de Enfermagem** (que caracterizo por cuidar/cuidado) como **interações** entre o enfermeiro e o cliente indivíduo, família, outros grupos sociais, e comunidade. Estas interações se fundamentam nos **elementos do cuidar** (p.72) e nas "Estratégias..." (p.151) e têm como objetivo atender as **necessidades de cuidado** do cliente. Possui três componentes básicos que se interligam e se complementam continuamente. São eles: **levantamento dos dados, diagnóstico de enfermagem e plano de cuidados** de enfermagem (cuidados, implementação e avaliação). O Processo de Enfermagem representa a operacionalização do "Marco Conceitual".

A prática do processo nesse trabalho envolveu a família como grupo, a adolescente e seu recém-nascido e cada um dos demais membros da família.

5.3.1. Levantamento dos Dados

Este componente é, segundo STANTON et al. (1985), a primeira fase no processo de enfermagem, embora possa ocorrer durante todo o processo, com exceção da fase de diagnóstico. Sobre esta afirmação, acredito que também durante o diagnóstico é possível colher os dados, pois nem sempre interrompemos a interação enquanto fazemos diagnóstico, sendo que, inclusive, muitas vezes é necessário que este seja imediato quando requer um cuidado imediato e durante o cuidado estamos colhendo dados também e avaliando para mais um diagnóstico.

Para LEININGER (1978), é essencial que o enfermeiro faça, antes de iniciar o seu trabalho, a "avaliação culturoológica", através da apreciação sistemática ou do exame dos indivíduos, grupos e comunidades, em seus **valores, crenças e práticas culturais**, atuais e no passado, para determinar as **necessidades** e servir como um guia para a elaboração de planos de intervenção para os cuidados de enfermagem, no contexto cultural do cliente. Acrescentei a esta conduta de Leininger aquela referente à necessidade: **de fazer o levantamento dos recursos disponíveis, no ambiente particular e externo do indivíduo** para os cuidados de promoção à saúde e tratamento de doenças, pois na limitação ou falta destes, qualquer planejamento pode não se efetivar adequadamente ou até ser impossível de implementar. Além disso, para cuidar holisticamente precisa-se primeiramente colher holisticamente.

A) **Procedimento no Levantamento dos Dados** - Partindo da compreensão das considerações acima, e do próprio "Marco Conceitual", desenvolvi o levantamento dos dados dentro de uma abordagem qualitativa. Neste tipo de abordagem, o mais importante é a caracterização das significações que os próprios indivíduos do estudo possuem de suas experiências de vida. São estes elementos que norteiam as interpretações que o pesquisador (enfermeiro) faz das situações que se apresentam. Para atender a este propósito, pretendia utilizar a **técnica da observação participante**, segundo LEININGER (1985), cujo processo compõe-se das seguintes fases: observação; observação e participação e observação reflexiva.

Na primeira fase pretendia, basicamente, observar o ambiente familiar relacionado ao contexto físico e às relações intra-familiares e, se necessário, à vizinhança. Na segunda fase pretendia continuar com a observação e iniciar a participação gradativa, conforme aceitabilidade e expectativa da família. Esta fase seria acompanhada de entrevista, através de questões abertas, referentes àqueles aspectos observados durante a primeira fase e a partir das situações surgidas durante a participação nesta fase, sempre no sentido de compreender as situações a partir dos significados do cliente.

• Após alcançar os objetivos da segunda fase, pretendia passar à terceira fase. Nesta fase intensificaria a participação nas atividades da família e a entrevista, cujas questões, além daquelas características já mencionadas, poderiam ser semi-estruturadas, no sentido de compreender os dados até então coletados e de forma a colaborar no levantamento de outros dados necessários para a elaboração do diagnóstico de enfermagem e do plano de cuidados.

Finalmente, na última fase, segundo LEININGER (1985), o pesquisador reflete sobre os dados até então levantados e, após, volta ao campo para certificar-se com o cliente sobre a compreensão que teve desses dados. Entendia, já no planejamento, que, sendo o propósito do levantamento de dados buscar os elementos que subsidiariam os cuidados de enfermagem, esta fase não significaria o último momento do levantamento, mas o último momento do primeiro processo, visto que, quando se objetiva cuidar, o processo de levantamento de dados é contínuo, pois o viver do cliente é dinâmico e suscetível a mudanças. Assim é que pretendia utilizar esta técnica em todos os momentos de contato com a família, apenas não havendo mais necessidade da primeira fase do processo, onde o básico é a observação sem participação.

Na prática essas fases ocorreram, mas com algumas modificações, ou melhor dizendo, com outras particularidades. Acredito que isso se deu em função do objetivo da utilização desta técnica, que não se propunha apenas a pesquisar dados, mas principalmente a cuidar.

As modificações ocorridas na técnica da observação participante aconteceram a partir da dinâmica de cada família e até de cada situação que se apresentava. Assim, em algumas famílias foi necessário cuidar durante as fases em que a prioridade prevista para o momento era a observação do contexto. Sendo assim, nem sempre foi possível afastar-me do campo para refletir e após voltar para certificar-me, ou validar com o cliente o que havia compreendido. Foi sim, necessário manter contínua postura de reflexão e análise dos dados (referenciados e observados) para reconhecimento das necessidades de cuidado do cliente.

Neste sentido, compreendo que a "avaliação culturoológica" a que Leininger se refere precisa ser relativizada, pois nem sempre há necessidade ou há tempo para conhecermos tudo do cliente para só então prestarmos o cuidado. Entendo, sim, que para cada necessidade (referida ou discutida com o cliente) é preciso fazer o levantamento de representações, ou seja do significado para seu viver, em relação à saúde e doença, à premissa do caso, suas práticas, e então planejarmos o cuidado.

B) Estratégias para Levantamento dos Dados - A responsabilidade e o sucesso do levantamento de dados através da observação participante "pesa quase que inteiramente sobre os ombros do observador salvo, obviamente, naqueles aspectos que são fontes de vieses e que emanam do exterior..." (HAGUETTE, 1987, p.68). Neste sentido elaborei estratégias que desenvolvessem a metodologia qualitativa de forma mais operacionalizada. Ressalto que como estratégia básica foram utilizados os próprios **elementos** do "Processo de Cuidar", conforme consta no conceito de "Cuidado" (p.72).

Estas estratégias estão apresentadas a seguir. Algumas são acompanhadas por exemplo ou descrição de como foram desenvolvidas. É possível também percebê-las no conteúdo de outros itens do trabalho, inclusive na descrição das Famílias (p.100).

a) Coletar os dados no domicílio, local de trabalho, lazer ou qualquer outro local, se necessário, de conformidade com o cliente.

Nas famílias do estudo os dados foram colhidos nos seguintes locais:

- Família 5: No domicílio, com exceção de uma chamada

telefônica para mim e de um momento na parada do ônibus com a mãe adolescente. (Semanalmente)

- Família 4: Na maternidade e no domicílio. (Semanalmente)

- Família 2: No domicílio, na maternidade e no automóvel, junto à mãe da adolescente, que sempre que queria falar em particular comigo se oferecia para me levar em casa. (Quinzenalmente)

Uma das mais efetivas formas de se conhecer o viver de um indivíduo é participar de seu ambiente. Na família, este ambiente é o local onde residem. Apesar disso existe a preocupação de que durante a visita domiciliar

a família pode não se comportar naturalmente, que eles podem usar seu "melhor comportamento", e que a inserção de um estranho na casa cria uma situação atípica..." "Na prática entretanto, o comportamento familiar durante a visita desvia-se do comportamento habitual apenas em grau, não em qualidade..." Podemos não ver o conflito aberto entre os pais, mas, para o observador astuto, sentimentos e atitudes serão revelados. Frequentemente os pais estão ansiosos para mostrar o "pior lado" deles e dos filhos, como se quisessem provar a existência de seus problemas e justificar sua necessidade de ajuda (ACKERMAN, 1986, p.137).

b) Utilizar o primeiro momento da coleta de dados para iniciar o processo de interação que acompanhará as demais fases do Processo, principalmente o cuidado de enfermagem.

Para atingir esta finalidade já me preparava antes de sair de casa. Tinha a preocupação de me vestir de acordo com as características da família, mas sem perder minha individualidade. Em minha experiência com comunidade havia aprendido que existiam famílias, ou outros grupos, que se sentiam inferiorizados, ou menos à vontade (alguns inclusive referiam "ver

gonha") quando em contato com profissionais da saúde cujo vestuário era sofisticado para a realidade em que se inseria. Da mesma forma agi com relação à família de classe média, pois desde o primeiro momento percebi que a aparência pessoal, incluindo o vestuário, era um valor constante.

Neste primeiro momento procurava me colocar à disposição das famílias para seus questionamentos, deixando bem claro meus propósitos e minhas necessidades, levando-as a sentirem-se elementos de decisão no processo.

c) Expor os objetivos do trabalho à família, discutindo os mesmos e solicitando sua participação, garantindo sigilo e anonimato dos dados. Combinar as visitas domiciliares em dias e horários adequados à família e de forma a garantir a possibilidade de observação de momentos em família.

No primeiro momento costumava mostrar o Projeto. Discutia com a família a metodologia do trabalho e, conforme a oportunidade investigava suas experiências anteriores com enfermeiros. Posteriormente, mostrava as anotações que fazia das visitas e o próprio prontuário, salientando-lhes que eram identificados nos registros por nomes fictícios. A Família 2 apresentou questionamentos e demonstrou conhecimento sobre o significado do trabalho nos seus termos metodológicos. As Famílias 4 e 5 preocupavam-se por acharem que não estavam "colaborando" com o trabalho, em função da dinâmica em que ocorriam as visitas.

Com relação aos horários de visita, as Famílias 4 e 5 deram preferência ao período da tarde, "qualquer dia", sem limite nos horários. A Família 2, porém, além de limitar o dia da semana em um só, também determinou apenas o horário da noi-

te.

Durante o dia é difícil porque a Ana estuda de manhã o 2º grau, e a tarde para o vestibular. O melhor dia é às 5ª feiras, a partir das 19:30 horas (Mãe da adolescente).

Aliás este é um elemento que pode ser considerado uma limitação para o trabalho em família de forma constante, pois há o inconveniente do horário determinado pela família não coincidir com o horário disponível pelo enfermeiro.

A não flexibilidade dos horários também não facilita a coleta de dados, pois desta forma não há possibilidade de observação e participação em momentos variados do viver das famílias. Além disso, em certos momentos ou certos horários ocorrem mais interferências, o que impede uma interação mais próxima entre enfermeiro e cliente. Isto ocorreu freqüentemente nas famílias do estudo em função da presença de amigos, vizinhos, parentes e, principalmente, com muita freqüência, a interferência da televisão, como no caso da Família 4.

Naturalmente que muitas vezes era a partir dessas interferências, principalmente daquelas relacionadas à presença de outras pessoas, que identificava muitas crenças, valores, práticas e a abrangência da participação dessas pessoas nas questões de saúde e doença da família, além do que essas situações favoreciam o levantamento de dados de forma mais informal, mais participante, como no exemplo do diálogo seguinte:

Morgana (Mãe da adolescente): Eu disse! Tu tens que te cuidar. Não precisa fazer nada!

Gina (Adolescente): E a roupa dele, mãe? Tá toda suja!

Morgana: Eu lavo. Comprei até sabão em pó. É bom, dona, sabão em pó nas fraldas?

Cidinha (vizinha): Eu não uso. Faz mal. A pele deles é muito fininha!

d) **Ter clareza do seu conceito de "Família" e do conceito do cliente, assim como do ambiente e da definição do objetivo da interação que está havendo (DELANEY, 1986).**

A partir do conceito que apresentavam de família era possível captar seus valores e inclusive identificar os membros que realmente consideravam família, e sendo assim, aqueles que podiam interferir nas práticas da família ou necessitar de cuidados do enfermeiro. Sendo meu conceito de família abrangente, incluindo membros de outros espaços físicos, foi possível trabalhar com os conceitos de forma harmônica, pois as Famílias do trabalho se adequaram dentro de minhas significações de família. Para ZIEGEL & CRANLEY (1987) esse é um aspecto importante para o enfermeiro trabalhar em família. Segundo os autores, "antes de fornecer cuidados para qualquer família é necessário ter claro os sentimentos de suas próprias famílias e de seus valores em relação à vida familiar e a reprodução. Quando firmes em suas próprias crenças, eles serão mais capazes de intervir nas famílias sem fazer um julgamento de valor" (p.215).

O levantamento deste conceito não ocorreu de forma idêntica em todas as famílias e nem foi possível colher esse dado de todos os seus integrantes. Eram colhidos através de questões semi-estruturadas e através da interpretação dos diálogos e situações que vivenciava com a família.

e) **Utilizar a linguagem do cliente, estimulando ambiente de liberdade para acomodarem-se e expressarem-se a seu modo.**

Em alguns momentos tive dificuldade de compreender o significado de certas palavras ou expressões que os clientes

apresentavam. Nesses momentos procurava esclarecer com eles o significado e, posteriormente, quando surgia outra oportunidade, expressava-me da mesma forma. Em outras oportunidades fiz traduções de certas expressões que eu utilizava, principalmente daquelas relacionadas a termos técnicos, perguntando-lhes como costumavam falar.

Naqueles momentos que apresentavam expressões que comumente são identificadas como "palavrões", procurava agir naturalmente, nem reprimindo, nem estimulando, apenas compreendendo sem julgar.

f) **Estabelecer e fomentar, desde o primeiro momento, uma relação de confiança, através do respeito à individualidade (suas crenças, valores, limitações e potencialidades), sendo honesto, não fazendo julgamentos, sendo empático, sabendo ver através da visão de mundo dos indivíduos: demonstrando interesse, preocupação; cumprindo acordos, falando de si próprio, se houver interesse do cliente, sendo autêntico. A confiança é fundamental para a interação e para o próprio cuidado (Baseado em HAMES & JOSEPH, 1986; AIKEN & AIKEN, 1973 e SUNDEEN et al. 1985).**

O sentimento de confiança nas interações com a família foi acontecendo de forma gradativa. Tinha a impressão que a confiança tornava-se efetiva quando iniciaram os desabafos de questões familiares, incluindo queixas quanto ao comportamento de alguns de seus membros; quando discutiam entre si na minha presença, o que ocorreu em tempos diferentes em cada família, e quando confidenciavam ou comentavam determinados assuntos apenas comigo. Este fato ocorreu em vários momentos na Família 2.

A Família 2 desde o primeiro contato fez questionamentos sobre a minha pessoa. Nas demais famílias isso ocorreu somente mais tarde e quando aconteceu estava relacionado ao diálogo, à situação que estávamos participando.

Acredito que o "falar de si próprio" foi, em determinados momentos, peça fundamental no levantamento de dados, como mostra a reflexão abaixo:

Durante o diálogo com o Júlio achei melhor falar de experiências de minha vida nos aspectos de interesse do cliente, com o objetivo de facilitar o diálogo. Penso que é válido e acho até que fez parte da "troca de idéias". Além disso havia também a expectativa de conquistar sua confiança para em outra oportunidade conseguir dele próprio a explanação de seu problema de alcoolismo. Tal não foi minha surpresa frente à facilidade que Júlio falou que seu problema "é a cana". Sei quanto é difícil para um indivíduo assumir que é alcoolista, principalmente porque sua mulher havia referido que ele não queria nem que se dissesse "isso dele". Fiquei contente, pois esse é um fator básico, essencial para se iniciar a proposta de tratamento deste problema (Notas do Enfermeiro, 3ª visita).

g) Estar atento para captar as crenças e valores da família, distinguindo-os daqueles valores colocados por outras culturas e que estejam interferindo nas suas questões de saúde e doença.

Todas as três famílias do estudo apresentavam valores desenvolvidos ou elaborados a partir de influências originadas de interações com outras pessoas, ou através do contato passivo com a comunicação da televisão. Quanto maior era o envolvimento dessas interações, maior era a dinamicidade da elaboração desses valores na família. Como ocorreu com frequência, nem todos os membros de uma mesma família elaboravam o mesmo valor, ou da mesma forma. Percebia esses aspectos durante as situações em que comentavam sobre outras pessoas e suas

relações e também durante as visitas que recebiam em casa.

Esta não foi uma estratégia difícil de seguir pois normalmente as histórias que contavam e os momentos de diálogos que ocorriam eram "recheados" de crenças/valores e práticas.

Anita (Avó da adolescente): É, os nervos aumentam a pressão.

Marina (Mãe da adolescente): Eu estou muito tensa. Não dormi esta noite preocupada com a Ana. Pensei que era esta noite. Queres um cafezinho, Zuleica?

Anita: Mas do jeito que essa rapariga tremia eu pensei que era pra já. A lua é cheia ainda dia?

Ana (Adolescente): Aqui ó, vó! Nós já vimos (mostra o calendário).

Enfermeira: Já decidiram sobre a maternidade?

Marina: Ela quer na "A". Eu também. Ganhei todos os meus filhos lá. Gosto mais de lá que da "B". Lá os médicos são mais antigos, confio mais.. (Família 2).

h) Manter durante todos os momentos do levantamento dos dados a visão holística do homem (STANTON et al. 1985). A visão holística de um contexto cultural é a base para ouvir e/ou observar o cliente (LEININGER, 1978).

Tendo os conceitos de "Homem" e de "Ambiente" sempre presentes foi possível desenvolver esta estratégia sem grande esforço. A visão holística era constante no levantamento de dados oportunizando que o somatório e a inter-relação desses dados fossem gradativamente fornecendo a visão global do cliente. O tempo e a qualidade dos momentos de vivência com o cliente foram variáveis muito importantes para desenvolver essa visão global.

Tive apenas uma oportunidade de conhecer muito de um cliente em poucos minutos. Foi na Família 2, através de uma participação que considero que se possa caracterizar como "Consulta de Enfermagem", conforme definição em bibliografia espe-

cífica. Naquela oportunidade o cliente (Saulo, irmão da adolescente) mostrou-me seus exames e deste aspecto passamos a conversar sobre seus sentimentos, suas práticas em casa, no trabalho, no lazer, nos cuidados à saúde e tantos outros dados que tive que colher para atender suas preocupações no momento.

i) Utilizar os conhecimentos das ciências biológicas, da Antropologia, da Psicologia e da Sociologia durante a coleta dos dados para auxiliar na investigação, fazendo análise e retornando à questão, inclusive com exame físico, se necessário.

Esta estratégia foi uma constante, pois do contrário a visão não seria holística. Houve necessidade de buscar subsídios na literatura e com colegas para retornar e aprofundar as questões, como, por exemplo, na Família 2, nos problemas intercorrentes da gravidez no corpo da adolescente, na Família 5, nas suas questões raciais que estariam interferindo no viver de todos os seus membros.

j) Usar os sentidos, durante os contatos com a família (visão, olfato, audição e tato). Estar atento para as expressões verbais e não verbais, procurando identificar sua linguagem e seus sentimentos.

Aguçando esses sentidos, tive através deles a possibilidade de ver/sentir o ambiente, o corpo das pessoas, principalmente através das suas manifestações e da linguagem não verbal. Dessa leitura originavam-se outras observações, outros questionamentos que necessitavam novamente desses sentidos para validar ou colher outros dados.

Além desses quatro sentidos acredito que deva ter exis-

tido outro que se costuma chamar de intuição, talvez o resultado de reflexões das mensagens originadas pelos demais sentidos e principalmente pela sensibilidade de utilizar os **elementos do Cuidar**, mais especificamente "presença", "empatia", "interesse", "o ouvir atentamente", "o calar" e "o refletir com o outro", que posso caracterizar como **sentir o outro**.

O resultado dessa reflexão, quando colocada ao cliente, fortalecia a interação existente e por consequência, a confiança no trabalho.

1) **Iniciar o levantamento de dados por um elemento da família e estudá-lo cuidadosamente, de preferência aquele que aparenta ser o informante que melhor possa relatar sobre a família** (Baseado em LEININGER, 1978).

Essa estratégia, sem dúvida, é de fundamental importância para o levantamento de dados, mas não é imprescindível. É preciso relativizá-la de certa forma, pois nenhum indivíduo apresenta a mesma leitura de mundo, ou de todos os fenômenos que se apresentam. Nas famílias do estudo não foi possível desenvolver essa estratégia na íntegra. O que percebi é que todos os membros da família tinham condições de relatar aquilo que era rotineiro, porém o que dependia da história de vida era melhor relatado por aquele que vivenciara a experiência.

Sem dúvida, conhecermos um pouco da família, de cada um de seus membros, colabora muito, pois favorece a elaboração de estratégias para colher dados para abordagem desses outros indivíduos. Isso me ajudou em várias situações, como, por exemplo, na Família 5. Através do relato da esposa pude elaborar estratégias para abordagem do seu marido, mais especificamente

no que se referia ao alcoolismo, o que, segundo ela, seria "difícil", pois "ele não quer nem que se diga que ele toma. Ele diz que não é alcoólatra".

m) **Ver cada membro da família individualmente, sem perder o sentido da unidade familiar. As variações culturais se tornam aparentes quando se examinam diferenças entre dois ou mais indivíduos em crenças e formas de tratar problemas de saúde e problemas de vida, além de formas gerais de manter a saúde (LEININGER, 1978).**

Foram vários os momentos nos quais, mesmo sem eu perguntar diretamente, um membro da família contradizia a prática do outro. Isso ocorreu principalmente entre os adultos e os adolescentes.

Nas Famílias 4 e 5 foi simples desenvolver esta estratégia, mas na Família 2 isto praticamente só ocorreu após a 6ª visita, quando então consegui colher dados dos membros da família além da adolescente:

Fico em dúvida se insisto em outro horário ou admito que o que a família quer mesmo é que eu cuide de sua filha. Na próxima visita preciso checar essa impressão, pois tenho como proposta levantar as necessidades da família de forma geral, e não apenas da gestante (Notas do Enfermeiro, Família 2, 5ª visita).

n) **Evitar interferir na dinâmica da família ou do indivíduo. Voltar à entrevista ou observação quantas vezes forem necessárias para completar os dados.**

A própria escolha do horário da visita já tinha como objetivo não interferir na dinâmica da família. Houve algumas oportunidades em que necessitei reformular o planejamento, prin

principalmente no tempo previsto, como ocorreu nas Famílias 2 e 4 ao necessitarem sair de casa no período da visita, ou quando precisei interromper meu trabalho para suas refeições ou outras atividades. Naturalmente que nestes últimos casos aproveitava para observação de suas práticas. Mas em alguns casos não foi possível evitar a interferência:

Há constantemente em mim a preocupação de não interferir na rotina da família, pois por mais que pensemos não estar perturbando é algo que dificilmente podemos evitar. O Saulo só foi jantar quando eu saí. Espero não ter causado constrangimento para sua irmã (Notas do Enfermeiro, Família 2, 4ª visita).

o) Procurar reforçar os aspectos positivos dos indivíduos e da família durante o levantamento dos dados e demonstrar consideração sobre suas queixas.

A utilização desta estratégia ocorreu em todas as famílias do estudo e em alguns casos, que só fui identificar mais tarde, durante o desenvolvimento do trabalho, não somente favoreceu o aspecto de interação entre nós, como também foi um elemento terapêutico, considerando que reforçar, ou até levantar o aspecto positivo do indivíduo, era então uma de suas necessidades de cuidado no momento.

... Foi bem ter vindo hoje, só assim a gente conversou. Foi um prazer lhe conhecer, seu Júlio. O senhor é uma pessoa maravilhosa. É bom conversar com o senhor... (Para o pai da adolescente, Família 5, 3ª visita).

p) Manter atitude aberta e curiosa, uma vez que tais atitudes facilitam o aprendizado sobre a cultura, suas mudanças, conflitos, "estresses" e história, auxiliando o enfermeiro a entender o porquê dos valores, crenças e práticas culturais (LEININGER, 1978).

Certamente que muito da efetividade e quantidade de dados que obtive das famílias teve como fator fundamental a utilização desta estratégia. Escutar o que falam, seja lá o que for, leva ao conhecimento de sua realidade, além de intensificar a interação. As situações que mais me oportunizaram colher dados foram aquelas em que conversávamos de forma a se caracterizar como "social", principalmente naquelas situações em que havia outras pessoas participando, além dos membros da família.

Outro elemento importante para conhecimento da família, ou dos indivíduos, é investigar sua história de vida. Muitas vezes é a partir desta que se compreende o seu presente. E foi muitas vezes através daquelas conversas "sociais" que tive oportunidade de conhecer a história desses indivíduos. A passagem citada abaixo pode ilustrar melhor:

Enfermeira: Gina, tira a luvinha dele? Gostaria de ver as mãos dele. Só vi no primeiro dia, não me lembro mais como são!

Retirou as luvinhas (meias) do menino.

Enfermeira: Gina! Como ele tem os dedos compridos, os teus são curtos...

Gina: Puxou o pai. Ele tem as mãos assim, ó (mostra o tamanho). Ele me dava cada soco! Quase quebrava minha nuca. Ele judiou muito de mim.

Enfermeira: Mas tu ainda gosta dele?

Gina: Eu, não!

Enfermeira: Então aquele "moço" que disseste que gostavas é outro?

Gina: É. Eu fiquei junta com ele 3 mês. Ele me deixou quando eu tava de 5 mês do "menino". Esse eu gosto. Ele morava aqui em casa. Ele não me batia, mas o outro! Um dia ele subiu o morro me batendo desde lá de baixo. Eu chorava muito, mas cheguei em casa e não dizia nada pra mãe.. É, ele me deixou marcada. Ele gosta mesmo de deixá as moça marcada...

Enfermeira: Em que lugar ele te deixou marca?

Gina: Como assim? Ele me deixou marcada!

Enfermeira: Em que lugar do teu corpo tu tens a marca?

As duas (adolescente e amiga) se olharam e soltaram gargalhadas.

Enfermeira: O que é, Gina? Não estou entendendo? (Continuavam rindo).

Gina: Aqui ô, Zu, aqui tá a marca! (apontando para o "menino" e continuando a rir).

Mas em várias oportunidades me esqueci desta estratégia, principalmente nas dinâmicas muito complexas:

Preciso investigar as crenças e valores mais diretamente, como por exemplo: "Por que fez isso, por que quer aquilo? (Notas do Enfermeiro, Família 5).

q) **Refletir sobre os pequenos e grandes aspectos do comportamento dos indivíduos.** Quando o enfermeiro avalia comportamento cultural, ele deve documentar o que vê e ouve e então conferir suas observações e interpretações com o informante (validar, reafirmar ou mudar sua interpretação) (LEININGER, 1978). A passagem seguinte ilustra essa estratégia:

Enfermeira: Aquele dia que vim aqui e vocês não estavam, vi muitas roupas no varal, mas não tinha nenhuma do menino. Estavam dentro de casa como estão hoje?

Morgana (Mãe da adolescente): É pra não apanhar lua. A gente recolhe cedo, e quando sai e não sabe que hora vai voltá a gente deixa dentro de casa.

Enfermeira: Por que não pode apanhar lua?

Morgana: Pra não dar cocô verde. Outra coisa boa é mostrá a criança pra lua. Ele não foi mostrado ainda.

Suzi (Amiga da família): Diz que é bom pra não ter dor de barriga, né?

Enfermeira: Como é que se faz?

Morgana: Pega a criança assim, ô, numa noite de lua e faz assim (mostra como faz): "Lua, lua, luá! Não deixa essa criança se passá! (Família 4, 6ª visita).

Vale reforçar que esta estratégia era uma constante no processo, principalmente naquelas situações que geraram o cuidado. Mesmo assim, até a conclusão do levantamento dos dados para constar no trabalho, nem todas as reflexões foram validadas com o cliente, pois estas precisam ser feitas, se não houver urgência, de forma gradativa, quando o diálogo ou as si-

tuações favorecem esse tipo de intervenção.

Ocorreu, também, em várias situações, que muitas de minhas observações não precisaram ser validadas com o cliente diretamente, as respostas vieram naturalmente, a partir de outras observações.

r) Evitar fazer perguntas em demasia ou insistir sobre assunto que tenha gerado constrangimento. Aguardar outra oportunidade após fortalecimento da interação (a partir do estabelecimento de confiança).

Foram poucos os momentos em que tive que interromper por estar havendo constrangimento do cliente. Na Família 2, por exemplo, quando conversava com a adolescente sobre as reações da família e do namorado a sua gravidez, a garota apresentou muita dificuldade para falar e balançava as pernas continuamente. Na Família 4 senti que a mãe da adolescente tornava-se constrangida quando sua filha relatava suas relações com o pai da criança e com outro de seus namorados. Nesse momento seu olhar se modificou, a musculatura do rosto tornou-se tensa e acabou se retirando do local. Na situação da Família 5, além do constrangimento do cliente (pai da adolescente), eu também fiquei constrangida e insegura.

Fico em dúvida como devo encaminhar os momentos de "bate-boca" que ocorrem. Preciso validar como o Júlio se sente nesses momentos em que é humilhado, menosprezado, pois procuro interromper pensando na preservação de sua integridade, no respeito que merece... (Notas do Enfermeiro, 5ª visita).

Em alguns momentos esta estratégia, que se pode até caracterizar como cuidado, acabava prejudicando o levantamento de outros dados:

Poderia ter conseguido muitas informações para meu trabalho, principalmente referente à comunicação intra-familiar, durante o desabafo de Marina em relação à sua filha, mas achei melhor interromper porque considerei a saúde dela, cuja reação era nitidamente de mal-estar. Inclusive a PA elevada pode não ser apenas consequência do edema, mas também das emoções (Notas do Enfermeiro, Família 2, 7ª visita).

s) Participar, nas visitas domiciliares, das atividades da família quando já houver estabelecimento da interação para observar e conversar sobre crenças, valores e práticas relacionadas às atividades.

Nas Famílias 4 e 5, logo a partir das primeiras visitas já foi possível participar de suas atividades, talvez pelas próprias características dessas famílias, associado ao limitado espaço físico das suas residências, que facilitava nossos contatos.

Na Família 2, somente após a 6ª visita é que consegui participar de algumas de suas atividades, mesmo assim por poucos instantes. Normalmente a Família me deixava "à vontade", como costumavam falar, com a adolescente num local afastado das atividades que a família desenvolvia. Durante as últimas visitas, quando a criança já havia nascido, é que me senti (ou me deixaram) à vontade para participar de suas atividades. Coincidentemente, foi neste período que a família começou a participar de fato do evento gravidez. Foi nesta oportunidade que conversei efetivamente com o pai da adolescente e com o irmão mais novo. Com o irmão mais velho eu não falei, com exceção dos cumprimentos ao chegar e ao sair de sua casa.

Nas reflexões da 5ª visita escrevi estas duas notas:

Penso que vou conseguir checar melhor crenças, valores e práticas quando o nenê estiver em casa e a família estiver participando.

Uma coisa que senti hoje é que seu pai está sempre presente, apesar de afastado. Sinto que ele está atento ao que se passa, só não interfere. Já o mesmo não sinto de seu irmão mais velho, que parece não estar ligado ao seu processo de gravidez.

t) Evitar fazer anotações durante a entrevista ou durante a observação. Usar gravador desde que sob autorização do cliente.

Em nenhuma das Famílias do estudo fiz anotações durante as visitas, com exceção daqueles dados de identificação da Família. Nem mesmo houve negociação para uso do gravador, pois considerei que isso poderia prejudicar nossa interação e interferir na dinâmica da família e na minha participação nas atividades do grupo, pois precisaria me deslocar pela casa com o gravador.

Esse fato me obrigou a desenvolver a capacidade de memorização e de elaboração da técnica de registrar, como as "notas breves". Logo ao sair da casa do cliente (no ônibus, no carro) iniciava as anotações, priorizando as expressões mais significativas referidas pelo cliente e listando as situações que ocorreram durante a visita, com algumas observações ao lado.

u) Executar cuidados (que envolvam educação e realização de técnicas) durante os primeiros momentos da coleta de dados somente frente às situações de emergência ou nos casos que seja demonstrado interesse pelo cliente.

Apesar de já estar tentando desenvolver essa estratégia-

gia em minha prática profissional, no início deste trabalho ainda apresentava alguma dificuldade em segui-la na íntegra. Ainda havia "seqüelas" do aprendizado que desenvolvi durante muitos anos, no qual era legitimado ao enfermeiro diagnosticar e agir, fazendo "coisas" ou orientando (despejando) suas verdades ao cliente independente da participação deste.

De forma objetiva, o processo de levantamento dos dados que ocorreu em grande parte do trabalho pode ser representado pela figura 8.

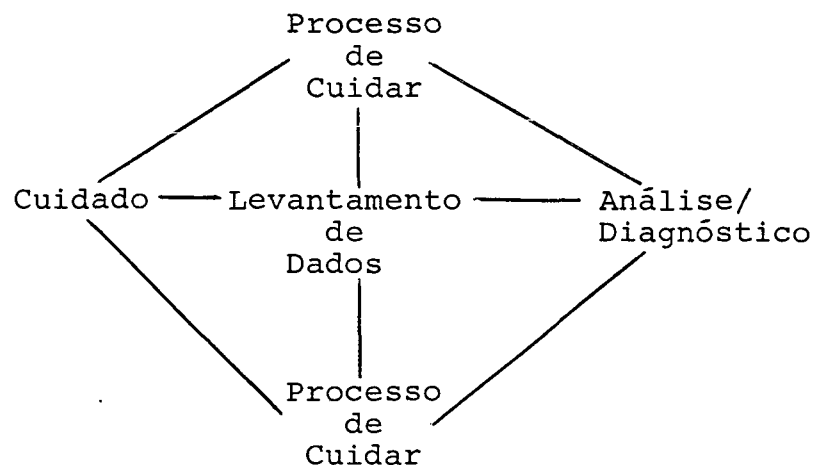


Figura 8 - Processo de Levantamento de Dados.

C) Foco dos Dados

Diante da necessidade de elaborar os instrumentos que iriam subsidiar o levantamento dos dados, vi-me diante do marco conceitual, do qual teria que extrair os elementos deste instrumento. "O que deveria levantar?" Neste momento percebi a quantidade de elementos que compunham os conceitos e sua complexidade. E, então, o outro problema. Como iria levantá-los? Uma das professoras que orientavam a Disciplina, sentindo o

problema, comentou:

Como vais trabalhar com tanta coisa?!
É muito amplo esse teu "ambiente"!
Precisas operacionalizar esses conceitos.

Tentei buscar uma forma de tornar os conceitos possíveis de serem levados à prática, como um guia de todo o trabalho. Após uma tentativa frustrada, consegui elaborar a operacionalização.

Operacionalizar, em primeiro lugar, significou a construção de categorias segundo técnicas de Guba e Lincoln, citado por LUDKE & ANDRÉ (1986). Estes autores sugerem que primeiramente se examine os dados, verificando se certos temas, observações ou comentários aparecem e reaparecem nos variados contextos. Os **aspectos que aparecem** com certa regularidade são a base para o agrupamento de informação em **categorias**. Em seguida, faz-se a **avaliação deste conjunto inicial de categorias**, que segundo os autores devem refletir os **propósitos do levantamento de dados** (o grifo é meu).

Na terceira etapa, o enfermeiro volta a examinar o material no intuito de aumentar o seu conhecimento, **descobrir novos ângulos e aprofundar sua visão**, podendo ainda **explorar as ligações entre os vários itens, tentando estabelecer relações e associações** e passando então a combiná-los, separá-los ou reorganizá-los. Finalmente, o enfermeiro procura ampliar o campo de informação, **identificando os elementos emergentes** que precisam ser aprofundados (o grifo é meu).

O propósito do estudo do "marco conceitual" era identificar os aspectos mais representativos dos seus conceitos, ou seja, aqueles dados que desenvolveria para prestar os cuidados.

Nos dois primeiros momentos desta tarefa identifiquei muitas categorias. Algumas delas foram descartadas pois não preenchiam os requisitos necessários para meu objetivo. Eram principalmente palavras que apenas ilustravam, compondo outras mais abrangentes ou então apresentando significados semelhantes.

Nas duas últimas etapas deste processo de análise identifiquei que havia dois conceitos, "Enfermagem na Família da Adolescente Grávida Solteira" e "Saúde e Doença", que contemplavam os demais conceitos e que se complementavam e se interligavam com o conceito do "Cuidado". Estes seriam os "conceitos representativos do Universo do Marco".

A análise destes três conceitos originou as categorias "História da Família", "Crescimento e Desenvolvimento", "Práticas", "Crenças/Valores", "Necessidades", "recursos" e "Expectativas". Seriam estas as categorias que iria aprofundar para o desenvolvimento do Processo de Enfermagem. Estas seriam as "Categorias Principais dos Conceitos". A figura 9 representa esta etapa.

Frente a este resultado passei à segunda etapa da operacionalização, na qual defini estas categorias de forma a torná-las funcionais, identificáveis para o levantamento de dados. Para esta tarefa utilizei os conceitos do próprio marco e de diversos autores, conforme a especificidade da categoria, além de contar com auxílio de dicionário da Língua Portuguesa (FERREIRA, 1986).

Após essa etapa, passei a responder a segunda questão: Como iria identificar estas categorias? Que significou traçar os procedimentos e estratégias para esta identificação. Para

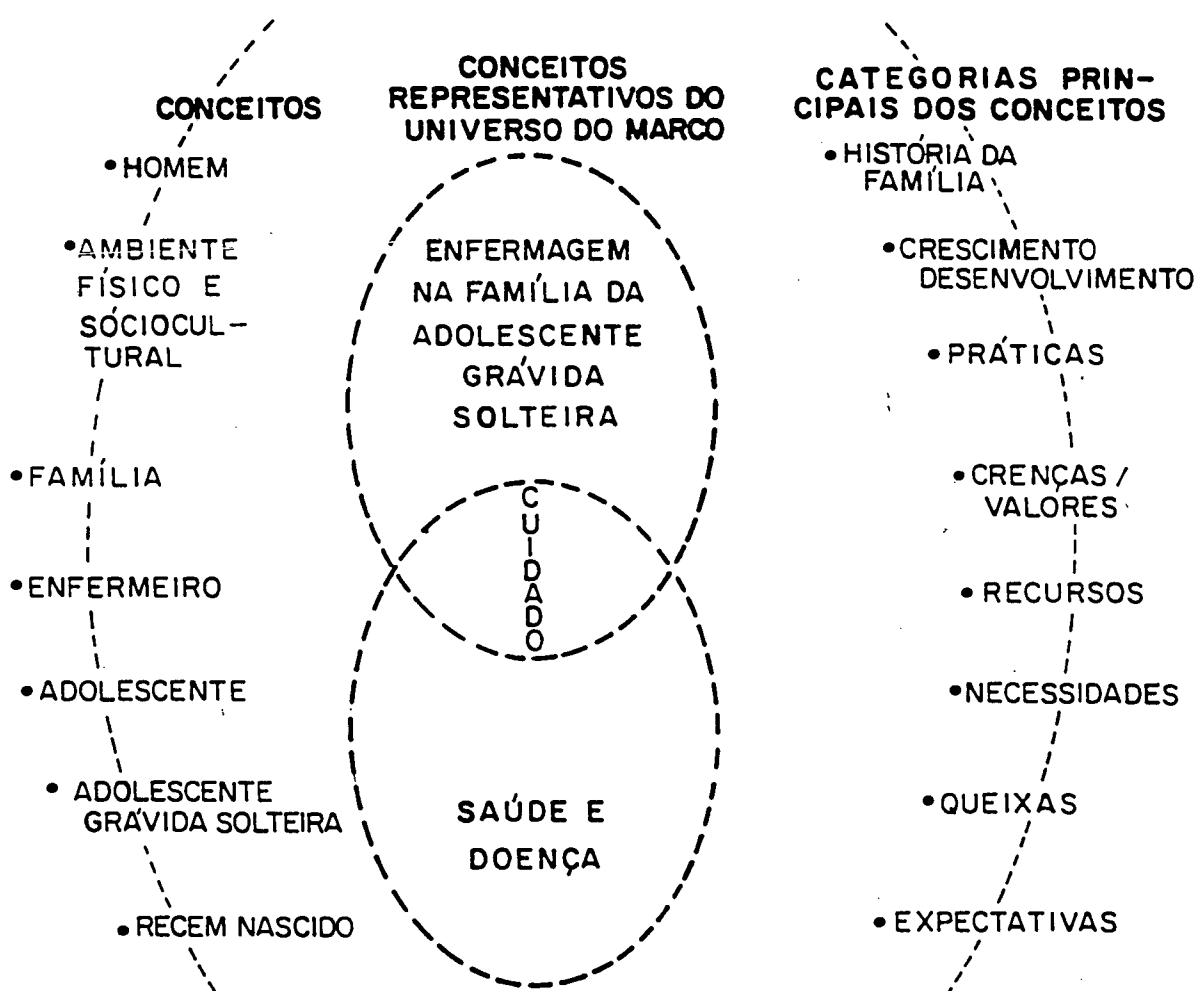


FIGURA 2 — CATEGORIAS PRINCIPAIS DOS CONCEITOS DO MARCO A PARTIR DO CONCEITOS REPRESENTATIVOS DO SEU UNIVERSO.

tanto, utilizei as próprias "Estratégias para levantamento dos Dados" e outros procedimentos de técnicas qualitativas (ELSEN, 1988; HAGUETTE, 1984; LEININGER, 1985a; LUDKE & ANDRÉ, 1986).

O conjunto desta operacionalização está representado no quadro a seguir pelo roteiro "O que identificar" nas categorias e "Como identificar".

Visando a compreensão do leitor e a possível utilização futura deste trabalho, apresento o instrumento "Subsídios para o preenchimento do Prontuário da Família" (Anexo 2), cujo conteúdo também auxilia na identificação dos dados: visto que apresenta de forma descritiva os elementos que precisamos levantar. No roteiro de operacionalização, os itens do subsídio estão citados por "ver item.....". A elaboração deste instrumento, bem como do "Prontuário da Família" (Anexo 1), foi subsidiada pelos conteúdos desenvolvidos nas disciplinas do Curso de Mestrado e pela experiência profissional no "Projeto de Assistência de Enfermagem a Famílias do Hospital Universitário de Florianópolis" (ELSEN et al. 1987).

OPERACIONALIZAÇÃO DO MARCO

O QUE IDENTIFICAR

COMO IDENTIFICAR

1. HISTÓRIA DA FAMÍLIA

- Composição familiar/dados biográficos. Ver item 1.2
- Mobilidade geográfica da família - item 1.7
- Experiências anteriores com trabalho do enfermeiro - item 3.1
- Situação anterior da família antes da gravidez da adolescente - item 3.7
- Estágios de desenvolvimento que a família vivenciou - item 5.9
- Histórico de saúde

. Entrevista

- . Expor objetivos e garantir sigilo
- . **Utilizar os elementos do "cuidar/cuidado"**
- . Iniciar por 1 elemento da família
- . **Evitar anotações junto ao cliente**
- . Consultar documentos
- . Ver fotos, tirar fotos

- Situações de gravidez, aborto e partos em 3 gerações
- Outros relatos significativos para melhor conhecimento da família - item 5.19.
- . Fazer representação em genogramas
- . **Estar atento à comunicação verbal e não verbal**

2. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

- Será considerado a partir da vida intra-uterina e visto em sua totalidade, fazendo-se comparação com os padrões referenciados na bibliografia e considerando-se as particularidades de cada indivíduo
- Aspectos anatômicos, funcionais e psico-sócio-culturais e espirituais - item 5.16
- Sexualidade e reprodução (educação sexual, planejamento familiar e atividades sexuais) - item 5.15, 5.16.
- . Observação (estruturada, não estruturada)
- . Participação
- . Entrevista
- . Exame físico
- . Consulta à bibliografia, documentos (registros de nascimento, dados de maternidade, exames laboratoriais, receitas médicas)
- . Ver fotos
- . Utilizar os sentidos (olfato, audição, tato e visão)
- . **Ver cada um elemento sem perder o sentido da totalidade**
- . Demais grifafos

3. NECESSIDADES

- Elementos de dimensões físicas, culturais, sociais e biopsíquicas que a família e indivíduos consideram como essenciais para a vida e para bem vivê-la.
- Podem ser identificadas através das referências de expectativas, queixas, valores, práticas em todos os itens do "subsídio".
- . Observação
- . Participação
- . Entrevista
- . Exame físico
- . Atitude aberta e curiosa
- . **Adequar horário e local conforme gosto do cliente**
- . Demais grifados

4. RECURSOS

- **Pessoas da comunidade para contatos** - item 1.6
- **Possibilidades que possuem para atender suas necessidades previstas** nesse período da vida, por exemplo: local na residência para abrigar mãe e RN, enxoval da criança, amparo do sistema de saúde popular e profissional... - item 3.8.
- **Contexto Físico** - item 4
 - . Terreno/habitação
 - . Saneamento
- . Observação
- . Participação
- . Entrevista
- . Mapeamento
- . Consulta a documentos
- . **Evitar interferir na dinâmica familiar**
- . Demais grifados

- . Distância de vizinhos
- . Cuidados com contexto físico.
- **Contexto Sócio-Cultural** - item 5
 - . Economia familiar
 - . Atividades de produção de recursos
 - . Educação formal
 - . Atividades sócio-culturais informais
 - . Indivíduos, grupos e instituições da comunidade e fora dela que prestam serviços à família
 - . Liberdade de pensar e agir e direitos de cidadão
 - . Cuidados referentes às necessidades sócio-culturais.
- **Condições de Crescimento e Desenvolvimento:**
 - . capacidades crescentes
 - . atendimento das necessidades biológicas e psicossociais, incluindo o cuidado aos problemas de saúde referentes à cada fase de desenvolvimento (indivíduo, família)
 - . Superação de sofrimentos e incapacidade de dimensões biológicas, físicas, psico-sócio-culturais, em cada ciclo da vida (indivíduo/família)
 - . Conhecimentos de cuidados de saúde (preventivos e curativos) e dos direitos como cidadão
 - . Pessoas e instituições para cuidados à saúde
 - . Disposição para buscar e manter os recursos necessários à sua vida
 - . Satisfação nas atividades que desenvolvem.
- **Relacionamento familiar**
 - . Enfrentamento de situações de sofrimento
 - . Diálogo
 - . Momentos de lazer
 - . Apoio intergrupar
 - . Objetivos mútuos
 - . Outros cuidados
 - . O que consideram ter de bom

5. CRENÇAS/VALORES

- No que acreditam, que têm por verdadeiro, a que atribuem os fenômenos, eventos que ocorrem com o grupo e com cada indivíduo. Seus interesses, prazeres, obrigações morais, desejos, aversões, aspectos que dão importância e que
 - . Observação
 - . Participação
 - . Entrevista
 - . Demais grifados

costumam guiar suas ações na saúde e na doença - itens 1.1, 3, 4 e 5.

6. PRÁTICAS

- Hábitos para o atendimento de suas necessidades
 - Atividades, ações (cuidados) que de envolvem visando prevenção e tratamento de problemas de saúde (direta ou indiretamente) quem executa, como, quando e por quê, no contexto físico, sócio-cultural; durante o processo de crescimento e desenvolvimento, incluindo relacionamento familiar - item 3, 4 e 5.
- . Observação
 - . Participação
 - . Entrevista
 - . Demais grifados

7. QUEIXAS

- O que referem que os incomoda (como grupo e indivíduo), que não os satisfaz, dor, preocupações, limitações de liberdade de comunicação, de agir e outras incapacidades - itens 3, 4 e 5.
- . Observação
 - . Participação
 - . Entrevista
 - . Exame físico
 - . Consulta bibliográfica
 - . Abrir prontuário individual se necessário
 - . Demais grifados

8. EXPECTATIVAS

- As expectativas diferem da "necessidade" no sentido de que além do indivíduo "necessitar", também espera conseguir, alcançar, atender essa necessidade. Sugere desejo não tão imediato.
 - . Objetivos de vida (família/indivíduo)
 - . Desejos presentes e futuros
 - . Cuidados que gostariam de receber, por quem, como e quando - itens 3, 4 e 5.
- . Observação
 - . Participação
 - . Entrevista
 - . Demais grifados

Levantar essa quantidade de dados pode sugerir ao leitor que estive levantando "n" situações, gerando expectativas no cliente sem desenvolver com ele o recurso do "cuidado".

Aliás, essa sempre foi minha preocupação desde quando aprendi a usar "roteiros de histórico de enfermagem". Naquela época, costumávamos sentar junto ao cliente e em poucos minu-

tos, com pobreza de interação, fazíamos a ele uma série de perguntas.

Só o tempo, acompanhando a evolução do saber da enfermagem, através de leituras, discussões com colegas, associadas às reflexões da prática, fizeram-me mudar de comportamento. Passei a colher dados de forma mais participante e, no primeiro momento, somente aqueles dados que me dessem subsídios para prescrever as necessidades prementes, inclusive daqueles clientes hospitalizados. Principalmente nestes casos deve-se ter essa preocupação e colher os dados de forma gradativa, após alguma conquista de confiança, e somente aqueles dados que utilizaremos para desenvolver o cuidado, para realmente compreender e respeitar as crenças/valores, práticas, necessidades e recursos do cliente.

Esse comportamento, aliado à metodologia do levantamento de dados, não permitiu que todo esse processo levantasse expectativas em vão no cliente (nas famílias). Os dados, mesmo que não fossem diretamente trabalhados, eram utilizados para compreender as situações, para conhecer realmente o cliente, interagir e desenvolver o cuidado de forma efetiva.

D) Registro dos Dados Levantados - Os dados foram inicialmente registrados nas "Notas de Campo" e nas "Notas do Enfermeiro". Nas **notas de campo** constam as observações, as entrevistas, as participações e a consulta a documentos. Nas **notas do enfermeiro** foram registrados os sentimentos, as análises e reflexões teóricas sobre as atividades, referentes as observações, as entrevistas, as ações executadas e a metodologia utilizada nessas atividades, proporcionando dessa forma os elementos que subsidiaram a análise do processo e do trabalho co-

mo um todo.

A maioria das "Notas do Enfermeiro" eram extraídas durante a análise das notas de campo, sendo que algumas se originavam das reflexões que surgiam durante outras atividades. Aliás, isso era uma constante. As famílias estavam presentes em todos os momentos da minha vida. Eram comuns reflexões se originarem a partir de situações rotineiras, da leitura em bibliografias variadas ou de observações de outras famílias que não pertenciam ao estudo. Este fato, que em algumas oportunidades chegou a prejudicar minha concentração em outros aspectos, veio a favorecer a identificação de necessidades e de estratégias para o levantamento de dados ou até para cuidar.

Mas o que me causou muito gasto de energia foi o registro dos dados nas notas de campo, devido à dificuldade de memorizar a totalidade das informações e as próprias palavras do cliente. Esse problema era acentuado quando o período de tempo utilizado na visita ultrapassava uma hora e quando a dinâmica da família havia sido complexa, com muitas pessoas participando ou com interrupções frequentes. Nesses casos era comum que eu fizesse anotações no verso da folha quando posteriormente recordava fatos que haviam ocorrido na visita.

Outra limitação que ocorreu com os registros foi frente à dificuldade de passar para o papel as expressões corporais, a comunicação não verbal do cliente, de forma objetiva.

Este tópico (Registro dos Dados Levantados) está exemplificado nos Anexos 3 e 4.

Após os registros, os dados eram analisados conforme determinação no item seguinte.

E) Análise dos Dados Levantados

Analisar dados qualitativos para LUDKE & ANDRÉ (1986) significa: "Trabalhar todo o material obtido durante a pesquisa, ou seja, os relatos de observações, as transcrições das entrevistas, as análises de documentos e as demais informações disponíveis" (p.45). Os autores reforçam que essa análise deve ser desenvolvida em vários estágios de investigação, tornando-se mais sistemática e mais formal após o encerramento do Levantamento dos Dados.

Dentro dessa concepção situa-se o processo de análise que desenvolvi com o material levantado nas Famílias do Estudo, sempre com dois propósitos concomitantes: o Processo de Enfermagem e a avaliação da utilização do Marco Conceitual em toda a sua abrangência.

No primeiro momento os dados eram analisados no sentido de identificar e distinguir os aspectos referentes à **Metodologia do Projeto da Metodologia do Processo de Enfermagem** e os elementos que compunham os **itens do Prontuário da Família**, ou seja "Identificação da Família", "Genogramas", "Evento determinante da Intervenção do Enfermeiro", "Contexto Físico", "Contexto Sócio-Cultural" e "Saúde da Família nos Aspectos Biológicos, Psicossociais e Espirituais". A seguir estes dados eram selecionados e agrupados por semelhança e transportados para o prontuário, nos seus itens correspondentes. Concomitantemente buscava os elementos que representassem as "Categorias Principais dos Conceitos".

Estes elementos eram identificados a partir da leitura das Notas de Campo e após eram caracterizados na coluna à direita da folha destinada a esta finalidade. Este tópico está

exemplificado no Anexo 4.

Durante o desenvolvimento do Projeto senti muita dificuldade de transportar para o Prontuário (Anexo 1) os dados correspondentes aos seus dois últimos itens, pois estes eram compartimentalizados e o "Homem" e a "Família" eram vistos como um todo. Sendo assim agrupei-os, transformando-os no item "Saúde da Família nos Aspectos Biológicos, Sócio-Culturais e Psicoespirituais". Desta forma foi mais fácil, mas não menos complexo.

Após essa seleção de dados, outra análise se fez necessária, com o objetivo de identificar as categorias que levariam ao diagnóstico de enfermagem e que auxiliariam na implementação dos cuidados.

5.3.2. Diagnóstico de Enfermagem

Segundo RISNER (1986):

Diagnóstico de Enfermagem é um processo e um resultado... É a coleta de dados por observação, interação e mensuração, e a interpretação dos dados com base no conhecimento científico e experiência da enfermeira, culminando pela identificação de uma declaração diagnóstica de enfermagem (p.124).

Neste trabalho, **Diagnóstico de Enfermagem** são as situações de saúde e doença que requerem cuidados de enfermagem. Essas situações são constituídas por necessidades de cuidados evidentes ou antecipadas (potenciais) de manter, recuperar e/ou buscar o "bem viver" ("saúde"). São identificadas através da interação com o cliente (elementos do "Cuidar" (p.72) e "Estratégias..." (p.151)), sendo representadas pelas **queixas** e **expectativas** referenciadas por ele, e através de observação e análise do enfermeiro **referen-**

tes ao ambiente físico e às condições biológicas, psicoespirituais e sócio-culturais do cliente, incluindo as suas crenças/valores, práticas e recursos envolvidos nessas situações.

Entenda-se como "necessidade evidente" àquela situação que se apresenta no momento, e como necessidade antecipada àquela que se prevê que ocorra e que depende de cuidados prévios até como prevenção de agravos. Podemos citar como exemplo desta última: parto, puerpério, necessidades do recém-nascido e pré-operatório.

Quando iniciei a elaboração da metodologia no Projeto meu primeiro pensar sobre o que seria o diagnóstico voltou-se para "crenças/valores, práticas, recursos e necessidades evidentes e antecipadas", este seria o "Diagnóstico I". O Diagnóstico II seria composto pelas "situações de saúde e doença que requerem cuidados". Após algumas orientações de professores da disciplina, passei a considerar como Diagnóstico de Enfermagem apenas os elementos do Diagnóstico II.

Durante a prática, o cuidado às situações de saúde e doença exigia o diagnóstico das crenças/valores, práticas e recursos para que pudesse fundamentar o "processo de Cuidar". Além disso, muitas dessas situações eram os próprios valores e práticas que precisavam ser trabalhados. Sendo assim, entendo que esses elementos, muitos deles contidos nas situações, fazem parte também do Diagnóstico de Enfermagem.

Para facilitar a identificação desses elementos nos registros e a própria redação da situação no "Diagnóstico" foi criada a seguinte legenda:

----- = crenças/valores.

————— = práticas.

~~~~~ = necessidades (queixas, expectativas, observações do enfermeiro).

===== = recursos.

As "Situações de Saúde e Doença" nas famílias do trabalho foram identificadas durante ou após o levantamento de dados, através de reflexões, de interpretação desses dados, fundamentadas na bibliografia e na minha experiência profissional e pessoal. A dinâmica desse processo não ocorreu igualmente em todos os momentos. Algumas situações já vinham acompanhadas de pedido direto ou indireto de intervenção pela cliente, como ilustram os exemplos seguintes:

#### **Exemplo 1**

Enfermeira: E tu como estás?

Ana (Adolescente): Ai, tô cheia de dor aqui, ô! (mostra o local da incisão por cima do acolchoado, fâcias de dor).

Ana está em posição dorsal, horizontal, toda coberta com um pesado acolchoado, recebendo soro glicosado, rápido, por veia periferia no dorso da mão esquerda.

Enfermeira: Desde quando estás nesta posição?

Ana: Desde que vim da operação. Tá doendo tudo, até o pé. Não agüento mais!

Enfermeira: Vamos ver o que se pode fazer?

Marina (Mãe da adolescente): Zuleica, eu não mexo nela porque não sei de nada (Família 2, na Maternidade).

#### **Exemplo 2**

Enfermeira: A Mônica toma água ou outro líquido durante o dia?

Dalva (Mãe da adolescente): Ela não gosta de água... A Mônica tá demorando. Tu acha que eu posso dar o Nestogeno? Quem sabe eu dou o chá até ela voltar? O que faço? (Família 5).

Outras situações necessitavam ser declaradas e validadas com o cliente no mesmo momento do levantamento, ou, conforme o caso, posteriormente, em outra visita, conforme aparecem nos exemplos seguintes:

**Exemplo 1**

Maria Eunice (tia da adolescente) estava rodeando-nos. Olhava o aparelho de verificar pressão. Perguntei-lhe se gostaria que verificasse a sua pressão. Respondeu que sim. Ao colocar o manguito, observei que havia lesões de coçadura no braço e na axila. Parecia escabiose.

Enfermeira: Onde mais tens coceira Maria Eunice?

Maria Eunice: Aqui, ã (mostra a região umbilical e infra-mamária).

Enfermeira: Parece escabiose, sarna. Sabem o que é isso?

Morgana (Mãe da adolescente): Será que é? Faz dois dias que ela tá assim. Mas sarna não dá não é nos dedo, dona? (Família 4).

**Exemplo 2**

Enfermeira: Marina, desde a última visita que estou te achando muito tensa. Estás conseguindo relaxar?

Marina (Mãe da adolescente): Não consigo. À noite eu fecho os olhos e parece que a cabeça vai explodir de tanta coisa. Eu me sinto mal... (Família 2).

Nessas situações a seqüência seria a seguinte: observar/ dialogar/sentir — interpretar/declarar — validar com o cliente/refletir — diagnosticar.

Em alguns casos as situações eram identificadas através da reflexão com o cliente.

**Exemplo 1**

Enfermeira: Não consegues tirar esses pensamentos ruins da cabeça?

Marina (Mãe da adolescente): Não. Com os meus rapazes é assim... Até hoje se eles não estão em casa na hora certa eu fico logo achando que eles tão passando mal... (Falou longamente sobre seus temores e que agora são mais intensos quanto à menina (neta) e quanto à dor de cabeça do Saulo, acha que é "tumor". Depois de várias considerações acabamos entrando no assunto "força dos pensamentos").

Enfermeira: Marina, o que tu achas que esses teus medos todos podem ocasionar na família? Será que a insegurança que teus filhos apresentam não tem relação com essa tua conduta?...

Marina: Eu compreendo. Mas não consigo. Eu sou muito preocupada. Tenho medo que eles tenham problema... (Família 2).

## Exemplo 2

Gina: Quando eu dormi com ele a mãe tirou a ficha do INPS. Fui lá, o médico me mandou tomá a pílula ... Tô tão enjoada! Hoje quase vomitei.

Enfermeira: Que dia começaste a tomar?... Qual o último dia da menstruação?...

Fiz com ela os cálculos do seu período fértil. Concluimos que ela havia "dormido" com o namorado desde o início desse período, quando começou a tomar a pílula. Disse que não estava usando outra medida pra evitar "filho", pois o médico "só disse pra tomá a pílula".

Gina: Mas eu tô tomando a pílula! Ai! Será? Se eu tivé grávida eu tiro nem que seja a ferro! (Família 4).

Nessas situações a seqüência seria a seguinte: observar/dialogar/sentir — interpretar — refletir com o cliente — diagnosticar.

Em outros casos o cliente era auxiliado a identificar situações, ou seja, a despertar para outras verdades. Um dos casos que mais tive que trabalhar foi a questão social do negro frente aos sentimentos de inferioridade dos membros da Família 5.

Falei, motivei ã reflexão sobre a natureza do homem; cores de pele, órgãos, funções do corpo; culturas, sociedades e poder x dominação x lucro. Tentei reforçar a auto-estima como pessoa igual a outra, mas vivendo em cultura cujas características discriminavam o preto, até pela sua própria história no Brasil. Fiz breve relato sobre isso. Demonstraram atenção sobre o que colava como se fosse a primeira vez que ouviam sobre o assunto.

Dalva (Mãe da adolescente): É, a gente não tinha pensado isso!... (Notas de campo).

Nessas situações a seqüência seria a seguinte: observar/dialogar/sentir — refletir/interpretar — declarar — dialogar com o cliente — diagnosticar.

E, por último, houve alguns casos em que o diagnóstico foi concomitante ao cuidado, ou seja, tomei a decisão sem en-



volver o cliente.

Enfermeira: Dalva retirei dois cobertores da Jane (RN). Ela está tão suada! O dia esquentou né? Olha como está suada!

Dalva (Avó da Jane): É mesmo! Hoje não tá frio ... É que eu dei banho nela faz pouco...

A preocupação de não tomar decisões sem a participação do cliente era uma constante nas "notas do enfermeiro":

Novamente senti que fui precipitada ao retirar o excesso de cobertores da Jane. Como não era caso de urgência poderia primeiro dizer à sua avó o que achava e propor a retirada da roupa. Principalmente porque havia a prática desse uso excessivo de roupa devido à crença de que depois do banho tem que proteger bem (Família 5).

Nessas situações a seqüência seria a seguinte: observar/ouvir/sentir — interpretar — diagnosticar — cuidar — declarar.

O registro do diagnóstico a princípio foi representado num instrumento próprio, onde ao lado direito de cada "situação" havia duas colunas destinadas às datas de abertura (A) e fechamento (F) da "situação" levantada. Posteriormente, a partir da vivência, da percepção da dinamicidade e da interdependência das fases do Processo, o diagnóstico foi inserido junto ao Plano de Cuidados de Enfermagem (Anexo 5).

Na coluna à esquerda da "situação" constam a data da visita em que ocorreu a identificação e a data do fechamento da mesma. No início de cada "situação" consta o seu número e ao lado o nome do membro da família a qual se refere.

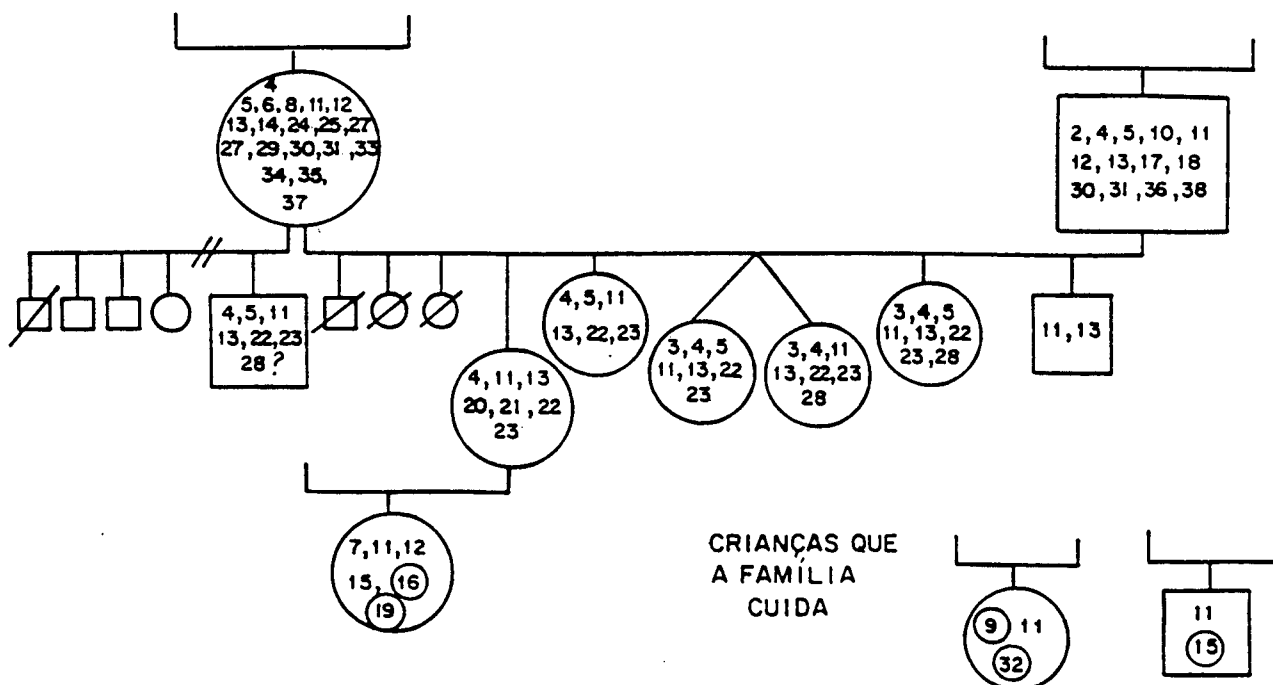
A compreensão do que seja uma "situação de saúde e doença" está alicerçada no próprio reconhecimento da inter-relação e interdependência dos vários fatores que fazem parte de uma determinada situação, ou quem sabe até é preciso, antes de

tudo, ter a compreensão de que não existem problemas iguais, mesmo tendo igual denominação.

Assim, a idéia que possamos fazer a respeito de um cliente, por exemplo com diabetes, não nos deve passar apenas os conceitos fisiopatológicos e de tratamento que constam nos livros e revistas especializadas, mas também os conceitos que envolvam essa patologia "naquele cliente" pois será a partir do diagnóstico desses conhecimentos ("científicos" e "humanísticos") que se poderá planejar os cuidados para a "diabetes" daquele cliente.

Da mesma forma podemos pensar, como exemplo, a questão do desmame precoce, cuja importância tem sido uma constante na literatura e nos trabalhos assistenciais desenvolvidos pelos órgãos governamentais. O que percebemos é que a ênfase tem sido dada apenas nos agravos que causa à criança e no estímulo à amamentação. Os fatores que envolvem, ou as causas que levam uma mãe ou uma família a abrir mão dessa prática, ou a não valorizá-la, não são trabalhados e muitas vezes nem são considerados no diagnóstico (PATRÍCIO, 1988c).

Assim, diagnosticar não é apenas rotular o fenômeno, mas compreendê-lo, de forma específica e individualizada, no seu significado para o cliente. Como exemplo, de forma objetiva e para rápida consulta, posso apresentar as situações de saúde e doença da Família 5 na seguinte forma:



Obs.: Os nº 1,13,26,30,31 e 39 são referentes à família como grupo.

FIGURA 10 — EXEMPLO DE FORMA DE REPRESENTAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM — FAMÍLIA 5

| Nº | SITUAÇÃO                                                                 | DATA          |                 |
|----|--------------------------------------------------------------------------|---------------|-----------------|
|    |                                                                          | Aber-<br>tura | Fecha-<br>mento |
| 1  | Ambiente físico da residência pequeno para família                       |               |                 |
| 2  | "Alcoolismo"                                                             |               |                 |
| 3  | Brigas freqüentes ("bate-boca", com agressões físicas)                   |               |                 |
| 4  | Comunicação conflituosa freqüente com outros membros                     |               |                 |
| 5  | Desemprego/subemprego                                                    |               |                 |
| 6  | Desânimo/insatisfação/frustração/auto-estima baixa/negativismo constante |               |                 |
| 7  | Desmame precoce                                                          |               |                 |
| 8  | "Diabete"/glicemia 140 mg, após 4 a 5 h da última refeição               |               |                 |
| 9  | "Diarréia"                                                               |               |                 |
| 10 | Dificuldade visual para ler                                              |               |                 |
| 11 | Escabiose                                                                |               |                 |
| 12 | Falta de recursos econômicos para tratamento médico                      |               |                 |
| 13 | Fome                                                                     |               |                 |
| 14 | "pressão alta"/PA: 145/95 (sentada, medicada)                            |               |                 |
| 15 | Impetigo                                                                 |               |                 |

|    |                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 16 | Inflamação região peri-umbilical                                                                                                                                                                                                                                   |
| 17 | Insatisfação/desânimo/maltratado ("bode expiatório")                                                                                                                                                                                                               |
| 18 | Impotente para ereção ("Broxa")                                                                                                                                                                                                                                    |
| 19 | Miliária                                                                                                                                                                                                                                                           |
| 20 | Necessidade de amamentar/dificuldade de retirar leite com máquina/"pouco leite"                                                                                                                                                                                    |
| 21 | Necessidade de trabalhar fora de casa (de afastar-se do RN)                                                                                                                                                                                                        |
| 22 | Não estuda, não está na escola                                                                                                                                                                                                                                     |
| 23 | Não sabe ler                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 24 | Não segue orientações médicas                                                                                                                                                                                                                                      |
| 25 | Obesidade/preocupação com aparência                                                                                                                                                                                                                                |
| 26 | Práticas inadequadas ou deficientes para: tratamento de cólicas de RN, inflamação da região umbilical, impetigo, febre, escabiose, desmame precoce, alcoolismo, delirium tremens, tratamento das questões familiares, buscar recursos para atender necessidades... |
| 27 | Preocupação permanente com conduta do filho Márcio (22 anos) e das filhas adolescentes Sara, Simone, Solange e Mônica.                                                                                                                                             |
| 28 | Roubo (prática).                                                                                                                                                                                                                                                   |
| 29 | Salário insuficiente para cobrir necessidades de sobrevivência.                                                                                                                                                                                                    |
| 30 | Sentimento e legitimação da inferioridade do homem negro na sociedade.                                                                                                                                                                                             |
| 31 | Sentimento e legitimação da inferioridade do pobre e suas condições de vida.                                                                                                                                                                                       |
| 32 | Tosse/febre.                                                                                                                                                                                                                                                       |
| 33 | Expectativa de mudar para casa maior.                                                                                                                                                                                                                              |
| 34 | Expectativa que os filhos arranjam emprego.                                                                                                                                                                                                                        |
| 35 | Expectativa do Júlio parar de "tomar".                                                                                                                                                                                                                             |
| 36 | Expectativa de parar de "tomar"                                                                                                                                                                                                                                    |
| 37 | Expectativa de emagrecer                                                                                                                                                                                                                                           |
| 38 | Expectativa de arranjar emprego                                                                                                                                                                                                                                    |
| 39 | Limitação de recursos sociais na comunidade: setor saúde, de promoção social, de organização de base e outros grupos de apoio, incluindo aqueles de cunho espiritual.                                                                                              |

OBS.:

- . As situações podem ser listadas conforme forem sendo identificadas.
- . As situações já solucionadas estão caracterizadas no genograma por círculo.

Mas para abordar qualquer dessas situações, patologias, queixas ou expectativas, precisamos considerar no diagnóstico as relações, as interdependências entre elas. Lembrando ZAIDSZNER, citado por ERDMANN (1989), "existe uma forte analogia entre todos os problemas" ... "nenhum problema existe isolado de outro problema" (p.119).

Assim é que não posso abordar a "diabete" e o "desmame precoce" nesta família somente com o que aprendo na literatura, ou como o fiz em outros clientes com o mesmo problema. Preciso, sim, conhecer, diagnosticar os sentimentos e o contexto desses indivíduos. Não apenas o contexto interno, mas aquele maior, no qual estão inseridos, pois muitas de suas crenças e práticas são influenciadas pelas condições sociais desse ambiente.

Uma "Situação de Saúde e Doença", ainda que de forma sintetizada, pode ser identificada no exemplo seguinte, elaborada no Processo de Enfermagem da Família 5.

Dalva (Mãe da adolescente): Tô curiosa. Nunca mais cuidei da diabete... Pra pressão tomo 2 com primidos de Aldomet... Fui buscar comprimido no Posto... Tenho sempre a boca seca, já me disseram que é da diabete... (PA: 150/95; Glicemia: 140 mg (última refeição há 4 ou 5 horas)).

Essa situação, para tornar-se totalmente compreensível, precisa estar relacionada com as demais que ocorrem na Família, como por exemplo esses sentimentos referenciados pela cliente:

Comecei a me tratar da diabete com a Drª... (Hospital Universitário). Depois marquei consulta e por 3 vezes que a moça marcou eu não fui. Eu não pude ir: uma vez porque não tinha dinheiro pro ônibus, outra porque estava doente e outra.. nem lembro. Eu sei que tenho que fazer exames. Não sei como tá meu sangue. Tomo remédio pra pressão, mas não sei como ela tá agora... já fui no

nutricionista, ele mandou comer isso e aquilo. Eu como o que eu tenho em casa. Ele me deu um papel com toda a dieta, mas eu só como o que eu tenho em casa... Sabe o que me falta mesmo?... Incentivo. Eu não tenho mais vontade de nada. Se ficar doente fico, se não ficar é a mesma coisa (Mãe da adolescente).

A relação destes sentimentos e aqueles outros fatores ou problemas que a fazem sentir-se mal, que a deixam preocupada são importantes **no mínimo para compreendermos o porquê do não auto-cuidado.**

A declaração do diagnóstico também poder ser elaborada pelo enfermeiro, juntamente com o cliente, baseada no seu conceito de "Saúde de Família", após análise das situações de maneira a caracterizar a saúde global do grupo no momento, de forma sintética. Na Família 5 o diagnóstico feito pela própria Família complementou o do enfermeiro, chegando a destacar a causa que consideravam ser a principal para seus problemas.

A família apresenta constante "mal viver" por falta ou insuficientes "recursos" sócio-culturais e psicoespirituais. Essa realidade tem como base as próprias deficiências do "contexto sócio-cultural" do País e as limitações da família, no sentido de não terem claro as verdadeiras razões de seus problemas, seus direitos de cidadãos e de não possuírem poder de modificar essa realidade. A família necessita de cuidados referentes ao crescimento e desenvolvimento de seus membros nos estágios de vida de adulto, adulto jovem, adolescente, pré-escolar e lactente, e de cuidados referentes à dinâmica das relações familiares e sua tarefa de cuidar (Enfermeiro).

Falta tudo nesta casa... comida... até água já cortaro de novo... Aqui tá tudo errado. Eu sei, como tu diz que cada um tem coisas boas, mas ninguém se gosta. Sabe o que falta aqui? Aqui falta amor, respeito! E o problema tá é que ninguém se gosta e daí é difícil se ajudar. Porque se cada um gostasse de si próprio ia cuidar de si e ajudar os outros depois... (Família).

Este diagnóstico pode ser melhor compreendido nos trabalhos que abordam o fenômeno "cuidado" nos seus aspectos con-

ceituais. Neles o amor aparece como elemento fundamental para o cuidado (LEININGER, 1984b).

Buscando outros recursos que pudessem me auxiliar a cuidar dessa Família, encontrei no estudo de GOOD (1979) um outro tipo de diagnóstico que se pode desenvolver com família. É o "The Family APGAR", apresentado por Smilkstein em 1978. Através de um questionário é avaliada a função familiar, em quatro níveis: "adaptação, recursos familiares disponíveis para o enfrentamento de dificuldades; companheirismo, compartilhamento de problemas, crescimento, aceitação de mudança; afeição, expressão de afeição e resposta aos sentimentos; resolução, referente ao tempo gasto pela família para resolver suas dificuldades. Cada um desses itens é avaliado dentro de uma escala de 0 a 2 nas variáveis: dificilmente, algumas vezes e quase sempre", respectivamente.

O autor compreende como função familiar os processos de cuidados recíprocos entre os membros da família com a finalidade de promover o crescimento e desenvolvimento físico e emocional de cada um de seus membros.

Relacionando esse conceito com o conceito de Família deste Marco, identifiquei que a "função" é a "tarefa" neste conceito. E que é determinada por "um sistema de crenças, valores e normas, estruturado na cultura da família..." "A família é uma unidade de cuidado popular". Associei essas idéias ao auto-conceito da Família 5 e identifiquei grande semelhança nesses conceitos.

Fundamentada nessa idéia, procurei em ACKERMAN (1986) a análise do relacionamento da Família 5 e, dentro de seu critério de desempenho de funções, associei aquele de Smilkestein.

Concluí que a Família estaria no nível de APGAR 3 e entrando para o nível 4, que é indicador de disfunção familiar grave:

APGAR 3 - Incapaz de encontrar uma solução efetiva ou de conter os efeitos destrutivos do conflito, responde à tensão do processo com um padrão "acting out" de comportamento impulsivo, inadequado, auto-destrutivo, prejudicial. Algumas vezes a família, como grupo, procura um bode expiatório, dentro ou fora da família. Nessa condição a família não tem condições de manter suas defesas.

APGAR 4 - Falhas persistentes nos três níveis anteriores, a família mostra crescentes sinais de desintegração emocional, que em algumas circunstâncias podem culminar na desorganização dos vínculos familiares (p.107).

Diante desse resultado recordei as várias teorias aplicáveis à família que havia estudado com a professora Ingrid Elsen e concluí que para cuidar dessa Família precisaria dos elementos de "Teoria do Conflito", segundo DUKE (1978), SPREY (1979) e MURPHY (1983), além daqueles da Teoria do Desenvolvimento.

### 5.3.3. Plano de Cuidados de Enfermagem

O **Plano de Cuidados** de enfermagem visa atender as necessidades de cuidados do cliente em situações de saúde e doença, considerando suas crenças, valores, práticas e recursos para os cuidados e sua participação efetiva nesse processo. Compõe-se dos próprios **cuidados** (ações), da **implementação e avaliação** desses cuidados.

Os **cuidados** foram caracterizados pelos elementos que constam no conceito de "cuidado" (p. 71).

A **implementação** dos cuidados (o modo como são desenvol-



vidos) foi fundamentada, até porque do contrário não seria "cuidado", nos elementos do "Processo de cuidar" (p. 72).

A **avaliação** dos cuidados representou a análise do enfermeiro no que se refere à aderência do cliente ao cuidado e ao reflexo no seu bem viver, individual e coletivo (grupai), bem como no que se refere aos sentimentos demonstrados pelo cliente quanto à intervenção do enfermeiro e à satisfação ao cuidado. Na análise foram considerados: o modo como foram executados os cuidados; os recursos utilizados e aqueles ainda necessários; as modificações que precisam ser feitas, incluindo estratégias, ou a manutenção do cuidado prescrito; a evolução das situações de saúde/doença, incluindo a abertura ou o fechamento de situações, no sentido de não precisar mais de determinados cuidados ou do acréscimo de outros.

• A avaliação era identificada através de reflexão das notas de campo onde apareciam as evoluções das situações de saúde/doença ou mesmo durante o desenrolar das nossas interações. O anexo 5 traz um exemplo de Plano de Enfermagem.

A palavra **plano** pode sugerir "projeto ou empreendimento com fim determinado" (FERREIRA, 1986), assim como algo pré-estabelecido. De fato houve situações em que planejamos, cliente e eu, os cuidados com antecedência, mas um grande número deles foi desenvolvido através da dinâmica das interações com as famílias, como relatado nas fases anteriores do Processo de Enfermagem. Sendo assim, a quantidade de cuidados prescritos é consideravelmente menor que aquela de cuidados sem prescrição. O que havia constantemente como plano do enfermeiro (mental ou escrito) era referente às situações que seriam prioritárias para a visita e o modo como iria abordá-las, pois o mo-

mento é que determinava inclusive a própria prioridade dos cuidados.

A elaboração de "plano de cuidados" para o cliente (visando auto-cuidado programado) não foi ocorrência comum. Talvez porque sendo a prática a domicílio, com perspectiva de visitas semanais, havia a possibilidade de rever o cuidado. Além disso, podia contar, normalmente, com a participação de membros da família nos momentos desses cuidados, que costumavam lembrar detalhes e estimular aos cuidados. Outro motivo também foi sem dúvida a metodologia de abordagem, a **prática educativa** utilizada, que permitia, ou favorecia muitas vezes, fazer o "feed-back" com o cliente, garantindo naquele momento a compreensão do que havia sido feito ou orientado. Esse fato teve como causa também a dificuldade de compreensão e até de leitura que alguns clientes apresentavam.

As situações de saúde e doença que suscitavam necessidade de deixar planos eram aquelas que envolviam grande quantidade e complexidade de cuidados. Na Família 2 houve oportunidade de desenvolver essa prática frente a cinco situações apresentadas: quatro da adolescente, envolvendo infecção urinária, anemia, aumento de peso exagerado, cuidados no pré-parto e não aderência a cuidados prescritos pelo médico; e uma de sua mãe, referente a descrição da técnica de relaxamento. O anexo 6 traz um exemplo dessa prática.

O máximo que fiz nas famílias com dificuldade de leitura foi elaborar planos bem simples, como ocorreu na Família 4, na situação de "dor nas costas" da mãe da adolescente, após ter dialogado sobre os cuidados e demonstrado (praticado) alguns deles com a cliente.

A grande maioria dos cuidados era desenvolvida de modo informal, durante nossos diálogos, de forma bem simples, utilizando os recursos e a linguagem dos envolvidos, conforme já comentado no item "Levantamento de Dados". Houve casos, inclusive, que nem nas notas de campo apareceram, pois ocorreram de forma tão espontânea que só eram identificadas através de observações da própria família, em visitas posteriores. Este fato tornava-se também elemento de avaliação.

Ana estava espontânea hoje. Demonstrou inclusive aderência aos cuidados que desenvolvemos. Está comprando e lendo a revista que indiquei (não me lembrava mais disso, nem consta dos registros. Foi na 3ª visita). Impressionante, a sua alegria ao ver as crianças, os objetos das crianças, e o quanto essa passada na revista com ela me auxiliou a levantar dados e reforçar cuidados que ela já havia traduzido da revista (Família 2, notas do enfermeiro, 5ª visita).

Surpreendi-me quando Júlio pediu-me para "explicar melhor" o que havia orientado em situações de delirium tremens. Havia me esquecido completamente desse detalhe. Acho até que substituí a importância daquelas orientações para o cliente. E outra vez orientei cuidados que dependiam de recursos (açúcar) que a família não dispunha naquele momento (Família 5, notas do enfermeiro, 7ª visita).

A maioria dos cuidados desenvolvidos eram referentes aos elementos "alertar para, esclarecer, informar, orientar e reforçar" e portanto necessitavam de prévio levantamento de crenças/valores, práticas e recursos referentes à situação que se apresentava, além também do levantamento das pessoas que costumavam interferir no comportamento de saúde e doença do cliente.

Outro aspecto que precisa ser lembrado também em função desses cuidados é aquele referente à técnica ou à estratégia utilizada para desenvolvê-los (como vimos na revisão da lite-

ratura, tal qual uma **prática educativa** específica às situações de saúde/doença. Apesar do cliente dizer que precisava e queria o cuidado, sentia que, com determinados clientes, principalmente com a adolescente, era preciso utilizar um modo de abordagem especial que a motivasse a compreender, a sentir e a acreditar na importância do cuidado.

Na primeira família selecionada (Família 1) penso que o não ter utilizado essa estratégia foi um dos motivos de sua desistência à participação no estudo. Após essa análise busquei, ao entrar na segunda família (Família 2), descobrir valores nos clientes que viessem a colaborar para o planejamento de estratégias específicas para a prática educativa. Uma das primeiras oportunidades ocorreu nessa Família quando senti que a adolescente havia feito pouco caso de orientações que sua médica lhe dera. Orientações estas a meu ver, fundamentais para diminuir suas preocupações e evitar complicações de gravidez. Após investigações de como essas orientações haviam sido fornecidas e de alguns valores referentes às suas expectativas profissionais (Biologia), elaborei uma estratégia voltada a cativar seu interesse e atenção, como mostra o anexo 6, onde aparece o cuidado acompanhado de justificativa, fundamentada na razão científica, segundo literatura.

Outra experiência nesse sentido foi vivenciada na Família 4, junto à adolescente. Costumava usar como estratégia para motivá-la na troca de idéias, o grande valor que dava à aparência do seu filho.

Sabe, Gina; esses tipos de alimentos costumam dar diarreia nas crianças. A diarreia deixa as crianças magrinhas, franzinhas, atrasando o crescimento delas...

Saliento que a preocupação de "como orientar" não está baseada na necessidade pura e simples que o cliente mude de hábitos, mas que participe ativamente, com prazer, deste momento de troca de experiências e que então tenha subsídios necessários para decidir o que fazer com esses conhecimentos, pois segundo PILON (1986) :

Todos os homens têm seu projeto de vida e podem desenvolver os recursos pertinentes a partir do que crêem importante e significativo para suas vidas. A tarefa da educação não é dizer-lhes o que é importante, mas facilitar as condições para que vejam eles mesmos a importância das coisas (p.391).

Era preocupação sempre presente durante a prática dos cuidados o respeito às crenças/valores e principalmente às práticas (cuidados) que o cliente já desenvolvia. Para tanto buscava nos elementos do "Cuidar" os subsídios necessários. Além disso reforçava com as idéias de LEININGER (1985), na sua crença de que na implementação do cuidado deve-se procurar "preservar" o cuidado cultural do indivíduo ou do grupo. Quando assim não for possível, este poderá ser "acomodado", através da união dos modos de cuidar do enfermeiro com aqueles do cliente, ou poderá ser "repadronizado", se necessário, através de um processo de **negociação interacional** entre cliente e enfermeiro, de forma a não gerar o sentimento de imposição cultural, como exemplificado no diálogo abaixo

#### **Exemplo 1** (acomodação)

Enfermeira: Vocês costumam usar faixa no umbigo das crianças de vocês?

Gina (adolescente): É bom pro umbigo não saltar. Depois de cair não precisa mais.

Enfermeira: Olha aqui, não tá um pouco apertado demais? Pode prejudicar a barriguinha dele. A respiração também. Afrouxa um pouquinho, Gina, não vai tirar o efeito da faixa.

Gina: É. Depois eu arrumo... Tá mesmo! Que vento forte. Mãe ela entende de criança. Ela estudou pe-

diatria. Olha tá mais froxo agora (Família 4) (Assim encontrei na visita seguinte).

**Exemplo 2** (acomodação e repadronização)

Mônica (adolescente): Ela tá com fome. Tá na hora. Coloca a criança para mamar. A criança mama e chora. Mônica a sacode, balança-a com intensidade. A criança não para de chorar.

Mônica: Ela tem tado sempre assim. É dor de barriga. A Laura (amiga) disse que é bom dá... (elixir paregórico)... Ela disse que não é para dar mais de 3 vez por dia porque dopa a criança. É?

Conversamos sobre a "dor de barriga" do recém-nascido, sobre os cuidados que se costuma orientar e sobre os efeitos do elixir.

Enfermeira: ... é, o elixir é usado quando a cólica é muito grande, mas quando é dado muitas vezes por dia, e por vários dias, traz problemas pra criança. Se pretendes continuar usando podes intercalar com os outros cuidados. Experimenta colocá-la de bruços, assim ó, acariciá-la suavemente, quando ela chorar. Não balança porque isso a irrita mais, dói mais a barriga.

Mônica: Ah é! Eu balanço porque me disseram que a criança gosta.

Enfermeira: Gosta sim, mas não com dor...

Mônica: É, vou fazer assim. Sô vou dar o remédio quando ela chorar forte. Esse remédio é muito forte.....

.....  
A criança chora ao manuseio. Mônica colocou-a de bruços nas suas pernas. A criança parou de chorar (Família 5, notas de campo).

Mas havia momentos em que sentia não estar desenvolvendo o cuidado como determinavam os elementos do **cuidar**. Em algumas dessas oportunidades, após refletir melhor, reconsiderava esse sentimento e acabava encontrando respostas nos próprios elementos do **cuidar/cuidado**.

Em vários momentos nesta visita senti necessidade de utilizar os cuidados "tomar atitude com respeito à", "agir para" e "coordenar para" no lugar dos elementos "propor", "estimular", "dialogar" ou "encaminhar", principalmente na situação de doença do Dino (não tomou as doses do antibiótico prescrito e a lesão estava se alastrando pelo rosto). Concluí que a família estava precisando dessas atitudes. Acredito que assim ocorreu frente ao sentimento que já possuía da incapacidade da família em cuidar da lesão do Dino e, principalmente, considerando a não efetividade do cuidado prescrito pelo setor saúde, que deu o remédio, orientou fa-

zer o curativo mas, segundo a família, não ensinou a fazê-lo. Ou talvez pudesse ter planejado o curativo na instituição, uma vez por dia, principalmente considerando as características dessa família. Será que essa atitude que tomei tem a ver com meu valor, muito forte, em ser "responsável" e "preservar" a saúde da criança, sem poder de decisão nesse processo todo? Ou estou fundamentada nos elementos do **cuidado** "empenhar-se", "fazer favor", "proteger", "preservar integridade"? (Família 5, notas do enfermeiro, 5ª visita).

Na implementação também deve-se considerar as prioridades dos cuidados e a possibilidade da participação das pessoas que desenvolvem o cuidado popular, desde que estes façam parte do cuidado cultural do cliente.

Durante os momentos vivenciados com as famílias do estudo pude observar frequentemente, com mais intensidade nas Famílias 4 e 5, a grande interferência de outros indivíduos nas suas questões de saúde e doença. Através do item "Ambiente Interno das Famílias" esse aspecto pode ser identificado e dar uma idéia de quanto é significativo o conjunto de cuidados voltados à puérpera e ao RN (além de outros) oriundos da rede de informações sobre saúde e doença elaborado nas relações sociais com parentes, vizinhos e amigos. Esse aspecto me levou a utilizar os elementos do **cuidar** tanto para compreender as situações como para **trocar experiências e negociar cuidados**.

De certa forma esse fenômeno não deixa de ser um "recurso" em algumas situações, principalmente nas famílias pobres, que não dispõem normalmente de fontes de informações de conhecimentos apropriados, inclusive no sentido de compreendê-las culturalmente. Outro fator é que geralmente a mãe adolescente, ou a primigesta, pode precisar de ajuda mais direta e até de certa supervisão do cuidado consigo e com o RN.

Com relação à questão da prioridade de cuidados, houve

situações que identificava como prioritárias, contudo para o cliente não tinha o mesmo significado. Situações mais importantes para abordar primeiro, muitas vezes não eram assim consideradas pelo cliente. Outro aspecto que precisa ser ressaltado é com relação às diferenças de prioridades e até de identificação de necessidades entre os vários membros da família, em função das individualidades de valores e objetivos de vida, isso ocorrendo, inclusive, nas questões de grupo, caracterizando-os até não como grupo, mas apenas como uma reunião de pessoas num mesmo espaço físico.

Um dos casos cuja prioridade do cliente diferiu da minha, ocorreu na Família 2, quando a adolescente não quis planejar e muito menos ouvir as orientações sobre o momento do parto, justificando que iria sentir-se mal. Descobri, em outra oportunidade, que a representação que tinha elaborado através dos depoimentos das mulheres de sua relação social era a pior possível.

Outro caso ocorreu na Família 5, cuja prioridade dos seus membros eram diferentes entre si em relação aos problemas comuns do grupo familiar. Somente nas últimas visitas é que o grupo percebeu que havia uma situação que poderia ser abordada com mais prioridade: o relacionamento familiar.

Compreende-se melhor essa situação revendo o conceito de "Homem" e a partir de PILON (1986) quando diz que "as necessidades humanas são comuns, mas se expressam diferentemente segundo os indivíduos, grupos e comunidades. Nenhuma necessidade humana tem contida em si mesma a direção da ação" (p.391). Além disso, segundo esse autor, é preciso distinguir entre o projeto de vida individual e o projeto de vida coletivo, cujo pro-



cesso de cooperação compreende objetivos comuns.

A necessidade de cuidar aumentava gradativamente com o número de momentos que vivenciava com as famílias associado à participação crescente dos seus membros nesses momentos, visto que quanto mais interagíamos, mais nos conhecíamos, facilitando o processo de compreender suas situações de saúde e doença. Também outras situações eram levantadas, aprimorando o cuidado ou originando outros.

A complexidade dessas situações, das necessidades que surgiam a partir das atividades com as famílias, também aumentava gradativamente minha necessidade de buscar recursos. Recursos para compreender e recursos para cuidar. Precisei fazer um estudo na área de obstetrícia, através da disciplina Estudo Independente; a literatura tornou-se variada, desde aquela voltada às ciências humanas, aos assuntos médicos tradicionais e também aquela literatura voltada às terapêuticas alternativas. Sem falar da consulta freqüente aos elementos do cuidar/cuidado.

A consulta a colegas também cresceu com o decorrer do tempo. Busquei recursos junto a colegas da área da Psiquiatria, Obstetrícia, Enfermagem Médica e de Saúde Pública. Essa necessidade já era esperada, visto que em outros trabalhos com famílias, na prática da docência, havíamos identificado quanto complexo é trabalhar com famílias, principalmente naquelas de classe social inferior (PATRICIO & ATHAYDE, 1987).

Confirmei a necessidade que o enfermeiro tem de conhecer inclusive as condições da política de saúde vigente, as leis que garantem à gestante e puérpera seus direitos, assim como também as leis de trabalho e da aposentadoria. Um desses momentos está exemplificado abaixo:

Marina (mãe da adolescente): Eu estou preocupada que a Ana vai perder o ano. Queria que ela acabasse o ano. Mas acho que vai ter que perder. Que é que tu achas, Zuleica?

Informei-os sobre a lei que garante à gestante/puérpera fazer os estudos em casa...

Marina: É mesmo!? E como é que eu faço? (Família 2, notas de campo, 5ª visita).

Havia uma necessidade de preparo atualizado quase que semanalmente, visto que no período em que ocorreu o trabalho, as mudanças nas leis brasileiras estavam acontecendo em curtos espaços de tempo. Ocorreu inclusive a publicação de uma cartilha orientando os reajustes salariais, sendo que no dia posterior à publicação essa cartilha já perdeu o valor.

Havia previsto cuidar das famílias como unidade, como grupo, e de cada um de seus membros em particular, conforme necessidades e expectativas apresentadas. Nas Famílias 4 e 5 isso ocorreu desde o começo, mas na Família 2 somente nas últimas visitas isso foi possível. Inclusive foi quando consegui de fato falar com a Família como um todo, com exceção apenas de um de seus membros, justamente aquele que não participava do processo de gravidez da adolescente. Nessa oportunidade tive a experiência de, pela primeira vez (e única vez) no trabalho, prestar um grande número de cuidados a vários membros da Família na mesma visita. O que houve é o que se pode caracterizar como "Consulta de Enfermagem", através de uma metodologia, envolvida por um ambiente descontraído (inclusive sentados na cama) e de confiança, cujo foco era **ouvir, refletir com o cliente, investigar seus valores, práticas e expectativas** e dialogar sobre suas necessidades de cuidados.

Nesse dia tive que desenvolver cuidados em situações de saúde e doença que envolviam problemas como: gastrite, estresse, enxaqueca, hipercolesterolemia, angústia, hipertensão ar-

terial, engurgitamento mamário, dieta para o "resguardo" e rinite alérgica.

Senti que havia maior facilidade para a prática do cuidado na Família 2 em função dos recursos que possuía, desde aqueles referentes ao "contexto físico" até aqueles do "relacionamento familiar". Nesta Família podíamos planejar o ideal sem a preocupação de ver aspectos alternativos devido à dificuldades por recursos financeiros. Os arranjos necessários eram apenas de adaptação às crenças, valores e práticas do cliente, como podemos sentir na descrição abaixo:

Dos alimentos ricos em ferro, vitamina B12 e ácido fólico, um grande número deles Ana não estava ingerindo, apesar de serem de seu agrado. Fizemos um esquema de alimentação diário. Ficou contente que pudesse continuar comendo laranja, inclusive de ser recomendada a tomar o ferro prescrito pelo médico com o suco da laranja (Notas de campo).

Já nas Famílias 4 e 5 era preciso adequarmos os cuidados aos recursos que possuíam, incluindo a criatividade.

Um desses momentos ocorreu na Família 5 quando me ofereci para fazer o curativo na lesão do Dino (auricular e rosto). Precisávamos, para essa técnica, de material para lavar a região com permanganato de potássio e debridar o tecido necrosado. Era uma região delicada, tínhamos que proteger o canal auditivo. Primeiro pedi um recipiente para colocar a água com o permanganato e que desse para esguichar direto na lesão. Rapidamente lembraram do tubo de desodorante

Mônica: Mãe! Pega o restinho do teu e bota no meu tubo.

Lavaram o tubo vazio, e após a limpeza, preparamos a solução.

Pedi um "pano bem limpo", que pudesse ser lavado em se-

guida e colocado ao sol para ser utilizado no dia seguinte. Trouxeram uma fraldinha nova do recém-nascido.

Dalva: Depois a gente lava e ferve bem.

Como pinça usei meus dedos protegidos por plástico e, para escorrer a solução da limpeza, um balde. Como o ambiente estava escuro (a eletricidade foi cortada por falta de pagamento), fomos fazer o curativo na escada junto à porta da rua.

Surpreendi-me com o comportamento da criança, pois a técnica foi traumática. Colaborava sempre quando solicitada. Talvez porque já havíamos interagido, nos tocado em várias ocasiões.

O elemento "toque" tanto fez parte do processo de cuidar quanto do próprio cuidado. Esse elemento integra minha prática cultural mesmo antes de começar este trabalho. Primeiro porque, enquanto membro de uma família, amiga e enfermeira, sinto quanto o toque humano é capaz de alcançar na amenização de sentimentos agitados, na mitigação da dor, no alívio de perturbação emocional, na tranquilização... (MONTAGU, 1988, p.270).

Segundo esse autor, "em todos os ramos da prática da medicina, tocar deve ser considerado uma parte indispensável da arte médica" (p.270) e ressalta que "é muito interessante que um dos ramos da comunidade curativa que reconheceu a importância do toque tenha sido a enfermagem" (p.280).

Mas existe também, inclusive entre profissionais da enfermagem, o sentimento de que somente se deve tocar o indivíduo nos momentos das técnicas (o que não considero toque, mas "manuseio"). Acredito que essa conduta exista em função do desconhecimento da importância nesse elemento para terapêutica e

interação ou pelo tabu que existe contra o tocar o cliente (ELLIS et al. 1979; MONTAGU, 1988).

Outrossim nas questões em torno do "toque" é preciso considerar se essa prática nem sempre é bem recebida pelo cliente (ELLIS et al. 1979), pois esse elemento pode não fazer parte de suas práticas culturais, podendo até surtir efeito contrário e gerar insatisfação no cliente.

A prática do toque nas Famílias do estudo ocorreu desde o início com as crianças, mas com os adultos foi necessário mais tempo, pois primeiro precisei identificar se esse elemento seria apropriado para a interação e se teria resultado benéfico como terapia.

O "dar presente" é outro elemento que faz parte da conceitualização do "cuidado" mas que assim pode não ser considerado. Para mim mesma, até antes desse estudo, era compreendido como uma ação social, sem enfoque profissional.

Durante a elaboração do Marco Conceitual já sentia a coerência dos seus conceitos com minhas idéias, mas foi durante as atividades com as Famílias que de fato reforcei esse sentimento. Os elementos do cuidado e do processo de cuidar estavam fortemente fundamentados em minhas crenças. O "dar presentes", em determinadas situações culturais, é um exemplo disso. Isto quer dizer que qualquer enfermeiro que assim compreende e que sente-se bem com esse procedimento passa a inserir esse cuidado na sua prática profissional. Isto quer dizer que este cuidado está em sintonia com as práticas do cliente em determinada situação, como ocorreu nas 3 famílias do estudo, que, como eu, costumam dar/receber presentes à vinda do recém-nascido.

Como a princípio essa prática me pareceu não profissio-

nal, outros colegas podem assim continuar pensando. Mas o que me fez repensar foi a seguinte reflexão: "Trabalhando com pessoas, principalmente dentro de sua dinâmica familiar, considerando suas crenças, valores e práticas. Se quero ser gentil e ao mesmo tempo me gratificar e cativar sua confiança, então a ação de "dar presente" numa situação que lhe é especial no seu contexto sócio-cultural é uma necessidade para a interação e para a própria prática do cuidado. Se não o que faz a família interagir e acreditar tanto e executar práticas que lhe foram orientadas por amigos, parentes e vizinhos?"

Havia, sim, a preocupação de não passar a idéia de que esse presente tinha o sentido de comprar sua participação ou continuidade no estudo. Aliás, o "dar coisas" a clientes sempre foi uma das questões controvertidas nas atividades profissionais junto a famílias carentes quando os alunos davam "coisas" a essas famílias (PATRICIO & ATHAYDE, 1987). Preocupávamos a relação de dependência, de assistencialismo que o cliente viesse a ter conosco. E esta é uma conduta que deprecia na política assistencial do governo brasileiro: "dar coisas" ao invés de promover condições nos indivíduos para que estes conquistem "coisas".

Na verdade essa foi uma das limitações encontradas para o desenvolvimento dos cuidados de forma efetiva: não poder contar com serviços de assistência social que não aqueles fundamentalmente de cunho "assistencialista". Em todos os serviços públicos que investiguei recursos para encaminhar as famílias carentes, nenhum deles apresentava programas de promoção social ou prevenção de agravos sociais (incluindo o econômico). Havia basicamente serviços de suplementação alimentar, passe

de ônibus, lentes de óculos e outros.

Será que não existe um serviço assistencial sem o propósito básico, paliativo, de "dar coisas"? Um serviço que promova o desenvolvimento da família, como orientar, encaminhar, estimular ao trabalho, ao estudo, e que mantenha um certo tipo de acompanhamento? Será que a possibilidade de "dar um jeitinho", de conseguir auxílio do governo, através de seus serviços assistenciais de suplementação alimentar não poderá estar estimulando o grupo a não trabalhar? A situação dos baixos salários, da discriminação racial, o sentimento de inferioridade imposto (legitimado na sociedade) participa desse desestímulo à busca de mudança da situação? (Família 5, notas do enfermeiro).

A descontinuidade cultural foi na verdade uma constante nas preocupações de cuidar com as famílias. Vimos na descrição do "Ambiente Interno das Famílias" um desses casos, representado pela questão da amamentação. Tal como se encontra na literatura voltada a esse tema, nas Famílias carentes (4 e 5) do estudo ocorreu também o precoce abandono ao aleitamento materno. Acredito que muito do incentivo desse comportamento está no programa de suplementação alimentar do governo, associado às dificuldades que muitas mães carentes apresentam para manter essa prática. VILLA & PELÁ (1989) no estudo que fizeram com 389 mães, clientes de centros de saúde de São Paulo, chegaram a seguinte conclusão:

... as mulheres raramente decidem não aleitar por vontade própria, e que as respostas dadas pelas mães às perguntas tradicionais se adaptam às expectativas do meio cultural, estando socialmente condicionados pela relação assistencial que se desenvolve entre mãe e instituição de saúde, como a distribuição do leite (p.36).

Em alguns momentos eu refletia e comentava com colegas "ainda bem que na conceituação do cuidado eu tenho o "ouvir", pois do contrário pareceria que nada estaria fazendo, visto que em várias situações com o cliente quase nada se podia fazer a

não ser "calar" e "ouvir".

Quanto mais aprofundava as questões com Júlio, mais inferior e incapaz me sentia. O que eu posso fazer com tantas limitações, queixas e insatisfações presentes no viver deste homem? Que recursos o enfermeiro dispõe para atuar nessas situações? Que recursos a realidade do País dispõe para essa família? Que recursos a própria família possui para se desenvolver, se a sua própria história de vida já é limitada? (Família 5, notas do enfermeiro, 3ª visita).

Preocupava-me, em certos momentos com a questão da "mudança", da **transformação** das situações de limitações e sofrimentos das famílias, inclusive de se cuidarem e até de sobreviverem com dignidade. Gostaria de poder ajudá-las na conquista de seu bem viver; de não torná-las dependentes de mim ou de sentirem-se estimuladas apenas quando estivesse presente e, principalmente, de auxiliá-las a tornarem-se menos dependentes dos serviços públicos que pouco fazem para sua promoção. Com esta expectativa costumava utilizar nessas situações os **elementos do cuidado** que pudessem colaborar nesse sentido como: "desenvolver auto-confiança, esperança e coragem; estimular; auxiliar na busca de recursos e identificar e lutar pelos seus direitos; ajudar a usarem sua liberdade e aceitarem a responsabilidade pela própria existência e a identificarem e utilizarem seus recursos individuais, familiares e comunitários". E os elementos do **cuidar**, como: "empatia", "confiança", "valorização", "esperança", "o não julgar", "o ouvir atentamente", "o diálogo", e "a troca de experiências".

Mas, paralelamente a essa conduta, havia a contradição de sentir que o indivíduo que não possuía condições para satisfazer suas necessidades e cuja história de vida não contemplava os privilégios da minoria teria o direito de usufruir de recursos que as instituições públicas poderiam oferecer:



Fiquei em dúvida sobre como deveria agir com relação à escabiose de Maria Eunice. Considerei que a Gina preocupou-se com a contaminação do Dino; a observação de sua mãe de que é "um problema que demora a sarar", o pouco número de roupas que têm para trocar; o tempo nublado e chuvoso de inverno; a impossibilidade de tomar banho de chuveiro; que não dispõem de recursos financeiros sobrando para comprar remédio. Ao mesmo tempo pensei: se não têm dinheiro pro remédio, como têm para refrigerante, cremes e talcos pro nenê? Será que me antecipei oferecendo o remédio do HU de graça? Ou é um direito que tem Dona Morgana de receber de graça um vidro de remédio, já que trabalhou uma vida inteira como doméstica, criou seus 10 filhos e os filhos dos patrões e hoje vive daquela forma, indignamente a meu ver, pois o salário da aposentadoria não cobre suas necessidades mais elementares? (Família 4, notas do enfermeiro).

Além disso, como já aparece na citação anterior, em alguns momentos questionava a canalização dos poucos recursos que a família dispunha para elementos que eu considerava supérfluo em relação às demais necessidades que apresentavam.

Como é que pode? Tão logo arranjam dinheiro, com pram cigarro, quando precisam de tantas coisas, inclusive de alimentos? (Família 5, notas do enfermeiro).

Perguntava-me o que fazer diante dessa situação. Como cuidar? Orientar para não fumar? Declarar meus sentimentos de reprovação?

Em primeiro lugar me subsidiava no processo de cuidar e "não julgava" a situação, simplesmente tentava compreendê-la e aguardava oportunidade para refletir com o cliente em seu valor. Em seguida me subsidiava na literatura. Em PILON (1986) citando Tones:

... o homem bem posto no cenário social e que deseja renunciar ao fumo está em situação muito diferente da mulher que vive em casebres na periferia da cidade, para qual o cigarro representa um raro e fugaz momento de nirvana (p.392).

E em MOFFAT (1986)

A luta pelo prazer é extremamente concreta neste grupo marginalizado: está organizado em torno daquilo que produz um prazer imediato: comida, sexo, bebida alcoólica... num contexto de vida tão cheio de frustrações e humilhações, apenas aquilo que se obtém e consome imediatamente é seguro... (p.74).

E assim é menos difícil entender os "supérfluos" que os homens elaboram no seu viver, e que precisamos considerar nos cuidados que desenvolvemos com eles.

Outra limitação encontrada para cuidar de forma efetiva da família, inclusive na Família 2, e que muita insatisfação me causou, foi a questão de não poder contar, em determinados momentos com serviços de saúde para os cuidados necessários. Não entendia a existência de um projeto bonito como o SUS, apesar de limitar o atendimento à saúde aos serviços médicos, mas nem com isso podia-se contar.

... é preciso ressaltar a incoerência da teoria do SUS e a prática que se desenvolve. Como o indivíduo pode seguir um tratamento prescrito, sem que lhe ofereçam recursos para a continuidade desse tratamento? O posto de Saúde da comunidade que é a 1ª porta do cliente, deu-lhe a consulta, os medicamentos e indicou-lhe a frequência desses medicamentos. Mas isso exige cuidados de pessoas da área da saúde e o posto não atende 24h por dia. Onde o cliente irá buscá-los à noite? E nos finais de semana? Preciso investigar melhor essa dinâmica para poder orientar o cliente a exigir seus direitos, pois é sabido que o programa prevê a integração dos serviços, e o hospital se negou a fazer a injeção. Além disso é preciso lembrar que muita verba entrou para essa finalidade (Família 5, notas do enfermeiro).

Um dos elementos do cuidar/cuidado (novo para mim) que desenvolvi com as famílias foi a questão do cuidado como "realização mútua entre enfermeiro e cliente, sempre com resultado positivo para ambos, pois o contrário é altruísmo" (BEVIS, 1984). Tive condutas junto ao cliente que jamais pensei que

pudesse ocorrer na minha prática de cuidados, ainda mais em estudo. Foi difícil, mas após várias reflexões passei a incorporar esse elemento dentro de meu cuidado cultural.

Um desses momentos ocorreu com a Família 2, quando não dei espaço para a mãe da adolescente alongar a conversa e fazer outros desabafos no carro, na oportunidade em que me levou para casa por sua insistência. Já havia expressado o término da visita em sua casa e não dispunha de mais tempo para me dedicar a ela, do contrário traria prejuízos para minha pessoa e minha família, com a qual tinha compromisso naquele momento.

Um dos aspectos referentes às minhas crenças me levou a ter uma atitude de mais cautela ao entrar na Família 2. Perguntava-me se essa família iria precisar de uma enfermeira. Penso que o motivo desse sentimento estava baseado na falta de experiências junto a essa população e na revisão bibliográfica, cujo enfoque com relação a gravidez em famílias de nível social maior é de que esta é vivida de forma diferente, menos sofrível que naquelas de nível social inferior, devido aos recursos econômicos disponíveis para seu enfrentamento. Além disso, pensava que não haveria necessidade de cuidar dos demais membros da família, pois supunha que suas necessidades de saúde/doença estivessem bem atendidas por serviços de saúde adequados. Também lembrava que nas situações de pré-natal as ações do enfermeiro são fundamentalmente de orientar, informar, encaminhar, acompanhar e achava que essa necessidade já estava suprida pelo médico particular. Tal não foi minha surpresa quando logo no início identifiquei que o pré-natal que a adolescente recebia não era muito diferente daquele oferecido pelos serviços públicos (não individualizado, baseado em

exame físico, pedido de exames laboratoriais e receitas de medicamentos) o que me oportunizou a prática de um grande número de cuidados.

Com relação à caracterização que passa de que é menos sofrível a gravidez da adolescente em famílias com recursos financeiros, precisamos refletir de outra forma; cada caso é um caso, cada família reage à sua maneira. Foi nessa família que mais cuidados prestei em função da situação de sofrimento que a gravidez da adolescente gerou, principalmente em função de crenças e valores, incluindo as expectativas que a Família tinha em relação ao futuro da garota. A Família estava sofrendo quando iniciei o estudo e a adolescente vivenciava solitária o seu processo de gravidez.

A insegurança que senti ao entrar nessa família me fez utilizar a estratégia de investigar suas experiências com enfermeiro e falar sobre os tipos de cuidados que o enfermeiro pode desenvolver nas mais variadas situações que a família pudesse apresentar, incluindo nesses cuidados formas alternativas, diferentes da medicina tradicional como: relaxamento corporeamente, massagens localizadas, numerologia, programas mentais para auto-realização e uma série de cuidados bem simples que substituíram inclusive terapêuticas e métodos diagnósticos sofisticados.

Quando perguntava às famílias se conheciam esses recursos ou essa prática do enfermeiro, todas eram unânimes em dizer que não conheciam o trabalho do enfermeiro. Todas lembravam de situações vivenciadas, mas que envolviam apenas a presença do atendente ou auxiliar de enfermagem. Pude observar em algumas situações (simples para qualquer enfermeiro), que a família

dizia estar precisando investigar ou tratar determinado problema de saúde. Eram problemas nos quais eu própria poderia intervir, mas, segundo eles, não sabiam dessa possibilidade.

Quanto à **avaliação** dos cuidados senti a complexidade de visualizar os resultados de muitos cuidados prestados, uma vez que estavam envolvidos em situações de saúde e doença que dependiam de maior tempo para serem observados.

Nesses casos é preciso considerar a avaliação do **processo** que está ocorrendo, principalmente porque muitas dessas situações envolvem crenças e valores, diferentes até entre os membros da família. Também porque esse processo, que está ocorrendo internamente na família, está relacionado ao seu ambiente externo, sendo muitas vezes dependente deste.

Foi possível em muitos momentos perceber que estava ocorrendo sensibilização na família frente às nossas interações. Acredito que não é uma totalidade, mas dificilmente nossa intervenção através do processo de cuidar não irá interferir de certa forma no viver do cliente, no sentido de auxiliá-lo a cuidar-se e cuidar dos demais membros da família.

Em algumas oportunidades costumava interrogar o cliente sobre seus sentimentos em relação aos cuidados ou, mais diretamente, sobre a minha intervenção no seu viver. Mas na maioria das vezes o elemento avaliação ocorreu de forma espontânea, durante os momentos de interação com a família. Aconteciam logo após o cuidado, através de observação do fazer do cliente, ou em visitas posteriores, também através de observações ou de depoimentos do cliente, como ilustram as passagens seguintes:

... Durante a explanação Ana interrompia quando não compreendia. Fiz um desenho das vias urinárias e mostrei a problemática da infecção... Quando estávamos lendo o cuidado que orientava dormir e repousar do lado esquerdo:

Ana: Tu falaste naquele dia que iria me explicar melhor esta posição. Eu já estou fazendo (sorriu) (Notas de campo, Família 2, 4ª visita).

Marina (mãe da adolescente): Sabe Lúcia (amiga)? Os médicos e as moças disseram que a Ana estava muito bem preparada, até se admiraram. Viu, Zuleica! Esqueci de te falar. O pessoal do hospital falou... Parabéns.

Enfermeira: O elogio é pra nós, né, Ana? (Família 2, maternidade).

A Alice (vizinha) tem razão. Nós estávamos falando a pouco. Ela disse "essa moça veio na hora certa pra vocês". Foi mesmo. Foi um anjo que caiu do céu... Olha não sei como teria sido... (Falava de maneira comovida, agradecida) (Notas de campo, Família 2, mãe da adolescente, 8ª visita).

Enfermeira: Oi, Dino? que orelha linda! Tá quase boa!

Dalva: Tá boa né Zuleica? Não tá toda boa ainda porque ele coça à noite. Foi o curativo (Havia ensinado uma das adolescentes a fazer).

Enfermeira: Quem fez os curativos?

Dalva: A Solange (Família 5, 6ª visita).

Sabe Zuleica o que falta pra ser perfeito o que tu faz aqui em casa? É que tu desse receita daquele remédio pro Júlio. Só falta isso. Ele não vai sair de casa pra buscar o remédio no médico (Família 5, 7ª visita).

Ela é que cuida do Diogo desde que ele nasceu. Ela entende de pediatria. É tão bom. Nós tava sentindo a falta dela. Ela é calma, conversa bastante com a gente, pega o Diogo no colo... (Adolescente falando à amiga, Família 4, 8ª visita).

Todo esse "conjunto de procedimentos sistematizados" pode ser representado pela Figura 9. No projeto do trabalho, havia traçado um diagrama que, segundo a Banca Examinadora, não representava a dinamicidade e inter-relacionamento das fases que compunham a metodologia preconizada.

Durante o transcórre do estudo tive essa certeza e modifiquei o diagrama ao perguntar-me: "como estou cuidando?" Es-

te "como" respondi refletindo sobre o que estava fazendo em todos os momentos com as famílias, desde o levantamento dos dados até a avaliação. Considerei que estava utilizando fundamentalmente os elementos do **Processo de Cuidar** e do **Cuidado**, num ir e vir constante que estes elementos acabavam se mesclando a ponto de dificultar, inclusive, os registros, fazendo-me concluir que toda a metodologia assistencial poderia simplesmente ser caracterizada como **cuidar/cuidado**. A representação e a esquematização das fases constam nas figuras 11 e 12.

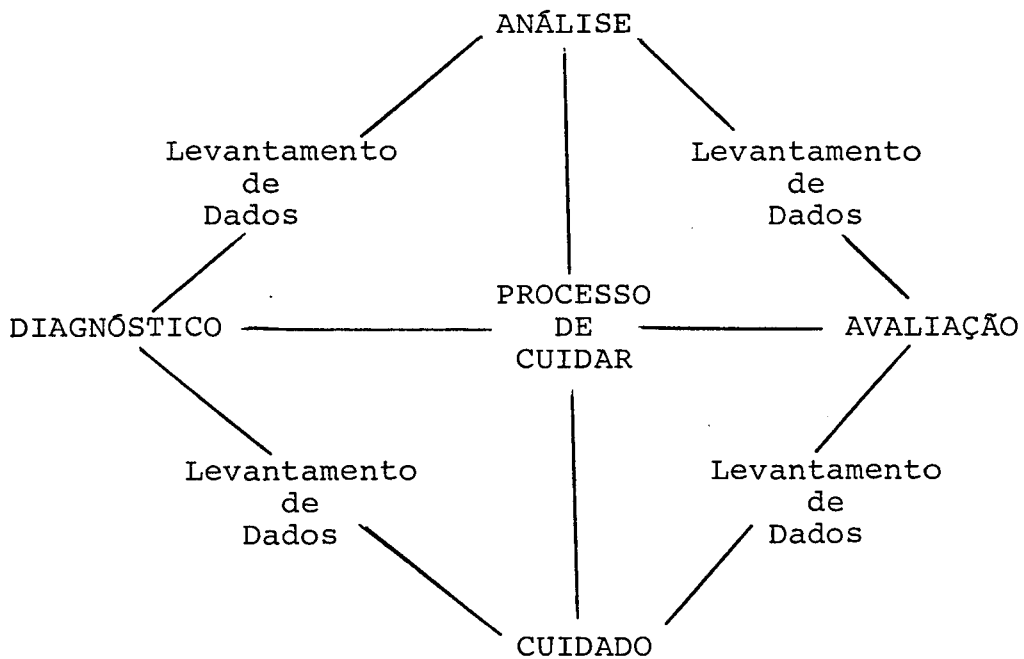


Figura 11 - Representação do Processo de Enfermagem fundamentado no marco conceitual voltado à prática de cuidados à família.

Considere-se que os itens do Processo de Enfermagem, em especial C, D e E, foram até certo ponto apresentados desta forma em função do caráter de **estudo** de sua aplicação.

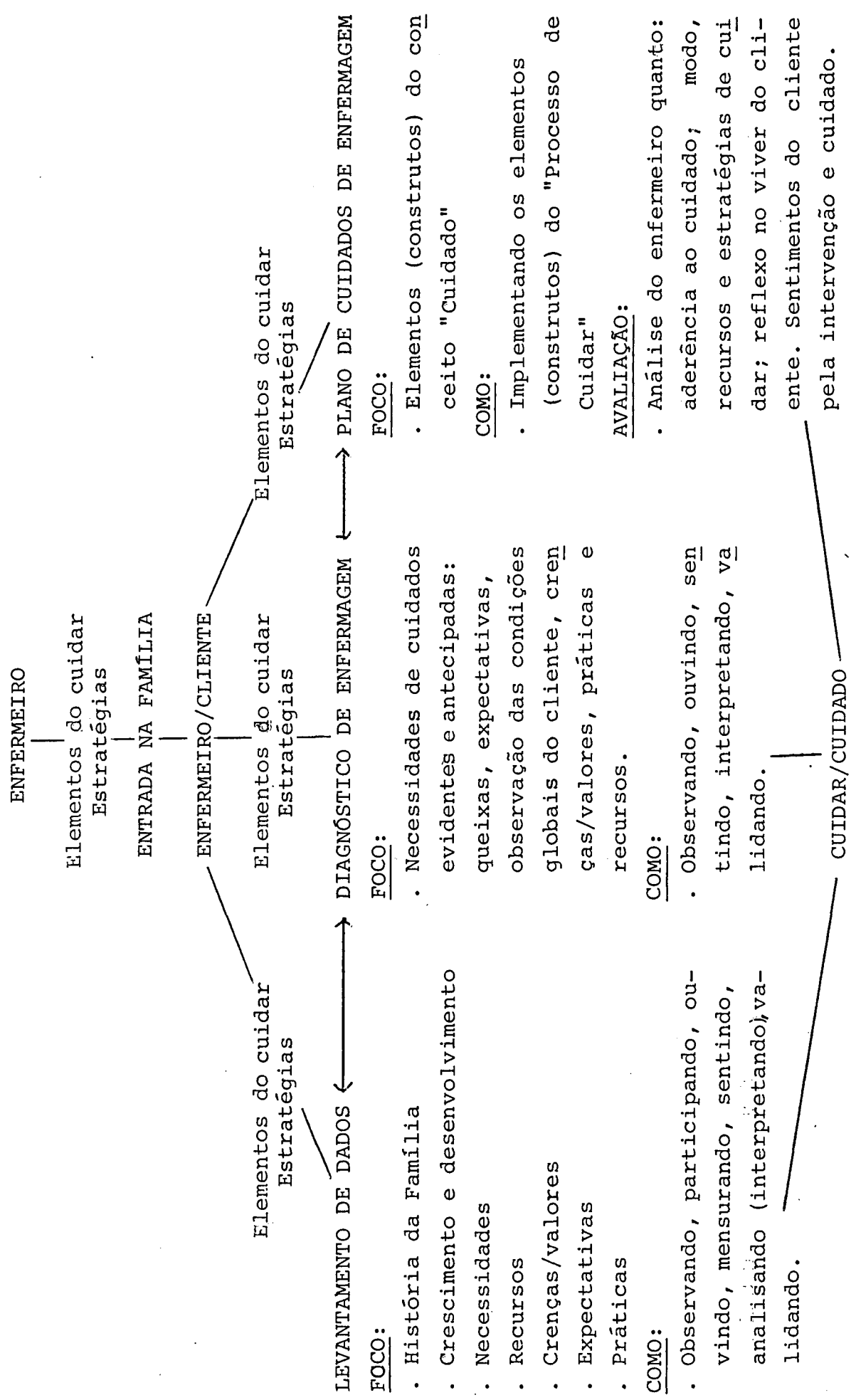


FIGURA 12 - Esquematisação das fases do Processo de Enfermagem = cuidar/cuidado.



## 6. AVALIANDO A APLICAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL NO CUIDADO ÀS FAMÍLIAS

Este capítulo apresenta o terceiro e último objetivo do trabalho. Nele é avaliada a prática do marco conceitual de forma geral, pois que em particular está presente na descrição do item anterior, o "cuidar/cuidado".

As reflexões que subsidiaram a avaliação da aplicação do marco conceitual não se originaram apenas do trabalho com as famílias, mas também das várias atividades que continuei desempenhando enquanto mestranda: na docência, com colegas, alunos e clientes; nos trabalhos de extensão junto ao "Grupo de Estudo da Metodologia de Assistência de Enfermagem ao Cliente Ambulatorial do HU", junto ao grupo multidisciplinar do "Programa de Assistência à Saúde Integral do Adolescente de SC", na pesquisa "Compreendendo as Questões de Saúde e Doença do Adolescente Açoriano - Sexualidade/Reprodução e Doenças Sexualmente Transmissíveis"; na troca de experiências com as colegas do Curso, e com aquelas dos Serviços de Saúde onde fiz levantamento das Famílias; nos eventos da Enfermagem e nas constantes leituras e observações de situações de famílias de

amigos e parentes, e da minha própria família, naturalmente.

O conjunto dessas reflexões foi redigido durante todo o transcorrer do trabalho com as famílias. Algumas dessas reflexões fazem parte das "notas do enfermeiro", mas a maior quantidade foi redigida num caderno que me acompanhava em todas as ocasiões, e foram chamadas de "Reflexões do Estudo".

Ao final do trabalho junto às famílias, analisei essas reflexões e categorizei-as nos elementos "levantamento de dados", "diagnóstico", "cuidado", "conceitos", "características das famílias" e "avaliação do marco". Transporte essas reflexões para folhas avulsas, individualizando cada reflexão, colocando ao lado seus componentes mais representativos. O volume dessas reflexões foi muito grande, permitindo não só a discussão e análise desse estudo mas também deixando subsídios para outros estudos.

Como anunciado no início desse capítulo e conforme observado nos itens anteriores, o maior contingente dessas reflexões já consta na apresentação e discussão do cuidar/cuidado. As avaliações foram colocadas nesses locais por pertinência natural, visto que o marco estava representado em todo o seu contexto, pois o Processo de Enfermagem foi elaborado desde o item "Levantamento de Dados" até o de "Avaliação" fundamentado nos seus conceitos.

Em função dessa particularidade, durante todos os momentos da prática do processo havia a constante mentalização dos conceitos do marco, no sentido de avaliar sua correspondência com a realidade que se apresentava. Não senti dificuldade nesse procedimento e acredito que muito tenha colaborado para isso a análise que havia feito de cada conceito para a determi-

nação do "Foco dos Dados" que seriam levantados como base para cuidar das famílias. A mentalização das "categorias principais dos conceitos" me reportava aos próprios conceitos, de forma que me permitia vê-los cada um em particular e sentir a forte e contínua inter-relação entre ambos.

As abstrações contidas nos conceitos referentes à adolescente, à gravidez e à família da adolescente podem ser **concretizadas** através da realidade de cada Família do trabalho trazida em todos os momentos do capítulo anterior.

A questão da adolescência abordada como problemática na literatura pode ser observada nas Famílias. A dinâmica de valores entre pais e filhos, os conflitos entre ambos, ainda maiores quando associados às dificuldades sociais, estão presentes principalmente naqueles aspectos que envolvem as atividades sociais das jovens.

Também a questão da paternidade, conforme literatura, é ocorrência nessas famílias. Os pais das crianças não participam do evento gravidez:

... um fato tão real e que exige tanto das pessoas envolvidas... e o homem, o parceiro desse evento? Não faz parte. Nem ao menos de "preocupação", pois não fica nem sabendo (Notas do Enfermeiro).

E é interessante que o fenômeno da inexistência da paternidade responsável é um traço cultural não apenas de nossa sociedade, mas de outras também, pois esse tema é bastante abordado na literatura dessa forma. Tenho a impressão que a própria sociedade, a cultura dessa sociedade, legitima cada vez mais esse fenômeno, pois confere à mãe e até a sua família (como o faço hoje nesse estudo) a preocupação de planejar e executar os cuidados no evento, sem a intenção explícita de modi-

ficar esse fenômeno.

Uma sociedade cuja cultura enaltece o desenvolvimento escolar e a participação da mulher no mercado de trabalho, mas que ao mesmo tempo lhe confere e lhe impõe "deveres de mãe", sem a mesma conduta junto ao pai da criança, talvez esteja determinando unicamente à mãe essa responsabilidade.

Quanto à questão da maternidade, a situação da mulher adolescente solteira parece não ser muito diferente daquela da mulher adulta na mesma situação (Sentimento esse que sugere um estudo em nossa sociedade). Ambas, no Brasil, se não possuem recursos próprios, têm que buscá-los quase que exclusivamente na família. Quando a família não consegue suprir essa necessidade, a mulher é obrigada a buscar recursos também nos órgãos assistenciais do governo.

Tanto as famílias pobres como aquela de classe média (Família 2), que participaram deste trabalho, vivenciaram o processo de gravidez fundamentadas nas representações que tinham desse fenômeno e nos recursos internos e externos que possuíam para seu enfrentamento, tornando realidade concreta as abstrações contempladas no conceito "Família da Adolescente..." e nas afirmações de PILON (1986). Para este autor as ações do indivíduo frente às suas necessidades de saúde serão

... fruto de seus conhecimentos, crenças, valores e habilidades (práticas), mas dependerão também da organização social e de suas estruturas de apoio (p.395).

Essas estruturas de apoio podem ser informais e formais.

No primeiro caso, é a própria rede de relações (família, colegas, amigos) que vai respaldar suas ações, no segundo caso são as organizações cultu-

rais, políticas e econômicas (escola, igreja, partido, emprego, saúde e bem-estar social) que dão os recursos necessários (p.295).

Segundo DURHAN (1980), a família vem sendo objeto de críticas de alguns segmentos da sociedade. Aqueles mais intelectualizados têm denunciado a família nos seus

aspectos repressivos da organização familiar, ressaltando seu papel de instrumento de dominação dos homens sobre mulheres e dos adultos sobre os jovens... (p.201).

Dentro dessa concepção a família é considerada impecilho à libertação individual e ao pleno desenvolvimento da pessoa, enfoque esse contemplado no conceito de "Família".

Em vários momentos com as Famílias pude observar essa questão, mais especificamente nas relações entre pais e filhos, inclusive através de depoimentos das próprias adolescentes. Particularmente, é preciso ressaltar que na Família 5 a dominação entre o casal era em relação à mulher sobre o homem, o que pode ser de certa forma compreendido através da literatura que aborda o caráter matrifocal de determinadas famílias (FONSECA, 1987; NEVES, 1985).

Mas a família, apesar de questionada e até negada por muitos, ainda é uma instituição legitimada em nossa sociedade. Nas situações de maternidade tem sido elemento presente, principalmente após o nascimento da criança, independente da mãe da criança ser ou não solteira. É a família ampliada em ação. Geralmente os avós da criança passam a se integrar mais. No caso da mãe adolescente essa necessidade parece mais evidente. A interferência da família nos cuidados com a jovem e com o recém-nascido é algo quase impossível de se evitar, como podemos perceber nas famílias deste estudo, em função das relações constantes no mesmo ambiente físico e pelos sentimentos de in-

capacidade que a família tem em relação à jovem mãe.

Além disso, a própria criança é motivo de aproximação constante. A gestação, que em algumas oportunidades foi motivo de tristeza, à presença da criança, torna-se motivo de alegria, conforme consta no conceito de "Família da Adolescente ...", o que percebemos em vários momentos de convívio com as famílias, principalmente na Família 2, onde a gestação foi vivida com sofrimento.

No estudo de SALEM (1985) sobre trajetória de "casais grávidos", a nuclearização da nova unidade com o nascimento da criança não ocorreu mesmo com aqueles casais que tinham isso como projeto, pois o nascimento da criança veio a caracterizar, e até fortalecer, uma experiência familiar mais ampla.

É dentro dessa realidade, desse conceito de família nesse momento, que precisa estar voltada a prática do enfermeiro. Saber conviver com os clientes na contradição da **família como recurso e como limitante**. E, paralelamente, compreender que essas características são geradas pelos próprios homens, pela elaboração dos seus conceitos de vida a partir de seus sentimentos e do ambiente sócio-cultural em que vivem. Compreendendo também que cada família é um fenômeno à parte. Assim como o homem é único, cada família também o é. Às vezes me punha a pensar e comentar com colegas: "Tenho a impressão que cada família precisa um enfoque diferente de estudo mesmo dentro das concepções deste marco" (Reflexão do Estudo).

Segundo LEOPARDI (1989), esta diversidade deve ocorrer em função da diversidade do objeto e das situações que se apresentam. Nas famílias do estudo, apesar de estar fundamentando a prática num marco conceitual, havia necessidade de buscar

compreensão de certas situações em outros conceitos, e outras teorias, justamente pelas particularidades dessas situações, como por exemplo, "crise", "conflito".

Com relação ao aspecto da aceitação da família ao trabalho do enfermeiro, conforme consta no conceito, as três famílias demonstraram querer o trabalho do enfermeiro, mas esse sentimento ocorreu com mais transparência ao final do trabalho. No início, as famílias demonstravam não ter bem claro o que seria desenvolvido com elas. Esse aspecto pode ser compreendido através do fato de que nenhuma das três famílias conhecia esse trabalho do enfermeiro. Não me refiro aqui à utilização do marco conceitual, mas sim às atividades de enfermagem que foram desenvolvidas com elas. Talvez isso se deva à quase inexistência de serviços de consulta de enfermagem e de atividades de extensão domiciliar, nos serviços de saúde que costumavam utilizar.

Essa realidade tornou a "saída" das famílias um processo difícil. Desde o primeiro momento mentalizava **desenvolver nas famílias suporte para o auto-cuidado** e também as possibilidades delas continuarem desenvolvendo em outros serviços de saúde os cuidados que já havíamos iniciado, além de outros que surgissem.

Na Família 4 quando a criança completou um mês encaminhei-a para um serviço de Puericultura que sabia dar atenção qualificada, visto que a Família havia se queixado do descaso do médico no outro serviço público onde levou a criança quando esta completou 15 dias. Mas e os demais membros da família? Para onde encaminhar ao sair da família? Quem poderia dar continuidade, mesmo que de forma parcial, ao trabalho que havíamos iniciado?... (Reflexões do Estudo).

Havia previsto desenvolver o Processo de Enfermagem em três fases distintas: Levantamento de Dados, Diagnóstico e Pla

no de Cuidados de Enfermagem. Na prática esses elementos se confundiam, interligando-se e caminhando sempre juntos, num ir e vir constante e peculiar. Concluí que todo o Processo estava representado no próprio conceito de cuidado, caracterizando toda a metodologia da assistência como "cuidar/cuidado".

Esse fenômeno ocorreu em função de que em cada fase do processo as particularidades e dinamicidade das situações que se apresentavam é que determinavam as atividades do Processo de Enfermagem. Desta forma, havia momentos de cuidado durante o levantamento de dados, diagnóstico no momento de cuidado e vice-versa. Apenas um fator esteve constante de maneira uniforme: Os **elementos do "Processo de Cuidar"**, o que pode ser caracterizado como um cuidar/**cuidando**.

Em função das características do marco conceitual, a metodologia do "levantamento de dados" foi elaborada fundamentada na participação do cliente no seu contexto. Isso ocorreu efetivamente, podendo se dizer que esta fase do Processo de Enfermagem neste estudo foi basicamente determinada pela dinâmica das famílias, exigindo inclusive um maior tempo de visita, outras visitas, mais "diálogo", "observação", "análise" e até mais "tolerância".

Vimos também que, com relação ao levantamento de dados, a técnica da observação participante é adequada conforme a situação que se apresenta na família. Pode-se, inclusive, fazer perguntas diretas quanto às questões de saúde e doença já na primeira visita se isso for necessário, como é comum ao se visitar família com recém-nascido. Até porque isso, segundo metodologia do cuidar/cuidado, pode ser caracterizado como "prevenir", "demonstrar interesse", "supervisionar", "valorizar",



"trocar experiências" e outros. Basta apenas que se utilize os **elementos do cuidar** como: "empatia", "diálogo", "proposta" para questionar e fazer exame físico, se preciso, "respeitando crenças, valores e práticas do cliente".

Com o transcorrer das visitas não havia mais necessidade de investigar diretamente crenças, valores e até práticas, pois o cliente já as expunha espontaneamente, através de suas atividades, de desabafos e de diálogos informais, que podem ser caracterizados como "sociais".

Confirma-se a necessidade de registrar todos os dados colhidos para que se tenha melhor compreensão das situações em família, inclusive dados que a princípio possam parecer desnecessários. A observação, acompanhada de análise continuada dos dados, favorece, inclusive, a validação com o cliente das percepções que se tem em relação às situações com as quais se pretende trabalhar. Pode-se perceber isso quando, ao se questionar o cliente quanto a determinado aspecto, este pode responder de maneira indecisa ou de forma a não caracterizar plenamente aquela impressão que se tem da situação. Nesse momento podemos dispor dos dados e impressões que temos e colocá-los de forma a validar ou não.

A impossibilidade de separar (delimitar) as fases do Processo de Enfermagem ocorreu também entre os elementos do "cuidado" e do "Processo de cuidar", dificultando inclusive o registro no Plano de Cuidados, visto que seus elementos se interdependem, se interligam e se complementam constantemente.

Outra particularidade foi sentir o "cuidado" como o próprio "objetivo do cuidar". Exemplos disso foram o "confortar", e o "auxiliar na busca de recursos...". Estes elementos são

cuidados que contém categorias que não deixam de ser ações, como "orientar", "informar", "encaminhar" e outros elementos do cuidar e do cuidado. Já o "confortar" envolve, entre outros, "dialogar, ouvir, valorizar, estimular, executar ações técnicas/físicas, aliviar a dor".

Vimos também que não há necessidade de conhecer o todo do cliente para somente após cuidar, mas sim a cada necessidade de cuidado procurar conhecer suas crenças, valores, práticas e recursos. Assim gradativamente vamos procurando compreender o todo do homem nesse momento da vida, conscientes dessa complexidade de que o viver do homem é dinâmico, mutável, historicamente determinado pelas suas características biológicas, psicoespirituais e sócio-culturais e dos recursos que recebe e desenvolve em seu ambiente interno e externo, através do tempo.

Conscientes também de que

Apesar da imposição cultural que sofremos há uma dinâmica tal na vida cultural que as pessoas não são meros objetos receptivos da cultura; que cada indivíduo reinterpreta os códigos culturais e que não há absoluta passividade, pelo contrário, há uma agilidade, uma dinâmica... Por isso que há essa diversidade que está aí, se não todos pensariam e agiriam iguais (REIS, 1988).

Essa conscientização foi necessária para que pudesse melhor compreender as famílias. Às vezes não entendia (apesar do conceito prever isso) tantas diversidades entre pessoas consanguíneas, que nasceram e cresceram juntas, como por exemplo, na Família 5: por que enquanto um irmão busca no trabalho os recursos para sua sobrevivência, o outro rouba com o mesmo objetivo?

A consciência dessas características do homem promove

o desenvolvimento do "olhá-lo holísticamente", também compreendido como "vê-lo com postura relativizadora", levando a ampliar e especificar essa compreensão no sentido "transcultural", mesmo dentro de um pequeno grupo de pessoas (REIS, 1988).

A recomendação de não ver o comportamento a partir de nossa visão mas sim a partir da visão do cliente, como enfatiza Leininger em seus trabalhos, e conforme mensagem dos conceitos do marco, precisa ser esclarecida. Entendo, fundamentada na prática desenvolvida e no conceito de "Enfermeiro", que essa afirmação está reforçando a necessidade de compreensão do viver do homem pelas suas próprias significações. Mas entendo, também, que isso não me isenta de interpretar esse viver, essas significações, com minhas próprias significações, através de meus conhecimentos, meus valores, incluindo minha ética pessoal e profissional. Acredito, como NEVES (1987), que é "melhor tentar compreender como nossos valores influenciam a ciência e as teorias que nós construímos ao invés de continuar com a noção de que a ciência é livre de valores" (p.13).

A partir dessas reflexões entendo que as "transformações, as modificações de práticas, tal como "acomodação" e "repadronização", "podem não ocorrer apenas com o cliente, mas também com o enfermeiro" (REIS, 1988). É isso é importante, pois "por enquanto o que temos visto é que o que existe nos serviços de saúde são rotinas de cuidado, a gente sente, o leigo sente isso" (REIS, 1988).

Esse raciocínio, associado à realidade dos cuidados às famílias, cuja maioria estava relacionada às questões de educação, leva-me a pensar como PILON (1986). Segundo este autor, "a educação deve favorecer a troca dos universos conceituais

entre educador e educando que resulte na transformação dos dois" (p.393).

Algumas vezes me via a tomar certas atitudes que me deixavam em dúvida se eu estava de fato me repadronizando também, se estava tendo "compreensão" e "paciência" para "dialogar" mais e aguardar a participação ativa do cliente. Após reflexões sobre esses fatos, sentia que essas atitudes eram traços de minha cultura carregados de valores muito fortes, que me acompanhavam há muitos anos e que, inclusive, já me haviam feito parar para refletir em outras ocasiões. Esses momentos caracterizavam-se por situações que envolviam tomada de decisão nas questões de saúde e doença de criança em famílias que apresentavam dificuldade de discernir, enfrentar desafios e lutar pelos seus direitos, uma vez que a criança ainda não podia decidir sobre sua vida.

Para cuidar é preciso que o enfermeiro tenha clareza do significado de saúde e doença do cliente (LEININGER, 1985). Neste trabalho, se eu fosse considerar a princípio apenas a declaração do conceito que o cliente apresentava desses elementos, quase nada teria feito, ou pouco teria cuidado, visto que na sua maioria os conceitos do cliente estavam associados somente aqueles aspectos atendidos pelos serviços de saúde tradicionais.

Desta forma, houve situações de doença que, segundo o conceito do cliente, não poderiam ter caracterizadas como tal, mas que assim foram consideradas posteriormente frente às necessidades que o próprio cliente referenciava e que estavam compreendidas dentro do conceito do Marco. Eram situações que estavam interferindo e prejudicando o viver do cliente, reper-

cutindo inclusive no viver de outros membros da família, mas que não constavam de sua conceitualização e coincidentemente, das representações de doença do contexto social, basicamente voltado aos aspectos biologicistas da medicina.

Talvez se tivesse dialogado em termos de "bem viver" e "mal viver" as respostas do cliente teriam sintonia direta com o conceito do marco, pois indiretamente isso foi uma constante. A compreensão desse conceito na prática resultou no diagnóstico de grande número de situações de vários níveis de complexidade e diversidade que necessitavam de atenção. Essa gama de situações somente pôde ser atendida porque contava com o recurso dos elementos do conceito do cuidado, já que de outra forma pareceria que pouco ou nada se poderia fazer.

Não houve na realidade nenhuma pretensão de entender de tudo e de cuidar de tudo, mas frente à limitação de recursos dos clientes, incluindo de nossos serviços de saúde, e dentro de uma proposta generalista para a prática do enfermeiro, penso que essa também era uma forma de "aprendendo/assistindo": observando, questionando, lendo, trocando idéias, experimentando, analisando e avaliando. Acredito que dessa forma estamos desenvolvendo conhecimentos básicos sobre situações mais comuns de famílias e dos seus membros em cada ciclo da vida, além de aperfeiçoarmos as abordagens a esses indivíduos, incluindo a prática do cuidado. Desta forma gradativamente teremos maiores recursos para atender famílias como unidade e o próprio indivíduo particularmente.

Na apresentação do marco reforcei a importância da compreensão do "Homem", pois é para ele que o cuidado, "objeto do trabalho da enfermagem, se destina". A caracterização do

"Homem" segundo o conceito desse marco foi fortemente sentida em todos os clientes que participaram do estudo. O seu sentido coletivo na família, mesmo nas situações adversas, sua inter-relação constante com o ambiente externo, suas necessidades, limitações e potencialidades, representadas pela sua individualidade, aparecem através das cenas e cenários que envolvem seu viver naquele momento histórico.

Tal como GRAMSCI (1987) compreende, pude observar que o "homem é o que ele come", da mesma maneira que é possível dizer que o "homem é seu vestuário", o "homem é sua moradia", o "homem é o seu modo particular de reprodução", "ou seja, a sua família" (p.42).

Na busca dessa compreensão ampla do viver do Homem, desde a elaboração do marco conceitual me deparei com realidades complexas, cuja intensidade aumentou no processo de cuidar. Esse fato me levou à necessidade de consultar uma variedade de autores que pudessem me passar o sentido da totalidade do homem através de seus conceitos, mesmo que na avaliação global de suas obras suas idéias não apresentassem coerência entre si.

Dentro da compreensão do conceito de "Homem" e mais especificamente de sua "Família", saliento, através de ACKERMAN (1986) e MOFFAT (1986), a importância do fator econômico nas decisões e práticas de saúde dos indivíduos do estudo. Nas Famílias pobres, em especial na Família 5, a pressão econômica, e necessidade de sobrevivência, principalmente, é que determinavam suas formas de vida, e não suas crenças e valores.

Desta forma, as necessidades de cuidados dos indivíduos tornam-se mais evidentes naquelas famílias pobres no que se

refere aos recursos para atendê-las. Mas não me refiro somente ao pobre financeiramente, mas também ao pobre de capacidade de discernir, de decidir, de lutar e de ter poder para modificar. Não se percebe na vida de algumas famílias a luta para promover o seu próprio desenvolvimento. Acredito até que seja pela inexistência ou fragilidade de uma contradição interna que assim os encaminhe.

Esses aspectos tornam-se, de certa forma, limitação para o diagnóstico das situações e planejamento dos cuidados, ao mesmo tempo que são um desafio para o enfermeiro, que, juntamente com a família, precisará buscar e desenvolver "recursos" internos (família) e externos, incluindo o apoio de outros profissionais.

Ao final do trabalho fiquei com a impressão de que o recurso mais importante na família, ou indivíduo, seria a "capacidade e disposição de buscar e manter os recursos" para o seu bem viver (incluindo o cuidado de si e de outros). Dentro dessa capacidade e disposição estariam a motivação, o conhecimento, o poder e a liberdade. Neste aspecto, o "Enfermeiro" consciente, "crítico", "reflexivo" e voltado para as "necessidades" do "Homem" é um suporte para auxiliá-lo a desenvolver essa capacidade.

Acredito que o enfermeiro com motivação, conhecimentos e liberdade possa, através do seu principal recurso, o "cuidar/cuidado", desenvolver uma prática que envolva todas as dimensões do "Homem". É bom ressaltar que a totalidade e eficácia de suas ações em determinadas situações precisam contar com o apoio de outros profissionais, principalmente de serviços de saúde voltados também a essas dimensões. Naqueles casos em

que o enfermeiro não puder contar com esse apoio, ou quando em situações de difícil ou impossível solução, é importante que continue a utilizar os elementos do cuidar/cuidado sem a preocupação de solucionar ou curar os problemas do cliente, apenas "**cuidando**", pois essa é a essência do nosso trabalho.

Ao finalizar o trabalho podemos voltar aos pressupostos que fundamentaram a elaboração dos conceitos do marco (p. 59) e repeti-los, agora de forma concreta, através dos resultados do trabalho com as famílias.

O processo de gravidez da adolescente foi vivido de forma única por cada família, em razão da sua cultura e classe social. Assim, suas atitudes frente à gravidez foram determinadas por suas crenças, valores e recursos que possuíam para o enfrentamento desse processo.

A gravidez da adolescente apresentada neste trabalho não foi o foco maior das discussões, mas sim a própria situação da família onde este fenômeno estava acontecendo. Isso ocorreu devido à inter-relação deste evento com a totalidade do viver da família, ocorrendo em alguns casos intercorrências na vida de seus membros com conseqüente alteração do grupo e mudanças no seu viver.

As situações de saúde e doença que foram diagnosticadas nas famílias foram tão complexas e diversificadas quanto maior foi a compreensão do conceito de saúde e doença do marco, no entendimento de bem ou mal-viver em todo o processo de crescimento e desenvolvimento. Essas situações estavam relacionadas com as características biológicas dos indivíduos, com suas crenças, valores, práticas de cuidados de saúde e pelas limitações e recursos que dispunham no seu ambiente, incluín-



do os serviços de saúde, e cuja qualidade apresentava relação estreita com os valores sócio-culturais do ambiente externo. Percebeu-se também que todos os aspectos sociais interferiam na saúde da família, tornando seu bem viver em relação direta com a satisfação de suas necessidades.

As famílias foram clientes que necessitaram de cuidados como unidade (grupo) e também em particular, a partir das necessidades de cada membro. Mas as famílias também foram unidades de cuidados para a adolescente, seu recém-nascido e demais membros, através de práticas próprias da família, das suas relações sociais, e daquelas indicadas pelos serviços de saúde disponíveis.

Assistir as famílias, através da visão holística dos seus indivíduos considerando suas próprias práticas de saúde, determinou a necessidade de cuidados em todas as dimensões, percebendo-se que o "cuidado" é essencial, desde o nascimento, em todo o processo de crescimento e desenvolvimento, inclusive para bem viver e sobreviver. Além disso, possibilitou que víssemos que o cuidado variava entre as diversas famílias do estudo, inclusive entre os membros de uma mesma família, em função de suas características sócio-culturais.

Outra particularidade da aplicação deste marco foi quanto às dimensões e complexidades dos cuidados, cujo foco principal gerou o desenvolvimento de uma **prática educativa** que torna possível a satisfação do cliente e do próprio enfermeiro através da troca de experiências de seus universos.

As abstrações dos conceitos do marco tornaram-se concretas em cada uma das três famílias do estudo, talvez porque se fundamentam na realidade do homem, na sua cultura e nos re-

cursos que este dispõe para seu viver e na interação desse viver através do dinamismo, da troca constante entre ele e seu ambiente interno e externo.

Assim também ocorreu com os conceitos em relação ao "cuidar/cuidado", confirmando o raciocínio de ELSEN & PATRICIO (1989) de que um marco "se concretiza na prática através da metodologia" (p.174).

Penso que a escolha de um marco que considera crenças, valores, práticas, necessidades, expectativas, recursos e a história de vida do cliente possa colaborar para que não haja choque, em princípio, com as representações do enfermeiro. O que precisa, sim, é o enfermeiro ter essa visão relativizadora dos fenômenos e estar consciente de que trabalhará com diferentes conceitos de vida, procurando compreendê-los também na ótica do cliente e do ambiente externo em que vivem e, com o cliente através do "cuidar/cuidado", trabalhar esses fenômenos.

Assim, é preciso também compreender o cliente na sua característica de poder estar ativo e continuamente em seu contexto, na relação com os outros seres, em situações de contradições, conflitos e transformações. A família em nosso ambiente sócio-cultural é uma realidade presente e pode se apresentar com esse perfil. Dessa compreensão é possível perceber a complexidade de situações de saúde e doença que a envolvem como grupo ou em particular, principalmente em eventos não esperados como o caso da gravidez da adolescente.

Partindo dessas considerações não é possível visualizar as ações de enfermagem senão através de uma prática voltada para o concreto, para as "necessidades" dos indivíduos, par-

tindo de um referencial próprio que, de preferência, seja acompanhado por outros profissionais. Uma prática consciente de que a saúde está condicionada por determinantes sócio-culturais e relacionada à alimentação, habitação, educação, condições de trabalho e outros. E que não é apenas a simples oferta e consumo de serviços médicos que garantirá a qualidade de vida.

Sem dúvida, esse estudo não colaborou apenas para a compreensão da problemática da gravidez da adolescente a nível familiar, como também ampliou minha visão para o contexto social maior, principalmente no que se refere às suas necessidades de saúde e as respostas dos serviços de saúde de que dispõem. Além disso, tornou meu universo profissional bem maior que aquele que se costuma considerar como "cuidado de enfermagem". Aqui, após a prática assistencial, retorno à introdução deste trabalho para concluir que "assistir é muito mais que curar, é cuidar, mesmo que não objetive ou leve à cura: cuidar para promover, manter, recuperar a saúde e também para auxiliar o homem no alcance de condições dignas de viver, pois este é um dos pressupostos básicos para haver saúde". Acredito que a prática do cuidar/cuidado, mesmo quando somente avaliada como "processo" e não como resultado, tenha colaborado para a saúde das Famílias (enquanto grupo e indivíduo), e que só não foi eficaz em todos os momentos em função das limitações de "recursos" que havia nas Famílias em determinadas situações e para as quais o enfermeiro não dispunha de "recursos" (ao menos a curto prazo) para desenvolver.

Vimos que não é permitido a todos os homens gozar daquela liberdade de viver, sentir e optar no mundo; nem sempre é

ouvido, respeitado em suas significações, sofre pressões e têm problemas que não são considerados.

Mas vimos também as possibilidades de que o homem dispõe, de cunho individual e coletivo, e que necessitam apenas de outros indivíduos para desenvolvê-las. Acredito que o enfermeiro é um profissional capaz de colaborar nesse sentido através da utilização do "cuidar/cuidado". E, sendo esse marco um referencial essencialmente sócio-cultural, talvez colabore para diminuir a neutralidade ética que tem nos acompanhado no cuidado ao cliente.

Acredito que este marco conceitual, através de seus **conceitos gerais** e da operacionalização destes no cuidar/cuidado, possa ser aplicado e testado em outras situações de saúde e doença, pois é baseado no "Homem" em toda a sua complexidade, bastando apenas adequar-se aos conceitos referentes aos temas específicos e de situações diversas. Finalmente retorno às concepções de Leininger e penso que a prática do **cuidar/cuidado** possa colaborar para a crença de que o "**cuidado é a essência de enfermagem e da saúde**", e que o seu desenvolvimento por outros enfermeiros poderia auxiliar na identificação da enfermagem como profissão entre os demais profissionais da área da saúde e da própria sociedade.

## 7. IMPLICAÇÕES DO ESTUDO/RECURSOS E CONQUISTAS PESSOAIS/DIFICULDADES/RECOMENDAÇÕES

### Implicações

#### **Para o ensino**

- Favorece a troca de experiências entre discentes e docentes, inclusive de outras áreas como: Antropologia, Serviço Social, Sociologia, Psicologia e Medicina.

- Colabora para discussão, aplicação imediata e desenvolvimento nos conteúdos dos currículos de graduação em Enfermagem: do "cuidar/cuidado", dos conhecimentos e abordagens à família ou mesmo ao cliente individualmente, e da assistência à adolescente grávida solteira.

- Permite aos professores de Curso de Pós-Graduação avaliar a importância deste tipo de estudo como Dissertação de Mestrado, além de colaborar com professor e mestrando no conhecimento da trajetória da elaboração e desenvolvimento de estudos desta natureza.

- Colabora para o desenvolvimento de marcos conceituais próprios da enfermagem que guie o professor no ensino da en-

fermagem.

- Permite ao aluno de graduação em enfermagem conhecer a aplicação de marcos conceituais na prática da enfermagem.

#### **Para a pesquisa**

- Como exemplo de estudo metodológico dentro de abordagem qualitativa e como referencial em pesquisas que envolvam conversar, observar e sentir indivíduos.

- Favorece o aperfeiçoamento de estudos em famílias, especialmente abordagem e forma de descrição dos dados.

- Colabora para novos estudos da aplicação do "cuidar/cuidado" em outros indivíduos e situações.

- Colabora para várias pesquisas cujos temas emergiram desse estudo como por exemplo: a questão da paternidade; da família do pai da criança da adolescente; situações de saúde e doença nas famílias de mulher grávida solteira na fase adulta; as questões da amamentação entre as mães adolescentes; "Síndrome familiar" como fator predisponente para a gravidez na adolescência ; o cuidado nas famílias matrifocais; o "tocar" como elemento importante do cuidado de enfermagem junto a enfermeiros e clientes. E tantos outros temas.

#### **Para a prática assistencial**

- Colabora para o desenvolvimento da técnica da observação participante com objetivo de cuidar.

- Colabora para aplicação e desenvolvimento de marcos conceituais na assistência ao cliente.

- Colabora para o avanço no desenvolvimento de metodo-

logias de atenção à família e outros clientes, principalmente nos serviços ambulatoriais e de extensão hospitalar.

- Possibilita a reflexão da prática que temos desenvolvido nos serviços de saúde do País.

- Possibilita a aplicação e desenvolvimento de uma metodologia de prática educativa positiva para cliente e enfermeiro em situações intra e extrahospitalar.

- Possibilita aos profissionais de saúde, em particular ao enfermeiro, refletir sobre a necessidade de compreender as situações de saúde e doença dos indivíduos, nas suas relações com seu grupo e ambiente externo.

- Possibilita ampliar nosso universo de condutas de enfermagem através da aplicação do "cuidar/cuidado".

- A prática do "cuidar/cuidado" colabora para a identificação do trabalho do enfermeiro entre outros profissionais da saúde e entre o próprio cliente.

- Poderá gratificar o enfermeiro por estar utilizando um referencial próprio da profissão.

#### **Para o saber da enfermagem**

- Colabora no desenvolvimento de marcos conceituais de enfermagem.

- Colabora para reflexão do objeto de trabalho da enfermagem.

- Possibilita a discussão e reflexão das dimensões sócio-culturais da prática da enfermagem no contexto brasileiro.

### Recursos e Conquistas da Autora

Os recursos são aqueles elementos, que me favoreceram no desenvolvimento do trabalho. As conquistas são os sentimentos de gratificação gerados e que de certa forma tornaram-se recursos no transcorrer do trabalho, sendo hoje motivação para outros estudos.

- Ter feito estudo bibliográfico e pesquisa de campo sobre gravidez na adolescência ao iniciar o curso de mestrado.

- Contar com certa experiência na área da pediatria social, principalmente em visitas domiciliares a famílias de poucos recursos econômicos.

- Ter feito disciplinas optativas nas áreas da obstetria, antropologia, psicologia, pesquisa qualitativa, cuidado e família .

- Contar com a aceitação das famílias no trabalho oportunizando atingir o propósito de atendê-la como unidade.

- Ter percebido a importância de desenvolver nossas idéias, nossa prática, fundamentados em conceitos descritivos e operacionalizados, alicerçados na literatura e na realidade do cliente.

- Ter validado, de maneira sistematizada, que cuidar é algo mais que executar técnicas, e a importância desse elemento nas situações de saúde e doença.

- Ter percebido ainda mais a necessidade do enfermeiro (inclusive aquele que trabalha em hospital) de ampliar sua visão para a família para que possa compreender inclusive as situações de doença de seus clientes e planejar assistência individualizada.



- Ter validado a importância das "estratégias" para entrar nas famílias e principalmente dos elementos "cuidar" em todos os momentos do processo de enfermagem.

- Estar sentindo cada vez mais a necessidade do enfermeiro buscar formas diferentes daquela prática fundamentada nas ciências biológicas, buscando também conhecimentos da Sociologia, Antropologia, Psicologia, Parapsicologia e outras.

- Estar sentindo a importância do enfermeiro na busca de referenciais que possam subsidiar a prática da enfermagem para além dos espaços físicos institucionais, mesmo que para o momento atual, no Brasil, ainda não sejam possíveis de serem realizados na íntegra.

- Estar sentindo a satisfação por ter tido no Curso a oportunidade e a liberdade de transformar as idéias, as teorias de Leininger e de outros colegas sobre o cuidado, numa metodologia de enfermagem.

- Ter promovido integração docente-assistencial a partir dos contatos (e contratos de ajuda) com colegas dos serviços de saúde onde selecionei as famílias.

- Ter acreditado, desde o início, naquilo que estava fazendo.

#### Dificuldades

Além das dificuldades já apontadas no transcorrer do trabalho ocorreram as seguintes:

- Insuficiente material bibliográfico referente à prática de enfermagem com adolescentes grávidas e inexistência de trabalhos com suas famílias, principalmente dentro da realidade brasileira.

- Não ter encontrado trabalho semelhante para consultar no que se refere à prática assistencial em família utilizando um referencial cuja metodologia tivesse sido desenvolvida através de técnicas qualitativas.

- Situações complexas que exigem muito estudo e contato com outros profissionais em tempo limitado.

- A passividade de alguns clientes, apesar de referirem insatisfação aos valores e condutas determinadas pelos serviços de saúde.

- Dificuldade de trabalhar num contexto onde há pobreza de alimentos, de espaço físico para morar, de conhecimentos, de condições de discernir e decidir e também de políticas que promovam o homem para seu bem viver.

#### Recomendações

- Divulgar nos cursos de graduação e pós-graduação os resultados da prática do "cuidar/cuidado".

- Desenvolver uma forma de registrar os dados do processo de enfermagem agora de maneira mais objetiva, sem a preocupação de "estudo", para facilitar sua aplicação na prática. Sugiro que um maior número de colegas tentem praticá-lo. Acredito que a criatividade de cada um, a experiência e o tempo, com diferentes clientes, possam gerar um método mais prático, mais viável para a prática desse modelo.

- **Para o enfermeiro de ambulatório:** estimular a presença da família no ambulatório, mas também fazer visitas domiciliares aqueles casos especiais com o objetivo de conhecer e melhor compreender as situações de saúde e doença do cliente.

Inclusive para poder planejar com ele, dentro da sua realidade. Voltar ao domicílio periodicamente, conforme necessidade ou expectativa do cliente.

- Desenvolver trabalhos de educação com o adolescente referentes à sexualidade/reprodução nos ambulatórios e escolas.

- Desenvolver trabalhos com a adolescente grávida no ambulatório, estendendo esta prática à maternidade e ao domicílio através de outros serviços de enfermagem.

- **Para o enfermeiro de unidades de internação:** desenvolver abordagens ao cliente e aplicar o processo de enfermagem de forma mais individualizada. Envolver a família, se for parte da realidade do cliente. Fazer visitas domiciliares ou encaminhar para colegas a nível extrahospitalar aqueles clientes com internações freqüentes ou em outras situações que considerar especiais.

- **Para os setores de admissão do cliente nos serviços de saúde:** ao registrar o endereço do cliente, em qualquer situação, investigar um ou mais pontos de referência para facilitar a visita domiciliar.

- **Para os cursos de Mestrado em Enfermagem:** que se estimule o desenvolvimento de outros estudos em caráter de dissertação dentro da proposta de prática assistencial.

## 8. BIBLIOGRAFIA

### 8.1. Bibliografia Referenciada

- ACKERMAN, Nathan W. Diagnóstico e tratamento das relações familiares. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986. p.107-16 e 206-29.
- AIKEN, L. e AIKEN, J.L. Uma abordagem sistemática à avaliação de relacionamentos interpessoais. American Journal of Nursing, v.73, n.5, p.863-867, May 1973.
- BADGER, Earladeen. Teenage mothers and their infants. Clinics in Perinatology, v.12, n.2, p.391-406, 1985.
- BARROSO, Carmem et al. Gravidez na adolescência. Brasília: IPLAN/IPEA-UNICEF. Fundação Carlos Chagas, 1986. 135p.
- BATISTA, Nildo et al. Gravidez em mães de 13 a 18 anos: estudo prospectivo, materno e neonatal. Rev. IATROS, v.11, n.1, p.5-11, 1º sem. 1983.
- BECKER, Daniel. O que é adolescência. São Paulo: Ed. Brasiliense, 1987. 97p.

- BEVIS, Olivia. Caring: a life force. In: LEININGER, Madeleine. Care the essence of nursing and health. Thorofare, NJ: Charles C. Black, Inc. 1984.
- BOEHS, Astrid Eggert e PATRICIO, Zuleica Maria. O significado do cuidar/cuidado. Trabalho de conclusão de Disciplina no Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1988. Mimeo.
- \_\_\_\_\_. O que é este "cuidar/cuidado"? Uma abordagem inicial. Rev. Paulista de Enfermagem. No Prelo, 1989.
- CABRAL, Antonio C.V. et al. Gravidez na adolescência. Jornal Brasileiro de Ginecologia, v.96, n.6, p.251-253, 1985.
- CAMPOS, Jacyra e CARVALHO, Hilza A.G. Psicologia do desenvolvimento-influência da família. São Paulo: Edicon, 1981.
- CAPLAN, Gerald. Princípios de psiquiatria preventiva. Buenos Aires: Ed. Paidós, 1967. p.51-70.
- CASSORLA, Loosevelt M.S. Jovens que tentam suicídio - relacionamento social, gravidez e abortamento - um estudo comparativo com jovens normais e jovens com problemas mentais (III). Jorn. Bras. Psiq., v.34, n.3, p.151-156, 1985.
- CASTILLO, Eduardo G. Salud y Cambio Social. Madrid: Zero, 1984. p.71-85.
- CAVALCANTI, Ricardo. Adolescência. In: VITIELLO, Nelson et al. Adolescência - Hoje. São Paulo: Liv. Roca Ltda., 1988. p.5-27.
- CLARK, Ann L. The Crisis of adolescent unwed motherhood. American Journal of Nursing. N.Y., v.67, n.7, p.1465-9, Jul. 1967.

- COLLI, Anita S. Conceito de adolescência. In: MARCONDES, Eduardo. Pediatria básica. 7.ed. São Paulo: Sarvier, 1986.
- COLLI, Anita e SAITO, Maria Inez. Problemas de saúde. In: MARCONDES, Eduardo. Pediatria básica. São Paulo: Sarvier, 1986.
- COLLIERE, Marie Françoise. Invisible care and invisible woman as health care-providers. International Journal of Nursing Studies. Great Britain, v.23, n.2, p.95-112, 1986.
- COOPER, David. Psiquiatria e antipsiquiatria. São Paulo: Ed. Perspectiva, 1967. p.31-52.
- DELANEY, L. Assessment: data collection of the family cliente. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W. e CHRISTENSEN, P.S. Nursing Process application of theories, frameworks and models. St. Louis, V.C. Mosby, 1986.
- DUKE, T. James. Conflict and power in social life. Utah, 1978.
- DURHAN, Eunice Ribeiro. A dinâmica cultural na sociedade moderna. Ensaio e Opiniões, n.4, p.32-35, 1977.
- \_\_\_\_\_. A família operária: consciência e ideologia. Revista de Ciências Sociais, Rio de Janeiro, v.23, n.2, p.201-213, 1980.
- ELLIS, Louis et al. Estenda a mão e toque. The Journal of Nursing care. p.19-21. September, 1979.
- ELSEN, Ingrid. Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village. PhD tese. University of California, San Francisco, 1984.
- \_\_\_\_\_. et al. Projeto de assistência de enfermagem à família Hospital Universitário - Instrumentos. Departamento de Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1987. Mimeo.

- ELSEN, Ingrid. Marcos conceituais aplicados à família. Notas de aula, Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1988.
- \_\_\_\_\_. Teoria fundamentada nos dados. Notas de aula, da Disciplina "Métodos Qualitativos", Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1988.
- ELSEN, Ingrid e PATRICIO, Zuleica Maria. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, Edilza Maria e cols. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 1989. p.169-179.
- ELSTER, Athur B. e PANZARINE, Suzan. Teenage Fathers. Clinical Pediatrics, n.22, p.700-703, 1983.
- ERDMANN, Regina Maria. Reis e rainhas no Desterro - um estudo de caso. Dissertação de Mestrado, UFSC. Florianópolis, 1981.
- ERDMANN, Alocoque Lorenzini. Diagnóstico de problemas num sistema de enfermagem de hospital de ensino. Tese de Livre Docência. Rio de Janeiro, 1987. 139p.
- ERICKSON, Janet e LEONARD, Linda G. A framework for family nursing. v.15, n.1, Spring, 1983.
- FAWCETT, J. Analysis and evaluation of conceptual models of nursing. Philadelphia: F.A. Davis Co., 1984. p.2-27.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Novo dicionário Aurélio da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Ed. Nova Fronteira, 1986.
- FONSECA, Claudia. Aliados e rivais na família: o conflito entre consangüíneos e afins em uma vila portoalegrense. RBCS, v.4, n.2, p.88-104, jun. 1987.

- FUNDAÇÃO INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA -  
IBGE, Anuário estatístico do Brasil. Rio de Janeiro, 1988.
- GAUDERER, Christian E. Crianças, adolescentes e nós: questionamentos e emoções. São Paulo: Amed Ed., 1987. p.11-113.
- GARCIA, Telma R. Representações de gestantes adolescentes solteiras sobre aspectos de sua problemática psicossocial. Rev. Bras. Enf., Brasília, v.38, n.3/4, p.281-288, jul./dez.1985.
- GAYOTTO, Maria Leonor et al. Papéis familiares em famílias de periferia. Cadernos PUB, São Paulo: EDUC-Cortez Ed. n.15, p.90-118, 198-.
- GERMANO, Raimunda Medeiros. Educação e ideologia da enfermagem no Brasil. 2.ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1985. 118p.
- GODELIER, Maurice. Modos de producción, relaciones de parentesco y estructuras demograficaz. In: BLOCH, Maurice (coord.). Análisis marxistas y antropológica social. Barcelona: Ed. Anagrama, 1977. p.13-41.
- GONZALEZ, Electra et al. Actitud de la adolescente embarazada, de su pareja y de su familia frente al embarazo. Cuadernos Médico-Sociales, v.25, n.3, p.112-117, Sept. 1984.
- GOOD, D.V. et al. The family APGAR index: a study of construct validity. The Journal of Family Practice, v.8, n.3, p.557-582, 1979.
- GRAMSCI, Antonio. Concepção dialética da história. 7.ed. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1987. 341p.
- GRIFFITH-KENNEY, J.W e CHRISTENSEN, P.J. Nursing process application of theories, frameworks and models. St. Louis, C. V. Mosby, 1986.



- HAGUETTE, Teresa Maria Frota. Metodologia qualitativa na sociologia. Petrópolis: Ed. Vozes, 1987. p.58-68.
- HAMMES, C.C. e JOSEPH, D.H. Basic concepts of helping: a holistic approach. Norwalk, Appleton - Century - Crofts, 1986.
- HENSEN, Denise Suzanna Seibert. Tendo que operar-se; a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade. Dissertação - Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1988. 390p.
- HERSKOVITS, Melville J. Man and his works. Antropologia Cultural. 8.ed. Tomo I, São Paulo: Ed. Mestre Jou, 1978. p.47-101.
- HORTA, Wanda de Aguiar. Processo de enfermagem. São Paulo: EDU/EDUSP, 1979.
- JAGUARIBE, Hélio et al. Brasil: reforma ou caos. Rio de Janeiro: Ed. Paz e Terra, 1989. 309p.
- JOLL, James. As idéias de Gramsci. São Paulo: Cultrix, 1977.
- LAFETÁ, Ricardo. Saúde e doença. Notas de aula, Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1987.
- LANDY, Sarah et al. Teenage pregnancy: family syndrome? Adolescence, v.17, n.71, N.Y., 1983.
- LANE, S.T.M. e CODO, W. Psicologia social, o homem em movimento. Brasiliense, 1985.
- LEITE, Ruth M.A. Adolescência, ou: adeus meu filho? Psicologia do comportamento. Ano 1, n.2, p.24-25, maio/jun. 1984.
- LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing: concepts, theories

- and practices. New York: John Wiley e Sons, 1978.
- LEININGER, M. Transcultural nursing: its progress and its future. Nursing and Health Care, Sept. 1981. p.365-371.
- \_\_\_\_\_. Caring is nursing: understanding the meaning, importance and issues. In: Care, the essence of nursing and health. Thorofare. NY: Charles B. Slack, Inc., 1984a.
- \_\_\_\_\_. Care the essence of nursing and health. Thorofare. New Jersey, Charles Slack, 1984b.
- \_\_\_\_\_. Transcultural nursing: and essential knowledge and practice field for today. The Canadian Nurse, Dec., 1984c. p.41-45.
- \_\_\_\_\_. Qualitative e research methods in nursing. Orland: Grune e Stratton, 1985a. p.293-303.
- \_\_\_\_\_. Teoria do cuidado transcultural: diversidade e universalidade. In: Anais I SIBRATEN. Florianópolis: Ed. UFSC, 1985b. p.255-276
- \_\_\_\_\_. Care constructs. Apresentado no Curso sobre Caring pela Autora no I SIBRATEN. Florianópolis, 1985c. Mimeo.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Contribuição ao estudo das teorias da enfermagem. Florianópolis, 1988. Mimeo.
- LOPES, Gerson P. e MELO, Francisco O.C. Anticoncepção na adolescência. Femina, v.11, n.8, p.626-30.
- LUDKE, Menga e ANDRÉ, Marli E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1988.
- MADI, José Mauro et al. Gravidez na adolescência - a propósito de 46 casos. Jorn.Bras.Ginec, v-96, n.6, p.267-70, 1986.

- MALDONADO, Maria Tereza P. Psicologia da gravidez - parto e puerpério. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1988. 164p.
- MARCONDES, Eduardo e MACHADO, Dulce V.M. Crescimento e desenvolvimento. In: Pediatria básica. MARCONDES, Eduardo (org.). 6.ed. v.1, São Paulo, 1978.
- MARCONDES, E. et al. Crescimento e desenvolvimento. In: \_\_\_\_\_. Pediatria básica. 7.ed. v.1, São Paulo: Sarvier, 1985. p.40-68.
- MATHIAS, Lenir et al. Gravidez na adolescência I - primigestas de 9 a 15 anos. Jorn. Bras. Ginec., v.95, n.3, p.89-91, 1985.
- MELEIS, Afaf I. Estratégias para o desenvolvimento de teorias de enfermagem. In: Anais I SIBRATEN. Florianópolis: Ed. UFSC, 1985. p.133-164.
- MENDES, Sandra M.A. e col. Gravidez na adolescência: atuação da enfermeira. Rev. Bras. Enf., RS, v.36, n.1, p.3-12, 1983.
- MOFFAT, Alfredo. Psicoterapia do oprimido. 6.ed. São Paulo: Ed. Cortez, 1986. p.71-92.
- MONTAGU, Ashley. Tocar: o significado humano da pele. São Paulo: Summus, 1988. 427p.
- MOORE, Dianne et al. Adolescent pregnancy and parenting: the role of the nurse. Topics in Clinical Nursing, p.72-82, Oct. 1984.
- MURPHY, J.F. Conflict Theory. In: Family health theoretical approach to nursing care. CLEMENTS, Imelda W. e ROBERTS, Florence B. (editors). John Wiley e Sons. New York, 1983.
- MUSICK, Judith B., HANDLER, Arden e WADDILL, Katherine D. Teens and adoption. Children Today, p.24-29, Nov./Dec. 1984.

- NEIL, A.S. Liberdade sem medo - Summer Hill. 19.ed. São Paulo: IBRASA, 1980.
- NEVES, Eloita Pereira. A construção do saber em enfermagem. Trabalho apresentado no Encontro Nacional de Enfermagem Fundamental. Salvador, BA, 1987. Mimeo.
- NEVES, Eloita Pereira e TRENTINI, Mercedes. A questão da aplicabilidade de teorias: relato de experiências na UFSC. Trabalho apresentado na Semana Wanda Horta, São Paulo, 1987.
- NEVES, Delma Pessanha. Nesse terreno galo não canta: estudo do caráter matrifocal de unidades familiares de baixa renda. Anuário Antropológico/83. Rio de Janeiro: Tempo Brasileiro, 1985. p.199-221.
- NYE, F.I. e BERARDO, F.M. Emerging conceptual framework in family. New York: Praeger Publishers, 1981.
- OLSON, Lucy. Social and psychological correlates of pregnancy, resolutions among adolescent women: a review. American Orthophychiatric Association. Washington, DC, v.50, n.3, 1980.
- OLSON, Colleen F. e WOROBEY, John. Perceived mother-daughter relations in a pregnant and nonpregnant adolescent sample. Adolescence, Winter, v.19, n.76, p.781-94, 1984.
- OTTO, Herbert A. A framework for assessing family treghts. In: REINHARDT, A.M. e QUIN, A.D. Family Centered Comunity Nursing a sociocultural framework. Sant Louis, C.V. Mosby Company, 1973. p.87-93.
- O ESTADO. Florianópolis, 260 anos - meu amor. Florianópolis, 23.3.90.
- PANZARINE, Suzan et al. A systems approach to adolescent

pregnancy. JOGN Nursing, v.10, n.4, p.287-89, July/Aug. 1981.

PATRICIO, Zuleica M. A família da adolescente grávida. Proposta preliminar de trabalho apresentada à Comissão de Seleção de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1986. Mimeo.

\_\_\_\_\_. A família e a gravidez na adolescência - Revisão Bibliográfica e pesquisas em escolas de Florianópolis. Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1988a. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Definição de um marco referencial nos cuidados às famílias de adolescentes grávidas solteiras - Estudo preliminar. Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1988b. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Em busca de um referencial para intervenção de enfermagem na saúde da criança brasileira. Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1988c. Mimeo.

\_\_\_\_\_. A enfermagem brasileira no ano 2000. Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Florianópolis, 1988d. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Cuidados que famílias de adolescentes grávidas solteiras necessitam durante o processo de gravidez - Projeto de pesquisa. Trabalho de conclusão de Disciplina do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1988e. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Cuidados de enfermagem à família da adolescente grávida solteira - Projeto de extensão. Trabalho de Conclusão da Disciplina do Mestrado - Fundamentos da Administração da Assistência de Enfermagem - UFSC, Florianópolis, 1988f. Mimeo.

\_\_\_\_\_. Subsídios para a prática do cuidado ao adolescente e família. In: BOEHS, A. e PATRICIO Z.M. O significado do cuidar/cuidado. Trabalho de conclusão de disciplina no Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1988g. Mimeo.

- PATRICIO, Zuleica Maria e ATHAYDE, Maria Emília de Oliveira. Assistência de enfermagem ao escolar e sua família - Relatório. Departamento de Enfermagem da UFSC, Florianópolis, 1987. Mimeo.
- PAULI, Evaldo. A fundação de Florianópolis. Florianópolis: Edeme, 1973.
- PILON, André Francisco. Desarrollo de la educacion en salud - una actualización de conceptos. Rev. Saúde Pública. São Paulo, v.20, n.5, p.391-6, 1986.
- PINCUS, Lily e DARE, Christopher. Psicodinâmica da família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 142p.
- PINOTTI, José A. e SILVA, João Luiz C.P. A saúde reprodutiva da mulher adolescente. In: PINOTTI, J.A. e FAGUNDES, A. A mulher e seu direito à saúde: por uma política de saúde no Brasil. São Paulo: Ed. Manoli, 1988. p.140-154.
- POLIT, D. e HUNGLER, B. Investigación Científica em Ciências de la Salud. México: Interamericana, 1985.
- POPULATION INFORMATION PROGRAM. A juventude na década de 1980: Problemas Sociais e de Saúde. Population Reports, Série M, n.9, p.17-23, Fev. 1987.
- PRUDÊNCIO, Maria das Graças Silva. Quadro geral das outras migrações. Cadernos de Cultura Catarinense. Florianópolis, Ano 1, n.1, p.13-18, out./dez. 1984.
- REGAN, Pe. David. O problema das famílias incompletas do Brasil. Rev. Cultura Vozes. Rio de Janeiro, n.7, p.517-28, 1982.
- REIS, Maria José. Noções da cultura - complementação para o marco conceitual. Notas de aula. Departamento de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFSC. Florianópolis, 1987.

- ROMERO, Maria Inês et al. Características del primer ano de vida de hijos de madres adolescentes: um estudio descriptivo de seguimiento. Cuadernos Médico-Sociales, v.25, n.3, p.24-29, Sept. 1984.
- RISNER, Phyllis Baker. Diagnosis, analysis and synthesis of data. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W. e CHRISTENSEN, P.J. Nursing process: application of theories, frameworks and models. St. Louis, C.D. Mosby, 1986. p.124-136.
- RUZANY, Maria Helena e EINSENSTEIN, Evelyn. Cuidados integrados ao adolescente no Hospital de Clínicas da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Courrier, v.33, n.5/6, p.903-8, 1983.
- RYAN, George M. e SWEENEY, Patrick. Attitudes of adolescents toward pregnancy and contraception. Am. J. Obstet. Gynecol. v.137, n.3, p.358-362, June 1980.
- SALEM, Tania A. A trajetória do "casal grávido" de sua constituição à revisão de seu projeto. In: FIGUEIRA, Sérvulo (org.). Cultura e psicanálise. São Paulo: Brasiliense, 1985. p.33-61.
- SANTOS, Emília S. et al. Maternidade e adolescência: sentimentos e atitudes. Rev. Gaúcha de Enf. Porto Alegre, v.3, n.1, p.27-45, jan. 1987.
- SIQUEIRA, Arnaldo A.F. e TANAKA, Ana Cristina A. Mortalidade na adolescência com especial referência à mortalidade materna - Brasil 1980. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v.20, n.4, p.274-9, 1986.
- SILVA, Rebeca Peixoto da et al. Redação técnica. Porto Alegre: Ed. Formação, 1974. 189p.

- SILVA, J.L.P. Aspectos biológicos e sociais da gravidez na adolescência. Jornal Bras. de Gynec., v.94, n.6, p.227-232, 1984.
- SOUZA, Mariana Fernandes de. Referencial teórico. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, v.18, n.3, p.223-234, 1984.
- SOUZA, Sara Regina Silveira de. Açorianos em Santa Catarina: povoamento e herança cultural. Cadernos da Cultura Catarinense. Florianópolis, Ano 1, n.1, p.7-12, out./dez. 1984.
- SPIRO, Melford E. A família é universal? Cadernos de Antropologia, n.1, Ed. Universidade de Brasília, 1973.
- SPERAW, Suzan. Adolescents Perceptions of pregnancy - A cross-cultural perspective. Western Journal of Nursing Research, v.9, n.2, p.180-202, May 1987.
- SPIVAK, Howard e WEITZMAN, Michael. Social barriers faced by adolescent parents and their children. JAMA, v.18, n.11, p.1500-4, Sept. 1987.
- SPREY, Jetse. Conflict theory and the study of marriage and the family. In: Contemporary theories about the family. New York, USA: The Free Press, 1979.
- STATON, M. et al. An overview of the nursing process. In: GEORGE, J. (ed.). Nursing theories: the base for professional nursing practice. New Jersey: Prentice-Hall, 1985.
- SUNDEEN, S.J. et al. Nurse-client interaction: implementing the nursing process. St. Louis, The C.V. Mosby, 1985.
- TAKIUTI, Albertina D. A mulher adolescente: uma abordagem. Documento oficial do Conselho Nacional de Saúde e Direitos da Mulher. Brasília, jul. 1986.



- TORRE, Carolyn T. Assessing the adolescent. Topics in Clinical Nursing, v.8, n.1, p.11-21, Apr. 1986.
- TRENTINI, Mercedes. Relação teoria, pesquisa e prática. Trabalho apresentado na reunião Anual da SBPC. Curitiba, 1986. Mimeo.
- VAZ, Rosalind, SMOLEN, Paul e MILLER, Charlene. A adolescent pregnancy - involvement of the male partner. Journal of Adolescent Health Care, v.4, n.4, p.246-250, 1983.
- VILLA, Tereza Cristina Scatena e PELÁ, Nilza Tereza Rotter. Aleitamento materno e suplementação alimentar. Informação para saúde, v.10, n.5, p.34-47, set./out. 1989.
- VITIELLO, Nelson et al. Antecedentes sexuais de puérperas adolescentes. Rev. Bras. Ginec. e Obst., p.247-250, set./out. 1983.
- VITIELLO, Nelson. Aceitação familiar da vida sexual de filhas adolescentes solteiras - um estudo comparativo. Rev. Bras. Ginec. Obstet., São Paulo, n.7, p.161-66, 1988a.
- \_\_\_\_\_. Gestação na adolescência. In: \_\_\_\_\_. Adolescência - Hoje. São Paulo: Liv. Roca Ltda., 1988b. p.149-159.
- WHITE, Leslie. O conceito de sistemas culturais - como compreender tribos e nações. Rio de Janeiro: Zahar, 1978. 183p.
- YUNES, S. e PRIMO, E. Características da mortalidade em adolescentes brasileiras das capitais das Unidades Federadas. Rev. Saúde Pública, São Paulo, n.17, p.263-278, 1983.
- ZIEGEL, Erna E. e CRANLEY, Mecca S. Enfermagem obstétrica. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. p.120-678.

## 8.2. Bibliografia Consultada

- BERLINGER, Giuovanni. A doença. São Paulo: HUCITEC/CEBES, 1988. 150p.
- BUCHER, Julia Sursis Nobre Ferro. Mitos, segredos e ritos da família. Psicol. Teori. Pesqui., Brasília, v.1, n.2, p.117, Mai/Ago. 1985.
- BRUNNER, S.E. e SUDDARTH, D.S. Prática de enfermagem. Rio de Janeiro: Interamericana, 1986.
- DURHAN, Eunice R. Família e reprodução humana. Perspectiva Antropologia da mulher 3. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1983.
- CADDEN, Vivian. Crise na Família. In: CAPLAN, Gerald. Princípios de psiquiatria preventiva. Rio de Janeiro: Zahar, 1980. p.306-315.
- DYCHTOWALD, Ken. Corpomente. São Paulo: Summus, 1984. 279p.
- HARWOOD, Alan. A teoria "quente e frio" de doença: implicações para tratamento de pacientes. Porto-Riquenhos. JAMA, v.216, n.7, p.1153-58, May 1971.
- GORDON, Richard. A cura pelas mãos. São Paulo: Ed. Pensamento, 1978. 143p.
- GRISA, Pedro A. Liberte seu poder extra. Florianópolis, CEDEP, 1984. 172p.
- JOHANN, Jorge Renato. Modificação do comportamento e auto-realização. São Paulo: Ed. Paulinas, 1985. 134p.
- LARAIA, Roque de Barros. Os estudos de parentesco no Brasil. BIB. Rio de Janeiro, n.23, p.3-17, 1º sem. 1987.

- LAURELL, Ana Cristina. A saúde-doença como processo social. In: Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. NUNES, Everardo Duarte (org.). São Paulo: Global Ed., 1983.
- MENEZES, Maria Isolda C. Branco Bezerra de. Crise e futuro da família. Rev. de Psicologia, v.1, n.1, p.83-105, jan./dez. 1983.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Sistema único de saúde. Diretrizes para formação de política de recursos humanos. Brasília, 1989. 63p.
- NIGHTINGALE, Florence. Notas sobre enfermagem. São Paulo: Cortez, 1989. 174p.
- PAULA, Sérgio Goes de. Subsídios para avaliação de serviços de saúde. [s.l. s.d.].
- RAMOS, Alcida Rita. Entre pais e esposos: a propósito de regime desarmônico e suas conseqüências. Anuário Antropológico/80. Tempo Brasileiro, 1982.
- SALEM, Tania. Mulheres faveladas. Perspectivas Antropológicas da Mulher 1. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1981.
- \_\_\_\_\_. O casal igualitário: princípio e impasses. RBCS, v.9, n.3, p.24-37, fev. 1989.
- SANTOS, Joel Rufino do. O que é racismo. São Paulo: Abril Cultural/Brasiliense, 1984. 83p.
- SCOTT, Parry (org.). Sistemas de cura: as alternativas do povo. Recife: UFPE, 1986. 236p.
- SCHMITZ, Edilza Maria e cols. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro: Livr. Atheneu, 1989.
- TAKIUTI, Albertina. A adolescente está ligeiramente grávida e

agora? São Paulo: IGLU Editora, 1989. 118p.

VITIELLO, Nelson. Sexologia II. São Paulo: Roca, 1986. 216p.

WISHNER, William J. e O'BRIEN, Michael D. O diabetes e a família. [s.l., s.d.].

A N E X O S



1.3. Dias e horários disponíveis para visita domiciliar (VD) na residência:

1.4. Locais, dias e horários disponíveis pelos membros da família para contatos:

1.5. Endereço da família:

1.6. Pessoas da comunidade para contato:

1.7. Mobilidade geográfica da família:

## II - GENOGRAMAS

### 2.1. Constituição Familiar



## 2.2. Inter-relacionamento familiar:

### III. EVENTO DETERMINANTE DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO.

#### IV. CONTEXTO FÍSICO.

V - SAÚDE DA FAMÍLIA NOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, SÓCIO-CULTURAIS  
E PSICOESPIRITUAIS.

## ANEXO II

UFSC - CCS

CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

PROJETO: A PRÁTICA DO CUIDAR/CUIDADO À FAMÍLIA DA ADOLESCENTE GRÁVIDA SOLTEIRA E SEU RECÉM-NASCIDO ATRAVÉS DE UM MARCO CONCEITUAL DE ENFERMAGEM DE ENFOQUE SÓCIO-CULTURAL

MESTRANDA: ZULEICA MARIA PATRICIO

## SUBSÍDIOS PARA O PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA\*

Este instrumento tem como objetivo auxiliar no levantamento dos dados da família como um todo. Seus itens orientam o que investigar (observar, questionar, sentir) e não a forma. Esta deve ser buscada no item "Levantamento dos Dados" (Procedimentos, Estratégias e Foco dos Dados), contido no corpo do trabalho. Sendo assim, os itens sob forma de questões podem não estar representando a comunicação que se desenvolverá com o cliente.

A utilização deste instrumento prevê uma dinamicidade que deve ser dirigida não pela ordem da apresentação dos seus itens, mas sim pelos momentos de diálogo e de observação que ocorrerão. Estes é que irão determinar quais questões e tipo de abordagem são necessárias. Além disso, a prática desse instrumento prevê um constante processo de observação, organização e análise dos dados, determinando diagnósticos de situações de saúde e doença e conduzindo a investigação de outros dados.

## 1 - IDENTIFICAÇÃO DA FAMÍLIA

1.1. Qual o significado que têm de família? Quem faz parte da família?

Registrar quem consideram como familiar, no sentido de identificar as pessoas que interferem em suas vidas, inclusive de ser um recurso para o indivíduo ou família.

## 1.2. Composição familiar/dados biográficos:

Registrar aquelas pessoas que residem no mesmo endereço e outras que costumam estar sempre presentes no ambiente familiar e que consideram familiar:

- nº = ordem seqüencial
- Nome e apelido = registrar o nome completo. Colocar o apelido, se houver, entre parênteses. A ordem do registro será: Pais, filhos (em ordem cronológica de nascimento) e a seguir as demais pessoas da família.
- Sexo = M ou F
- Etnia = origem cultural, a ascendência mais marcante
- Cor = B(branco), P(preto), A(amarelo), M(mulato)
- Data de nascimento = dia, mês e ano
- Religiões = registrar conforme referenciado
- Procedência = cidade da qual procede, anterior à atual
- Escolaridade = analfabeto; série e grau utilizando a letra "C" para "Concluído" e "EC" para a situação "Em curso"
- Profissão = registrar conforme referenciado

---

\*Elaborado a partir dos Instrumentos do trabalho de ELSEN et al. (1987).

- Ocupação = referente às atividades de trabalho
- Parentesco ou afinidade = grau de parentesco e relação de afinidade conforme referenciado.

1.3. Dias e horários disponíveis para visita domiciliar (VD) na residência.

Verificar horários de cada indivíduo e da família como um todo.

1.4. Locais, dias e horários disponíveis pelos membros da família para contatos.

Verificar outros locais que poderá dispor para entrevistar e/ou observar, como escola, local de trabalho, área de lazer, etc.

1.5. Endereço da família: rua, nº, bairro, telefone, ponto de referência (lojas, escolas, bares, clubes, farmácias, praças, etc.)

1.6. Pessoas da comunidade para contato = nome, afinidade, endereço, telefone.

1.7. Mobilidade geográfica da família = mudanças de cidades e/ou residências, se possível checar a causa, anotar objetivamente entre parênteses, por exemplo: Pelotas/POA (estudo); POA/Florianópolis (trabalho).

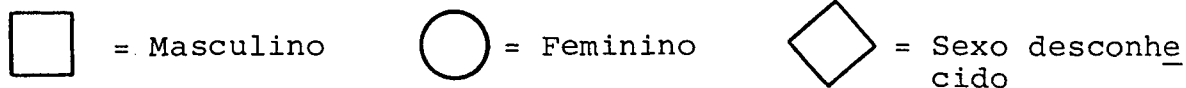
## II - GENOGRAMAS DA FAMÍLIA

2.1. Genograma: também denominado Carta Genealógica. São representações diagramáticas das genealogias, que permitem observar rapidamente o tipo de parentesco dos diferentes membros de uma família, além de colaborar para outras representações, como doenças e inter-relacionamento entre esses membros.

Fazer o genograma da família abrangendo três gerações, enumerando-as através de algarismo romano (I, II, III).

Representar os descendentes, a partir da geração I, pela ordem de idade. Outras representações serão explicadas a seguir:

a) Registro do sexo, através dos seguintes símbolos:

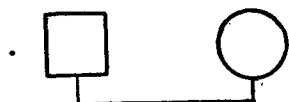


b) A idade será registrada dentro da representação do sexo.

Exemplo:



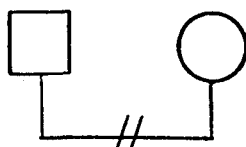
c) Tipo de união do casal:



• Matrimônio consanguíneo



• Separação



d) Falecimento: representar com a idade em que morreu.

Exemplo:



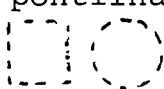
e) Natimorto =



f) Aborto =



g) Gestação = utilizar o símbolo do "Sexo desconhecido", ou o símbolo referente ao sexo (se já conhecido), por linha pontilhada, com a idade gestacional no seu interior



h) Filhos gêmeos:



Obs.: considerar como abortos elementos com a idade gestacional até 6 meses e 3 semanas e natimortos aqueles com idade superior a 7 meses de gestação.

2.2. Inter-relacionamento familiar - transcrever o genograma e nele representar o tipo de relacionamento existente entre os membros da família, conforme as características abaixo:

Relações: Aproximação = \_\_\_\_\_

Super-aproximação = \_\_\_\_\_

Distanciamento = - - - - -

Conflito = ~~~~~~

Variável = colocar os dois tipos de linhas que melhor caracterizam a relação.

Escrever as linhas à lápis e somente após contatos com a família que oportunizem observar e entrevistar sobre a questão de relacionamento. Caso a linha não identifique uma relação recíproca, utilizar uma seta ao final da linha indicando a direção da relação.

Identificar o tipo de relação entre os familiares através das seguintes definições:

a) Relação "Aproximação" = considera-se uma relação de "aproximação" quando existe um relacionamento direto, expressando sentimentos de afeto, troca de idéias, crenças, valores e conceitos, de forma a não causar tensões frequentes; que favorecem o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos envolvidos na relação.

b) Relação de "Super-aproximação" = considera-se relação de "super-aproximação" quando há um relacionamento com as caracterizações da anterior, mas de uma forma tão intensa que possa estar prejudicando o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos envolvidos.

c) Distanciamento = considera-se "Distanciamento" quando não há relação em uma ou mais das caracterizações citadas no item "a", prejudicando dessa forma o crescimento e desenvolvimento, bem como a família como unidade. A comunicação restringe-se às informações e formalidades, o diálogo é praticamente ausente.

d) Relação "Conflituosa" = considera-se relação "conflituosa" quando a comunicação gera atitudes constantes que ocasionam situações desagradáveis, tensas e de sofrimento aos indivíduos envolvidos.

e) Relação variável = considera-se relação "variável" quando o comportamento é variável, cíclico, ocasionando situações diferentes.

### III - EVENTO DETERMINANTE DA INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO

Investigar os aspectos sobre a gravidez da adolescente e os reflexos na vida familiar:

- 3.1. Experiências anteriores com trabalho de enfermeiro
- 3.2. Profissionais da saúde participantes do evento
- 3.3. Como estão sentindo
- 3.4. Como estão enfrentando
- 3.5. Quais seus objetivos nesta fase
- 3.6. Cuidados de saúde e outras necessidades presentes na situação atual
- 3.7. Qual a situação anterior da família
- 3.8. Situação prevista para o futuro:
  - . Cuidados de saúde e outras necessidades previstas
  - . Cuidados que gostariam de receber do enfermeiro
  - . Como gostariam de receber esses cuidados
  - . Possibilidades (recursos) que possuem para atender às necessidades previstas.

### IV - CONTEXTO FÍSICO

#### 4.1. Habitação

Investigar se a habitação é própria. Descrever as características: tipo; paredes; pisos; cobertura; nº de peças e utilização das mesmas; iluminação, incidência de sol; ventilação nas dependências; condições de higiene; móveis, eletrodomésticos; cuidados com a habitação (quais, quem, quando); queixas (a que atribuem); expectativas.

#### 4.2. Terreno

Verificar se é próprio; área total e área disponível; características; aproveitamento (jardim, horta, recreação); condições de higiene; cuidados com o terreno (quais, quem, quando); queixas. Expectativas.

#### 4.3. Saneamento

- a) Água - procedência; instalações; distância da casa; cuidados
- b) Esgoto - tipo; localização
- c) Sanitários - tipo; pessoas que utilizam; local
- d) Lixo - destino
- e) Agentes poluentes - quais, localização
- f) Animais domésticos - quais; cuidados; envolvimento com as pessoas da casa
- g) Insetos e roedores - quais, cuidados
- h) Queixas - Expectativas.

#### 4.4. Vizinhança

(Quais; Distância; Mapeamento).



- 4.5. Distância dos recursos necessários à família  
(Escola, farmácia, hospital, etc.).
- 4.6. Cuidados de saúde e outras necessidades referentes ao contexto físico (referenciadas pelo cliente e observadas pelo enfermeiro).
- 4.7. Crenças e valores sobre o contexto físico (referenciadas e observadas pelo enfermeiro). Colher esses dados através de questões e de observações das coisas em que acreditam, que têm por verdadeiro; seus interesses, prazeres, gostos, preferências, deveres, obrigações morais, desejos, aversões, aspectos que dão importância.
- 4.8. Recursos para o atendimento das necessidades referentes ao contexto físico, referenciadas/observadas.

## V - SAÚDE DA FAMÍLIA NOS ASPECTOS BIOLÓGICOS, SÓCIO-CULTURAIS E PSICOESPIRITUAIS

### 5.1. Economia Familiar

Investigar renda familiar total; a participação dos membros da família nesta renda. Como é utilizada esta renda frente às necessidades da família (alimentação, cuidados médicos, lazer, vestuário, higiene, transporte, educação, habitação). Quem determina as prioridades. Expectativas; Crenças e Valores.

### 5.2. Atividades de Produção

Tipo de trabalhos que executam. O que a família pensa sobre trabalho; relação com o trabalho; condições de trabalho dos membros da família; queixas. Expectativas; Crenças e Valores.

### 5.3. Educação Formal

Investigar situação escolar dos membros da família. Expectativas individuais e grupais. Queixas; Recursos para o atendimento desta necessidade.

### 5.4. Atividades sócio-culturais (informais) e de lazer

Investigar ocasiões, horários em que a família se reúne. Atividades comuns e individuais. Pessoas envolvidas nas atividades familiares. Queixas. Expectativas. Recursos para o atendimento desta necessidade. Crenças e valores.

### 5.5. Hábitos de Higiene Corporal

Investigar hábitos das crianças e adultos relacionados à: tipo de higiene, frequência, horários. Observar dentes, cabelos, unhas e aparência em geral. Responsável pelos cuidados (quem determina e quem executa). Origem dos hábitos, crenças e valores. Queixas. Recursos que dispõem para essa necessidade.

### 5.6. Hábitos Alimentares

Investigar tipos de alimentos, frequência, quantidade,

rituais, cuidados com preparo, armazenamento; responsável pela compra e preparo dos alimentos, quem determina cardápio e prioridades; origens das orientações sobre alimentação (quem, onde, quando). Queixas. Crenças e valores; cuidados que necessitam e recursos disponíveis para esta necessidade. Expectativas.

#### 5.7. Recursos na Comunidade

Investigar os elementos (indivíduos/instituições) que possam ser consideradas recursos para a família; checar se utilizam, como e quando utilizam. Identificar os seguintes elementos: transporte; unidades de atendimento de saúde; farmácia; vizinhança (tipo de envolvimento, tipo de ajuda); locais para atividades sociais; grupos de organização de base; local para compra de alimentos; posto policial; suporte jurídico; igreja; grupos de apoio espiritual; creches; escolas; centro comunitário; pessoas da comunidade que costumam prestar cuidados (quem, quando, como, quais cuidados). Outros recursos. Queixas. Expectativas. Crenças e Valores.

#### 5.8. Recursos que dispõem fora da comunidade

Investigar quais são e como utilizam. Queixas. Expectativas.

#### 5.9. Histórico de saúde da família

Crescimento e desenvolvimento = quais estágios que ocorreram, como vivenciaram cada estágio; as tarefas desenvolvidas; doenças ou outros eventos significativos que ocorreram nesses períodos, a que atribuem, frequência, modo de resolução, pessoas envolvidas e conduta (cuidados), repercussões na família. Queixas. Crenças e Valores.

5.10. O que a família pensa sobre a saúde e doença? O que é bem-viver para a família?

5.11. O que a família pensa sobre o cuidado à saúde? Por quê?

5.12. Quais os cuidados que a família executa? Como executam? Onde e com quem aprenderam? (para manter a saúde e tratar a doença).

5.13. Quem decide sobre os cuidados de saúde e quem presta os cuidados de saúde?

5.14. Quais os cuidados que a família acha que precisa para ter saúde? Suas prioridades? Por quê?

#### 5.15. Sexualidade e reprodução

Investigar se há educação sexual na família, quem faz, quando e como. Crenças e valores. Planejamento familiar; situações de gravidez e parto em 3 gerações; abortos. Queixas. Cuidados necessários. Como gostariam de abordar esses assuntos.

5.16. Situação da saúde da família (abrir prontuário individual e fazer exame físico quando necessário)

Investigar características de crescimento e desenvolvimento: perguntar, observar, mensurar (quando necessário) elementos anatômicos, funcionais, psicológicos e sócio-culturais

de toda a família, de maneira geral e particularmente (de cada membro da família), se houver necessidade de maior aprofundamento para prestar o cuidado, e frente às queixas que possam surgir, além da dependência do interesse demonstrado pelo cliente.

O crescimento será considerado até a idade de 19 anos, considerando-se os grupos etários de recém-nascido, lactente (1 mês a 2 anos); pré-escolar (3 a 6 anos); escolar (7 a 9 anos) e adolescente (10 a 19 anos), considerando-se suas particularidades de desenvolvimento. Utilizar, de modo relativo, a bibliografia básica para fazer comparações com a realidade que se apresentar.

Verificar nos aspectos anatômicos: peso, altura, pele, massa muscular e adiposa; postura; mamas e genitais, se necessário.

Verificar no aspecto funcional: sinais vitais, sono, nutrição, eliminação, menstruação, reprodução, sexualidade, atividades...

Verificar nos aspectos psico, sócio-cultural e espiritual: reações; comunicação; visão de mundo; conhecimentos; crenças, valores, normas e práticas em saúde e doença, expectativas.

5.17. Recursos que a família dispõe para atendimento dos cuidados de saúde.

#### 5.18. Relacionamento familiar

- A) Comunicação entre os membros;
- B) Possuem objetivos mútuos? Trabalham em conjunto para alcance desses objetivos?
- C) Mudanças na dinâmica familiar: motivo, quando, reações, pessoas envolvidas, recursos utilizados; significado do evento para a relação familiar.
- D) Como estão sentindo o clima da relação familiar atual e a que atribuem?
- E) Situação do relacionamento anterior?
- F) Forma de enfrentamento para os momentos de crise?
- G) Justificativas sobre o relacionamento familiar (a que atribuem as facilidades e dificuldades que apresentam)
- H) O que a família tem de bom?
- I) Quais os cuidados que executam para manter ou melhorar a relação familiar?

#### 5.19. História de família

Estar atento para as histórias que a família relata, e que tenham significado, para auxiliar num melhor conhecimento da família. Investigar a que e a quem atribuem esses acontecimentos e o significado para seus membros.

## ANEXO 3 - Partes de "Notas de Campo"

| FAMÍLIA 2 - 6ª visita - 13/7/89 - 19:30 às 20:30                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Notas de Campo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Análise                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <p>A casa estava toda iluminada. A mãe de Ana veio me atender.</p> <p>Marina: Oi, Zuleica! Há quanto tempo! Entra.</p> <p>Enfermeira: Oi, como estás, Marina? Que bonita de vermelho!</p> <p>Marina: Olha só. É a 3ª pessoa hoje que diz que estou bonita de vermelho. Acho que só vou usar vermelho (rindo).</p> <p>Ana levantou-se do sofá onde estava e veio me cumprimentar. Vestia calça comprida e blusa marrom de malha fina, colante no corpo, delineando bem seu abdômen. Não aparenta estar com aumento de peso exagerado, mas mostra discretos sinais de edema no rosto e mãos.</p> <p>A TV estava ligada na Globo. Pediram que sentasse na poltrona. Estavam sozinhas em casa. Plínio havia ido à casa do vizinho gravar uma fita de vídeo. Conversamos sobre horário político e sobre o aquário, do qual é o Saulo quem cuida. Marina perguntou sobre meu trabalho e sobre as outras "garotas". Conversamos, as três, sobre o assunto.</p> <p>Marina: Quer uma fatia de nega maluca? Vamos na cozinha? Só não repara a bagunça, mas hoje foi dia de lanche aqui em casa. Come também 1 pedaço de cuca, foi a Ana que fez.</p> <p>Serviu-me uma fatia de nega macluca, cuca e coca-cola.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Contexto físico</li> <li>. Projeto/processo comunicação enfermeiro/cliente</li> <li>. Processo de cuidar</li> <br/> <li>. Processo: Saúde da Família: Ana Evento Gravidez</li> <br/> <li>. Contexto sócio-cultural, lazer, práticas sociais</li> <li>. Projeto/Processo Comunicação com cliente</li> <li>. Processo de cuidar</li> <br/> <li>. Projeto: comunicação com enfermeiro</li> <li>. Contexto sócio-cultural, lazer, práticas sociais, alimentares; valores</li> </ul> |

| 1. Notas de Campo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Análise                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Marina: Ana, vou te deixar com a Zuleica e vou lá na... (ver roupas pra comprar).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                      | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Contexto sócio-cultural (CSC) práticas</li> </ul>                                       |
| <p>Ana: Não, mãe. Também quero ir. Espera depois nós vamos, ainda é cedo.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Comunicação mãe/filha</li> </ul>                                                        |
| <p>Marina: Depois eu quero ver a novela... Ah! Hoje tem o horário político. Tá bom eu te espero.</p>                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Contexto sócio-cultural: lazer/valores relações mãe/filha</li> </ul>                    |
| <p>Sentou-se à nossa frente. Gostei que tivesse ficado, pois pretendia falar com ela hoje.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Processo: metodologia</li> </ul>                                                        |
| <p>Marina: Zuleica, o que tu achas? A Ana deve deixar o pai do nenê registrar no nome dele? Ele não liga ela, nunca ligou!</p>                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Saúde da Família: mãe e filha</li> <li>. Necessidades</li> </ul>                        |
| <p>Enfermeira: O que tu pensas disso, Ana? (cabeça baixa, balançava as pernas).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                           | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Práticas com relação à filha</li> </ul>                                                 |
| <p>Ana: Eu não quero (tom baixo, desanimada).</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Conduta enfermeiro cuidado</li> <li>. Valor</li> <li>. Prática</li> </ul>               |
| <p>Marina: Sei lá, com a nova constituição mudou muita coisa. Hoje eu consultei uma amiga que veio no lanche, ela é advogada. Segundo ela, não é bom deixar registrar... Eu acho que a solução é nós, o Plínio e eu, registrar em nossos nomes... Mas ela é que sabe, depois não vai dizer que eu obriguei. Tu és testemunha, Zuleica, ela é que resolve.</p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Recurso-amigos</li> <li>. Crença/valor</li> </ul>                                       |
| <p>Enfermeira: Quando a criança nascer as coisas ficam mais claras, é mais fácil decidir...</p>                                                                                                                                                                                                                                                               | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Recurso de Ana: "liberdade"</li> <li>. Processo Conduta Enfermeiro: cuidado.</li> </ul> |
| <p>Ana: É, eu acho. Até lá eu penso mais também.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <ul style="list-style-type: none"> <li>. Expectativa Processo: avaliação</li> </ul>                                              |

## ANEXO 4 - Partes de "Notas do Enfermeiro"

FAMÍLIA 2 - 3ª visita - 8/6/89 - 19:30 às 20:45

| 2. Notas do Enfermeiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Análise                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Estou sentindo que a família está aceitando meu trabalho e, pelo que a mãe de Ana comentou ao ouvir as explicações sobre o "sigilo das informações", pareceu-me que compreendia os critérios éticos de um estudo. Ou não estava preocupada com o que eu iria colher de informações da sua família?</p>                                                                                  | <p>Projeto</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. orientação da família</li> <li>. compreensão do trabalho</li> </ul> |
| <p>Já é o 2º momento que vejo Ana vestida de forma a não se perceber sua gravidez. Sua mãe aparenta ser vaidosa, de gostar de se arrumar, o que não observo em Ana.</p>                                                                                                                                                                                                                    | <p>Reflexões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. evento (Ana)</li> <li>. prática/valores (mãe)</li> </ul>          |
| <p>Ana faz parte da vida social de seus pais e pelo que até aqui pude perceber seus passeios são freqüentes. Será que antes da gravidez era assim? Ou reflete o que ocorre em algumas famílias quando a garota engravida: passa a ser vigiada e estimulada a sair em companhia de parentes - Ver TAKIUTI.</p>                                                                              | <p>Reflexões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. atividades sociais Ana com seus pais X gravidez</li> </ul>        |
| <p>A mãe de Ana parece que não decide apenas pela filha, mas também pelos outros filhos. Essa observação e aquelas anteriores com relação à Ana, fazem-me lembrar da "Síndrome Familiar" que LANDY estudou, e outros autores também sugerem.</p>                                                                                                                                           | <p>Reflexões</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>. características da mãe de Ana X gravidez "Síndrome"</li> </ul>    |
| <p>Para atender as necessidades de Ana estou tendo que estudar obstetrícia, visto que esta não é minha área específica e cujo conteúdo há mais de 6 anos não revisava. E assim penso que talvez seja para todas aquelas necessidades que possam vir a ocorrer na família e para as quais não esteja preparada. São recursos que o enfermeiro precisa dispor para trabalhar em família.</p> | <p>Recursos do enfermeiro</p>                                                                                               |
| <p>Fiz questão de falar sobre algumas condutas para mostrar quanto o enfermeiro pode auxiliar.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <p>Metodologia Projeto/Processo</p>                                                                                         |
| <p>Seria interessante começar a questionar sobre saúde e doença, pois percebi que a infecção urinária não a incomodava porque não havia sintomas.</p>                                                                                                                                                                                                                                      | <p>Metodologia Processo/Projeto 15/6</p>                                                                                    |
| <p>Fico em dúvida com relação a esclarecer sobre possíveis problemas, parece que estou levantando necessidades de orientação (educação à saúde). Ver PILON. Estou indo contra o marco?</p>                                                                                                                                                                                                 | <p>Reflexões sobre conduta Projeto/Processo</p>                                                                             |

## ANEXO 5 - Partes de Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem (cuidar/cuidado)

| DATA          | SITUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUIDADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DATA | IMPLEMENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | AVALIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|---------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 8/8<br>A<br>F | 19 Jane: dorme de chupeta, enrolada em 3 cobertores; janela fechada; sudorese intensa no rosto. Dalva surpreende-se: "É mesmo como tá suada... É que eu dei banho nela faz pouco... Tu viu o rosto dela? Tá cheio de bolinha... Será que isso sai? Há erupções eritematosas na região frontal e temporal. Parece-se com miliaria. Dalva demonstra muita preocupação. | 15 - Adotar atitude: retirar excesso de cobertas<br>- Dialogar sobre o problema<br>- Esclarecer/informar sobre o problema, causas<br>- Orientar cuidados básicos com miliaria (pre-ventivos e curativos)<br>- Confortar (enfático)<br>- Observar evolução da miliaria e avaliar cuidados.<br>- Orientar sobre perda de líquidos pelo suor/necessidades de reposição/prevenção. | 8/8  | 15 - Demonstrar respeito: explicar por que retirou excesso de roupas.<br>- Demonstrar importância às suas preocupações<br>- Refletir com ela sobre o problema/cuidados<br>- Propor os cuidados<br>- Pegar criança no colo, fazer carinho.<br>- Conversar com a criança.<br>- Investigar significações sobre o problema, incluindo perdas de líquidos. | 15. Senti-me mal por ter retirado os cobertores sem consultar a avó de Jane. Mas preocupei-me com perda de líquidos. Sua mãe não estava para amamentá-la. Mas senti que Dalva compreendeu. Demonstrei interesse e pareceu aliviada depois que lhe disse o que era. Começou a cuidar logo em seguida: colocou fraldinha entre o rosto e o cobertor da criança.<br>Erupções diminuíram gradativamente. Cuidados de prevenção executados pela avó. Remissão total após 10 dias. |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 8/8  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
|               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 15/8 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |

## ANEXO 5 - Parte de Diagnóstico e Prescrição de Enfermagem (cuidar/cuidado)

| DATA | SITUAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CUIDADO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DATA                                                               | IMPLEMENTAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | AVALIAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 19/7 | 30/31 Dalva: "pobre é acomodado mesmo. A D <sup>a</sup> Sonia e o marido dela não param de estudar... Ele disse mesmo que não vai mais me ajudar porque aqui em casa ninguém colabora... Já duas vezes que cortaro a água e ele é que paga... Eu falo, eu <u>oriento, ninguém quer nada. Po bre e preto não é nada mesmo né? Tem razão quem diz. Não é nada mesmo! (desânimo, muita tristeza).</u><br>... É a gente precisa é estudar, trabalhar e mostrar que somos iguais, mas é tão difícil..."<br>Este parece ser um sentimento muito forte no viver da família. | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ouvir atentamente</li> <li>- Demonstrar estar dando importância</li> <li>- Dialogar sobre a questão, motivando a reflexão</li> <li>- Esclarecer/alestar</li> <li>- Ter consideração</li> <li>- Valorizar</li> <li>- Auxiliar a identificação seus recursos</li> <li>- Estimular/desafiar para mudança</li> <li>- Ajudar a usar sua liberdade e aceitarem a responsabilidade pela própria existência mas alertar para o verdadeiro sentido dessas crenças/valores na nossa sociedade.</li> <li>- Encaminhar pa</li> </ul> | 19/7<br>QN<br>19/7<br>QN<br>19/7<br>QN<br>19/7<br>QN<br>19/7<br>QN | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Ser empático</li> <li>- Demonstrar disponibilidade; estar dando atenção</li> <li>- Autenticidade; não ser neutro</li> <li>- Transmitir confiança, coragem, esperança</li> <li>- Basear as reflexões nos seus significados mas também no contexto sócio-cultural da problemática do negro no Brasil/mundo</li> <li>- Ler sobre as questões raciais no País (leis, grupos de apoio) e a determinação da conduta dos indivíduos na sociedade.</li> <li>- Identificar grupos de apoio na comunidade.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sinto que esta é uma questão básica para ser trabalhada.</li> <li>- Demonstraram atenção, interesse. Participaram da reflexão. Parecia ser essa a primeira vez que ouviam esse tipo de questionamento</li> <li>- Preciso me controlar para não demonstrar meus valores com relação à questão do racismo com tanta ênfase.</li> <li>- Está difícil de trabalhar essa situação. Não há na comunidade grupo que discuta essas questões ou que desenvolva outras atividades de formação social.</li> </ul> |





8.3. Dormir ou repousar em posição lateral esquerda.

Justificativa: Impede que o útero gravídico faça compressão nos grandes vasos, facilitando assim a mobilização da circulação, aumentando o fluxo urinário (saída dos germes).

8.4. Aumentar ingestão de Vitamina C (limão, laranja, tomate, melão, espinafre, couve-flor, mamão, goiaba, pera, morango, pimentão).

Justificativa: A vitamina C aumenta a resistência do organismo. Facilita cicatrização de feridas.

8.5. Observar características da urina (cor, odor (cheiro) e presença de depósitos).

Justificativa: Para identificar sinais que possam ser de infecção, como: coloração opaca, avermelhada, esverdeada; cheiro fétido; presença de elementos na urina (pus, bactérias).

Para auxiliar no diagnóstico da infecção.

8.6. Fazer uso de toalha especial para a higiene dos genitais e trocá-la diariamente enquanto persistir o problema.

Justificativa: A região genital pode estar contaminada com as bactérias da urina e contaminar outras áreas.

8.7. Fazer higiene ao urinar ou evacuar limpando-se de frente para trás.

Justificativa: Para impedir que os germes da região anal sejam trazidos pelo papel ou toalha até a uretra e entrada vaginal.

8.8. Fazer exame laboratorial de urina após término do tratamento. Encaminhar resultado do médico.

Justificativa: Muitas vezes a infecção urinária não apresenta sintomas significativos e o processo pode continuar trazendo prejuízos sem a pessoa perceber. O exame de

Laboratório é mais seguro para confirmar a cura.

- 8.9. Fazer banho de assento com água morna se houver dor ou ardência ao urinar. Evitar uso de bidê (fazer desinfecção antes se usar bacia).

Justificativa: A água morna facilita a circulação sanguínea no local e relaxa a musculatura favorecendo a diminuição da dor e a saída da urina.

9. Avaliar compreensão e aceitação dos cuidados orientados. Reforçar se necessário.