

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

PRÁTICA DO CUIDADO AO RECÉM NASCIDO E SUA FAMÍLIA,
BASEADO NA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER E
NA TEORIA DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

ASTRID EGGERT BOEHS

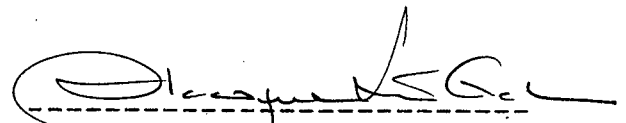
FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1990.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

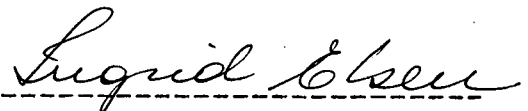
DISSERTAÇÃO

TÍTULO: PRÁTICA DO CUIDADO AO RECÉM NASCIDO E SUA FAMÍLIA,
BASEADO NA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER E NA TEORIA
DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA.

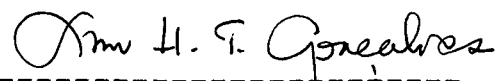
SUBMETIDA À BANCA EXAMINADORA PARA OBTENÇÃO DO GRAU DE
MESTRE EM ENFERMAGEM.
APROVADA EM 06-08-90



ALACOCQUE L. ERDMANN
ORIENTADORA



INGRID ELSÉN
EXAMINADORA



LUCIA TAKASE GONÇALVES
EXAMINADORA

Aos meus pais: Alitor e Helga.

Ao meu esposo: Lourival

Ao nossos filhos: Carlos Gabriel e Gustavo

A G R A D E C I M E N T O S

Desejo manifestar meus agradecimentos a todas as pessoas que direta ou indiretamente contribuíram para a realização do curso de mestrado e elaboração deste trabalho.

Agradeço especialmente:

As famílias, sem as quais este trabalho não teria sido possível.

A Professora Alacoque Lorenzini Erdmann orientadora deste trabalho, pelo estímulo e disponibilidade.

A Professora Ingrid Elsen por ter estimulado o interesse por este tema, e por ter auxiliado, mesmo a distância, na elaboração deste trabalho.

A Professora Esther Jean Langdon pelo auxílio dispensado nas questões ligadas a antropologia.

A Professora Eloita Pereira Neves Arruda por ter proporcionado a oportunidade de estudo do cuidado e teoria de LEININGER.

A Professora Mercedes Trentini por compartilhar no cotidiano das minhas dificuldades na elaboração do trabalho e oferecer-me informalmente estímulo e sugestões.

As Professoras Lúcia Hisako Takase Gonçalves e Ligia Paim Muller Dias pela participação na Banca Examinadora e contribuições ao trabalho.

A direção e funcionários da maternidade por terem viabilizado o estágio e compartilhado do meu trabalho.

As colegas Maria Tereza Leopardi e Maria da Graça do Nascimento pelas sugestões apresentadas.

A colega Zuleika Maria Patrício pelas oportunidades de discussão e estudo do cuidado, e pela solidariedade durante o curso.

Ao Lourival, meu esposo, pelas oportunidades de discussão e sugestões na redação deste trabalho.

As colegas da antiga 4a. fase curricular do Curso de Graduação da UFSC, e especialmente, à Marisa Monticelli por terem facilitado o cumprimento das minhas atividades como docente durante toda a realização do curso.

Aos colegas da turma de mestrado pela solidariedade, auxílio, estímulo e amizade.

A Romina Schardong e Rosalva Stock pela digitação do trabalho.

SUMÁRIO

CAPÍTULO	PÁGINA
1 - Introdução e Objetivos.....	01
2 - Revisão da literatura.....	06
2.1 - Família: definições, formas e funções.....	06
2.2 - O ciclo de desenvolvimento da família.....	12
2.3 - Família em expansão.....	17
2.4 - Teoria de LEININGER e Teoria do desenvolvimento da família.....	34
3 - Marco conceitual	43
3.1 - Pressuposições de LEININGER e da Teoria do desenvolvimento.....	44
3.2 - Pressuposições pessoais.....	45
3.3 - Conceitos.....	46
4 - Processo de Enfermagem.....	54
5 - Implementação do processo.....	62
5.1 - Metodologia.....	62
5.1.1 - Metodologia - Considerações gerais.....	62
5.1.2 - O cotidiano na aplicação do processo na maternidade e no domicílio na 1a. fase.....	69
5.1.2.1 - Questões gerais do processo na materni- dade	69
5.1.2.2 - Questões gerais do processo no domi- cílio	72

X 5.1.2.3 - Levantamento de dados.....	75
5.1.2.4 - Diagnóstico.....	77
X 5.1.2.5 - Plano de cuidado e implementação.....	78
X 5.1.2.6 - Avaliação.....	82
5.1.2.7 - Questões gerais do processo na maternidade - 2a. fase	85
5.1.2.8 - Questões gerais do processo no domicílio - 2a. fase	86
5.1.2.9 - Levantamento de dados.....	88
5.1.2.10 - Diagnóstico.....	88
5.1.2.11 - Plano de cuidados.....	90
5.1.2.12 - Evolução.....	90
5.2 - Descrição dos dados.....	91
5.2.1 - Descrição de 5 famílias.....	91
5.2.2 - Descrição de caso. Família E.....	101
X 6 - Análise.....	153
6.1 - Comparação entre os dados da prática com o marco conceitual.....	153
6.2 - Aspectos que favoreceram a aplicação do marco conceitual.....	157
6.3 - Aspectos que dificultaram a aplicação do marco conceitual.....	159
6.4 - Principais modificações.....	161
7 - Considerações finais e recomendações.....	162
8 - Referências bibliográficas.....	165
ANEXOS	171

RESUMO

Este trabalho apresenta a elaboração e implementação de um marco conceitual e processo de enfermagem baseado na teoria transcultural de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família. Foi aplicado no cuidado ao recém-nascido e sua família que se encontra em fase de expansão. Sua implementação teve início na maternidade e posteriormente estendeu-se ao domicílio das famílias. Estas famílias, de ascendência açoriana residem em Florianópolis, SC. Verificou-se que o marco conceitual é operacionalizável na prática através do processo de enfermagem, sendo que foi mais facilmente aplicado no domicílio das famílias. Mostrou-se um guia para o entendimento entre o cuidado do enfermeiro e da família, fazendo-se a manutenção, acomodação, repadronização e instituição de cuidados novos. Neste entendimento, os componentes do cuidar foram instrumentos básicos. Finalmente considera-se que o marco possibilitou a união da ação à reflexão constituindo-se uma contribuição para o estabelecimento das bases teóricas da profissão.

ABSTRACT

It is hereby presented the making up and implementation of a conceptual framework and nursing process based on both Leininger's transcultural theory and family development theory. It was applied to the newborn care as well as to the baby's family which is, now, living through an expansion phase. It was first implemented at the maternity clinic, being later on carried over to encompass the families' home. The families making up the study are all residents of the city of Florianópolis, Province of Santa Catarina, their forefathers having come to Brazil from the Azores. The conclusion was reached that said framework offers practical operational conditions through the nursing process, being more easily applied at the families' home. Advisory rules have been offered to promote understanding between nurse and family care, whereby maintenance, adjustment, repatterning and institution of new care were developed. All through such conjoined action, caring components were considered to be basic tools. Finally, the framework is considered as facilitating the link between action and reflection, becoming a contribution towards the establishment of a theoretical foundation for the profession.

CAPÍTULO 1

INTRODUÇÃO E OBJETIVOS

Nas últimas décadas, as enfermeiras em diversos países têm empreendido esforços no sentido de diminuir a dependência histórica da enfermagem face as outras disciplinas da saúde.

Admite-se atualmente que a enfermagem é uma profissão. Segundo POLETTI (1978) a profissão se distingue de um trabalho por repousar em conhecimentos teóricos e científicos dos quais procede o serviço que é oferecido à sociedade. Ainda segundo esta autora, apesar dos esforços já empreendidos, as enfermeiras ainda estão balbuciando neste campo. Enquanto os integrantes de outras profissões pensavam e faziam pesquisas elaborando as bases para suas profissões, as enfermeiras mantinham-se ocupadas com suas técnicas, razão do atraso da enfermagem neste campo.

Entre as teoristas de enfermagem, LEININGER (1984a) refere que o cuidado é a essência da profissão, refere ainda, que é possível a vida sem a cura, mas esta não é possível sem o cuidado.

COLLIERE (1986), argumenta que o cuidado é uma parte integral da vida, nenhum tipo de vida pode subsistir sem o cuidado. Tem sido preciso cuidar, não apenas de seres humanos, mas também de tudo o que contribui para a sua sobrevivência, o fogo, as plantas, os animais.

Segundo JONGERT (1989), a especificidade da enfermagem é se ocupar de cuidados de conservação e manutenção da vida,

sendo ainda responsável pelos cuidados de reparação, que consistem em ajudar o médico a estabelecer o diagnóstico e o tratamento.

LEININGER (1984), refere que o cuidado tem sido, ao longo dos tempos, essencial ao nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos e para uma morte tranquila. Refere ainda, que o cuidado é universal, mas varia entre as culturas.

X No que se refere ao RN (recem-nascido) observando-o ao nascer, é realmente admirável a maneira como se debate e reage aos diferentes estímulos a que é submetido. Temos assim a oportunidade de observar que este ser tem muitas potencialidades, mas isso não é suficiente para sua sobrevivência. Ao contrário de outros animais, o ser humano, quando nasce, tem a capacidade de se agarrar à sua mãe, e tem até dificuldade de realizar sozinho a regulação da temperatura corporal. Portanto, precisa para sobreviver, do cuidado de outros seres humanos que lhe estão mais próximos. Este cuidado é realizado de acordo com a cultura.

COLLIERE (1986), fazendo uma análise histórica do cuidado, enfatiza que, desde os tempos mais remotos, o cuidado ao RN e à sua mãe, tem sido delegado às mulheres. As mulheres porque davam a luz e simbolizavam a fertilidade, tornavam-se responsáveis por todos os aspectos de vida: criar o RN, sustentá-lo, nutri-lo e dar-lhe enfermagem de modo a promover crescimento e desenvolvimento das crianças.

Na sociedade ocidental, o cuidado ao RN modificou-se muito nos últimos 150 anos. O parto que era realizado à domicílio passou a ser feito nas instituições hospitalares. Nestas instituições, primeiramente os RNs eram colocados junto às suas

mães após o parto, valorizando-se portanto, o processo da mãe cuidar de seu filho. Segundo KLAUS e KENNEL apud AVERY (1984), por volta de 1896, MARTIN COONEY salvou grande número de prematuros, que estariam destinados à morte se cuidados pelo método natural, utilizando uma incubadora e não permitindo a participação das mães no cuidado. Por causa do sucesso deste trabalho, e também da alta taxa de mortalidade infantil na época, passou-se a utilizar o isolamento e a não participação da mãe nos cuidados também aos RNs a termo, que passaram a ficar nos berçários após o nascimento.

Assim, o cuidado, que tradicionalmente se fazia na família e que utilizava a sua cultura para realizá-lo, passou a ser delegado à autoridade profissional dos médicos e enfermeiros. Com esta trajetória, hoje, a mãe e os que estão mais próximos a ela, principalmente a família, perderam muito de sua autoridade no cuidado ao RN.

A enfermagem que presta o cuidado ao RN na maternidade passou a orientar a mãe, sem levar em consideração o seu saber e o saber da família, bem como o contexto cultural onde está inserida.

Na minha experiência em berçário de RN e unidades de Alojamento Conjunto, esta situação está presente todos os dias quando os profissionais da enfermagem e medicina tentam transferir seus conhecimentos e valores às mães sem levar em conta a família, suas práticas, valores e crenças. Disto resulta, geralmente a ineficácia da orientação e uma confusão da mãe bem como de sua família, quanto ao que aprenderam a fazer.

O enfermeiro e a família cuidam do RN, e portanto deve haver entendimento entre ambos sobre este cuidado. O enfermeiro

consciente de seus próprios conhecimentos, crenças e experiências como profissional deve reconhecer valores, crenças e experiências da mãe e da família, relacionados com o cuidado do RN. Isto, porque existe um ciclo de vida familiar, que é a fase em que nascem os filhos, a fase de expansão, na qual a família se envolve com os cuidados ao RN de acordo com a cultura.

Neste trabalho, procurou-se prestar o cuidado ao RN e à sua família em fase de expansão na unidade de alojamento conjunto e à domicílio, fundamentado numa base teórica. As famílias descendentes de açorianos residem em Florianópolis, SC.

OBJETIVOS

- Desenvolver um marco fundamentado na teoria transcultural do cuidado de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família.
- Desenvolver o processo de enfermagem ao RN e à sua família, baseado no marco conceitual elaborado.
- Implementar o processo de enfermagem baseado no marco conceitual elaborado.
- Verificar a aplicabilidade do marco conceitual no cuidado ao RN e à sua família na fase de expansão.

Justificativa

A escolha da teoria de LEININGER se justifica, por esta autora considerar o cuidado como a essência da enfermagem, e considerar no cuidado, a cultura na qual se insere o homem ou o grupo, e conseqüentemente a família. Considera também, o sistema de cuidado popular e profissional, sendo que a enfermeira deve estabelecer um elo entre os mesmos. Isto se aplica a esta prática porque a família e o enfermeiro cuidam, ambos baseados na sua visão de mundo, nos seus valores, crenças e práticas.

X Portanto é importante para guiar a enfermagem quando ela cuida, baseada nos conhecimentos do sistema profissional, levar em consideração os valores, crenças e práticas do cuidado da família, promovendo um entendimento quanto ao cuidado.

A escolha da teoria do desenvolvimento da família foi efetuada para fundamentar este marco por situar a família num espaço temporal e dinâmico.

Esta teoria preconiza um ciclo de vida familiar composto de vários estágios, sendo que cada estágio tem características próprias, nas quais tarefas ou funções são desempenhadas pelos membros e pela família como um todo.

As famílias com seu primeiro filho, estão iniciando uma situação nova, com mudança de posições dos seus membros e como consequência, mudança das tarefas ou funções destes e da família como um todo.

Desta forma, a enfermagem deve considerar que os cuidados devem abranger a família como um todo nesta situação nova.

Finalmente, este trabalho ao tratar do cuidado de enfermagem baseado num marco conceitual se justifica para o desenvolvimento das bases teóricas da nossa profissão, necessária para distinguir o trabalho da enfermagem dos outros profissionais de saúde.

CAPÍTULO 2

REVISÃO DA LITERATURA

Este capítulo contém os seguintes itens:

2.1 - Família: definições, formas e funções.

2.2 - O ciclo de desenvolvimento da família.

2.3 - Família em expansão.

- (RN) a termo e fatores que interferem nos cuidados.

- Adaptação da família aos cuidados do RN.

- Tipos de cuidado.

- Diferenças de cuidados prestados pela família e profissionais de saúde.

- A Enfermagem e a Família em Expansão.

2.4 - Teoria de LEININGER e Teoria do desenvolvimento da família.

2.1 - FAMÍLIA: DEFINIÇÕES, FORMAS e FUNÇÕES

A palavra família nos leva a pensar em algo conhecido, algo comum, pois todos têm, de alguma forma, uma experiência de família. Porém definir família nem sempre é tão fácil assim. Para PRADO (1985) a família não é um simples fenômeno natural, ela é uma instituição social variando através da história e apresentando até formas e finalidades diversas numa época e lugar, conforme o grupo social que esteja sendo observado.

LINTON (1976), afirma que todas as sociedades reconhecem a existência de certas unidades cooperativas, intimamente

entrelaçadas e internamente organizadas que ocupam lugar intermediário entre o indivíduo e a sociedade total de que faz parte. Teoricamente, toda pessoa é atribuída a uma destas unidades, numa base de parentescos biológicos estabelecidos pelo acasalamento ou ascendência comum. Na realidade, à qualidade de membro também pode ser atribuída uma base de relações reconhecidas como paternidade presuntiva ou adoção.

Em nosso país, a palavra família é bastante significativa e faz parte do vocabulário da maioria das pessoas, porém o significado é bastante variado. Assim, de acordo com WOORTMANN (1987), na cultura brasileira, família pode significar família doméstica, isto é, pessoas que moram na mesma casa, pode significar parte da rede de parentesco ou ainda pode significar a árvore geneológica. CARTANA (1988) numa pesquisa realizada em uma comunidade pesqueira com uma população de descendência açoriana, verificou que a palavra família tem 3 significados: o primeiro referindo-se a descendência, isto é, de que a família são os filhos, netos, bisnetos, o segundo, é de que família são as pessoas que moram na mesma casa, e o terceiro, "são as pessoas do coração", isto é, família são todas as pessoas que tem uma ligação afetiva forte, quer sejam ou não aparentados.

Tão difícil quanto dizer o que seria família é falar sobre a forma da família e seus integrantes. LINTON (1976) refere que as famílias variam amplamente tanto na forma quanto no conteúdo, parece que o traço mais constante em conexão com estas unidades são as atividades gerais impostas a seus membros. Há diferença tanto em relação às pessoas que as constituem, quanto em relação às suas funções nas várias sociedades, que somos forçados a concluir que estes traços são determinados por fatores

culturais.

Na literatura encontramos a citação de diferentes formas de família. PRADO (1985) faz um resumo: a forma de família nuclear é aquela composta do casal e seus filhos; família extensa é a família onde várias gerações convivem no mesmo espaço; famílias alternativas ocorrem sob variadas circunstâncias como: casamento experimental que é a união de pessoas que só é legalizada após o nascimento do primeiro filho, bem como família de homossexuais com filhos adotivos ou resultantes de união anterior.

WOORTMANN (1987) em seu trabalho designou os termos: família doméstica, como um grupo de parentes que constituem um grupo doméstico; família extensa um grupo ou conjunto de parentes primariamente consanguíneos que constituem o círculo interior de uma rede de parentesco; e família extensa doméstica no grupo doméstico que se constitui na família extensa.

Segundo PRADO (1985) no Brasil há diferenças concretas nas formas de família entre os estratos sociais. No estrato dominante a família mantém-se ainda de forma extensa, isto é, formando um grande conjunto, sendo guiados por um membro, que controla o patrimônio familiar e de certa forma, a própria vida de seus membros. No estrato médio a família tende a ser nuclear mas profundamente mergulhada na rede de parentesco. No estrato marginalizado há maior diversidade nas formas de família: aglomerados de solidariedade de pessoas da mesma origem, famílias nucleares em que o casal não é unido por laços legais, famílias chefiadas por mulheres.

WOORTMANN (1982) refere que a casa se relaciona diretamente com a família e mais especificamente se relaciona com

a ideologia da família nuclear. Assim, ao contrário de outras sociedades como a mexicana ou a africana, no Brasil, tanto na cidade como no campo, a família nuclear é o modelo culturalmente aceito. Ainda segundo esse autor, a família extensa no Brasil, significa apenas uma estratégia, uma solução temporária.

No entanto, apesar deste valor, a relação da família nuclear com a rede extensa é feita de forma constante, pois geralmente moram próximos. Isto ocorre tanto no campo como na cidade. DURHAM (1984) refere que no Brasil rural, a família sempre foi caracterizada como patriarcal extensa. Porém isto se deve porque somente a classe dominante foi analisada. Ela aponta em seu estudo, que tanto no passado como no presente entre a classe baixa do campo, a forma da família é nuclear, tendo como relações de comunidade as relações interfamiliares. O mesmo achado apresenta FUKUI (1973).

WOORTMANN (1987) numa pesquisa em favelas de invasões de Salvador, verificou que a forma destas famílias difere em relação a outras classes sociais. O modelo cultural brasileiro e a cultura ocidental em geral, estabelecem que o chefe do grupo doméstico (família nuclear) é o marido-pai. Esta chefia se deve ao fato deste pertencer ao sexo masculino, e portanto a sociedade espera que ele sustente a família. Na população estudada pelo autor, a chefia da família está ligada ao papel econômico. Assim, apesar de possuírem este modelo ideal de família que se espelha nas classes dominantes, eles criaram um modelo adaptativo para fins de sobrevivência. Nesta população onde todos, homens, mulheres, filhos precisam trabalhar para comer, quando o homem contribui muito pouco para as despesas da casa, a mulher o "põe

fora", ficando com a casa e os filhos. A mulher mantém uniões sucessivas, porém sempre que ela volta a se unir continua sendo chefe da família, permanecendo com os filhos destas uniões. Os novos companheiros enquanto tiverem condições de contribuir financeiramente podem ser chefes da casa, mas não chefes da família. NEVES (1985) obteve estes mesmos achados numa favela em Niterói.

FONSECA (1987) em uma pesquisa em favelas de invasão na cidade de Porto-Alegre, refere que, ao se analisar as famílias ao longo de um tempo, chega-se à conclusão de que os estudos baseados na residência, que entendem a família como nuclear ou extensa, as mulheres chefes de família, são termos equivocados. FONSECA sustenta que, em seu estudo encontrou escassez de casamentos formais, alta taxa de lares sem marido e alta taxa de circulação de crianças. Verificou que após uma separação e depois nova união, o novo companheiro procura fazer um barraco novo, e geralmente não aceita os filhos da união anterior da mulher, havendo assim um poder dos homens sobre as mulheres.

Há uma diferença marcante nos resultados dos estudos de WOORTMANN (1987) e FONSECA (1987). Enquanto que na Bahia WOORTMANN encontrou a família formada por mulheres e seus filhos, sendo a mulher a chefe da família e o companheiro desta mulher um elemento transitório na casa, FONSECA encontrou esta mesma instabilidade das uniões, porém nas uniões sucessivas é o homem o chefe da família e da casa. Desta forma, no primeiro caso, os filhos sempre permanecem com a mãe reforçando sua autoridade, enquanto que no segundo caso, os filhos das uniões anteriores precisam necessariamente ser colocados em lares substitutos ou são abandonados, pois o novo chefe não irá

sustentar o filho dos outros companheiros.

Esta diferença parece estar primeiramente ligada aos universos da pesquisa, WOORTMANN fez suas pesquisas no Nordeste do país com uma população de base cultural diferente daquela que FONSECA estudou no extremo sul do Brasil.

Quanto às funções da família, PRADO (1985) afirma que estas dependem em grande parte da faixa social que cada uma ocupa na organização social e na economia do país a que pertence.)

No Brasil onde as instituições sociais são precárias e ineficientes, a família exerce um papel fundamental como descreve DURAHM (1984) sobre os migrantes provenientes da zona rural que se estabelecem na cidade de São Paulo. A autora verificou que a migração é um processo familiar onde a família realiza a adaptação do novo migrante que chega a cidade. Verificou ainda que, na cidade, a família se reorganiza internamente, mas permanece responsável pelo bem estar e segurança econômica de seus membros.

Trabalhos como de NEVES (1985), KOTTAK (1967), WOORTMANN (1987), abordaram a família como unidade de análise mais ampla que o grupo doméstico e mostram que nas classes mais desfavorecidas as relações interfamiliares têm funções de cooperação econômica, como auxílio no cuidado das crianças e promoção de segurança social aos indivíduos. Nestas relações NEVES (1985) e WOORTMANN (1987) enfatizam que a cooperação se dá principalmente entre as mulheres. CARTANA (1988) mostra que as famílias constituem-se numa rede social que fornece auxílio em todas as áreas, inclusive no auxílio em situações de saúde e doença.

X No que se refere especificamente à área da saúde, a

família exerce uma importante função, MANCIAUX (1975) refere que a família é uma unidade negativa de saúde, isto porque a doença de um membro ameaça a vida de toda a família. Porém LITMANN apud Manciaux (1975) apresenta pesquisas mostrando a família como tendo função chave na cura de doenças. ELSEN (1984) verificou num estudo com famílias de uma comunidade pesqueira em Florianópolis-SC, que é na família que estão concentradas as decisões sobre saúde e doença dos seus membros. NOGUEIRA (1977) enfatiza que o ambiente familiar que reúne o ambiente físico, afetivo e social, pode ser considerado como unidade bio-social da saúde.

Baseado no que foi exposto até aqui, é importante ressaltar os seguintes aspectos:

- existem diferentes significados para o termo família, tanto por parte dos autores, quanto por parte dos diferentes segmentos culturais da população brasileira.
- as formas de família são variadas de acordo com a cultura e os estratos sociais, porém no Brasil a família nuclear é a forma mais valorizada.
- No Brasil, a família (aqui entendido como família extensa) tem como uma função importante o auxílio mútuo entre seus membros. Este auxílio pode ser financeiro, pode estar ligado a segurança física e social e ainda nas situações de saúde e doença.

2.2 - O CICLO DE DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

A família não está situada numa dimensão estática e sim temporal, de forma que em qualquer sociedade, as famílias possuem um ciclo de vida próprio (WOORTMANN, 1987).

Após a 2a. Guerra, nos países ocidentais, começou a haver uma preocupação em estudar a família por parte dos psicólogos e sociólogos. Assim DUVALL em 1948, baseado nos estudos de FREUD e ERIKSON que estudavam o ciclo de desenvolvimento do indivíduo, apresentou a teoria do desenvolvimento da família. Esta teoria, que se baseava em estudos com famílias de classe média de cor branca nos Estados Unidos, propôs que a família atravessava 7 estágios, e em cada estágio os seus membros tinham funções específicas. Estes estágios são:

- Formação - Ocasão em que ocorre a união do casal e um realinhamento com a família de origem.
- Expansão - É a família na qual o primeiro filho tem a idade de 0 a 30 meses.
- Família em idade pré-escolar - Na qual o filho mais velho tem a idade de 30 meses até 6 anos.
- Família em idade escolar - Na qual o filho tem a idade de 6 a 13 anos.
- Família adolescente - Na qual o primeiro filho mais velho tem a idade de 13 a 20 anos.
- Família em lançamentos - É o período que vai desde a saída do lar do filho mais velho, até a saída do filho mais novo.
- Família em idade madura - Desde a saída do filho mais novo até a morte de um de seus cônjuges.

RODGERS insatisfeito com a classificação de DUVALL, elaborou um ciclo de vida de família dando atenção não somente à criança mais velha, mas também considerando as mudanças na posição do membro mais jovem, inserindo uma categoria para o

jovem adulto antes do estágio de lançamento e adicionando no final do ciclo, a categoria de viuvez. Para os diferentes autores, a demarcação de um estágio até o próximo, é determinado pelo grau de transição que é requerido na família por um evento particular. (ROWE 1981).

Segundo MERCER (1988), atualmente esta teoria conforme foi colocada por Duvall, está aberta a questionamentos, uma vez que está baseada na família de classe média, branca dos Estados Unidos. O maior desafio para esta teoria, segundo o autor, é sua aplicação a famílias de diferentes estruturas e em diferentes culturas.

SOUZA (1980), considera que a família encontra-se em constante transformação passando por vários estágios: formação, casal sem filhos; expansão e manutenção em que os filhos nascem e crescem; e dispersão, quando os filhos começam a abandonar o núcleo familiar.

Segundo esse autor, o ciclo familiar está estreitamente relacionado com o tamanho da família, atingindo seu grau máximo na fase de expansão e maturação. Este ciclo também está ligado com a renda familiar, sendo que na fase de formação da família e quando os filhos são pequenos a renda da família é mais baixa. A renda torna-se maior à medida que os filhos estão crescendo e auxiliando nos ganhos, e novamente diminui quando os filhos saem de casa constituindo suas próprias famílias, deixando portanto de contribuir com a família de origem.

Ainda segundo o mesmo autor, o ciclo de vida familiar varia de acordo com as diversas faixas de renda: nos setores populares o ciclo é de certa forma mais concentrado pois tem uma saída prematura dos filhos, ao mesmo tempo em que tem as fases de

expansão e maturação ampliadas. Nas camadas médias e altas, há redução do período fecundo, porém o período de socialização dos filhos é mais ampliado, ampliando-se conseqüentemente o período de dispersão.

NEVES (1985), numa pesquisa em favelas de Niterói, constatou que as famílias tinham basicamente 3 estágios no seu ciclo de desenvolvimento biológico e social: 1o. estágio - constituição da família até a independência dos filhos, isto é, quando atingem 5 a 7 anos. 2o. estágio - idade em que os filhos podem substituir a mãe nos afazeres domésticos, e ajudar o pai na obtenção de recursos financeiros através de pequenos biscates. 3o. estágio - Momento em que os filhos começam a construir unidades familiares (15 a 18 anos para as moças, 19 a 22 anos para os rapazes).

WOORTMANN (1987) analisa as famílias de favelas em Salvador, nos diversos estágios do seu ciclo de desenvolvimento e calcula que as relações interdomésticas se modificam. Assim, nestas populações extremamente pobres, quando o casal inicia o ciclo de desenvolvimento da nova família, ele é autônomo ou poderá estar ajudando a sustentar um ou ambos os casais paternos. No estágio final todavia, há uma inversão, pois o casal passa da independência para a dependência dos filhos.

A análise ao longo do ciclo de desenvolvimento da família nos permite visualizar importantes variações na sua forma, nas suas funções, nas relações interfamiliares e assim por diante. Assim quando um novo ciclo de desenvolvimento de uma família se inicia, variações culturais irão influenciar em como esta se organizará, como cuidará de seus filhos, como manterá relações com os outros membros da família.

Segundo NEVES (1985) nos estratos inferiores da população brasileira, apesar da valorização do modelo de família nuclear, ocorre um arranjo de família extensa em certas fases do ciclo de desenvolvimento da família. Esta autora verificou numa favela de Niterói-RJ, que o novo casal estabelece residência junto à parentela de mais recursos, ou como mais frequentemente acontece, junto aos parentes da mulher. Fazem uma "puxada" e utilizam a mesma cozinha, sendo esta uma situação provisória.

CARTANA (1988) pode constatar numa vila pesqueira em Florianópolis-SC, que preferencialmente o homem deve construir e mobiliar a casa antes da união. Quando isto não é possível, vão para a casa de algum parente que pode ser os avós, os tios até construírem a sua própria casa. Portanto a família está numa forma extensa temporariamente. Ainda segundo CARTANA (1988) quando a casa para a nova família é construída, esta irá localizar-se no mesmo terreno dos pais e avós de um dos membros do casal, o que fará com que se mantenha uma convivência constante e estreita entre o novo casal e os outros membros da família.

X Baseado no que foi exposto, é importante ressaltar os seguintes aspectos:

- A família tem sua trajetória dinâmica denominada ciclo de desenvolvimento da família;
- A cultura irá influir nas formas e funções da família, portanto terá influência também nos estágios do ciclo de desenvolvimento da mesma;
- No Brasil em alguns estágios do ciclo, a família pode ser extensa por questões de sobrevivência, como ocorre quando um novo casal reside temporariamente com os pais.

2.3 - FAMÍLIA EM EXPANSÃO

Esta fase ocorre por ocasião do nascimento do primeiro filho segundo as etapas do ciclo de desenvolvimento da família elaborada por DUVALL em 1948. Na realidade brasileira a fase de formação da nova família e de expansão, muitas vezes estão sobrepostas devido a união do casal ocorrer quando a mulher já está grávida.

Dada esta fase se caracterizar pela presença do RN normal a termo, farei primeiramente uma abordagem de suas principais características e fatores relacionados que interferem no seu cuidado. Em seguida, a adaptação da família a presença do RN é colocada de acordo com a cultura, bem como na forma como a família cuida deste RN. Finalmente discutirei a discordância entre os cuidados ao RN orientados pelos profissionais de saúde e pela família.

X - Recém-nascido a termo.

O período neonatal se inicia com o nascimento da criança e vai até o 28o. dia, PIZZATO (1985) e MARCONDES (1986). Este é portanto o período adotado também no Brasil como período neonatal.

A classificação dos recém-nascidos adotada no Brasil é aquela preconizada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) que usa parâmetros: peso e idade gestacional, fazendo-se uma correlação entre os dois. SEGRE (1981) cita LUBCHENCO e COL que apresentaram em 1967 uma tabela fazendo a correlação do peso e idade gestacional. Os estudos foram realizados em 5.635 RN cujo nível social variou entre indigente e médio, abrangendo anglo-saxões e índios.

No Brasil foram realizados estudos conforme apresenta SEGRE com RN da classe média (4.999 RN) e da classe baixa (2.637 RN) resultando duas tabelas diferentes entre si e por sua vez diferentes da tabela inicialmente apresentada por Lubchenco.

De acordo com o peso de nascimento as crianças são classificadas em: grande para idade gestacional (GIG); adequado para a idade gestacional (AIG); pequeno para a idade gestacional (PIG).

Apresenta-se a seguir (figura 1) a classificação do RN de classes sociais de nível inferior encontrada em SEGRE (1981).

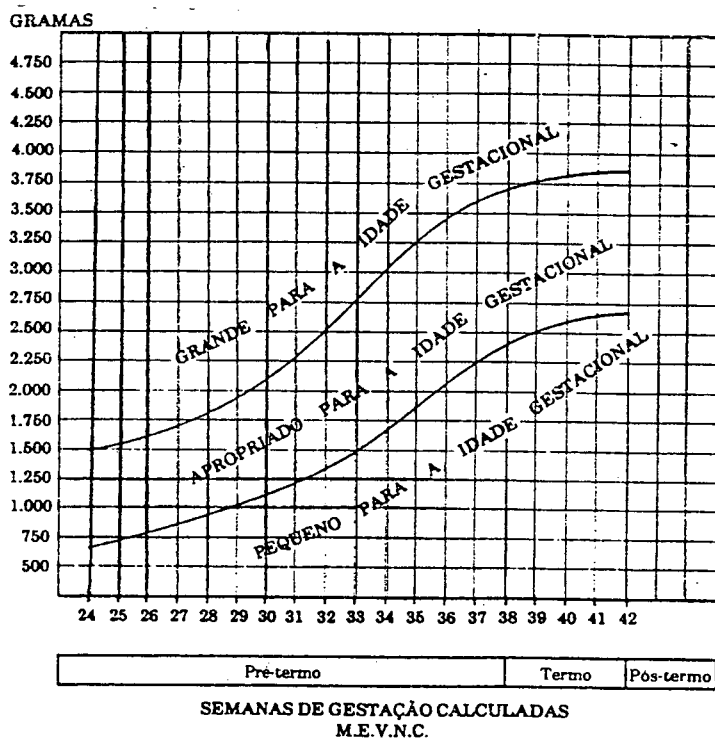


Figura 1 - Classificação de recém-nascido da população de maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha (classe social de nível inferior da periferia da cidade).

De acordo com a idade gestacional o recém-nascido é classificado em:

- Pré-termo: crianças nascidas antes de 38 semanas de gestação (37 semanas e 6 dias, até 265 dias).

- À termo: crianças nascidas entre 38 semanas e 41 semanas e 6 dias de gestação (266 a 293 dias).
- Pós-termo: crianças nascidas com ou após 42 semanas de gestação (294 semanas em diante).

Assim uma criança à termo com a idade gestacional de 40 semanas pode ser considerada pequena, adequada ou grande para a idade gestacional (SEGRE 1981).

Características Anatômicas

As proporções corporais do RN são diferentes dos lactentes, crianças ou adultos.

A cabeça do RN é relativamente grande, apresentando a fontanela anterior ou bregmática e a posterior ou lambdoide. Face arredondada e a mandíbula relativamente pequena. O tórax tende a ser mais arredondado que achatado no sentido ântero-posterior. O abdômem é mais proeminente e as extremidades são relativamente curtas. A postura do RN tende a ser de flexão parcial. Por ocasião do nascimento o RN acha-se geralmente coberto de vernix-caseosa aderente a pele.

O RN à termo médio, pesa aproximadamente 3 a 4 Kg, os meninos pesando ligeiramente mais que as meninas. O comprimento é em média de 50 cm aproximadamente, 95% medindo entre 45 a 50 cm. As primeiras fezes são geralmente eliminadas durante 24 horas de vida e consistem de mecônio. Com o estabelecimento de alimentação láctea, as fezes meconiais são substituídos pelas fezes de transição, sendo que as fezes lácteas surgem em torno do 60. ao 70. dia.

Logo após o nascimento, a temperatura do RN cai transitoriamente, restaurando-se em torno de 4 a 8 horas. A necessidade calórica diária do RN para manter a temperatura

corpórea e a atividade basal é geralmente de 55 cal/Kg, no final da primeira semana elevando-se para cerca de 110 cal/Kg. (MARCONDES 1986, PIZZATO 1985, VAUGHAN et.al. 1983).

Características Fisiológicas

A necessidade mais crítica do RN é o estabelecimento da atividade respiratória. A frequência respiratória varia de 35 a 50 mp/m numa respiração irregular e abdominal.

As adaptações cardíacas do período neonatal estão muitas vezes associadas aos sopros cardíacos transitórios. A frequência cardíaca varia geralmente de 120 a 160 bpm.

Inicialmente a criança manifesta fome a intervalos irregulares. O RN é capaz de manifestar náuseas e vômitos.

A função renal do RN tem início no período fetal. Ao nascer o RN já apresenta na bexiga, certa quantidade de urina que é eliminada nas primeiras horas de vida.

O sistema imunológico do RN apresenta-se parcialmente desenvolvido logo ao nascer. (PIZZATO 1985).

O RN ao nascer, tem uma cifra de aproximadamente 8 milhões de eritrócitos, que cai nos primeiros dias para níveis em torno de 5 milhões. Ocorre uma leucocitose que pode alcançar em torno de 25000 caindo bruscamente após o quarto dia para 10000 correspondente à cifra normal na infância.

Com relação ao aparelho circulatório há modificações importantes logo após o nascimento passando da circulação fetal para a circulação neonatal, modificações estas que se processam até depois de alguns meses. Desaparecendo a circulação placentária, há o fechamento funcional dos ductos venoso e arterial, bem como do forame oval, com a obliteração do canal e início da circulação pulmonar, que diminui o fluxo à aurícula

esquerda, proveniente dos pulmões com o predomínio da pressão auricular esquerda dando-se o fechamento funcional do forame oval. O ducto arterioso se contrai com o aumento da oxigenação do sangue nos pulmões e aos poucos se oblitera. A circulação periférica processa-se lentamente, passando o plasma para o interstício, causando edema característico de neonato. (MARCONDES 1986).

Comportamento

Mais recentemente a idéia tradicional de dar acentuado valor às respostas neurológicas do RN em especial aos reflexos, deu lugar à observação de interação com o ambiente. Verificou-se que esta capacidade, tanto interacional como sensorial é muito maior do que se supunha no passado. Esta interação leva a uma apreciação da complexidade neurológica do lactente (VAUGHAN et all 1983, LEOVICI 1987).

PRECHTI e COLI apud VAUGHAN et.all. 1983 demonstraram que o comportamento observado no recém-nascido é altamente dependente do seu nível de consciência. Foram definidos seis níveis de consciência: Sono profundo; Sono com movimentos oculares rápidos; Estado de sonolência; Alerta sereno; acordado e ativo; Choro intenso.

GREENMAN apud LEOVICI (1987), mostram que uma impressionante maioria de RN (95%) desde os 4 primeiros dias de vida se revela capaz de perceber com os olhos um objeto de cor viva tal como um anel vermelho. FANTZ R.L. apud LEOVICI (1987), mostrou que os recém-nascidos em 10 horas a 5 dias de vida dedicavam um período de fixação visual mais longo quando apresentados alvos visuais onde figurasse uma forma estruturada (rosto, círculos concêntricos, caracteres de imprensa).

Olfato e gosto: Mc FARIANE, apud LEBOVICI (1987), fez experimentos com RN que demonstraram que os RN eram dotados de capacidades sensoriais olfativas tendo capacidade de discriminar e distinguir dois odores próximos um do outro. Quanto ao gosto, KOBRE, e LIPSITT, apud LEBOVICI (1987), têm mostrado ao estudar a sucção de 3 grupos de RN que receberam respectivamente e de forma alternada uma solução açucarada, água e solução de água e sal. Como resultado apareceu claramente, que a deglutição dos bebês do 3o. grupo se tornava mais ativa, cada vez que eles recebiam mais solução açucarada.

Segundo VAUGHAN 1983, os RNs dão atenção preferencialmente às vozes agudas ou femininas e tem sido mostrado que durante a primeira semana de vida podem voltar suas cabeças mais rapidamente para os ruídos das vozes de suas próprias mães do que de vozes que não ouviram anteriormente.

- Fatores que interferem no cuidado do RN

O RN ao nascer é um ser com muitas potencialidades, no entanto, diferentemente de outras espécies ele necessita de cuidados por um tempo muito prolongado. Sua vida depende portanto daqueles que o cuidam, fazendo-nos pensar no que influencia este cuidado.

Experiências feitas com animais por autores como ROSEMBLAT, NOIROT apud AVERY (1984), demonstraram que o afastamento precoce dos filhotes da mãe diminui fortemente suas atividades de cuidado. As explicações para estes comportamentos são: psicológicos, relacionados aos comportamentos solicitadores do filhote, e fisiológicos, relacionados às alterações hormonais da mãe. ROSEMBLAT apud AVERY 1984, no entanto afirma que os comportamentos solicitadores de cuidado são os mais importantes

de acordo com suas pesquisas em que fez ooferectomias e hipofisectomias em ratas.

KENNEL e seus colaboradores, apud KIKUCHI (1980), hipotetizaram que o período sensitivo que a mãe atravessa logo após o parto é ideal para estabelecer a ligação com o RN. A interação da mãe e filho nesta fase é fundamental para os comportamentos subseqüentes da mãe. LEIDERMAN e SEASHORE apud KIKUCHI (1980), observaram pouca diferença entre os subseqüentes comportamentos das mães que tiveram contato precoce com seus filhos e as que não tiveram. Eles sugerem que o sexo do RN, paridade, status sócio-econômico, comportamentos solicitadores do RN, bem como influências culturais e experiências da mãe são influências mais poderosas no cuidado do RN pelo adulto.

Segundo SAMEROFF (1984), a mãe pode adquirir práticas apropriadas de cuidado por: sua própria experiência quando criança; sua observação de cuidado de outras crianças; educação de técnicas apropriadas de como cuidar de um filho; experiências cuidando de irmãos menores ou filhos de outras pessoas.

Ainda segundo este autor há diversos fatores que interferem no cuidado: sócio-econômico, educacionais, personalidade, e próprias experiências com qualquer criança. Com relação ao RN os comportamentos solicitadores desencadeiam respostas de cuidado não somente na mãe mas nos adultos em geral. Estes comportamentos solicitadores são: aparência física do RN provoca estados maternos protetores; expressões de conforto e desconforto da criança; resposta de conforto do bebê após proteção prestada. O choro do bebê é o ponto de partida fazendo com que a mãe reaja amamentando, trocando a fralda e assim por diante.

TULLMAN (1983), num estudo feito em 36 mulheres cesareadas e 36 mulheres de parto vaginal, constatou que as mulheres cesareadas manusearam com menos frequência os seus RNs, porém a forma do manuseio foi similar à das mães de parto vaginal, usando no início os dedos, depois as palmas e braços. Portanto, o estado da mãe também influenciará no cuidado.

A idade também pode ser considerado outro fator que influencia no cuidado que a mãe presta ao RN, COLL, HOFFMANN e OH (1987), realizaram um estudo em mães adolescentes e não adolescentes observando as características sociais, comportamentos maternos e o ambiente doméstico, e concluíram que as adolescentes foram as que solicitaram mais vezes a rede de apoio das mães mais experientes das comunidades, do que as não adolescentes. As mães adolescentes também receberam maior ajuda de suas mães do que as não adolescentes.

Para LEININGER (1984a) o cuidado é necessário ao nascimento, crescimento e desenvolvimento, e sobrevivência do ser humano, sendo transcultural, ou seja, varia entre as culturas e aqui cumpre acrescentar que ele varia também no interior da própria cultura. Segundo DURHAN (1983) a dependência física da criança é agravada pela necessidade de intenso treinamento cultural sistemático para transformar o bebê em ser humano.

- Adaptação da família aos cuidados do RN

X Na realidade em que vivemos o cuidado aos RNs normais a termo é efetuado inicialmente por profissionais de saúde na maternidade, geralmente por um período inferior a 48 horas e depois passa a ser função da família. (Assim, esta família também deve se adaptar de acordo com a cultura, para receber este RN e satisfazer suas necessidades de cuidado. Autores como MAY e

NEESON (1986), LE MASTERS apud KITZINGER, 1978, referindo-se à classe média dos Estados Unidos da América, explicam que o nascimento do primeiro filho representa uma crise para os pais no que se refere às emoções e por quebra do esquema de vida com a presença da criança exigindo cuidado.

SALEM (1985) fez uma pesquisa entre famílias nucleares de classe média alta na cidade do Rio de Janeiro. Estes casais por ocasião da gravidez e nascimento do 1o. filho, frequentaram cursos ligados ao ideário do parto sem dor. Baseados neste ideário mantinham distanciamento das famílias de origem, seguindo somente a orientação de especialistas que aconselhavam que o cuidado ao RN fosse feito somente pelos pais. A autora constatou que os casais na sua maioria enfrentaram sérias crises e por ocasião do nascimento do segundo filho abandonaram estas idéias e solicitaram o auxílio das famílias de origem.

Segundo MAY e NEESON, (1986) falando sobre a realidade da família nuclear americana, os maiores ajustamentos para atender as necessidades de cuidado ao RN são efetuadas nas seis primeiras semanas. Sendo evidente, que o suporte adicional durante este período resulte em tranquilidade maternal e adaptação familiar favorecendo conseqüentemente o sucesso da amamentação. CURRY (1983) num estudo seguindo as mães após a alta, constatou que as que tiveram dificuldade para se adaptarem à maternidade foram aquelas que não receberam suporte do marido, da enfermeira ou outro parente.

KITZINGER (1978) em seu estudo antropológico sobre as mães em várias culturas do mundo, relata que há sociedades onde a criação dos filhos é feita por várias pessoas da família ou da comunidade, de modo que os pais não são os únicos que

influenciam no cuidado ao RN. Há sempre alguém pronto para segurar um RN, alguém que possa cuidar de sua higiene, e amamentá-lo.

↗ No Brasil, principalmente nos estratos inferiores, onde o novo casal mora inicialmente com os pais ou muito próximo deles, a cooperação no cuidado ao RN se faz de forma intensa, auxiliando na adaptação. Esta cooperação no cuidado propriamente dita se faz entre as mulheres, já que a divisão sexual dos papéis ainda é bastante acentuada nestes estratos. Autores como WOORTMANN (1987) FUKUI (1973) e CARTANA (1988), constataram este fato em suas pesquisas. (ALTHOFF e ELSEN (1989) numa pesquisa realizada na Costa da Lagoa, Florianópolis - SC verificaram que são as mulheres da família, mãe, sogra, avó, irmãs que fornecem o suporte social na gravidez, parto e puerpério.) Na realidade de Florianópolis-SC, temos o trabalho de MONTICELLI e BOEHS (1988) que num estudo qualitativo com mães internadas em enfermarias de uma maternidade, levantaram suas percepções sobre o cuidado ao RN e constataram que grande parte das mães recebe auxílio de sua própria mãe no cuidado ao mesmo. Quando esta não pode estar presente por algum motivo, a sogra, irmãs ou vizinhas auxiliam no cuidado. Este auxílio se faz diretamente dando os primeiros banhos ao RN, bem como no auxílio dos afazeres da casa.

↘ Como foi apresentado até aqui, a adaptação à chegada do RN se fará melhor quanto maior for o apoio que o novo casal recebe. Na cultura brasileira, onde o cuidado às crianças em geral e especificamente ao RN se faz entre as mulheres, há uma verdadeira rede feminina envolvida neste apoio. Assim, estes cuidados são compartilhados entre as mulheres mais velhas e experientes com a nova mãe e também a certa distância com as

irmãs ou cunhadas que ainda não tem filhos, aumentando a sua experiência. Desta forma, o conhecimento e as experiências desta rede são compartilhadas favorecendo crenças e práticas da família no cuidado ao RN.

Tipos de cuidado

O apoio que a família em expansão recebe irá influenciar na forma de conduzir o cuidado ao RN. Assim, segundo SALEM (1985) e ALMEIDA (1987), no Brasil os casais de estrato médio, seguidores do ideário do parto sem dor, tendem a afastar-se da família de origem e cuidar do RN seguindo a orientação quase que exclusiva dos profissionais do sistema profissional de saúde. Por outro lado, a família em expansão que recebe o apoio e orientação das mulheres mais experientes, recebe também a influência dos cuidados praticados em outras épocas.

Podemos citar COSMINSKY (1977) que fez um estudo sobre as crenças e práticas de nascimento de uma população rural na Guatemala. As mulheres desta população dizem que não têm leite nos primeiros dias e por isso alimentam o RN com chá de aniz com açúcar neste período. Há várias crendices com relação ao coto umbilical, como colocar o coto umbilical, após a queda, numa árvore o que garantirá que a criança possa subir nela. O coto umbilical é utilizado também para fazer chás visando curar a esterilidade.

JELLIFE, (1962) refere que, em muitas culturas o colostro é descartado e o neonato recebe outras substâncias pré-lácteas. Na ilha de Leyton nas Filipinas, é dado um laxativo ao RN durante os primeiros dias e a amamentação não é recomendada antes do segundo ou terceiro dia. Numa zona rural do Peru, administra-se óleo doce ao RN nos 3 primeiros dias para eliminar

o mecônio e também porque o colostro é considerado forte para o RN. Na Tanzânia acredita-se que o colostro prende as costelas provocando pneumonia. Por isso, nos primeiros 5 a 7 dias o RN é alimentado com água misturada com cereal.

Segundo MAUÉS E MAUÉS (1978) numa pesquisa realizada numa povoação de pescadores no Pará, verificou-se que nos primeiros dias uma outra mulher amamenta o RN pois o leite da mãe é considerado venenoso.

SOUZA R.G. et al (1981) realizaram um estudo no Centro de Saúde de Salvador-BA, com 200 mães, objetivando identificar seus conhecimentos, atitudes e comportamentos em relação ao ciclo grávido puerperal. Com respeito aos cuidados dispensados ao RN, verificou-se que o mercúrio como o mertiolate foram as substâncias utilizadas pela maioria das mães no cuidado ao coto umbilical. Outras substâncias usadas foram, óleo de amêndoa, óleo de ricíno, pó de fumo e iodo. No conceito da maioria das mães a eliminação do mecônio deve ser provocada por substâncias laxativas e os produtos utilizados estão citados em ordem decrescente de escolha: óleo de amêndoa, óleo de ricíno, magnésia, chicória, mel com banha de galinha, óleo com milho, bentil e atoveram. A expressão das mamas do RN para retirar o chamado leite de bruxa na fase da tumefação mamária da criança, foi referida como prática correta em 28% das mães. Constatou-se que 75% das mães reconhecia o leite materno como o melhor alimento para o RN, enquanto que 21% manifestou preferência para o leite industrializado. Algumas mães informaram ser a papa de farinha de mandioca um dos primeiros alimentos oferecidos ao RN.

ARAUJO (1987), em sua pesquisa realizada em pequena cidade nordestina às margens do Rio São Francisco, verificou

inúmeras práticas e crenças que as famílias compartilham entre si como: a tesoura utilizada para o corte do umbigo fica aberta espetada num rolo de fio que deve ser colocado perto da cabeça da criança para evitar que ela sofra complicações do "umbigo". Ainda segundo o autor, o coto após a queda deve ser enterrado ou muito bem guardado, pois se um rato roe-lo, a criança tornar-se-á um ladrão no futuro.

BOEHS, MONTICELLI e ELSEN (1990), também verificaram crenças e práticas nas quais o coto umbilical poderia influenciar no futuro da criança. Assim, se o coto for colocado dentro de um livro a criança será estudiosa no futuro.

MONTICELLI e BOEHS (1988), verificaram que as mães referiam "problemas" que poderiam ocorrer com o RN. Para estes problemas como: cólica, "trisa" (icterícia), arca-caída (1), havia explicações sobre sua causa e maneira de identificá-los. Disponham também de medidas preventivas e medidas curativas que eram feitas segundo conhecimentos compartilhados entre as mulheres, conhecimentos estes provenientes tanto do sistema profissional de saúde como do sistema popular de saúde. Assim, a maneira de curar a trisa (icterícia) é colocar uma pulseira de alho no braço da criança, ou ainda vesti-la com roupa amarela. Há uma maneira própria de manusear o RN com muito cuidado para evitar a arca-caída. Para curar a cólica são utilizados diversos tipos de chás, sendo porém frequentemente utilizado o medicamento da farmácia.

(1) Arca-caída - segundo CARTANA (1988), é uma doença que na população onde fez a pesquisa tem sua etiologia, diagnóstico e tratamentos situados a margem do sistema profissional de saúde.

Diferenças de cuidados prestados pela família e profissionais de saúde.

Observa-se pelo exposto anteriormente, que o auxílio direto das famílias de origem, que ocorre pelo fato destes morarem juntos ou muito próximos, propicia a formação de uma rede feminina de auxílio no cuidado ao RN, compartilhando entre si conhecimentos próprios de cuidado. Porém, convém ressaltar, que estes conhecimentos não permanecem estáticos e sim vão evoluindo à medida que as transformações ocorrem.

Assim na realidade brasileira atual, estas transformações se fazem pela tendência crescente de realizar os partos na maternidade, tanto pela própria valorização da mesma junto à população, como pela facilidade de acesso.

Em Florianópolis-SC, esta realidade é flagrante, sendo apontada por CARTANA (1988) no seu estudo na Costa da Lagoa, uma localidade distante da cidade, com acesso somente através de barco. Segundo ela, neste local, o costume de ir à maternidade é relativamente recente, sendo que as mulheres relatam grandes sofrimentos do tempo em que os partos eram feitos em casa. A autora enfatiza que quase todas as mulheres preferem hoje, o parto na maternidade.

Este contato dos familiares com os profissionais de saúde gera transformações no conhecimento do cuidado ao RN na família, porém também gera confusão por parte da nova mãe que muitas vezes recebe duas orientações, uma da família e outra do profissional de saúde, sendo elas conflitantes entre si.

Alguns exemplos ajudariam a clarear estas discordâncias entre os cuidados. Atualmente nas maternidades e na literatura especializada (MARCONDES 1986) é contra indicado o uso da faixa

umbilical(2) por entender-se que ela propicia condições favoráveis à infecção. Porém na visão das mulheres mais experientes da família, segundo BOEHS, MONTICELLI e ELSÉN (1990) a faixa é necessária para prevenir "umbigo saltado"(3), prevenir "arca caída". Outras mulheres no entanto referiram que "não se usa mais", "umbigo pode infeccionar", mostrando que já incorporaram o discurso do sistema profissional de saúde.

- A Enfermagem e a Família em Expansão

Nos últimos anos e em diversos países a enfermagem tem se preocupado com o seu papel no que se refere à assistência da mãe e do RN, uma vez que os partos deixaram de ser atendidos a domicílio para serem efetuados na maternidade.

No parto à domicílio, geralmente a família detinha o poder sobre os cuidados ao RN, enquanto que na maternidade, este poder passa para os profissionais de saúde, onde se inclui a enfermagem.

Conforme KRAYBILL 1984, descrevendo sobre a necessidade do RN a termo, refere que é importante utilizar o período em que a mãe e o RN permanecem na maternidade para orientação. Este autor enfatiza que estas orientações são funções da enfermeira.

✓ No Brasil, os enfermeiros também entendem, que o papel da enfermagem é orientar a mãe à respeito dos cuidados ao RN. Orientação esta, feita no sentido unilateral, isto é, os conhecimentos da enfermeira devem ser absorvidos pela mãe. O foco da enfermagem dirige-se, na maioria, ao binômio mãe e filho.

(2) Faixa umbilical - é uma tira de algodão ou crepon que serve para envolver o abdômem do RN.

(3) Umbigo saltado - é o que a bibliografia (Marcondes 1986, e Pizzato 1985) denominam de umbigo cutâneo.

Sem fazer uma revisão exaustiva da literatura, pode-se observar trabalhos que seguem esta direção. VALE e ALBUQUERQUE (1986), realizaram uma pesquisa num bairro de Fortaleza-Ceará, durante consultas de enfermagem com mães de bebês no 4o. mês de vida. A pesquisa tinha o objetivo de verificar a causa do desmame. As autoras concluíram que a maioria das mulheres estavam desinformadas à respeito do aleitamento materno e que supervalorizavam crenças e práticas. As autoras, finalmente, recomendavam que os enfermeiros discutissem com as clientes sobre tabús e práticas regionais analisando benefícios e prejuízos. Apesar de constatarem a presença das crenças e práticas regionais, trataram esta questão de forma muito superficial na sua análise.

KOCH, (1983) realizou uma pesquisa numa maternidade em Curitiba, com puérperas, sobre conhecimentos acerca de cuidados na amamentação, verificou que o conhecimento das mães tinha origem 37,6% do pessoal de saúde e 36,2% dos familiares, concluiu então que deve-se intensificar o esclarecimento à nova mãe sobre o aleitamento materno.

RIESCO e TSUNECHIRO (1988), realizaram uma pesquisa com 42 puérperas que estiveram internadas num Hospital Universitário em São Paulo. As primíparas foram orientadas na maternidade sobre os cuidados, sendo que foram visitadas depois no domicílio. Os resultados mostram que 90,5% delas recebeu ajuda dos familiares no domicílio e os recursos utilizados no cuidado ao RN foram diferentes daqueles orientados na maternidade, como a chupeta (92,9%), uso de chá (80,8%), calça plástica (71,4%). As autoras concluem que os problemas identificados neste estudo, evidenciaram necessidades de orientações ininterruptas no período

neonatal e puerperal. Finalmente enfatizam que é importante considerar as práticas de saúde adotadas pela clientela.

Estas autoras constataram claramente que o auxílio que a puérpera recebeu em casa foi a causa de terem sido adotados cuidados diferentes daqueles orientados na maternidade. As crenças e práticas da clientela foram apenas referidas no final como uma recomendação, a família não foi mencionada, e as autoras continuam insistindo em orientações ininterruptas à mãe.

Estes trabalhos mostram que as enfermeiras não consideram como elemento significativo, toda a experiência que os diferentes membros da família possuem no cuidado ao RN. Não consideram as crenças e práticas da família à respeito de saúde, de doença em geral e no cuidado ao RN. A maior ênfase está na orientação, isto é, na imposição de cuidado.

Há trabalhos realizados por enfermeiras como de CARTANA (1988) uma etnografia à respeito do suporte social de famílias de uma comunidade, de MONTICELLI e BOEHS (1988); BOEHS, MONTICELLI e ELSEN (1990), pesquisas com técnicas qualitativas acerca da percepção das mães sobre cuidados ao RN, e ELSEN (1984) sobre costumes de saúde e doença de uma comunidade. Todos estes trabalhos realizados em Florianópolis, auxiliam a enfermeira a compreender a visão da população acerca de saúde, doença e cuidados.

X Sumarizando este item da família em expansão, devo ressaltar que:

- Esta fase se caracteriza pela presença do RN que apesar de todas as potencialidades exige cuidado dos adultos para sobreviver, este cuidado varia entre as culturas;
- Mais comumente o RN é cuidado na família, sendo que esta

- adaptar-se-á a presença do mesmo, com suas necessidades de cuidado conforme a cultura;
- Estudos mostram que quanto maior o apoio que o casal ou a nova mãe recebem, melhor é a adaptação nesta fase de expansão;
 - No Brasil, principalmente nos estratos inferiores, as mulheres auxiliam nesta adaptação, orientando os cuidados ou ajudando nos afazeres da casa;
 - A experiência e conhecimento desenvolvidos pelas mulheres da família ao longo do tempo, propicia um vasto conjunto de crenças e práticas no cuidado ao RN que está constantemente se ampliando e transformando;
 - Estes conhecimentos das mulheres muitas vezes se confrontam com os conhecimentos dos profissionais do sistema profissional de saúde;
 - Estudos mostram que a enfermagem brasileira está ainda bastante preocupada apenas em orientar a mãe sobre os cuidados ao RN partindo da visão do profissional, sem levar em conta a rede familiar das mulheres que tem sua própria visão sobre o cuidado.

2.4 - TEORIA DA UNIVERSALIDADE E DIVERSIDADE DO CUIDADO DE LEININGER, E A TEORIA DO DESENVOLVIMENTO DA FAMÍLIA

Teoria da diversidade e universalidade do cuidado de LEININGER.

X LEININGER, na sua prática como enfermeira na Casa de Orientações a crianças onde trabalhava, percebeu diferenças na maneira como estas crianças queriam ser cuidadas: ao comerem, ao se vestirem, ao brincarem e ao dormirem. Gradualmente, ela foi percebendo que as diferenças culturais das crianças que eram

judias, africanas, alemãs, é que influenciavam nestas diferenças.

LEININGER então começou a explorar como as crenças, valores e práticas culturais podiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas, e nos cuidados. Passou então a estudar antropologia e na década de 60 passava a teorizar sobre a relação do cuidado e a cultura.

Estudando os gadsups na Nova Guiné, verificou que seus conceitos de cuidado, saúde e doença eram muito diferentes do que ela tinha aprendido nos Estados Unidos da América. Verificou que o cuidado estava ligado a estrutura social e à visão de mundo deste povo, seus valores e práticas. (LEININGER 1978, 1985)

LEININGER desenvolveu várias proposições entre as quais:

- O cuidado é essencial à vida humana, pois ele é necessário ao crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos;
- O cuidado tem dimensões biofísicas, culturais, psicológicas, ambientais e sociais;
- O cuidado é efetuado tanto no sistema popular de saúde como no sistema profissional de saúde.

Segundo ROSEMBAUM (1986), LEININGER identificou nas suas pesquisas, os construtos do cuidar (caring) que são comportamentos de cuidar. Os principais são: empatia, facilitação, interesse, atos de educação à saúde, comportamentos de ajuda, amor, sustentação, presença, comportamentos protetores, alívio de stress, suporte, toque, agir de forma personalizada, ações técnicas e físicas, compreender, atos de descrição, atos de acomodação, abrigo, ouvir. Estes comportamentos são agrupados em 3 amplas categorias: assistir, dar suporte e facilitar, que estão contidos na sua definição de cuidar.

LEININGER desenvolveu a teoria da diversidade e universalidade do cuidado utilizando elementos da visão de mundo de Redfield, da antropologia estrutural e da teoria funcionalista (ROSEMBAUM 1986).

Os principais conceitos da teoria são:

1 - Cuidado (care): aqueles 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 de vida. Ao cuidar, diferentes comportamentos, podem ser utilizados de acordo com os valores, necessidades e metas do indivíduo ou grupo numa cultura. Estes comportamentos são de compaixão, protetores, de socorro, de educação de sustentação (nutrir), e outros como já mencionados anteriormente.

2 - Cultura - Refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados, e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de formas padronizadas.

3 - Estrutura Social - Refere-se aos principais elementos interdependentes e funcionais de sistemas tais como valores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais de uma cultura particular demonstradas em contextos linguísticos e ambientais. (LEININGER 1985a).

4 - Homem - Este conceito não está explícito, porém LEININGER focaliza em seus inúmeros trabalhos que o homem é um ser cultural tendo necessidades e executa cuidados próprios de sua cultura.

5 - Enfermagem - Refere-se a uma arte e ciência humanisticamente aprendida que focaliza comportamentos personalizados (indivíduo e

grupo) de cuidado, bem como funções e processos de cuidado, dirigidos a promover e a manter comportamentos de saúde e de recuperação de doença. (LEININGER 1978).

6 - Saúde - Refere-se ao estado percebido, ou cognitivo de bem estar que capacita um indivíduo ou grupo a efetuar atividades, ou a alcançar objetivos e padrões de vida desejados.

7 - Valor Cultural - Refere-se a forma mais desejada ou preferida de agir ou conhecer algo, que é frequentemente mantida por uma cultura por um período de tempo, o que governa as ações e decisões das pessoas.

8 - Sistema Popular - Refere-se ao sistema não profissional local ou indígena, que oferece serviços de cuidado ou cura tradicionais em casa.

9 - Sistema Profissional - Refere-se aos serviços de cuidado ou cura, organizados e interdependentes, que venham sendo identificados com, ou oferecidos por vários profissionais de saúde. (LEININGER 1985a).

Na figura a seguir pode-se observar o modelo da teoria de LEININGER.

† Para LEININGER o cuidar/cuidado, é a essência que distingue a enfermagem das outras profissões. ROSEMBAUM (1986) chama atenção que, por essência, ela se refere ao caráter central do cuidado para a enfermagem, porém o mesmo não é exclusivo, e outros profissionais podem realizá-lo. LEININGER acentua que há diferença entre curar e cuidar. O cuidado é essencial a cura e permeia todos os esforços para ajudar um indivíduo a recuperar-se após uma doença. Segundo ROSEMBAUM (1986), para LEININGER o foco

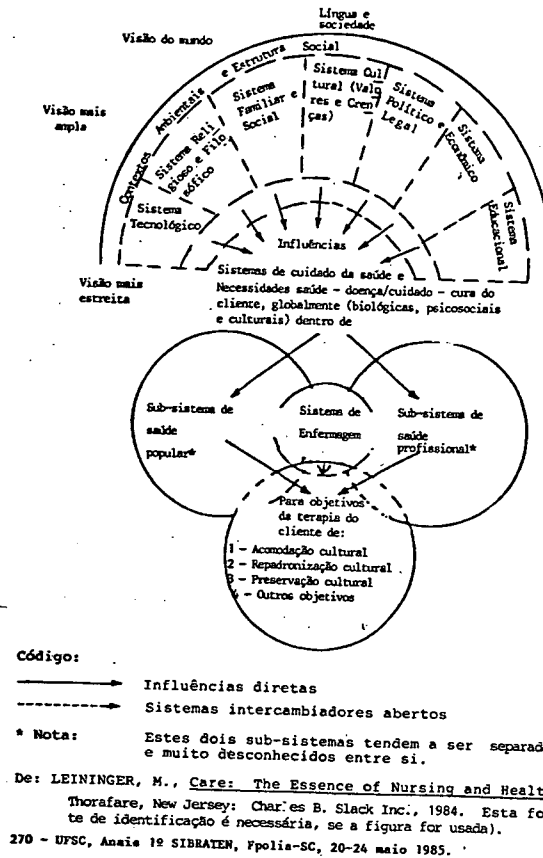


Figura 2 - Modelo conceitual e teórico "Sol Nascente" de LEININGER, para a Universalidade e Diversidade do Cuidado Transcultural.

da enfermagem é o indivíduo, família, grupos culturais, instituições.

Objetivo da enfermagem - é promover o bem estar, crescimento e desenvolvimento, estilos de vida saudáveis, recuperar a saúde e promover uma morte tranquila através de expressões e ações de cuidado. Portanto a enfermagem trabalha fazendo o cuidar.

Intervenção de enfermagem junto ao cliente - os construtos do cuidado direcionam a enfermeira com o cliente. O relacionamento com o cliente é culturalmente definido, determinando a expressão através de valores, crenças e práticas. Os construtos incluem ambas as formas da enfermagem intervir de forma científica e humanística, (ROSEMBAUM 1986). A intervenção da enfermagem junto

ao cliente também se faz preservando o cuidado já conhecido pelo cliente acomodando e repadronizando cuidados. (LEININGER 1985a). Esta intervenção da enfermagem se faz reconhecendo que existe um sistema profissional de saúde e um sistema popular de saúde. LEININGER considera que há inúmeros contrastes entre os dois sistemas como poderemos ver no esquema a seguir:

✱

CUIDADO DE SAÚDE POPULAR	CUIDADO DE SAÚDE PROFISSIONAL
1-Primariamente um foco humanístico.	1-Primariamente um foco científico.
2-Ênfase sobre fatos familiares, práticos e concretos.	2-Ênfase sobre fatos não familiares, menos práticos e abstratos.
3-Usa um foco saúde doença, holístico junto às pessoas. Isto é, cultural, religioso, de parentesco, econômico e social.	3-Usa sua abordagem fragmentada com as pessoas, exceto por uma abordagem de enfermagem parcialmente holística.
4-O foco é primariamente cuidar.	4-O foco é primariamente curar com alguns cuidados.
5-Usa cuidado familiar local e auxiliares de cura.	5-Usa ministradores de cuidados, não familiares, locais.
6-Usa recursos culturais e comunitários diversos para auxiliar, clientes em ambientes caseiros e comunitários.	6-Usa recursos limitados, médicos hospitalares.
7-Ênfase sobre maneiras de permanecer bem através de modos locais.	7-Ênfase sobre maneiras de ser curado com valores profissionais.
8-Ênfase sobre o grupo, família, comunidade, nos processos de cura.	8-Ênfase ao indivíduo nas práticas de cura.
9-Usa explicações diversas para interpretar a boa saúde e a doença.	9-Usa uma causa para explicar doenças e práticas.
	(LEININGER 1984a)

Segundo LEININGER (1984a) um número demasiado de profissionais desvalorizam o sistema popular classificando-o como superstição, primitiva ou não científica. Segundo a autora, os dois sistemas podem se complementar fazendo a acomodação cultural, que significa o uso de práticas profissionais juntamente com práticas populares. Repadronizar um cuidado significa mudar o cuidado que está sendo feito. Porém esta repadronização não ocorre somente por parte do cliente. O profissional em muitas situações também precisa repadronizar o cuidado que ele presta ou orienta.

X Leininger considera que sua teoria se aplica a pesquisa e a prática. Considera que é necessário primeiramente utilizar a pesquisa para conhecer os costumes da população sobre o cuidado utilizando métodos qualitativos, para depois fazer a intervenção da enfermagem baseada nestes achados.

Grande parte dos trabalhos utilizando esta teoria foram realizados na área da pesquisa.

No Brasil a teoria de Leininger ainda não é muito conhecida pelos enfermeiros e tem sido utilizada também com frequência maior em trabalhos de pesquisa. No entanto, o trabalho de PATRICIO (1990) constitui-se no Brasil um dos trabalhos pioneiros na aplicação desta teoria na prática. Trata-se da elaboração e aplicação de um marco conceitual baseado nesta teoria que foi aplicado a famílias de adolescentes grávidas em Florianópolis-SC.

Teoria de desenvolvimento da família

Esta teoria, conforme já mencionei anteriormente neste trabalho, preconiza a existência de um ciclo de vida familiar composto de vários estágios, cada estágio tendo características

próprias, nas quais tarefas ou funções são desempenhadas por seus membros ou pela família como um todo. Estas fases de desenvolvimento bem como as tarefas nestas fases irão variar de acordo com a cultura.

Principais conceitos:

Desenvolvimento - é o processo que ocorre num organismo ou estrutura viva durante uma extensão de tempo (HARRIS apud ROWE 1981). No organismo humano processos de mudança ocorrem no seu interior e em relação ao meio. O organismo responde a ambos, interagindo com o meio (FRANK apud ROWE 1981). Como um membro individual da família cresce, amadurece e passa por sucessivos reajustamentos, assim a família como um todo passa por fases de desenvolvimento que vai desde a formação até a contração (HILL apud ROWE 1981).

Família - é um sistema social semi aberto, composto por indivíduos ligados entre si por compromisso mútuo, (geralmente afetivo) que possuem posições e funções ou tarefas definidas pela cultura e pela sociedade na qual a família ocupa posição peculiar. (HILL e RODGERS apud ROWE 1981).

Posição - refere-se a localização do membro da família na estrutura familiar. Ex. na família nuclear marido-pai, esposa-mãe, filho-irmão, filha-irmã. (HILL e RODGERS apud ROWE 1981)

Função de desenvolvimento ou tarefa de desenvolvimento - é aquilo que se espera que um determinado membro da família desempenhe. Estas funções são dinâmicas e mudam de acordo com os estágios. Exemplo: na cultura brasileira, espera-se que o marido pai seja o responsável pelo sustento do lar. A família como um todo também possui funções de desenvolvimento, isto é, espera-se que a

família desempenhe certas funções em relação a seus membros que podem variar de acordo com o estágio do ciclo de desenvolvimento da família. (RODGERS apud ROWE 1981)

Esta teoria trata dos aspectos internos da família, quanto às posições, funções e às mudanças que podem ocorrer com a mudança de um estágio para outro.

CAPÍTULO 3

MARCO CONCEITUAL

O marco conceitual neste trabalho, é uma adaptação da teoria do cuidado transcultural de LEININGER e da teoria do desenvolvimento da família.

Este marco foi elaborado para ser aplicado no cuidado ao RN (cuja mãe é primípara) e a outros membros da família, nesta fase de expansão.

Utilizei com maior ênfase, as idéias da teoria da universalidade e diversidade de LEININGER para me guiar nas diferenças e semelhanças dos cuidados ao RN principalmente no que se refere ao cuidado efetuado pelo sistema profissional de saúde e o cuidado de origem popular ou profissional efetuado na família. A teoria do desenvolvimento da família foi utilizada para compreender a família dentro de um espaço temporal e dinâmico.

Para adequar as idéias destas teorias à realidade que se apresentava na prática cotidiana, foram introduzidas algumas modificações. A principal modificação se fez no conceito de saúde/doença de LEININGER, que conceitua a saúde como um estado percebido ou cognitivo de bem estar, que capacita o indivíduo ou grupo a efetuar atividades e alcançar objetivos e padrões de vida desejados. Entendi que, para minha prática, eu tinha que partir de um referencial, em primeiro lugar, para avaliar as condições de saúde do cliente e em seguida, procurar entender

qual seria a percepção de saúde da família. Para isto foi utilizado o conceito de saúde CANGUILHEM (1982), segundo o qual, a saúde se constitui em reservas. Estas reservas se referem às reservas físicas, no sentido de que o corpo possui reservas adicionais, como por exemplo 2 rins, 2 braços, 2 pernas, que permitem o corpo enfrentar situações habituais de vida bem como se adaptar a situações novas. Quando estas reservas diminuem ou falham, ocorre a doença.

No trabalho, procurei colocar a saúde não somente como reservas físicas e sim, o conjunto de reservas físicas/psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico. Sendo que dentro das reservas sócio-culturais estão a percepção da família sobre saúde, ou seja, suas crenças, práticas e valores no cuidado ao RN.

Para clarificar o conceito de sociedade utilizei o conceito de MAYER e RUMNEY apud CHINOY (1987) e para complementar o conceito da cultura busquei auxílio no trabalho de Laraia (1986).

3.1 - PRESSUPOSIÇÕES DE LEININGER E DA TEORIA DO DESENVOLVIMENTO

1 - Desde o surgimento da espécie humana atos e processos de cuidar são essenciais ao nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos. (LEININGER 1984);

2 - O cuidado constitui-se na essência da enfermagem. (LEININGER 1981, 1984, 1985a);

3 - Há dois sistemas de cuidado à saúde, o popular e o profissional. Estes sistemas têm seus próprios valores e práticas e podem ocorrer discordâncias entre eles em algumas sociedades.

(LEININGER 1978).

4 - As famílias são formadas, se desenvolvendo de diferentes modos de acordo com o processo de vida interno e do ambiente social, (HILL, HANSEN apud ROWE 1981), atravessando estágios de desenvolvimento e desempenhando tarefas próprias em cada estágio. (DUVALL apud NYE & BERARDO 1981).

5 - O cuidado é derivado culturalmente e requer habilidade, conhecimento e diálogo profissional para alcançar o objetivo deste cuidado. (LEININGER 1984).

3.2 - PRESSUPOSIÇÕES PESSOAIS

1 - A família nos seus diferentes estágios realiza tarefas, entre as quais está o cuidado, essencial para o nascimento, crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos membros da família e da família como um todo. Este cuidado é influenciado pela cultura, estrutura social e ambiente físico;

2 - O cuidado é a essência de enfermagem mas não é exclusiva da enfermagem. A família também cuida, baseada nas suas próprias experiências, fruto tanto de conhecimentos populares como de profissionais de saúde.

3.a - A enfermeira tem seu significado de saúde, doença e cuidado, porém a família de quem ela cuida pode ter outros significados de saúde, doença e necessidades de cuidado;

3.b - A enfermeira, na situação deste trabalho, respeita os conceitos de saúde e doença da família e procura inteirar-se da maneira como a família costuma cuidar.

3.3 - CONCEITOS

HOMEM - É um ser que vive num ambiente físico e sócio-cultural. Tem valores e significados próprios de saúde, doença, necessidades de cuidado. Ele se situa na família, que faz parte do sistema de parentesco. Este homem atravessa fases de desenvolvimento, sendo que nestas fases ocupa posições na estrutura social, que lhe conferirão tarefas. (Baseado em LEININGER 1984, 1985a, 1987, DUVALL apud ROWE 1981).

O homem se constitui no enfermeiro, nos integrantes da família: o recém-nascido, o pai, mãe, avós e outros.

SOCIEDADE - Refere-se ao fato básico da associação humana. Inclui todas as espécies e graus de relações entre os homens, sejam elas conscientes ou não, antagônicas ou cooperativas. Esta sociedade tem uma estrutura social, situa-se no ambiente físico, e tem uma cultura. A estrutura social é constituída de agregados organizados dentro de uma sociedade que interdependem entre si: sistema religioso, sistema de saúde, sistema econômico e classe social, educacional, de parentesco e outros. (Baseados em MAYER E RUMMEY apud CHINOY 1987 e LEININGER 1985a)

Na situação prática deste trabalho, sociedade são as relações que os indivíduos residentes em Florianópolis mantêm entre si na família, e as relações que esta família mantêm com os integrantes da igreja, com as pessoas de seu estrato social ou de outros estratos, com as pessoas da área de saúde, com a vizinhança, com os políticos, e outros. A enfermeira que cuida desta família também está inserida nesta sociedade.

CULTURA - Refere-se aos valores, crenças, normas e modos de vida praticados, que foram apreendidos, compartilhados e transmitidos

por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações. (LEININGER 1985a). A cultura pode operar de diversas maneiras na vida das pessoas. Na saúde ela influencia o significado e o valor de saúde bem como do cuidado. (Baseado em LARAIA 1986).

A família do RN na realidade de Florianópolis-SC, percebe os cuidados ao RN conforme seu modo de vida compartilhada com as outras famílias e com os outros sistemas da estrutura social, conforme seus valores e crenças sobre saúde e doença de uma forma geral e suas relações com o sistema da saúde profissional ou popular.

AMBIENTE FISICO - É o meio geográfico climático no qual vive o homem/família. Este homem/família depende da cultura e estrutura social para influenciar o seu ambiente e ser por ele influenciado. O ambiente físico influenciará na saúde e no cuidado do homem e será por ele influenciado.

O ambiente físico onde se situa a família do RN constitui-se uma primeira fase, na maternidade, onde o RN permanece nas primeiras horas no berçário. Depois permanece com a mãe numa unidade de Alojamento Conjunto e com os demais integrantes da família que visitam o RN e a mãe na Maternidade. Na segunda fase, este ambiente se constitui no domicílio, tendo importância também a área da cidade onde esta se localiza.

FAMÍLIA - São pessoas ligadas entre si por diversas razões situando-se num sistema de parentesco. A cultura determinará a estrutura da família, o tipo de ligação e interação entre seus membros e a interdependência com a estrutura social. A família possui fases de desenvolvimento(1) cuja demarcação ocorre por um evento particular ocorrido no interior da família. Os seus

membros ocupam posições(2) na família, sendo que exercem tarefas de desenvolvimento(3) entre as quais está o cuidado de saúde a seus membros. A família, como um todo, também possui tarefas de desenvolvimento. Estas fases são influenciadas pela cultura. (Baseado em DUVALL 1981, RODGERS apud ROWE 1981 LEININGER 1978, 1984, 1985a).

Neste trabalho designarei o casal com o RN como família em expansão, e os outros integrantes da família extensa como famílias de origem do casal.

SAÚDE E DOENÇA - Saúde é possuir um conjunto de reservas(4) físicas, psíquicas, sociais, culturais e provenientes do ambiente físico que permitem tolerar as normas habituais de vida e instituir novas normas em situações novas. Para manter a saúde há necessidade de cuidado.

Doença é a diminuição ou ausência de reservas físicas, psíquicas, sociais, culturais e provenientes do ambiente físico. A cultura porém é que influenciará o valor e o significado de saúde e doença bem como das necessidades de cuidado (Baseado em

-
- (1) Fase de desenvolvimento: a família como os seus membros individuais passa por fases. Estas fases vão desde a formação até a contração. A demarcação entre uma fase e outra é determinada por um evento particular que ocorre no interior da família. (DUVAL apud ROWE 1981).
- (2) Posições: refere-se a localização do membro da família na estrutura familiar. (RODGERS apud ROWE 1964)
- (3) Tarefas de desenvolvimento: são comportamentos e ações que se espera de um membro da família de acordo com o grau de desenvolvimento e sua posição no grupo familiar, inclui tarefas de cuidado. A família como um todo possui tarefas de desenvolvimento de acordo com a cultura. (Baseado em Rodgers apud ROWE).
- (4) Reservas: é um conjunto de elementos adicionais que o homem possui no seu próprio corpo e no ambiente físico, social e cultural que possibilitam sua saúde. Estes elementos possibilitam que o homem tolere infrações às suas normas habituais de vida, instituindo novas normas em situações novas. (CANGUILHEM 1982).

CANGUILHEM 1982, LEININGER 1984, 1985a). Na situação prática deste trabalho, estes conceitos universais de saúde e doença serão utilizados pela enfermeira para fazer a sua avaliação de saúde.

HOMEM SADIO - Na percepção do enfermeiro como integrante do sistema de cuidado profissional, o homem sadio é aquele que possui um conjunto de reservas físicas, psíquicas, ambientais e sócio-culturais que permitem normatizar sua vida. (Baseado em CANGUILHEM 1982, LEININGER 1978/1984/1985a)

HOMEM DOENTE - Na percepção do enfermeiro o homem doente é aquele que tem diminuição ou não tem reservas físicas, psíquicas, ambientais e sócio-culturais que permitem normatizar sua vida e instituir novas normas em situações novas.

FAMÍLIA SADIA - Na percepção do enfermeiro é aquela que mantém um conjunto de reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico que permitem normatizar sua vida e instituir novas normas em situações novas.

Na situação prática deste trabalho, família sadia é aquela que consegue mobilizar suas reservas para normatizar a vida do conjunto da família, nesta situação nova com o nascimento de um novo membro.

FAMÍLIA DOENTE - É aquela que tem diminuição ou ausência das reservas. Na situação prática deste trabalho é a família que, com o nascimento de um novo membro tem diminuição ou ausência de reservas que permitem normatizar sua vida familiar e instituir novas normas nesta fase de expansão.

CUIDADO (care) - Representa um conjunto de atividades de

assistência (diretas ou indiretas), de apoio e de facilitação para um membro da família ou para a família como um todo, a fim de manter ou recuperar a saúde, (saúde esta, na visão do profissional e da família).

Este cuidado é efetuado através de componentes de cuidar (caring): prever, dar atenção, comprometer-se, trocar idéias, ouvir, empatia, auxiliar, ações técnicas e físicas, esclarecer, refletir com, ações de educação e saúde, socorrer, sustentar (nutrir), apoiar, confortar, capacitar, procurar informação, agir para, ter afeição por, assistir alguém, envolver-se com, sentir por, disposição para, conhecer a realidade do outro, coordenar, supervisionar, ternura, tocar, compreender, promover harmonia, (LEININGER 1985b adaptado por BOEHS e PATRICIO 1988).

CUIDADO
+ MORNO

CUIDADO PROFISSIONAL - São comportamentos, técnicas, processos ou padrões cognitivos culturalmente apreendidos executados por profissionais de saúde que capacitam (ou ajudam) um indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou manter uma condição de vida saudável. (LEININGER 1984, 1981)

Quando é referido o cuidado profissional de saúde trata-se do cuidado executado pela enfermeira e o técnico auxiliar de enfermagem que tiveram preparo técnico numa escola formal de enfermagem, e que têm sua própria visão profissional de saúde, doença e cuidados.

CUIDADO POPULAR - São comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos de acordo com valores culturais contendo informações tanto do sistema profissional como popular de saúde. Estes cuidados visam ajudar as pessoas a se cuidarem em situações de saúde e doença. São cuidados cognitivamente reconhecidos por

uma religião, um estrato social, um grupo cultural, uma família ou outro segmento da estrutura social de uma sociedade. (Baseado em LEININGER 1981).

Na situação prática deste trabalho denomina-se cuidado popular, o cuidado prestado por pessoas da família, ou da comunidade, tais como balconistas da farmácia, o atendente de enfermagem que trabalha no hospital e dá conselhos de saúde na comunidade, vizinhos, curadores de diversas religiões, benzedeadas, parteiras de comunidades sem preparo formal, e outros.

CUIDADO AO RN - Constituem-se em uma parte das tarefas da família em expansão e são dirigidas às necessidades de saúde e desenvolvimento do RN. Estes cuidados são dependentes, em grande parte, da cultura da família. A enfermagem também efetua este cuidado, auxilia a mãe e a família à realizá-lo, e troca conhecimentos com a família sobre os mesmos. (Baseado em DUVAL, Rodgers apud ROWE 1981, e LEININGER 1984a)

* **ENFERMAGEM** - "A enfermagem está comprometida com o cuidado. Este cuidado visa a saúde do indivíduo e da família) ~~nesta fase de~~ expansão Ao cuidar, a enfermeira utiliza os diversos componentes do cuidar, reconhecendo que a família também cuida e portanto, tem sua própria visão de saúde, doença e cuidado. Ela faz o entendimento entre o sistema profissional e sistema popular de cuidado. Para isso, utiliza os componentes do cuidar, mantendo o cuidado já conhecido pela família, acomodando, repadronizando, e introduzindo cuidados novos quando necessário."

Estas 4 formas de intervenções se fazem em ambos os sentidos, da enfermeira para família e da família para a

enfermeira. Assim, a família também poderá repadronizar o cuidado da enfermeira.

X Durante este trabalho, a enfermeira fará o cuidado ao RN e outros membros da família seguindo seu conceito de saúde e doença, ou seja, ela fará o cuidado para manter, aumentar ou repor reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico que sejam necessárias para esta situação nova de nascimento do RN, do puerpério da mãe, e chegada deste RN na família. Nesta fase de expansão a enfermeira irá cuidar, procurando entender a percepção da família sobre saúde/doença e cuidado do RN e outros cuidados necessários à saúde dos membros da família. (Baseado em LEININGER 1981, 1984, e CANGUILHEM 1982).

DESCRIÇÃO DO MODELO DO MARCO CONCEITUAL

No modelo da figura abaixo pode-se visualizar os principais conceitos do marco conceitual.

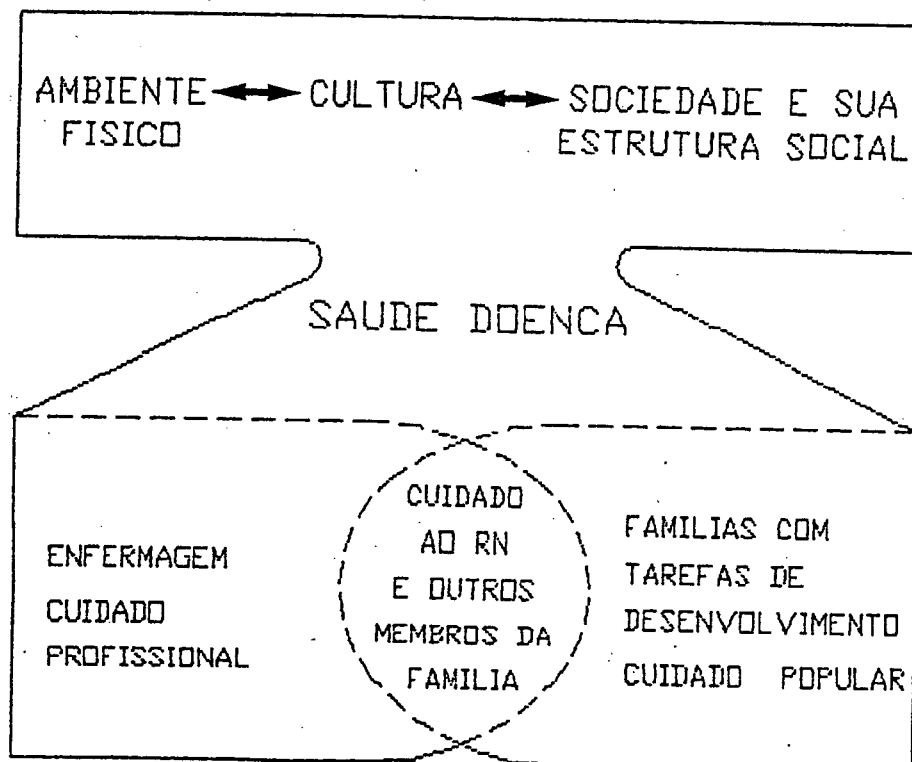


Figura 3 - Modelo de marco conceitual.

Neste modelo, o homem vive numa sociedade, onde o ambiente físico, a cultura, e a estrutura social influem diretamente sobre como este percebe a saúde, doença e as necessidades de cuidado.

O enfermeiro representante do sistema de cuidado profissional de saúde cuida do RN e outros membros da família utilizando sua percepção e procurando conhecer a percepção (crenças, valores e práticas) do cuidado realizado pela família. A família atravessa fases de desenvolvimento, sendo que na fase de expansão ela executa tarefas entre as quais está o cuidado ao RN e a outros membros da família, baseada em suas percepções provenientes tanto do sistema profissional de cuidado como sistema popular de cuidado.

CAPÍTULO 4

PROCESSO DE ENFERMAGEM

Este capítulo descreve o processo de enfermagem com diferentes etapas e as formas de operacionalização.

Processo de enfermagem se constitui na metodologia para operacionalizar o marco conceitual descrito no capítulo anterior. O processo de enfermagem de acordo com GRIFFITH-KENNEY & CRISTENSEN (1986) é realizar a assistência de enfermagem de forma sistematizada. Através do processo de enfermagem a enfermeira levanta dados, faz análise e diagnóstico, planeja, implementa e avalia os cuidados prestados.

LEININGER não propõe explicitamente um processo de enfermagem. Ela fornece subsídios para levantamento de dados e para a intervenção de enfermagem. PATRÍCIO (1990) em seu trabalho com adolescentes grávidas no qual utilizou um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural baseou seu processo de enfermagem em Leininger. Patrício compreende seu processo de enfermagem como o processo de cuidar-cuidado que representa as interações entre o enfermeiro e o cliente indivíduo, família, outros grupos sociais. Estas interações se fundamentam nos componentes do cuidar. De acordo com estes subsídios e baseado no marco conceitual, elaborei um processo cujo esquema pode ser observado na figura 4.

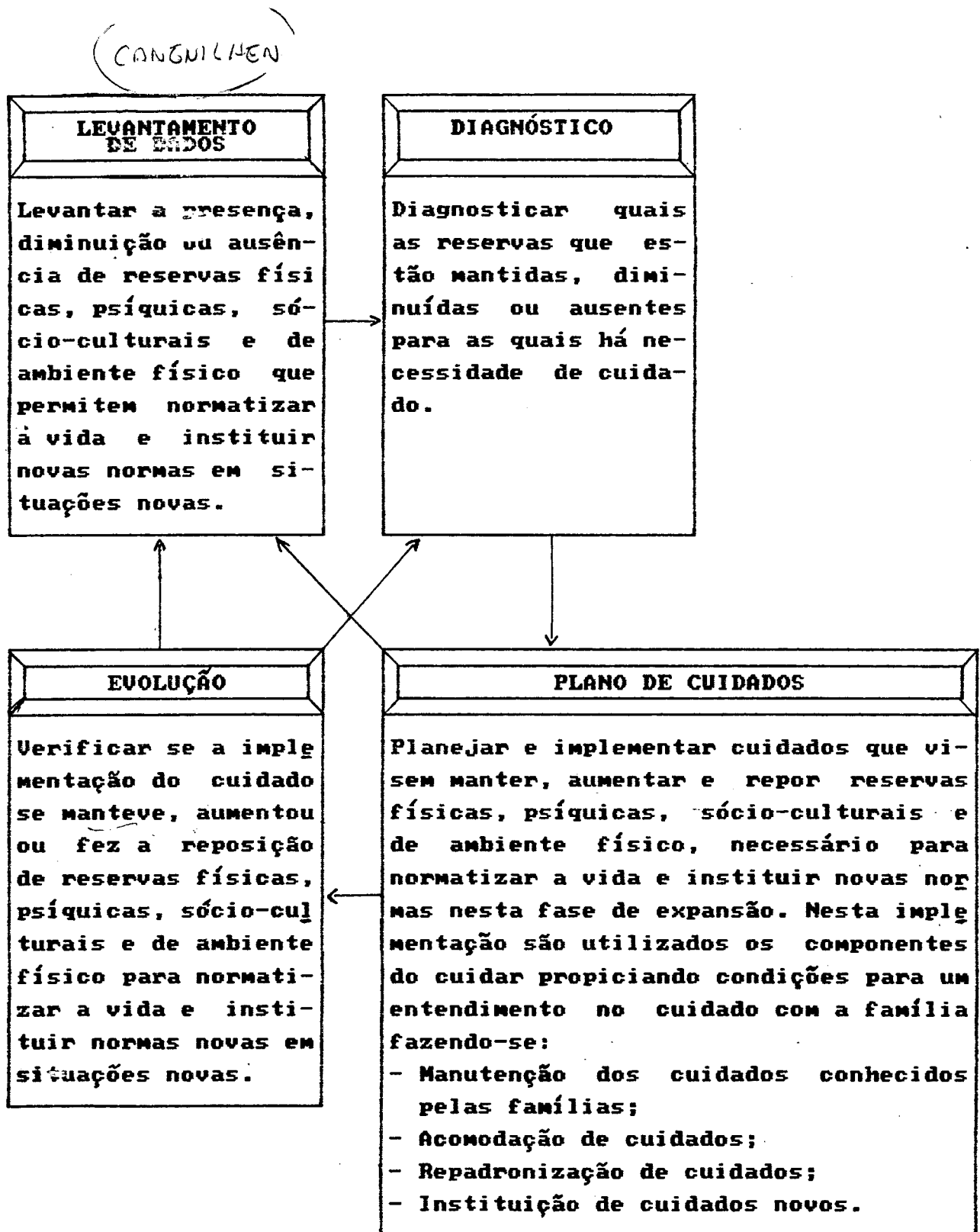


FIGURA 4 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

Este esquema tem o objetivo de mostrar as etapas de forma didática. Porém, é importante enfatizar que ele é um processo muito dinâmico, onde mesmo na implementação, ainda se faz levantamento de dados, novo diagnóstico e assim por diante.

Levantamento de dados

A primeira etapa, levantamento de dados visa colher a presença, diminuição ou ausência de reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico que permitem ao indivíduo e à família tolerar as normas habituais de vida e instituir novas normas em situações novas.

Por reservas físicas do RN entende-se as condições físicas gerais do RN: sinais vitais, tonus, atividade, reflexos, ou seja, o funcionamento dos diferentes sistemas do organismo que permitam normatizar sua vida, adaptando-se a situação ~~nova~~ do nascimento. As reservas físicas da mãe são as condições físicas gerais como deambulação, sinais vitais estáveis, mamas em condições de amamentar, todos os sistemas do organismo em condições de enfrentar o período de pós-parto, e permitindo ainda exercer as tarefas de acordo com os valores da família impostas pela sua nova posição de mãe. As reservas físicas dos demais membros são as condições físicas gerais que permitem uma vida dentro dos seus padrões usuais e a possibilidade de se adaptar às mudanças que sejam impostas ao seu corpo, provenientes das mudanças nas suas posições e tarefas na família.

As reservas psíquicas do RN são sua capacidade de instituir novas normas após o nascimento solicitando atenção e cuidado, sua capacidade de se acalmar quando é ou mesmo quando não é consolado, sua capacidade de receber e responder ao cuidado

prestado. As reservas psíquicas da mãe primípara se constituem nas demonstrações de aceitação ou não do RN, sua capacidade de interação com o mesmo, a adaptação à sua nova posição de mãe com suas respectivas tarefas de acordo com a cultura. As reservas psíquicas de outros membros são a aceitação do RN na família, e a tolerância às novas normas impostas pelas mudanças de posição e novas tarefas.

As reservas sócio-culturais incluem as reservas econômicas da família, os valores, crenças e práticas nas questões de saúde, doença e cuidado ao RN compartilhadas na família. Reservas religiosas, políticas, tecnológicas e situação interna da família relacionada com as tarefas dos membros nesta fase e com relação ao cuidado do RN.

As reservas de ambiente físico se constituem no ambiente da maternidade onde permanece o RN, a mãe e outros membros da família. As reservas no domicílio são aquelas que contribuem para normatizar a vida dos membros da família principalmente nesta nova fase de expansão: local de residência, distância da residência entre a família de expansão e de origem, condições da habitação como iluminação, ventilação, número de cômodos, que tenham influência sobre as reservas físicas e psíquicas dos membros, particularmente o RN nesta fase.

Para o levantamento das reservas físicas do RN e da mãe são utilizadas informações contidas no prontuário da maternidade, informação de familiares e outros, exame físico, e ainda a observação, entrevista e conversas informais.

Para o levantamento das reservas físicas de outros membros da família utiliza-se informações das famílias através de entrevista, conversas informais, exame físico e observação.

As reservas psíquicas não são levantadas exaustivamente, elas são levantadas à medida que transparecem durante o cuidado através de observação e conversas informais.

As reservas sócio-culturais e ambiente físico são levantadas de acordo com os itens, constantes nos subsídios do prontuário de família, (em anexo). Além disso, são utilizadas a observação e as conversas informais.

As reservas de ambiente físico são levantadas sobretudo pela observação, sendo que nos subsídios do prontuário de família (em anexo) encontram-se dados específicos que devem ser levantados no domicílio.

Considera-se que nesta fase de levantamento de dados já estamos fazendo o cuidado pois vários comportamentos e ações de cuidar estão sendo utilizados como: ouvir, dar atenção, empatia, ações técnicas e físicas como o exame físico, busca de informações, e interesse.

Diagnóstico de Enfermagem

Para fazer o diagnóstico de acordo com o conceito de saúde adotado nos dados disponíveis, são identificados quais as reservas que estão mantidas, diminuídas ou ausentes, para às quais há necessidade de cuidado.

Diagnóstico de Enfermagem	Tipo de reserva: mantida	=	para qual
	diminuída		é necessário
	ausente		cuidado de
			enfermagem

Este é o referencial para o enfermeiro fazer o seu diagnóstico. Porém, de acordo com o marco conceitual adotado, o enfermeiro deverá conhecer a percepção da família sobre saúde, doença e o que considera necessidade de cuidado, para chegar a um entendimento no diagnóstico.

Dentro do referencial do enfermeiro, a percepção da família sobre saúde, doença e necessidade de cuidado, incluindo os valores, crenças e práticas, se constituem em reservas sócio-culturais. Em resumo, o diagnóstico da família se constitui na visão do enfermeiro como uma reserva sócio-cultural para a qual poderá haver necessidade de cuidado.

O diagnóstico da família poderá ser diferente, e neste caso, novos dados deverão ser levantados, mesmo com diagnósticos conflitantes de acordo com a situação, passa-se para a etapa seguinte de planejamento e implementação fazendo-se então o entendimento no cuidado como preconiza LEININGER, de manutenção, acomodação, repadronização de cuidado.

Poderão ocorrer situações emergenciais onde este entendimento não poderá ser feito e o enfermeiro segue somente sua percepção, fazendo-se depois a comunicação do mesmo. Por outro lado, a família enfrentará situações em que seguirá suas próprias percepções, do que considera necessidade de cuidado.

Plano de Cuidado

Uma vez estabelecido o diagnóstico de enfermagem, é feito o plano de cuidados para manter, aumentar ou repor reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico do RN, mãe, ou outro membro da família, necessários para normatizar a vida e instituir novas normas nesta fase de expansão.

No plano e implementação são fundamentais a utilização dos componentes de cuidar: prever, dar atenção, comprometer-se, trocar idéias, ouvir, auxiliar, ações técnicas e físicas, esclarecer, refletir com, ações de educação a saúde, socorrer, sustentar, nutrir, apoiar, confortar, capacitar, procurar informação, agir para, ter afeição por, assistir alguém, envolver-se com, sentir por, disposição para, conhecer a realidade do outro, coordenar, supervisionar, ternura, tocar, compreender.

Estes componentes do cuidar, propiciarão a implementação do cuidado fazendo-se um entendimento sobre os mesmos respeitando assim, as crenças, valores e práticas da família. Este entendimento é feito através da: manutenção do cuidado: quando a família conhece cuidados a saúde provenientes tanto do sistema profissional como do sistema popular de saúde, e são benéficos ou inócuos à saúde; acomodação do cuidado quando a percepção sobre necessidades de cuidado são diferentes entre a família e a enfermeira, neste caso, procura-se conjugar dois tipos de cuidado; repadronização de cuidado: situação em que a enfermeira considera os cuidados da família um risco para a saúde, e ensina novos cuidados que possam substituir o antigo; introdução de cuidados novos em ocorrências onde cuidados novos não conhecidos pela família são introduzidos.

Evolução

Na evolução dos cuidados implementados visa-se verificar se os cuidados foram suficientes para manter, aumentar ou repor reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico. De acordo com a situação, esta evolução é feita

imediatamente após o cuidado efetuado, algum tempo após, 24 horas após quando na maternidade, ou na próxima visita, quando no domicílio.

CAPÍTULO 5

IMPLEMENTAÇÃO DO PROCESSO

Neste capítulo, abordo inicialmente a metodologia da aplicação do processo de enfermagem com as adaptações metodológicas que se fizeram necessárias.

Na segunda parte, denominada descrição dos dados apresento a caracterização das famílias de acordo com o marco conceitual e a descrição de um caso.

5.1 - METODOLOGIA

5.1.1 - Metodologia - considerações gerais

Para a implementação na prática do marco conceitual, utilizei o processo de enfermagem descrito no capítulo anterior. Local de estágio prático - de acordo com o projeto do presente trabalho, o cuidado ao RN junto a família foi feito, inicialmente, nas enfermarias de alojamento conjunto de uma maternidade de Florianópolis, e depois no domicílio da família.

Esta maternidade é uma instituição da Fundação Hospitalar de Santa Catarina, vinculada a Secretaria de Saúde do Estado do mesmo nome. Possui um total de 63 leitos obstétricos dos quais 47 se destinam a pacientes previdenciárias e a pacientes sem nenhuma previdência. Destes, 11 pertencem ao sistema de alojamento conjunto e estão situados em 2 enfermarias sendo, uma com 7 leitos e outra com 4 leitos.

O sistema de alojamento conjunto é um sistema que abriga mãe e filho no mesmo quarto durante a internação na maternidade. Segundo CAMPESTRINI (1983), este sistema pode ser de dois tipos:

- permanência interminente - isto é após um período de observação no berçário, o RN permanece no alojamento conjunto durante o dia, e a noite permanece no berçário possibilitando o descanso da mãe.
- permanência contínua - o RN, após um período de observação no berçário, é transferido ao alojamento conjunto permanecendo até a alta. Segundo PIZZATO (1985) os RNs admitidos no alojamento conjunto são RN normais a termo que estejam em condições clínicas normais. O estado clínico da mãe é outro critério utilizado, sendo que esta deve também estar em condições clínicas normais.

Na maternidade na qual realizei o estágio, são admitidas neste sistema, preferencialmente mães primíparas, objetivando oferecer as mesmas um maior conhecimento sobre os cuidados do RN.

Optei em permanecer no Alojamento Conjunto, uma vez que neste local teria oportunidade de realizar o cuidado ao RN juntamente com a mãe, e no horário de visitas (1), facilidades em fazer contato com a família e muitas vezes realizar o cuidado juntamente com outros familiares.

Após a alta foram realizadas visitas no domicílio, inicialmente projetadas para serem realizadas no 3o. dia pós-alta, em torno do 15o. dia e no final do período neonatal em torno do 25o. a 28o. dia. Isto porque entendi que na 1a. visita seria a ocasião em que a mãe teria maiores dificuldades quanto a seus próprios cuidados, e também quanto aos cuidados do RN. A segunda visita estava programada para ocorrer por volta do 12o.

(1) O período de visitas na maternidade é das 15 horas às 16 horas e 30 minutos diariamente.

ao 15o. dia, fase em que o RN já poderia estar sem o coto umbilical e já haveria uma avaliação sobre a amamentação e os processos involutivos pós-parto da mãe. A 3a. visita, no final do período neonatal, permitiria uma avaliação do crescimento e desenvolvimento do RN. O cuidado no domicílio foi proposto pelo fato do marco conceitual propor a compreensão da cultura, estrutura social e ambiente físico onde se localiza esta família. Entendi que o cuidado somente na maternidade com um período de internação muito exíguo (24 horas), não seria o suficiente para abranger o cuidado conforme o marco conceitual.

Iniciei o estágio permanecendo na maternidade todos os dias no período da manhã e à tarde. À medida que as altas ocorriam, ausentava-me mais da maternidade, ocupando o tempo no domicílio das famílias.

População - o foco central da prática, foi o cuidado ao RN, à mãe e aos outros membros da família (2) considerando-a em fase de expansão e necessitando, portanto, de cuidados de enfermagem para se adaptar a nova fase.

Os critérios para a escolha das famílias propostas foram:

- família com mãe primípara e RN normal a termo;
- famílias nas quais a grande maioria dos membros tenha nascido e resida na Ilha de Santa Catarina, município de Florianópolis, e de ascendência açoriana.
- famílias nas quais um dos membros tenha emprego regular com previdência e garantias trabalhistas ou autônomo com rendimento regular e previdência;

(2) Ver de acordo com o que foi conceituado no marco conceitual pag 47.

- famílias, com moradia própria ou alugada em área considerada legal, (RIBEIRO 1983), (3).
- famílias nas quais a mãe primípara e outros membros da família estejam de acordo com a aplicação do processo na maternidade e no domicílio;
- mãe primípara com companheiro fixo.

Os critérios estabelecidos quanto à situação econômica e ascendência açoriana, foram escolhidos, por entender que, para colocar em prática o marco conceitual, seria mais simples trabalhar com famílias com as mesmas características sócio-culturais.

Em alguns casos, estes critérios não foram seguidos rigorosamente, uma vez que nem sempre encontrei, na maternidade famílias que preenchessem totalmente estes requisitos. Assim, há 2 famílias que relatei neste trabalho, onde a mãe primípara não era de origem açoriana, sendo que uma delas não nasceu em Florianópolis. A outra era de origem açoriana e nasceu em um município no litoral sul do Estado de Santa Catarina.

No total apliquei o processo em 11 famílias, porém, somente 6 foram utilizadas para compor a análise deste trabalho. As 5 famílias restantes, foram úteis para embasar a experiência, porém em 3 delas eu não realizei visita no domicílio, e a experiência se resumiu-se ao âmbito da maternidade. As outras 2 famílias com dados completos constituíram-se em estudo piloto. Há ainda 2 famílias adicionais que visitei a pedido das mesmas, porém não houve o registro completo dos dados e portanto, não estão incluídas no estudo.

(3) Ver critérios de estratos sociais na América Latina (Ribeiro 1983 página 68).

Períodos de estágio

O estágio foi dividido em 2 fases. Na primeira, que teve duração de 2 meses, apliquei o processo de enfermagem utilizando todos os instrumentos idealizados no projeto.

Após concluída esta fase, retirei-me do campo para refletir sobre a prática e buscar subsídios para as dificuldades. Neste período cursei a disciplina de antropologia médica que muito contribuiu para compreender dados da prática e fazer as modificações necessárias no processo.

Na 2a. fase, que teve duração de 2 meses, voltei a aplicar o processo com as modificações que concluí como necessárias após a 1a. fase.

Solicitação para participação no Processo de enfermagem e garantia dos direitos humanos da família

Inicialmente procurava verificar nos prontuários das pacientes que estavam no alojamento conjunto, aquelas que se adequassem aos critérios por mim estabelecidos. Depois falava com a mãe para conferir os dados e obter maiores informações, como por exemplo, local de moradia, e assim por diante. Quando tinha feito minha escolha, conversava primeiro com a mãe, e se esta concordasse, procurava conversar, no período da visita, com outros integrantes da família. Procurava verificar, quem era a pessoa que iria auxiliar no cuidado ao RN e obter também, a autorização desta.

Para obter a autorização eu me apresentava, explicava o que iria fazer, o que seria feito dos resultados deste trabalho, e como o anonimato seria garantido. A autorização de todas as famílias foi obtida oralmente.

Procurava também esclarecer que quando não mais precisassem de mim ou não quizessem mais participar poderiam desistir. Este fato realmente ocorreu com uma família em que no primeiro dia a mãe e os familiares concordaram com a visita domiciliar. Porém no dia seguinte a mãe disse

"eu acho que é longe demais para você ir, acho que não precisa ir".

Entendi que ela realmente não queria participar e respeitei sua decisão.

Para proteger a identidade das famílias, mantive os registros em meu poder exclusivo. As famílias foram identificadas pelas letras do alfabeto, A, B, C, D, E, F, e para facilitar a descrição dos resultados, coloquei nomes fictícios para os membros. Exemplo: na família A, todos os membros possuem nome com esta inicial sendo que o casal tem nome semelhante diferenciando apenas no gênero, exemplo, Anito, Anita (4).

Para realizar o estágio na maternidade, foi efetuada uma solicitação formal com a entrega do projeto para a diretoria técnica e chefia de enfermagem. Somente após a autorização concedida, é que foi iniciado o estágio.

Registro de dados

Durante o estágio, os registros foram efetuados, utilizando os instrumentos para o levantamento de dados, diagnóstico, plano e evolução. Além disso, mantinha em cada processo, anotações extras nas quais anotava minhas impressões. Estas anotações se constituíam em notas metodológicas, notas teóricas e o diário da enfermeira.

(4) Esta forma de colocar as famílias foi adotada por LISBOA 1987.

X Nas notas metodológicas, refletia sobre minhas ações no que se refere ao processo propriamente dito, por exemplo:

"devia ter ouvido mais sobre o que ela quiz dizer sobre o que pensava da faixa umbilical".

T Nas notas teóricas refletia sobre os dados levantados e o marco conceitual utilizado, por exemplo:

"Apesar do que já conversamos, Flávia continua inclinada a suplementar a alimentação de seu filho com leite artificial. Parece-me que a influência da família é muito grande, as tias, a sogra e a mãe não amamentaram, acham que o leite não sustenta, e davam leite de vaca e banana".

No diário da enfermeira anotava ocorrências que extrapolavam o processo da família da qual estava cuidando, referindo-me a outras ocorrências na maternidade por exemplo, uma conversa com uma funcionária que me proporcionava uma contribuição para o trabalho e fatos interessantes que ocorriam com outras famílias com as quais não estava fazendo estudo.

Exceto quando preenchia dados específicos do prontuário de família, procurava sempre que possível não fazer anotações em frente à paciente. Na visita ao domicílio, procurava obter as informações e logo que chegava na minha própria casa, anotava tudo detalhadamente. Não usei gravador, uma vez que isto no meu entender, não estaria de acordo com uma prática que fosse objetiva e real.

5.1.2 - O cotidiano na aplicação do processo na maternidade e no domicílio na primeira fase

Neste item descrevo toda a trajetória do processo de cuidado ao RN junto à família baseada no marco conceitual proposto. Esta trajetória está dividida em 2 fases sendo que em cada fase descrevo:

- questões gerais do cuidado na maternidade e no domicílio.
- etapas do processo.

1a. FASE - Esta fase se constitui no período inicial da aplicação do processo, que teve a duração de 2 meses e nela trabalhei efetivamente com 5 famílias, sendo que em apenas 4 realizei visitas à domicílio. Destas, utilizei apenas 3 neste trabalho, uma vez que das 5 famílias, uma foi considerada estudo piloto, e a outra não foi possível a visita no domicílio devido à não autorização da mãe.

5.1.2.1 Questões gerais do processo na maternidade

Antes de iniciar o estágio e durante os primeiros dias deste, procurei informar a equipe de enfermagem sobre o meu trabalho. Conversei algumas vezes com os auxiliares e atendentes do berçário e as atendentes do puerpério com quem teria maior contato na unidade de alojamento conjunto. Procurava explicar, dentro de uma linguagem simples como iria trabalhar guiada pelo marco conceitual.

As funcionárias do berçário com quem já tinha uma convivência de muitos anos me faziam muitas perguntas como:

"mas o que é que você vai fazer na casa delas?"

ou ainda comentários como da atendente da unidade de alojamento conjunto:

"eu já faço isto que você quer fazer, eu fico sempre aqui conversando com elas. Então, estou compreendendo o que elas pensam, como vivem, por isto sei que não adianta eu dizer aqui que elas podem lavar a cabeça, se elas chegam em casa e a mãe delas manda fazer diferente".

Quanto as colegas enfermeiras elas não participaram tão diretamente do meu trabalho diário uma vez que existe apenas uma enfermeira para muitos pacientes. Porém, eram elas, (as enfermeiras da maternidade) que conheciam e entendiam melhor o que eu estava fazendo. Pois somente elas conhecem o que é processo de enfermagem. Além disso, a chefia de enfermagem tinha em seu poder uma cópia do meu projeto que ficou a disposição para leitura. As enfermeiras do berçário e da unidade de puerpério me auxiliaram a encontrar famílias que se adequassem ao meu trabalho. Em muitas situações, comentava com elas os resultados, e elas davam sugestões ou refletiam comigo.

Quanto ao pessoal da equipe médica somente o médico efetivo do berçário tinha conhecimento do meu trabalho, visto que já tínhamos conversado informalmente sobre o assunto desde a fase da elaboração do projeto. Quanto ao residente de pediatria e de obstetrícia a comunicação foi somente que eu estava realizando um trabalho de mestrado. Isto porque estes residentes eram deslocados constantemente da enfermaria, isto é, permaneciam 1 ou 2 semanas passando visita, depois vinha outro e assim por diante.

O processo não era registrado na íntegra no prontuário, apenas a evolução diária. Entendia que para o trabalho proposto,

como uma experiência isolada que prestava assistência a somente algumas pacientes, esta ainda, não era a ocasião propícia.

Nesta fase permaneci numa enfermaria de alojamento conjunto com 7 conjuntos de leitos (1 leito para a mãe e 1 berço para o RN), tendo um banheiro e ainda uma sala onde há uma mesa para troca do RN, roupas, balanças, e uma escrivaninha.

Nesta enfermaria procurava com o auxílio de uma atendente, fazer o cuidado de todas as mães, focando os cuidados no RN, isto é, no fazer juntas o cuidado, auxiliando a amamentar, fazer higiene do RN e outros. Porém, escolhia apenas uma mãe com a qual estabelecia um contato maior com ela e a família, pedindo autorização para registrar dados separadamente e para visitas no domicílio. Procurei trabalhar desta forma, porque me sentia mais confortável em relação aos membros da equipe de enfermagem e as outras pacientes. Esta forma de trabalho deixou-me mais confortável quanto ao trabalho como enfermeira, porém trouxe-me prejuízos nas anotações do trabalho de mestrado.

X Na maternidade o contato com a família começou de forma tímida. Primeiramente tinha receios de incomodar a família quando todos ficavam conversando entre si, no horário de visitas. Aos poucos porém verifiquei que poderia conversar, trocar idéias. Procurava colocar-me como enfermeira que estava cuidando, porém para cuidar melhor, precisava também compreender como eles costumavam cuidar em casa, qual eram as suas experiências. Dentro do marco conceitual, procurava mostrar que pretendia cuidar, porém sem desmerecer os valores, crenças, e práticas sobre o cuidar da família. Muitas vezes, a mãe como os demais familiares, logo me perguntavam se eu também tinha filhos e quando eu dizia que tinha dois filhos, a conversa ficava mais informal, me

parecendo que a partir daí a confiança se tornava maior.

O momento da visita dos familiares constituía-se num momento muito rico de experiências e informações. Como o nascimento é um momento festivo, compareciam na maternidade os membros das famílias de origem, pais, sogros, avós, tias, primos e até vizinhos.

No período da manhã, quando não havia a presença dos familiares, a mãe realizava com o meu auxílio a higiene completa do RN e o curativo do coto umbilical. Cuidados como a verificação da temperatura e peso eram verificados por mim. Procurava, dentro do possível, estar ciente da experiência anterior e conhecimentos que a mãe já dispunha.

No período de visitas, quando havia necessidade de trocar a roupa do RN quando outros familiares estavam presentes, sempre os convidava para olhar a mãe fazer o cuidado ou proporcionava condições para outro familiar fazê-lo.

No momento da alta, procurava envolver os familiares no cuidado do RN, isto é, na troca de roupa do RN, o que se constituía num momento de intercâmbio de experiências. Neste momento da alta, marcava com os familiares a visita no domicílio.

5.1.2.2 - Questões gerais do processo no domicílio

Conforme a proposta, a primeira visita à domicílio era realizada logo no 2o. ou 3o. dia após a alta da maternidade.

A entrada, pela primeira vez no domicílio da família deixava-me receosa e com dúvidas:

"acharei o endereço?"

"como serei recebida?"

Porém estes meus receios eram infundados, sempre fui muito bem recebida, uma vez que me consideravam "a enfermeira da maternidade" (apesar de eu sempre ter explicado que eu trabalhava na universidade).

A primeira visita na maioria das famílias constituiu-se, na experiência mais marcante, pois era a ocasião em que havia mais dúvidas e mais ocorrências à relatar.

De uma forma geral, as visitas transcorriam assim: depois dos cumprimentos e comentários iniciais que eram coisas triviais, procurava inteirar-me do estado do RN, da mãe e outros familiares. Logo, eles faziam relatos ricos em detalhes que além de me fornecerem dados sobre as reservas físicas da mãe e RN, proporcionavam condições de apreender como a família estava se adaptando à fase de expansão. Na família A a mãe perguntou-me ansiosamente logo que cheguei na casa:

"o nenê está com uma manchinha de sangue dentro do branco dos olhos. Será o que é isto?, eu não tinha visto isto na maternidade, será que é assim mesmo?"

Estes relatos eram feitos na maioria das vezes pela mãe, porém houve ocasiões como na família A e B onde em algumas visitas as vizinhas estavam presentes participando da conversa. Na família B, por ocasião da primeira visita, o pai estava presente e fez várias perguntas.

Depois de ouvir os relatos, fazia o exame físico do RN. Quando as dúvidas maiores se relacionavam com a mãe, fazia o exame físico da mãe primeiro. Muitas perguntas e observações minhas, eram respondidas à medida que estas iam surgindo, porém, no final, procurava rever as questões mais importantes a serem

observadas e efetuadas isto é, juntos traçávamos um plano sobre o qual, na visita seguinte, fazíamos a evolução.

Quanto ao contato com outros familiares do RN, além da mãe, tive inicialmente algumas dificuldades. Na família A tive pouco contato com os familiares na maternidade, e no domicílio esta dificuldade não se modificou muito. Porém aos poucos, nas outras famílias, fui constatando que quanto melhor era o contato com os familiares na maternidade, mais facilidade havia em trabalhar com a família em casa. Nas outras famílias e nas visitas subsequentes meus contatos foram se ampliando, inclusive com os vizinhos.

Com o tempo, também passei a compreender que cada família tem suas próprias peculiaridades de relacionamento, sendo que naturalmente em algumas, havia condições de falar com um número maior de membros e em outras não. Compreendi também, que não poderia reunir toda a família, exceto se eu convocasse uma reunião. Como meu foco central era o cuidado ao RN, cheguei à conclusão que isto não era necessário, a não ser que surgisse alguma situação que o exigisse.

Houve dificuldade de contactar com o pai já que na maioria das situações este se encontrava no trabalho. Na primeira visita, isto é, no 3o. dia pós parto, este encontro foi possível na família A e B, que estavam em licença paternidade. Na maioria das famílias conversava com a mãe e outras mulheres da família ou da vizinhança que estavam na casa ou apareciam lá no momento da mesma.

O pai da família A se interessava pelos cuidados, e apesar de não falar diretamente comigo, dizia para a esposa perguntar:

"meu marido mandou perguntar para você, se não precisa dar chá, pois a mãe dele diz que precisa".

Logo após ter completado todas as visitas previstas em 2 famílias, constatei que, a primeira em torno do 3o. dia pós-parto estava muito distante da 2a. visita em torno do 12o. dia e esta muito distante da última visita. Muitas dúvidas haviam surgido neste intervalo e já haviam sido solucionadas pela família ou mesmo por outros profissionais de saúde.

5.1.2.3 - Levantamento de dados

X De acordo com o projeto, o levantamento de dados se constituía na 1a. etapa do processo, e visava levantar a presença, diminuição ou ausência de reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico do RN, da mãe e outros membros da família para as quais havia necessidade de cuidado. Para possibilitar o levantamento destes dados, dispunha dos instrumentos já mencionados no capítulo do processo de enfermagem.

Não tive dificuldades em levantar as reservas físicas do RN e da mãe na maternidade e também a domicílio, uma vez que minha experiência anterior com o RN e a mãe auxiliavam bem como o roteiro elaborado.

Para as reservas psíquicas, conforme explicitarei no capítulo do processo, não havia elaborado um roteiro, o levantamento era feito utilizando-se os componentes de cuidar, observando, ouvindo e interagindo com o RN, mãe e outros familiares.

Quanto as reservas sócio-culturais, utilizei o

prontuário da família e inúmeras dificuldades surgiram desde o início de sua aplicação:

- havia muitas perguntas que dependendo da situação não se enquadravam na situação prática. Verificava, que deveria haver tópicos mais abrangentes, pois assim os familiares poderiam falar mais livremente, sem que eu interrompesse com novas perguntas. Houve também a falta de um genograma (5), pois havia muita dificuldade em apreender quais eram os integrantes da família.

∩ Inicialmente, apesar de tentar seguir os comportamentos do cuidar, como: ouvir, compreender, eu não o fazia suficientemente, perdendo oportunidades de aprofundar os conhecimentos sobre as práticas da família.

Para realizar o processo de enfermagem partia sempre do conceito de saúde do marco, um conceito universal. No conceito de enfermagem, coloquei que, mesmo tendo o meu conceito de saúde, eu procuraria conhecer a visão de saúde e doença da família, para então cuidar. Na prática porém, constatei que era difícil compreender de imediato qual era o conceito de saúde e doença da família. Ao longo da prática, era possível captar valores, crenças e práticas de cuidados relacionados à saúde e à doença o que me levava a compreender o que a família entendia por saúde e doença.

Isso gerava situações onde precisava atuar mesmo sem conhecer de forma mais abrangente as práticas e crenças do cuidado ao RN. Assim, pelo fato de, na maternidade, uma grande parte dos cuidados serem realizados no período da manhã, quando muitas vezes eu ainda não tinha contactado com membros mais

(5) Segundo (BOUWEN, 1980) genograma é um mapa diagramático dos componentes de uma família ao longo de 3 gerações.

experientes da família e a mãe primípara não tinha experiência, eu orientava os cuidados segundo a minha visão de profissional.

Exemplificando, na falta de informação sobre o que a família pensava sobre como manusear o RN, eu orientei a mãe primípara da família B, a levantar o RN na posição vertical após a mamada para favorecer a eructação. Porém, ao chegar em casa, este procedimento foi severamente contra-indicado pela avó materna, uma vez que segundo esta, não se deve colocar um RN na posição vertical pois desta forma ocorre uma doença chamada "arca-caida".

No levantamento de dados, constatei logo de início que as reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico estavam interligadas. Por exemplo, a preocupação dos pais na família B com os genitais do RN. Estavam preocupados porque os grandes lábios não cobriam totalmente os pequenos lábios, e a avó materna disse que isto era anormal. Desta forma as reservas psíquicas estavam diminuídas devido à diminuição das reservas sócio-culturais diminuídas em relação a uma reserva física, que na visão deles estava também diminuída.

5.1.2.4 - Diagnóstico

De acordo com o projeto, diagnóstico de enfermagem consiste em diagnosticar o tipo de reservas: físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico que estejam mantidas, diminuídas ou ausentes para às quais há necessidades de cuidado de enfermagem.

Para demonstrar este diagnóstico, elaborei inicialmente um instrumento no qual separava as reservas num quadro para depois chegar ao diagnóstico. Este quadro mostrou-se de difícil

operacionalização, isto porque retirava dos dados, todas as reservas que estavam interligadas e separava-as no instrumento. Ao fazer esta separação, privilegiava as reservas físicas, sendo que as outras tornavam-se um complemento. Além disso, trabalhar com este quadro não era prático e havia um desperdício de tempo muito grande. Desta forma, passei a perseguir uma forma mais funcional de colocar no papel aquilo que eu estava fazendo.

Inicialmente, tinha planejado um diagnóstico em conjunto, porém rapidamente verifiquei que em muitas ocasiões isto se tornava difícil na prática. Isto devido à dificuldade já mencionada anteriormente de em muitas ocasiões ter necessidade de agir antes de ter conseguido compreender melhor as crenças e práticas da família no cuidado ao RN.

Na família B, no exemplo já citado, eu diagnosei a necessidade do RN eructar após as mamadas a fim de manter suas reservas físicas. Instituí cuidados que não estavam de acordo com as crenças e valores a respeito de saúde e doença, ou seja não estavam de acordo com as reservas sócio-culturais da família. Nesta situação, não foi inicialmente possível um diagnóstico em conjunto, nem mesmo uma comunicação de diagnóstico o que resultou em cuidado ineficaz.

5.1.2.5 - Plano de cuidados e Implementação

Segundo o projeto, o plano de cuidado e implementação consistiam em planejar e implementar cuidados para manter, aumentar ou repor reservas.

A intervenção da enfermagem através do cuidado se fazia com um formulário no qual havia um item para o plano e outro para a implementação. Para descrever estes cuidados no processo, a

separação entre o plano e implementação fazia-se pouco prática, exigindo muito tempo destinado a registrar os cuidados.

Conforme já relatei no item do levantamento de dados e diagnóstico, os erros e inexperiências cometidas nas etapas de levantamento de dados e diagnóstico, se refletiam diretamente nesta fase de implementação. Desta forma pelo fato de não aprofundar dados, cheguei a um diagnóstico unilateral com cuidados que a família nem levava em consideração. Voltando novamente ao exemplo da mãe na família B, orientada para colocar o RN na posição vertical para eructar, somente na 2a. visita ao domicílio é que constatei que ela não estava seguindo o que foi orientado por mim. Então ao deparar que ela deixava o RN mamar e logo em seguida o colocava na cama em decúbito dorsal, eu perguntei:

Enfermeira - Benta, como você está fazendo sempre depois que ela mama? Não colocas mais para arrotar?

Benta - eu não, minha mãe quando viu fazer isto como tu ensinaste lá na maternidade, ela disse que eu era louca, que eu iria matar esta criança de arca caída, que eu nunca devia pegar debaixo dos braços dela e não levantar tanto.

Depois de conversarmos longamente sobre o que era arca caída eu sugeri:

"Benta, já entendi que é importante você cuidar para não cair a arca mas você também deve cuidar para ela arrotar depois que mamou para que ela coloque o ar para fora para não sentir cólica e também para não haver perigo de vomitar e ela se afogar. Por isto que tal você ficar com ela um pouco no colo depois

da mamada? Vamos ver uma maneira de fazê-la arrotar sem que a arca caia?"

Juntas, então combinamos uma forma de levantar levemente (30 graus) a RN segurando-a firmemente nos braços.

Neste caso, na maternidade fiz a introdução de um cuidado novo para a mãe primípara, e no domicílio, devido a uma outra visão sobre saúde/doença da avó materna, tive que acomodar este mesmo cuidado.

Inicialmente havia dificuldade de encontrar um ponto de equilíbrio entre o meu cuidado profissional e o cuidado popular da família. Na maternidade sentia-me com maior poder, ouvia pouco e logo procurava fazer o cuidado. No domicílio, sentia-me menos poderosa e muitas vezes relutava muito para dar uma orientação. Exemplificando, na 3a. visita que fiz na família B, a RN estava deitada na cama dos pais, a roupa de cama segundo meus valores de limpeza estava suja, havia fraldas sujas por todo chão. Eu não conversei sobre isto com Benta e depois me perguntava:

"Posso interferir nos valores de limpeza deles"?

Por outro lado me perguntava:

"como enfermeira, não deixei de cumprir com o meu dever?, uma vez que segundo meu referencial de saúde/doença as reservas de ambiente físico estavam diminuídas?"

Observava também, que principalmente na maternidade, os familiares procuravam esconder o que pensavam sobre certos cuidados, temendo uma represália. Exemplificando na família B, a prima de Benta, disse para outro familiar durante o horário de visitas:

"se eles aqui na maternidade veêm colocar o
"bico" (chupeta) no nenê, eles logo tiram".

Disse isto olhando de soslaio para mim como se eu fosse uma policial. Refletí então, e cheguei à conclusão de que eu sempre teria de clarear bem a minha posição, posição esta, que me indicava o marco, no sentido de compreender e dentro do possível respeitar suas práticas, pois, do contrário, a minha própria figura de profissional, funcionaria no sentido de repadronização do cuidado. Isto é, eles veriam em mim os comportamentos de outros profissionais que fazem a imposição do cuidado profissional.

Percebí igualmente que quando há demonstração de respeito pelas crenças e práticas, as pessoas aceitam uma repadronização do pensamento e da ação do cuidado. Na família C a tia de Célia disse:

"me disseram que não se pode dar banho no nenê na primeira semana para não dar "trisa" (icterícia)".

Neste caso, após investigar mais sobre quem lhe contou isto eu falei:

"os enfermeiros e médicos orientam para não dar banho enquanto não cai o "umbigo" (que nós chamamos de coto) para não dar tétano ou outro problema de infecção no nenê. Porque enquanto este pedaço de umbigo ainda está ali, os micróbios podem passar mais fácil de fora para dentro do corpo, se ele for molhado. A trisa, ela acontece por causa do fígado do nenê que ainda não está bem madurinho e por isso ele

não consegue ainda ajudar a fazer o trabalho de purificação do sangue”.

Neste caso eu cuidei esclarecendo, trocando idéias, o que favoreceu a repadronização do que elas entendiam como causa da icterícia.

Apesar de todas as dificuldades encontradas, foi possível constatar que o marco apoiado nas idéias de LEININGER estava proporcionando respostas claras na forma de fazer o plano de cuidados, ou seja manter o cuidado já conhecido e acomodar, repadronizar ou instituir cuidados novos.

5.1.2.6 - Avaliação

Segundo o projeto, nesta fase do processo, eu avaliaria se a implementação do cuidado manteve, aumentou ou fez a reposição das reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico.

Esta avaliação era registrada ao lado da descrição dos cuidados implementados, no formulário destinado ao plano. Igualmente, como nas outras fases, a avaliação dos cuidados era feita naturalmente na prática, pois a cada novo contato com a família eu verificava o resultado dos cuidados. Porém, ao registrar os dados, eu o fazia duas vezes. A primeira, quando descrevia o levantamento de dados e depois novamente no formulário de avaliação. Portanto, o tempo destinado ao registro também era grande e entendia que devia fazer modificações.

Quanto à avaliação dos cuidados propriamente dita, não ocorria de forma estática e sim, extremamente dinâmica, pois as reservas físicas do RN e da mãe se modificavam a cada visita. Enquanto que na 1a. visita ao domicílio o RN ainda estava com o

coto umbilical e os cuidados eram dirigidos ao curativo, na visita seguinte já havia ocorrido a queda deste, havendo outras reservas que tinham que ser mantidas ou repostas e para as quais havia necessidade de cuidado.

Apesar de ter colocado estas fases separadamente, elas ocorriam de uma forma bastante interligada. Havia cuidados nos quais avaliava o resultado logo em seguida e outros somente na visita seguinte, ou no dia seguinte, quando era o caso do cuidado na maternidade.

Sumarizando, nesta primeira fase, as principais dificuldades para aplicação do processo de enfermagem na prática foram:

- a) Levantamento de dados: no que se refere ao prontuário de família o excessivo número de perguntas, e a ordem das mesmas dificultavam a entrevista. Havia também a falta de um genograma.
- b) Diagnóstico de enfermagem: o instrumento de diagnóstico de enfermagem utilizado, fazia com que as diferentes reservas fossem colocadas separadamente.
- c) Plano e implementação: havia desperdício de tempo escrevendo o plano e a implementação.
- d) Avaliação: de acordo com o formulário projetado, havia necessidade de registrar os dados duas vezes na evolução e na avaliação.

Após a saída do campo trabalhei no sentido de contornar estas dificuldades, antes de retornar novamente à prática. As principais modificações foram:

- no prontuário da família foram introduzidos itens abrangentes, sendo que, em separado, foram elaborados os subsídios para o preenchimento do prontuário. Neste prontuário introduzi dados

iniciais a serem levantados sobre a família no que se refere a composição da mesma através do genograma. Reservas sócio-culturais como crenças, práticas e valores da família sobre o cuidado ao RN e a cultura em saúde de uma forma geral, reservas de ambiente físico, e informações básicas das reservas relacionadas ao evento do parto da mãe e nascimento do RN. Os demais dados, referentes às diferentes reservas que fossem surgindo no dia seguinte, ou na visita subsequente, eram colocados na evolução. Os outros instrumentos utilizados para auxiliar no levantamento de dados, como, roteiro de exame físico do RN, e da puérpera, e guia para avaliação de crescimento e desenvolvimento, foram mantidos.

No diagnóstico, eliminei totalmente o instrumento que havia proposto e passei a assinalar através de códigos, nos próprios dados levantados, o tipo e extensão das reservas para as quais segundo minha visão de profissional havia necessidade de cuidado.

Plano de cuidados: Descrevia somente os cuidados a serem efetuados. Sendo que a implementação ocorria naturalmente na prática.

Avaliação: A avaliação passei a denominar evolução, desta forma passei a descrever o parecer dos cuidados efetuados juntamente com os fatos novos numa única vez.

Sumarizando, o processo de enfermagem iniciava com o levantamento de dados iniciais, diagnóstico, plano. No dia seguinte ou na visita subsequente, o processo se constituía de evolução, diagnóstico e plano.

Quanto às visitas ao domicílio retirei o projeto de datas fixas. Passei a fazer as visitas com maior frequência

durante os primeiros 15 dias, sendo que o número de visitas ficava à critério das necessidades de cada família.

Esta primeira fase, apesar das dificuldades encontradas, foi uma etapa muito importante nesta experiência da aplicação do processo. Isto porque ao colocar em prática o marco conceitual, defrontei-me com as variações que esta prática apresentava, para em seguida efetuar as modificações necessárias.

2a. FASE - Esta fase foi realizada após as modificações efetuadas que descrevi anteriormente.

O processo foi aplicado em 6 famílias sendo que destas utilizei apenas 3 na descrição dos resultados. Das demais, uma foi considerada como estudo piloto desta 2a. fase e às outras duas 2 famílias, prestei o cuidado somente na maternidade, não foram efetuadas visitas à domicílio devido a residência encontrar-se fora do município de Florianópolis.

5.1.2.7 - Questões gerais do processo na maternidade - 2a. fase

Introduzidas as modificações no processo, voltei a prática, fazendo a escolha de uma família, sem me ocupar com as outras da enfermaria. Isto foi facilitado pela presença dos estudantes de graduação e auxiliares de enfermagem na enfermaria de alojamento conjunto, que se encarregavam da assistência às outras pacientes.

Apresentava-me como uma enfermeira, fazendo um trabalho especial com aquela paciente e família e isto justificava minhas anotações constantes. É desnecessário dizer porém, que mesmo assim em inúmeras ocasiões eu cuidei do RN de outras pacientes e me envolvi com as mães e outros membros da família.

Nesta 2a. fase, meu envolvimento com a família na

maternidade foi se tornando mais natural e espontâneo. Quebrando minhas próprias barreiras que inicialmente impediam de me envolver mais com a família, percebi que eles gostam de se aproximar e trocar idéias com o profissional de saúde. Em diversas ocasiões, familiares contaram casos de doenças na família de forma espontânea durante o horário de visita e solicitavam orientações.

Fui solicitada para fazer visitas à domicílio por outras mães e membros da família de origem, que não faziam parte do trabalho em que, portanto, não realizei formalmente o processo de enfermagem. Duas destas solicitações foram atendidas, dadas as facilidades quanto a localização da residência, porém outras não foram efetuadas porque o local de residência era muito distante, e a minha disponibilidade de tempo, pequena.

5.1.2.8 - Questões gerais do processo no domicílio - 2a fase

Nesta 2a. fase, o trabalho no domicílio, passou a tornar-se mais produtivo no que se refere ao envolvimento com outros membros da família. Percebi que este envolvimento, não ocorreu por acaso, ele depende da forma como a família em expansão está se relacionando com a família de origem, localização da residência e outros. O fato de residir na mesma casa da família de origem, ou muito próxima proporcionou contato com outros membros. O fato de já na maternidade eu ter estabelecido um contato produtivo com o casal e membros das famílias de origem, me auxiliava a ampliar este contato no domicílio. Passei a ser solicitada para questões relacionadas à saúde e à doença de outros membros da família. Exemplificando, na família F a mãe de Flávia apresentava uma úlcera na perna e me

solicitou orientações sobre o curativo que ela já fazia sozinha em casa. Ainda na mesma família havia o sobrinho de Flávia com lesões de pele, e fui solicitada para orientar sobre cuidados e encaminhamento ao dermatologista. Houve situações, como numa das famílias que fui fazer visita mas não está incluída na análise deste trabalho em que as cunhadas da mãe primípara, ambas grávidas me solicitaram orientações sobre métodos anticoncepcionais, desconfortos de gravidez e expressaram suas curiosidades sobre o cotidiano na maternidade.

Quanto ao número e época das visitas, constatei que isto varia de família para família dependendo de suas reservas para a adaptação a nova situação de família em expansão. No entanto foi fundamental a visita logo após a alta em torno do 2o. ou 3o. dia e várias visitas nos primeiros 15 dias. Observava que nesta fase, havia uma necessidade maior de cuidados para manter as reservas do RN, da mãe e da família como um todo.

Houve famílias nas quais realizei em torno de 5 visitas e outras apenas uma ou duas de acordo com as necessidades apresentadas.

Observei que nas duas primeiras semanas, as dúvidas se relacionaram tanto com relação ao cuidado do RN, quanto aos processos involutivos do parto e as mamas da mãe. Depois, as necessidades de cuidado à mãe diminuíam gradativamente, ficando em evidência o cuidado ao RN, porém num grau bem menor do que nos primeiros 15 dias.

Em todas as famílias, procurei verificar o local em que seria feito o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança após 1 mês de vida. Facilitava os encaminhamentos e orientava a mãe a fazer seu retorno, após 1 mês, ao local onde

foi realizado o pré-natal.

5.1.2.9 - Levantamento de dados

Após as modificações efetuadas no prontuário da família, passei a colher os dados necessários ao diagnóstico, com mais facilidade, de forma mais rápida e rica em detalhes. Passei a desenvolver uma certa ordem no levantamento de dados, tentando colher de forma mais completa possível os dados básicos da família na maternidade. Começava obtendo estas informações primeiramente com a mãe e depois no horário de visitas com o esposo e membros das famílias de origem. Assim, ao fazer a primeira visita ao domicílio já tinha informações básicas sobre a família, que facilitavam a ampliação da minha visão sobre as percepções desta sobre saúde, doença e cuidado.

A introdução do genograma no prontuário, auxiliou de forma significativa a visualizar a família em expansão com suas respectivas famílias de origem.

Nesta fase de levantamento de dados, utilizei constantemente os comportamentos do cuidar preconizados por LEININGER: ouvir, compreender, agir de forma personalizada, conhecer a realidade do outro, dispensar atenção, silenciar, ser acessível, ter interesse, envolver-se com. A utilização destes componentes do cuidar fizeram com que eu conhecesse melhor os cuidados que eram efetuados pela família, sem incorrer nos erros cometidos na primeira fase.

5.1.2.10 - Diagnóstico

De acordo com o que já foi mencionado no item das modificações no processo, passei a assinalar na descrição dos

dados coletados através de códigos, as reservas para as quais segundo a minha percepção como profissional, havia necessidade de cuidado. Nas reservas sócio-culturais eu enquadrava a percepção da família sobre suas práticas, crenças e valores no cuidado ao RN, à mãe e eventualmente aos outros membros da família para os quais haveria necessidade de cuidado de enfermagem.

O diagnóstico era feito comunicando-se as percepções do profissional e da família, sendo que as percepções da família viriam se constituir dentro do meu referencial como reserva sócio-cultural. As vezes havia coincidência como ocorreu na família D, na qual Dária relatou:

"ele estava com cólica porque chorava e parecia querer mamar, aí eu dava, (oferecia o seio) mas ele não pegava e continuava chorando".

Segundo VINHA (1983) este comportamento é típico da criança com cólica. Portanto o diagnóstico de enfermagem é reservas físicas diminuídas e o diagnóstico de cólica da família é considerado uma reserva sócio-cultural, mantida. O cuidado foi efetuado em conjunto.

Outras vezes, o diagnóstico não coincidia como ocorreu na família D, na qual Dária disse:

"meu nenê está com febre, está suando muito".

Após verificar a temperatura, esta estava em apenas 36,7 graus Celsius o RN encontrava-se excessivamente agasalhado para a temperatura ambiente, sendo este o motivo da sudorese. Portanto os diagnósticos eram diferentes. Dentro do meu referencial de saúde e doença considerei este diagnóstico da mãe como uma reserva sócio-cultural para a qual havia necessidade de cuidado. Passei a

denominar estas discordâncias de reservas sócio-culturais conflitantes RSCc.

5.1.2.11 - Plano de cuidados

Nesta segunda fase, graças às modificações introduzidas nas fases anteriores, houve possibilidade maior de fazer o entendimento entre o cuidado popular e o profissional, ou seja o cuidado da família e o cuidado do enfermeiro. Este entendimento consistia na manutenção do cuidado já conhecido da família, acomodação do cuidado, repadronização ou introdução de cuidados novos.

Neste entendimento foram fundamentais os componentes do cuidar de LEININGER: prever, dar atenção, comprometer-se trocar idéias, preocupar-se com, capacitar, auxiliar, esclarecer, apoiar, ações técnicas e físicas, refletir com, ações de educação a saúde.

Devido as solicitações das famílias E, D, F, de deixar alguns cuidados por escrito, elaborei um impresso denominado Plano de Cuidados onde deixava prescrito aquilo que a família solicitava, ou aquilo que eu considerava importante para ser lembrado em outra ocasião (anexo).

5.1.2.12 - Evolução

A forma de descrever o parecer dos cuidados efetuados juntamente com os dados novos, revelou-se prática e igualmente produtiva. Isto porque, havia uma noção de conjunto, não havendo necessidade de escrever os dados duas vezes.

No final da 2a. fase, pude constatar que as modificações introduzidas com os dados novos, revelou-se prática e igualmente

processo de enfermagem baseado no marco conceitual de LEININGER e na teoria de desenvolvimento da família. Além disso, nesta segunda fase, me envolvi mais com os membros da família e levantei mais dados, o que resultou num cuidado de enfermagem mais eficaz.

5.2 - Descrição dos dados

De acordo com o marco conceitual adotado, a cultura, a estrutura social e o ambiente físico onde se situam as famílias, terão influência sobre a forma de pensar e agir das mesmas, nas situações de saúde, doença e cuidados. Assim, na primeira parte descreverei as principais características sócio-culturais e de ambiente físico de 5 famílias A, B, C, D, F, comentando estas influências no cuidado ao RN e a outros membros da família. Em seguida farei a descrição do caso da família E com a aplicação do processo de enfermagem.

5.2.1 - Descrição de 5 famílias

Composição das famílias:

Nas 5 famílias do trabalho, apenas o casal B e D referiu que com o RN, formam uma família destacada da rede de parentesco, embora na prática tivessem uma convivência constante com as famílias de origem. Nas demais, os casais e suas famílias de origem consideravam-se todos uma família, tendo uma convivência muito estreita entre seus membros.

Assim, nesta fase de expansão do novo núcleo os pais com a união recente e a proximidade física estavam intensamente mergulhados na rede de parentesco. Isto está de acordo com a

literatura, no qual Linton (1976) refere que os integrantes da família variam de acordo com a cultura. WOORTMANN (1982) refere que no Brasil valoriza-se a família nuclear, porém este mesmo autor, bem como Prado (1985), Durham (1984), NEVES (1988), Kottak (1967) CARTANA (1988), afirmam em seus trabalhos, que a família nuclear mantém, relações estreitas e constantes com a família extensa.

No quadro abaixo, observa-se a composição das famílias.

QUADRO Nº 1 - COMPOSIÇÃO DAS FAMÍLIAS DE ORIGEM

FAMÍLIA	CASAL	IDADE (anos)	PAIS VIVOS COM RESPEC- VA IDADE		IDADE DOS IRMÃOS SEGUNDO O SEXO E EST.CIVIL			
			PAI	MAE	MASCULINO		FEMININO	
					CASADO	SOLTEIRO	CASADA	SOLTEIRA
A	Anito	31	58	56	--	--	21	--
	Anita	23	55	54	--	--	--	20, 17, 15
B	Bento	22	-	-	--	--	--	--
	Benta	19	-	43	--	12	--	10, 8
C	Célio	22	48	42	--	--	--	16
	Célia	20	47	51	--	22,18,16,13	23, 20	15
D	Dário	22	52	-	28	--	25	--
	Dária	17	38	40	23	16, 8 meses	21	20, 13
F	Flávio	23	57	53	32	--	--	--
	Flávia	18	48	43	23, 21	--	--	16

Importa ressaltar neste quadro que na família D, Dária tem um irmão de 8 meses, na família C, Célia tem irmãos menores. Em todas as famílias há irmãos e irmãs casados o que indica presença de sobrinhos menores. Portanto, as oportunidades de

experiência no cuidado à crianças é abundante em todas as famílias.

Situação sócio-econômica das famílias em expansão

Para caracterizar a situação sócio-econômica das famílias em expansão (casal com RN) adotei segundo RIBEIRO (1983), o grau de escolaridade, ocupação, previdência e condições de moradia.

Conforme pode ser observado no quadro abaixo, entre os casais, a escolaridade variou de analfabeto (1 caso) a 2o. grau incompleto (1 caso). Os demais se situavam com a escolaridade de 1o. grau incompleto.

QUADRO Nº 2 - SITUAÇÃO SÓCIO-ECONÔMICA DAS FAMÍLIAS EM EXPANSÃO (casal com o RN)

CASAL	NOMES	GRAU DE ESCOLARIDADE	OCUPACAO	PREVIDENCIA	MORADIA
A	ANITO ANITA	1º GRAU I.* 2º GRAU I.	Auxiliar de serviços gerais Auxiliar de pré-escolar	Ipesc ** Inps	Casa própria
B	BENTO BENTA	1º GRAU I. ANALFABETA	Zelador de Edifício Faxineira	Inps	Residem no edifício onde são zeladores, não pagam aluguel.
C	CÉLIO CÉLIA	1º GRAU I. 1º GRAU I.	Garçon Do lar	Inps	Residem com os pais de Célio.
D	DÁRIO DÁRIA	1º GRAU I. 1º GRAU I.	Pintor e Pescador Do lar	Inps Autônomo	Casa própria.
F	FLÁVIO FLÁVIA	1º GRAU C. 1º GRAU I.	Comerciante Do lar	Inps Autônomo	Residem na casa de Comércio arrendada.

* I = incompleto C = Completo

** Previdência dos funcionários públicos do estado de Santa Catarina

Em três das cinco famílias, pelo menos 1 dos membros do casal tinha um emprego regular com previdência e garantias trabalhistas. Nas demais, na família D, o esposo era pescador na época da safra e pintor autônomo quando não estava na pesca, mesmo assim pagava a previdência. Na família F, o casal mantinha uma pequena casa de comércio arrendada e pagava a previdência como autônomo.

Quanto à moradia, as famílias A e D moravam em casa própria recebida das famílias de origem por herança. A família B morava num apartamento do edifício onde eram zeladores, não pagando aluguel. A família C morava provisoriamente com os pais de Célio, futuramente construiriam uma casa no terreno destes. A família F morava na casa de comércio que arrendavam porém estavam construindo uma pequena casa no terreno dos pais de Flávia.

As famílias de origem de um dos membros do casal, tinham condições para fornecer auxílio substancial a família em expansão como veremos mais adiante.

Local de nascimento, local de residência, origem étnica e religião das famílias.

As famílias em expansão e suas respectivas famílias de origem na sua maioria são de ascendência açoriana(1), nasceram e sempre viveram na parte insular do município de Florianópolis, como pode ser observado no quadro a seguir.

A exceção está na família D, na qual Dária nasceu num município do oeste do estado, de onde emigrou há 4 anos com seus pais e irmãos vindo para Florianópolis, em busca de uma vida

(1) A ilha de Florianópolis e grande parte do litoral de Santa Catarina foi colonizado por imigrantes procedentes das Ilhas dos Açores, no século XVIII e XIX.

QUADRO Nº 3 - LOCAL DE NASCIMENTO, MORADIA, ORIGEM, ÉTNICA E RELIGIÃO

FAMÍLIA EM Exp.	NOMES	LOCAL DE NASCIMENTO	LOCAL DE RESIDÊNCIA	ORIGEM ETNICA	RELIGIÃO
A	ANITO ANITA	Corrego Grande Idem	Córrego Grande	Açoriana	Católica
B	BENTO BENTA	Córrego Grande Itacorubi	Itacorubi	Açoriana Africana	Católica
C	CÉLIO CÉLIA	Lagoa da Conceição Idem	Lagoa da Conceição	Açoriana	Católica
D	DÁRIO DÁRIA	Ponta das Canas Interior do Estado	Ponta das Canas	Açoriana ----	Católica
F	FLÁVIO FLÁVIA	Rio Vermelho Jureré	Rio Vermelho	Açoriana Açoriana	Católica

melhor. Na família B, Benta é de descendência africana sendo que foi adotada por uma família de descendentes de açorianos logo após o nascimento.

Córrego Grande e Itacorubi local de residência das famílias A e B são bairros periféricos de características residenciais, distando cerca de 10 Km do centro de Florianópolis. Há cerca de 20 anos estes locais eram comunidades rurais com uma população predominantemente de origem açoriana. Atualmente, grande parte das pequenas propriedades rurais foram loteadas, ganhando características urbanas e população diversificada.

Lagoa da Conceição, Rio Vermelho, Ponta das Canas e Jurerê, locais de residência das famílias C, D e F são comunidades consideradas do interior da ilha, à beira do mar, distantes em torno de 35 Km do centro de Florianópolis e a população nativa se constitui de descendentes açorianos. Nestes

locais outrora predominava a pesca e a agricultura de subsistência. Atualmente houve grandes modificações com o turismo e o estabelecimento de moradias fixas de famílias do estrato médio procedentes da cidade, e migrantes do interior do estado.

Apesar das modificações ocorridas, estas comunidades ainda preservam parte de seus modos de vida tipicamente de açorianos quanto à sua vida de família e comunidade. Segundo LUPI & LUPI (s/d) na pesquisa feita na localidade do Rio Vermelho, Florianópolis, refere que a organização social dos descendentes de açorianos é de levar uma vida fundamentada na família, onde a ajuda mútua se faz entre as mesmas e é completada pela vizinhança e o compadrio, onde vizinhos e compadres muitas vezes são também parentes. CARTANA (1988) na Costa da Lagoa, Florianópolis, verificou entre os descendentes de açorianos que a religião dominante é a católica, tendo um papel importante na vida social. Entre as famílias deste trabalho todas pertencem à religião católica.

História das famílias em expansão

Conforme podemos observar no quadro a seguir, a união da maioria dos casais é recente.

Os casais B e C uniram-se durante a gravidez, enquanto que nos casais D e F, a gravidez ocorreu logo após a união. Na família A, houve um espaço de tempo entre a união e a gravidez. De acordo com o ciclo de desenvolvimento de DUVALL, nas famílias B, C, D e F as fases de formação e expansão ocorreram quase que simultaneamente, o que está de acordo com NEVES (1985) que sugere que a fase da formação da família e o crescimento dos filhos constituem-se numa única fase.

QUADRO Nº 4 - CARACTERÍSTICAS DA UNIÃO DO CASAL

FAMÍLIA	NOMES	IDADE	TIPO DE UNIÃO	TEMPO DE UNIÃO
A	ANITO ANITA	31 23	Formal	3 anos
B	BENTO BENTA	22 19	Informal	5 meses
C	CÉLIO CÉLIA	22 20	Informal	6 meses
D	DÁRIO DÁRIA	22 17	Informal	12 meses
F	FLÁVIO FLÁVIA	23 18	Formal	10 meses

* União Formal - casamento realizado perante as autoridades civis e religiosas ou ambas.
 União Informal - união sem casamento perante as autoridades.

Quanto à forma de união, somente o casal A e F eram casados formalmente. Os demais mantinham uma união informal. Quanto a idade, variava entre 17 e 23 anos entre as mulheres e 22 a 31 anos entre os homens.

Isto está de acordo com a literatura, pois CARTANA (1988), LUPI & LUPI (s/d) em pesquisa com descendentes de açorianos, referem que as moças e rapazes casam cedo. CARTANA (1988) refere que existe uma idade para casar que é em média de 17 anos para as mulheres e 20 anos para os homens. Referem ainda os autores, que é costume o casal unir-se primeiro de forma informal, para mais tarde casar. Geralmente isto se chama "roubar a moça" e é feito à noite com a combinação prévia entre os namorados. O casal geralmente vai para a casa de um parente quando ainda não tem casa.

Como as famílias costumam se organizar na situação de família em formação e expansão

Como já descrito anteriormente, somente dois casais se consideravam uma família destacada da rede de parentesco com o nascimento do primeiro filho. Todos os outros consideravam o casal, o filho RN, e os membros da família de origem, uma só família.

As famílias deste trabalho, mantinham um contato constante com os membros das famílias de origem. Isto ocorria naturalmente, com a proximidade física decorrente do auxílio à moradia que as famílias de origem prestavam a família em expansão. No caso as famílias A e D, que passaram a morar após a união, em uma casa construída no terreno dos pais de um dos membros do casal. A família C morava na mesma casa dos pais de Célio. Na família B, apesar do casal morar num apartamento no prédio onde eram zeladores, receberam parte dos móveis da casa, das famílias de origem e moravam a 1 Km da família de origem de Benta. A família F morava próxima dos pais de Flávio, porém, já estavam construindo uma casa no terreno dos pais de Flávia.

Este auxílio que a família de origem proporciona está de acordo com a literatura DURHAM (1984), KOTTAK (1967), WOORTMANN (1987), NEVES (1985). No que se refere especificamente em estudos realizados com descendentes de açorianos, o estudo de CARTANA (1988), mostrou que o homem deve construir e mobiliar a casa antes da união, sendo que esta casa é geralmente construída no terreno de um dos membros do casal. Quando isto não é possível, vão provisoriamente para casa de algum parente.

No que se refere à teoria do desenvolvimento da família, pode-se verificar, que a tarefa das famílias de origem é auxiliar

a família em expansão a estabelecer a nova moradia. Este auxílio favoreceu uma outra tarefa da família de origem que é o auxílio no cuidado da puérpera e do RN. Isto foi observado em todas as famílias nas quais prestei cuidado.

Na família A, o auxílio se fez através das irmãs de Anita que faziam os serviços da casa e lavavam a roupa. A mãe de Anita dava apenas conselhos no cuidado ao RN. Na família B, a mãe de Benta vinha todos os dias para dar o banho no RN e dar conselhos. Na família C a sogra de Célia que morava na mesma casa é que auxiliava a fazer o curativo do coto umbilical e outros cuidados como, lavar toda a roupa do casal e do RN. Na família D era a cunhada de Dária que morava mais próxima e que auxiliava no cuidado ao RN, lavava toda a roupa e auxiliava em outros trabalhos domésticos. Neste caso, além do parentesco viviam uma outra ligação, a do compadrio. Uma vez que Dária e Dário convidaram como padrinho e madrinha do RN o irmão e cunhada. Na família F, Flávia permaneceu primeiramente na casa de sua mãe que auxiliava nos cuidados ao RN, dava conselhos, e lavava as roupas. Depois, quando Flávia voltou para casa, a mãe de Flávio e outros parentes deste, que moravam mais próximos, passaram a auxiliá-la nos cuidados e dando conselhos.

O auxílio foi efetuado predominantemente pelas mulheres da família, o que está de acordo com o referenciado por WOORTMANN (1987), FUKUI (1973), SCAVONE (1985). Isto está de acordo com os estudos feitos com a população de descendentes de açorianos por CARTANA (1988) e ALTHOFF & ELSEN (1989) na Costa da Lagoa, que verificaram que a mãe, a sogra, a avó e as irmãs é que fornecem o suporte social na gravidez, parto e puerpério.

Estas tarefas das famílias de origem no cuidado à mãe e

ao RN, influenciavam na forma de cuidar do RN, uma vez que as experiências das mulheres mais velhas são passadas para as mulheres mais novas. Estas experiências se baseiam em práticas antigas bem como em práticas modernas provenientes dos contatos com o sistema profissional de saúde, decorrentes da assistência no pré-natal, dos partos feitos nas maternidades e outros.

Durante os cuidados a estas famílias defrontava-me com a mãe primípara que se dividia entre dois tipos de orientações.

Na família A, Anita tinha experiência no cuidado à criança orientada por profissionais de saúde no seu próprio local de trabalho e fez pré-natal. No cuidado ao RN ela seguia as orientações dos profissionais de saúde, apesar dos conselhos da mãe que eram diferentes. Apesar da sua aparente segurança e decisão em seguir esta orientação, ela, as vezes, ficava em dúvida e me perguntava:

"gostaria de saber, não precisa dar chá mesmo?, minha sogra disse que precisava".

Na família B, Benta fez pré-natal, porém não recebeu orientações quanto aos cuidados do RN. As orientações recebidas foram as que eu prestei na maternidade. No domicílio Benta seguia em parte os cuidados orientados por sua mãe e vizinhos, e em parte os cuidados orientados por mim. Cuidados orientados na maternidade como banho de imersão somente após a queda do coto umbilical, posição para eructar, não foram seguidos por Benta, uma vez que sua mãe via necessidade de outro tipo de cuidado.

Na família C, Célia a princípio seguia as minhas orientações, porém, à medida que a família via como necessário outros cuidados passava a segui-los, como por exemplo agasalhar excessivamente o RN apesar do calor.

Na família D, Daria seguia os conselhos da cunhada que era jovem e experiente e estava de acordo com as orientações do sistema profissional de cuidado à puérpera e ao RN. Assim Daria não fazia repouso porque a cunhada não valorizava este cuidado. Eventualmente a mãe de Dária vinha visitá-la e dava muitos conselhos como, cuidar para evitar a arca caída, prevenir "mau olhado" colocando uma folha de alecrim na casa e outros, orientando Dária a seguir repouso e dieta e evitar o vento.

Na família F, havia uma grande valorização dos cuidados do sistema profissional por parte das famílias de origem, não havendo discordâncias importantes. No entanto, com relação à amamentação, apesar do meu incentivo, houve desmame precoce, uma vez que as mulheres da família não amamentaram e incentivaram claramente, mesmo na minha presença o uso do leite da vaca.

5.2.2 - Descrição de caso: Família E

- 1o. Encontro - 28/8 - na maternidade.
- 2o. Encontro - 28/8 - na maternidade.
- 3o. Encontro - 29/8 - na maternidade.
- 4o. Encontro - 01/9 - 1a. visita a domicílio.
- 5o. Encontro - 05/9 - 2a. visita a domicílio.
- 6o. Encontro - 12/9 - 3a. visita a domicílio.
- 7o. Encontro - 3/10 - 4a. visita a domicílio.

Identificação do RN

Recém nascido de Enia.

Data de nascimento: 28/8/89 às 3 horas e 55 minutos, sexo masculino, cor branca.

Identificação dos pais

Enia, 15 anos, cor branca, sexo feminino, solteira, escolaridade 5a. série do 1o. grau. Nasceu no município de Paulo Lopes e migrou com os pais quando tinha 3 anos para Florianópolis.

Enio, 22 anos, cor branca, sexo masculino, solteiro, 1o. grau completo, nasceu no Ribeirão da Ilha, Florianópolis.

Endereço atual do casal: Costeira do Pirajubaé, Fpolis-SC.

Dados básicos da gestação e parto (fonte - prontuário)

Antecedentes: nega doenças, acidentes, traumatismos. Menarca aos 11 anos, início da atividade sexual aos 14 anos. Ciclo 30/6. Gesta I, Para 0, nega aborto.

Gestação atual: não sabe a data da última menstruação, movimentos ativos aos 7 meses. Enjôos no 1o. trimestre.

Trabalho de parto: rotura de membranas artificial, líquido claro, apresentação cefálica. Parto normal, episiotomia com anestesia local. Nasceu feto vivo sexo masculino.

Data e hora de nascimento: 28/8 às 3:55.

Condições do RN ao nascer: apresentou Apagar 9 no primeiro minuto, permanecendo o mesmo no 5o. minuto e elevando-se para 10 no 10o. minuto. Feito os cuidados imediatos. Exame físico efetuado após 2 horas pós-nascimento.

Ativo, choro forte, rosado, reflexos esboçados com energia. Cabeça e pescoço sem particularidades. Coração com sopros, pulmões limpos, dorso anatômico, clavículas íntegras, abdomen plano sem visceromegalias, Ortolani negativo, pulsos simétricos, testículos na bolsa.

Teste de Capurro: idade gestacional 36 semanas RNPT (recém nascido pré-termo). AIG (adequado para idade gestacional),

vigoroso. Peso: 2.820 gr. Altura: 46cm.

Perímetro cefálico: 34 cm. Perímetro torácico: 30,5 cm.

Perímetro abdominal: 29,5 cm.

Sinais vitais dentro da normalidade durante a internação no berçário, que se estendeu por 6 horas. Não evacuou e não urinou durante este período. Transferência para alojamento conjunto as 10:30 da manhã.

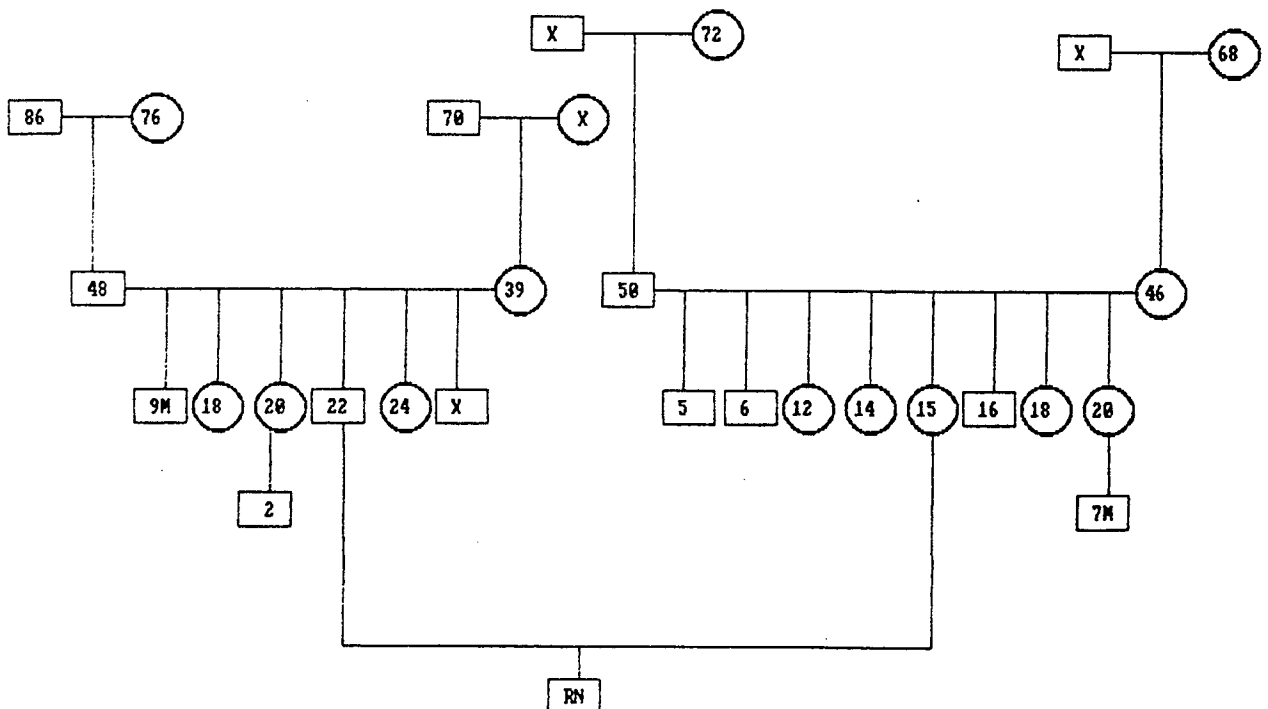
Condições da puérpera pós-parto.

Informações do prontuário: puérpera com sinais vitais estáveis, sangramento vaginal moderado logo após o parto. Foi transferida para o alojamento conjunto às 4:50 da madrugada.

Dados gerais sobre a família

Composição - O casal considera "todos" uma família, isto é, o casal, o RN, a família de origem de ambos.

GENOGRAMA



Situação sócio-econômica da família em expansão

Enio, o pai do RN tem o primeiro grau completo e trabalha como auxiliar de escritório na loja de tecidos no centro de Florianópolis. Conforme o relato de Enia lá ele tem além do ordenado outras vantagens:

"ele pode pegar o carro da firma para alguma necessidade".

Possue dois tipos de previdência: INPS e UNIMED. Pelo fato do casal morar numa pequena casa que está situada nos fundos da casa dos pais de Enio, atualmente não pagam aluguel. Apesar da união recente, o casal aparenta ter condições de adquirir o necessário para a vida cotidiana, além de comprar material de construção para a nova casa que estão construindo na comunidade da Tapera. Enia não tem atividade remunerada, situação considerada privilegiada conforme o comentário da mãe de Enia na maternidade

"vê se cuida bem para dar de mamar, você não trabalha fora, não é como sua irmã que depois de 3 meses teve de trabalhar".

Características sócio-culturais das famílias

A família de origem de Enio morava na comunidade do Ribeirão da Ilha, interior da ilha do município de Florianópolis, de onde vieram para o bairro periférico da Costeira há 18 anos. Segundo a mãe de Enio, vieram para cidade

"para não trabalhar tanto pois lá era na roça".

Ribeirão da Ilha é uma localidade situada no sul da ilha de Florianópolis, localiza-se a beira mar e foi colonizada predominantemente por açorianos.

A família de origem de Enia migrou há 12 anos do município de Paulo Lopes para Florianópolis onde foi morar na comunidade de Tapera, no interior sul da ilha. Paulo Lopes é um município da região da grande Florianópolis, sendo que sua população, na sua maioria, é de descendência açoriana. A Tapera é uma localidade a beira mar no interior da ilha de Florianópolis.

Segundo os locais de nascimento de ambas as famílias e pelo relato das mesmas, sua ascendência é açoriana e a religião dos seus membros é católica.

Situação econômica das famílias de origem

Como parâmetro para a situação econômica das famílias de origem foi utilizada a ocupação dos membros da família e as condições de moradia.

O pai de Enio é vigia noturno e as irmãs solteiras são faxineiras em empresas no centro da cidade. A mãe de Enio é do lar e possuem lote e casa própria.

O pai de Enia trabalhava numa companhia de limpeza, porém atualmente está se aposentando por doença. A mãe de Enia é do lar e possuem igualmente lote e casa própria.

Ambiente físico da família em expansão

A família em expansão reside na Costeira no mesmo terreno dos pais de Enio. Moram neste local desde que se uniram há 5 meses por união informal já durante a gravidez de Enia.

A Costeira é um bairro periférico de Florianópolis. Outrora foi uma vila de pescadores uma vez que está localizado à beira-mar, e atualmente é habitada por uma população variada, com moradores antigos e migrantes do interior da ilha e interior do

A família de origem de Enia migrou há 12 anos do município de Paulo Lopes para Florianópolis onde foi morar na comunidade de Tapera, no interior sul da ilha. Paulo Lopes é um município da região da grande Florianópolis, sendo que sua população, na sua maioria, é de descendência açoriana. A Tapera é uma localidade a beira mar no interior da ilha de Florianópolis.

Segundo os locais de nascimento de ambas as famílias e pelo relato das mesmas, sua ascendência é açoriana e a religião dos seus membros é católica.

Situação econômica das famílias de origem

Como parâmetro para a situação econômica das famílias de origem foi utilizada a ocupação dos membros da família e as condições de moradia.

O pai de Enio é vigia noturno e as irmãs solteiras são faxineiras em empresas no centro da cidade. A mãe de Enio é do lar e possuem lote e casa própria.

O pai de Enia trabalhava numa companhia de limpeza, porém atualmente está se aposentando por doença. A mãe de Enia é do lar e possuem igualmente lote e casa própria.

Ambiente físico da família em expansão

A família em expansão reside na Costeira no mesmo terreno dos pais de Enio. Moram neste local desde que se uniram há 5 meses por união informal já durante a gravidez de Enia.

A Costeira é um bairro periférico de Florianópolis. Outrora foi uma vila de pescadores uma vez que está localizado à beira-mar, e atualmente é habitada por uma população variada, com moradores antigos e migrantes do interior da ilha e interior do

estado. Eles residem na parte central e alta do bairro e nas imediações da casa está localizado uma escola e um posto de saúde da prefeitura. No local há várias casas de comércio, e um mini-mercado. Algumas das casas da vizinhança são de madeira e outras de alvenaria, todas com pintura, e de porte médio. Vistas de fora aparentam ter 4 a 5 peças. As casas estão muito próximas entre si e se situam de uma forma desordenada. Para chegar à casa da família há necessidade de subir uma escada de alvenaria que está bem conservada.

A casa dos pais de Enio é uma casa de madeira de cor vermelha e janelas de cor marrom. Uma casa de 5 peças, instalações sanitárias no interior da mesma. Pode-se considerar uma casa simples mas confortável.

A casa da família em expansão tem apenas uma peça, porém é ampla. Esta pequena casa tinha sido construída inicialmente para abrigar a irmã de Enio que é solteira e tem um filho, porém com a união de Enio eles passaram a morar ali provisoriamente. O quintal é pequeno, uma vez que, as duas casas ocupam grande parte do lote.

Ambas as casas possuem água encanada e luz elétrica. O lixo é recolhido pela Prefeitura e o esgoto é recolhido em fossa.

História da família em expansão

Enia já namorava com Enio há um ano e uniram-se após a gravidez de Enia por união informal. Enia refere:

"nós queríamos um nenê, sei que existe a pílula, a camisinha, mas nós não tomamos nenhum cuidado". (na maternidade).

Na família considera-se a união e gravidez aos 15 anos

como algo normal. Isto pode ser observado numa conversa que tive com a mãe de Enio, avó paterna do RN.

Enfermeira - ela é ainda muito nova.

Avó paterna - que nova que nada senhora, eu também tive meu primeiro filho com 14 anos, ela (Enia) tá acostumada a cuidar de guri pequeno.

Como as famílias costumam se organizar nesta situação de família em formação e expansão

Nas situações de família em expansão ocorre uma relação de ajuda entre as famílias de origem e a família em expansão. Isto pode ser observado de forma marcante no caso da família de Enio, que construiu uma casa nos fundos do quintal para a irmã de Enio quando esta teve seu filho e que depois foi cedida para Enio quando este fez a sua união. Também na família de origem de Enia, por ocasião do nascimento do seu sobrinho, ela também foi auxiliada por sua mãe e irmãs no cuidado ao RN.

Nota-se neste caso, como ocorreu nas outras famílias já descritas, que uma função do desenvolvimento da família de origem é auxiliar o novo casal a estabelecer uma nova moradia dando-se valor à formação de um novo núcleo. E por ocasião do nascimento de crianças na família, esta tarefa das famílias de origem se faz presente entre as mulheres que auxiliam no serviço doméstico e no cuidado, como pode ser visto em seguida.

DESCRIÇÃO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Data: 28/8/89 - período matutino

1o. encontro na maternidade.

Cheguei na enfermaria no horário costumeiro,

cumprimentei todas as pacientes e fui tomando as providências do dia. Enia era uma puérpera nova e fez o parto as 3:55 da madrugada, por isso, estava deitada e seu filho RN ainda estava no berçário. Ela, logo que me viu, perguntou onde estava seu filho e quando iriam trazê-lo. Expliquei-lhe as informações fornecidas pelo berçário sobre o estado geral do RN, e que o trariam depois das nove horas da manhã, sendo que depois ela iria permanecer com ele até a alta. Enia parece que ficou mais tranquila após a explicação e disse: "obrigada, é que eu já estou com saudades dele".

Ela parecia simpática, tinha um rosto meigo e parecia muito jovem. Achei que ela poderia fazer parte do meu trabalho e quando lhe falei sobre isto, ela concordou.

Nesta manhã, aproveitamos para conversar sobre sua vida e sua família. Ela refere que namorou desde os 14 anos com Enio, mas se uniram somente depois da gravidez. Eles queriam o nenê, não tomaram nenhum cuidado para evitar a gravidez.

Fez pré-natal no INPS, mas lá não orientaram sobre amamentação e cuidado do RN, embora tenham fornecido folhetos sobre o assunto.

Ela já tem experiência no cuidado de crianças, pois já com 8 anos de idade cuidava de uma criança que só tinha alguns meses. Fazia todos os cuidados sob a supervisão da mãe que por motivo de doença não podia fazê-lo. Cuidou de seus irmãos pequenos e mais recentemente cuidava do seu sobrinho que atualmente tem 7 meses.

Às dez horas da manhã, Enia levantou-se para tomar banho e referia estar se sentindo muito bem. Ao exame físico verifiquei: mamas com colostro e mamilos semi-protrusos e

íntegros. AFU (altura de fundo uterino) encontrava-se na altura da cicatriz umbilical, sangramento vaginal moderado, sinais vitais: PA: 11/7, P: 72, T: 36,5. local da episiotomia sem anormalidades. Depois do banho foi efetuado curativo perineal.

Quando tudo estava pronto, fui buscar o RN no berçário, para o seu primeiro contato com o mesmo. Ela parecia muito feliz, porém logo manifestou medo.

Enia - Eu tenho medo de pegar ele, parece tão pequeno assim.

Enfermeira - Vou te mostrar como pegá-lo, aos poucos você irá conhecê-lo melhor e nem vais notar que ele é tão pequeno assim.

Abri a manta para ela poder vê-lo melhor. Expliquei-lhe que ele era assim pequeno porque não tinha os 9 (nove) meses completos. Perguntei-lhe como ela tinha aprendido a segurar uma criança e ela disse que não lembrava bem, só sabia que tinha que cuidar muito. Mostrei-lhe como poderia manusear o RN com segurança. Mostrei-lhe que o RN estava bem e informei-lhe também outros dados como peso, comprimento e outros.

O RN estava chorando, e por isto resolvemos que seria ocasião para amamentá-lo. Auxiliei-a a achar uma posição confortável e depois, juntas colocamos o RN ao seio. Após algumas tentativas dificultadas pelo mamilo curto ele sugou vigorosamente.

Após a amamentação perguntei-lhe como ela costumava fazer. Ela disse:

"Eu já sei que a gente deve deixar arrotar antes de colocar na cama. Eu vou ficar com ele agora no colo assim ele fica mais quentinho".

Auxiliei-a a ficar numa posição confortável na cama. Lembrei-lhe que eu voltaria no início da tarde, deixando-a ciente de como poderia pedir auxílio para qualquer necessidade.

EVOLUÇÃO

Data: 28/8/89 - período vespertino

2o. encontro na maternidade.

Ao chegar à tarde na enfermaria, Enia e o RN estavam dormindo. Ao acordar, Enia pediu para auxiliá-la a trocar a roupa do RN dizendo:

"Queria colocar a roupinha dele, que eu trouxe de casa".

Durante a troca, Enia ia se familiarizando com as características do RN seu tamanho e seu manejo. Observamos que o RN fez sua primeira evacuação de mecônio. Como ainda não tinha urinado, expliquei para Enia observar durante as próximas trocas de fraldas e comunicar a equipe de enfermagem. Expliquei-lhe também o motivo deste controle. Quando terminamos a troca da roupa, ela parecia muito contente e conversava com seu filho.

Assim que iniciou o horário de visitas, chegaram Enio, o companheiro, a sogra de Enia (avó paterna do RN) e outra mulher que foi apresentada como conhecida da família. Todos pareciam muito contentes, beijando e cumprimentando Enia e em seguida sorriam e falavam com o RN. Enio, o pai, pegou o RN no colo com cuidado e carinho, em seguida me chamou para mais perto dele, parecendo ansioso pois fez várias perguntas a um só tempo, entre as quais,

"Como está o nenê"?

"Estas espinhas em cima do nariz, são normais"?

"Quando eles (mãe e RN) vão ter alta"?

Sorri compreensivamente e tratei de responder as perguntas relacionadas às características do RN, convidando-o a olhar outros RN da enfermaria. Em seguida forneci os dados constantes no prontuário quanto as medidas antropométricas e resultado do exame físico de avaliação realizado no berçário. Finalmente orientei-o quanto ao tempo de internação e a possível data da alta, procedimentos e horários.

Depois desta conversa em que todos tomaram parte, o pai, mãe, avó paterna e conhecida da família, Enio parecia bastante aliviado dizendo:

"Nós somos muito novos e não temos experiência por isso perguntamos tantas coisas".

Neste momento chegaram os pais de Enia que, depois de conversarem com a filha e ver o RN, vieram conversar comigo. O pai de Enia (avô materno do RN), pediu-me para ler um atestado que o médico lhe tinha dado. Segundo ele, como o médico não lhe explicou o conteúdo e ele não sabia ler, não tinha idéia de que se tratava. Ao ler o atestado vi que se tratava de uma solicitação de aposentadoria por doença, que devia ser entregue na perícia do INPS.

Expliquei o conteúdo do mesmo, e conversamos sobre sua doença, pois ele era portador de uma colostomia. Contaram, (ele e esposa), sobre a doença e sobre a experiência de que ambos realizaram um curso no INPS para aprender a trocar a bolsa.

Mãe de Enia - Primeiro era eu que trocava, depois eles lá,

insistiam pra ele trocar sozinho. E agora ele faz isto sozinho. Pareciam satisfeitos em poder contar-me estas coisas.

Na conversa sobre como Enia iria cuidar do RN e fazer os serviços domésticos a mãe de Enia comentou:

"É, eu não posso ajudar a cuidar do nenê, eu moro muito longe e tenho muita coisa para fazer. Vou mandar a Edina (outra filha de 14 anos) para ajudar no serviço da casa".

Enio então falou carinhosamente olhando para sua mãe:

"Oh mãe, você vai ajudar não é?"

Ela disse falando para nós:

"É eu moro encostado, e estou treinada, ainda tenho um nenê de 9 meses em casa".

Eu reforcei este auxílio junto a Enia:

"Você tem sorte, tem pessoas dispostas a te ajudar, isto é muito bom, principalmente nas primeiras semanas".

A mãe de Enia advertiu a filha de que esta deveria amamentar.

"Vê se dá de mamar, você pode, não trabalha fora. Não é como sua irmã que só pôde dar de mamar 3 meses e depois teve que trabalhar".

Continuando a conversa, disse que foi realmente "uma pena" a outra filha, não ter amamentado. Segundo ela, esta filha nunca teve problema de "seio empedrado", pois seguia os seus conselhos de sempre lavar com água morna, e o leite jorrava. Enio reforçou o conselho da sogra e disse olhando para Enia:

"Vou cuidar para você tomar bastante leite, para ter leite".

A mãe de Enio não emitiu opinião sobre este assunto, ficou calada. A mãe de Enia é que dominava a conversa, talvez porque tivesse mais experiência. Contou sobre suas experiências de 2 partos feitos em casa e outros na maternidade dizendo finalmente:

"Na maternidade é melhor".

Ao despedir-se, a avó materna, olhando para a única janela aberta na enfermaria disse para Enia:

"Cuidado com o vento sul, deixa bem tapadinho".

Relatou em seguida o caso de outra senhora que estava nesta mesma enfermaria e devido à janela aberta o recém nascido já estava espirrando e "já saiu da maternidade com gripe". Conversamos sobre isto, reforcei o cuidado de agasalhar muito bem o RN. Porém expliquei-lhe a necessidade de manter a janela aberta principalmente durante o horário de visitas. Mostrei-lhe que o vento não entrava diretamente sobre os RN, mantendo o ambiente ventilado.

Quanto ao espirro, expliquei-lhe o que na minha percepção como profissional, eu entendia como a causa do espirro. Ela ouviu atenta a explicação e disse:

"É pode até ser".

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. RFM - RN com 36 semanas, primeiro dia de vida.
2. RFM - Mãe primípara, 15 anos, primeiro dia pós-parto normal com episiotomia.

PLANO DE CUIDADO

- 1 - Controle de sinais vitais (6/6 horas);
 - Controle do estado geral (frequente);
 - Auxílio na higiene antes das mamadas;
 - Controle das mamadas (frequente);
 - Manter o RN com 2 cobertores.
- 2 - Controle de sinais vitais (6/6 horas);
 - Controle da altura uterina (6/6 horas);
 - Controle de lóquios: quantidade, aspecto, fluído (frequente);
 - Curativo perineal com iodo aquoso (2 x após o banho);
 - Troca de idéias sobre estes cuidados.

LEGENDA

RFM - Reservas Físicas Mantidas
 RFD - Reservas Físicas Diminuídas
 RFA - Reservas Físicas Ausentes

RPM - Reservas Psíquicas Mantidas
 RPD - Reservas Psíquicas Diminuídas
 RPA - Reservas Psíquicas Ausentes

RSCM - Reservas Sócio-Culturais Mantidas
 RSCD - Reservas Sócio-Culturais Diminuídas
 RSCA - Reservas Sócio-Culturais Ausentes
 RSCc - Reservas Sócio-Culturais conflitantes

RAFM - Reservas de Ambiente Físico Mantidas
 RAFD - Reservas de Ambiente Físico Diminuídas
 RAFA - Reservas de Ambiente Físico Ausentes

Continuação

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

- | | | | |
|--|--|--|--|
| 3. RPD - Enia preocupada com a per-
RSCD manência do RN no berçá-
rio após o parto. | 4. RPD - Enia com receio de
manusear o RN devido ao
seu tamanho.
RSCM - Tem experiência no cuida-
do a criança. | 5. RFD - Mamilos semi-protrusos de
Enia. | 6. RSCM - Avó materna orienta para
agasalhar o RN evitando
vento sul. |
| 3 - Esclarecer como funciona o alo-
jamento conjunto e rotina de
alta do berçário;
- Prestar esclarecimentos sobre o
estado geral do RN. | 4 - Busca de mais informações sobre
suas experiências;
- Mostrar como manejar RN com se-
gurança;
- Esclarecer sobre característi-
cas físicas do RN. | 5 - Auxílio na colocação ao seio
nas primeiras mamadas;
- Iniciar troca de idéias sobre
amamentação e cuidados com ma-
milos semi-protrusos. | 6 - Apoio as idéias da avó, refor-
çando a importância do cuidado
junto a mãe primípara. |

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

Continuação

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

7. RSCc - Avó materna considera espirro sinal de gripe, e a janela da enfermaria como causa do espirro do RN.
8. RPD - Pai ansioso com dúvidas sobre o estado geral e características do RN.
RSCD - Dúvidas sobre rotinas de alta.
9. RSCD - Avô materno com dúvidas sobre um atestado médico.
10. RSCM - Avó paterna se dispõe a auxiliar na orientação dos cuidados a mãe e ao RN.

- 7 - Troca de idéias sobre suas experiências no assunto;
- Esclarecer sobre a causa do espirro do RN;
- Esclarecimentos sobre a necessidade da janela aberta na enfermaria.
- 8 - Esclarecer dúvidas sobre características físicas, prestar outras informações como: medidas antropométricas, apgar e outros.
- Explicar os procedimentos usuais de alta.
- 9 - Explicar conteúdo do atestado;
- Ouvir os familiares sobre a doença do avô materno;
- Busca de mais informações sobre saúde e doença da família.
- 10- Reforço da importância deste auxílio junto a mãe primípara.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

COMENTARIOS

Quanto ao diagnóstico de enfermagem observa-se que as diferentes reservas para as quais há necessidade de cuidado, encontram-se interligadas. Assim, na situação diagnosticada na qual o pai está ansioso, suas reservas psíquicas estão diminuídas devido às suas dúvidas que são consideradas reservas sócio-culturais também diminuídas. Isto está de acordo com o conceito de saúde e doença deste marco, que considera saúde como um conjunto de reservas psíquicas, físicas e sócio-culturais e de ambiente físico que podem estar mantidas, diminuídas ou ausentes.

No diagnóstico 6 do esquema, o meu diagnóstico de enfermagem está de acordo com o da família, portanto considero o diagnóstico da avó materna como uma reserva sócio-cultural que deve ser mantida. No plano, mantive o cuidado, utilizando um componente do cuidar de reforço, o que está de acordo com o conceito de enfermagem deste marco.

No diagnóstico 7 que considerei de acordo com o referencial de saúde e doença adotado, as reservas sócio-culturais eram conflitantes porque a causa do espirro do RN na visão do enfermeiro não estava de acordo com aquela da avó materna. O plano de cuidado foi no sentido de repadronizar o diagnóstico desta. Isto se fez utilizando componentes do cuidar como conversar e esclarecer a causa do espirro segundo os conhecimentos do sistema profissional de saúde.

Houve reservas que mesmo mantidas foram diagnosticadas como necessidades de cuidados. O fato do RN encontrar-se no primeiro dia de vida na maternidade, exige cuidados e controles e igualmente a situação da mãe encontrar-se no primeiro dia pós-

parto. Muitos destes cuidados são cuidados novos para a mãe e para a família exigindo além das ações técnicas do cuidar, outros componentes como esclarecer, fornecer o resultado e outros.

Quanto ao contato com a família, os cuidados foram efetuados a diferentes membros: o pai, o avô materno e a avó materna, porém se estenderam aos demais pois estavam juntos, ouvindo, dando opiniões. Portanto foram cuidados para manter, aumentar ou repor reservas para a família como um todo nesta fase de expansão.

Ambas as famílias de origem, consideram como sua tarefa ou função, auxiliar no cuidado ao RN, o que considerei uma reserva sócio-cultural mantida para qual instituí o cuidado de reforçar junto à Enia a importância deste auxílio.

Quanto à evolução, em algumas situações foi possível verificar imediatamente se as reservas foram aumentadas ou repostas, em outras esta evolução ocorreu ao longo dos encontros com a família.

EVOLUÇÃO

Data: 29/8/89 - período matutino

3o. encontro na maternidade

Quando entrei na enfermaria às 7:30 da manhã, Enia já tinha tomado seu banho e estava com o filho no colo. Referiu que este urinou pela primeira vez de madrugada, está evacuando. Chorou um pouco durante a noite, porém mamava e em seguida dormia.

Quanto a ela, referiu que dormiu um pouco durante a noite, sentindo-se mais descansada. Não apresentava outras queixas exceto dor na episiotomia ao sentar. Estava disposta a

fazer a higiene completa do RN e o curativo do coto umbilical naquele dia, pois queria fazer sozinha em casa.

"Acho que posso fazer, já via como a minha irmã fazia, ela usava merthiolate e gaze".

Referiu ainda que não tinha mais medo de manusear o RN.

Aproveitamos para fazer os cuidados primeiramente à mãe, para depois realizar os cuidados do RN que estava dormindo. Observei que Enia estava com as faces alegres, tranquilas, demonstrando sempre muito carinho pelo seu filho e preocupando-se pelo seu bem estar. Apresentava mamas com colostro, mamilos semi-protrusos e íntegros. Altura uterina 10cm e lóquios com quantidade e características próprias de 20. dia pós-parto. Episiotomia sem anormalidade, demais segmentos sem particularidade. Sinais vitais: estáveis. Efetuado o curativo perineal com solução de iodo aquoso, conversamos sobre como o curativo poderia ser feito em casa.

Após Enia fazer o seu desjejum, no qual alimentou-se bem, iniciamos em conjunto os cuidados matinais do RN. Primeiramente providenciei o aquecimento do ambiente uma vez que estava muito frio nesta manhã. Alertei esta providência para Enia, uma vez que teria que proporcionar um ambiente aquecido em casa, ao descobrir o RN.

Verifiquei os sinais vitais: T: 36,9 C. , FC:144 bpm, FR:48 mpm. Apresentava-se ativo, choro forte, reflexos presentes. Pele rosada e íntegra por todos os segmentos. Coto umbilical iniciando necrose, base do coto sem particularidade, demais segmentos sem anormalidades. Urinando, e evacuando mecônio normalmente.

Ao verificar o peso do RN e comunicar o resultado para

Enia, ela ficou preocupada, com a diminuição de peso, uma vez que o resultado desta pesagem foi de 2,750 gr, sendo que o peso ao nascer foi de 2,830 gr. Exclareci-lhe porque isto ocorre e para tranquilizá-la, mostrei-lhe mais tarde o resultado dos pesos de outros RN da enfermaria.

Auxiliei Enia a fazer a higiene e o curativo do coto umbilical. Ela demonstrava certa habilidade, e eu lhe disse isso para encorajá-la.

Conversamos sobre amamentação. Enia referiu que não sabia o que fazer em caso de "rachadura e seio empedrado" e ingurgitamento da mama. Ela já havia ouvido sobre isto, mas nunca vira porque sua irmã que amamentou não teve estes problemas e conhecia a bomba tira-leite. Mostrei-lhe os cuidados que deveria ter ao colocar seu filho no seio, ao retirar, alternância dos seios e outros. Falei-lhe também sobre banho de sol nos seios como maneira de prevenir e curar fissura. Ela porém disse que isto era difícil pois todo mundo iria ficar olhando. Sugerí então que poderia substituir o sol pela lâmpada, o que ela achou viável pois tem um abajur em casa.

Conversamos sobre cuidados em geral do puerpério. Enia referiu que lhe disseram que não deveria comer "coisas carregadas", como peixe de lixa, carne de porco, repolho. Disse-lhe que poderia evitar isto, procurando suprir com outros alimentos para não prejudicar a amamentação.

Forneci para Enia a caderneta de saúde do RN, orientando-a sobre a importância e conteúdo e deixei igualmente com ela o manual fornecido pela maternidade sobre os cuidados principais à mãe e ao RN.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. RFM - RN 36 semanas, segundo dia de vida, com alta da maternidade.
2. RPM - Mãe está disposta a aprender a fazer a higiene do RN e curativo do coto umbilical, já viu sua irmã fazer com merthiolate e gaze.
RSCM
3. RSCD - Não sabe o que fazer em caso de fissura e ingurgitamento da mama. Conhece a bomba tira-leite.
RSCc - Não tem privacidade para fazer banho de sol nos seios.
RAFD

PLANO DE CUIDADOS

- 1 - Controle de sinais vitais do RN (6/6 horas)
 - Controle de peso e esclarecimentos do resultado do peso para a mãe (1 x);
 - Controle do estado geral do bebê (frequente);
 - Controle das eliminações (frequente);
 - Controle das mamadas (frequente).
- 2 - Fazer em conjunto com a mãe o curativo do coto e a higiene do RN;
 - Trocar idéias de como poderá fazer o curativo e a higiene em casa;
 - Elogiar a habilidade demonstrada pela mãe ao fazer a higiene e curativo do coto.
- 3 - Explicar medidas preventivas e curativas para fissuras;
 - Explicar medidas preventivas e curativas para ingurgitamento mamário;
 - Sugerir que poderá utilizar a lâmpada do abajur para fazer banho de luz como prevenção e cura das fissuras.

Continuação

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

4. RFM - Puérpera, segundo dia
RPM pós-parto com alta da ma-
ternidade.

5. RSCM - Enia refere que disseram
que não pode comer "coi-
sas carregadas".

4 - Controle de sinais vitais (6/6
horas);
- Controle da altura uterina;
- Fazer o curativo perineal e
trocar idéias para a realização
do curativo em casa;
- Controle de lóquios e esclare-
cimentos quanto as caracterís-
ticas dos mesmos e sua perma-
nência.

5 - Respeitar as crenças, buscando
mais informações;
- Trocar idéias do que poderá co-
mer;
- Explicar a importância da ali-
mentação tanto para ela quanto
para a amamentação.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

COMENTÁRIOS

Neste encontro, onde contatei apenas com a mãe e o RN, os cuidados visaram a alta que estava prevista para este dia. Os cuidados sobre os quais conversamos não eram novos para Enia dada sua experiência própria em cuidar de crianças e por acompanhar a vivência da irmã no cuidado ao RN. Como a família valorizava os partos na maternidade, os conhecimentos que ela dispunha não estavam na sua maioria em desacordo com as orientações do cuidado profissional.

De uma forma geral, prevaleceram os cuidados do sistema profissional de saúde, uma vez que o ambiente de profissionais sem a presença de outros membros da família propiciava esta situação.

O marco auxiliou a verificar as crenças, práticas e valores que ela dispunha para então instituir o cuidado profissional, nos quais os componentes do cuidar foram fundamentais.

Enia, a mãe, demonstrou vontade em aprender a fazer o cuidado ao RN. De acordo com a teoria do desenvolvimento da família, pode-se inferir que nesta família de descendentes de açorianos a tarefa de desenvolvimento das famílias de origem favoreceu a tarefa da família em expansão. Isto é, a nova mãe já auxiliou a cuidar do sobrinho RN e isto favoreceu agora a sua própria tarefa de cuidar do seu filho RN.

EVOLUÇÃO

Data: 1/9/89

4o. encontro, 1a. visita domiciliar.

Era uma tarde de sol, porém o vento frio (vento sul), batia forte no bairro da Costeira. Depois de procurar muito, achei a casa de madeira vermelha, que era a casa dos pais de Enio e nos fundos desta, a casa da família em expansão.

A casa, era pequena sem pintura de apenas 1 peça, porém uma peça ampla, tendo duas janelas de vidro e 3 janelas de madeira. No seu interior havia todos os móveis necessários: cama de casal, berço do RN, 2 armários, mesas, cadeiras, geladeira, aparelho de TV e fogão.

Quando entrei na casa, logo defrontei com uma situação tensa e confusa, Enio estava com o RN que chorava muito no colo, Enia estava sentada na beira da cama retirando leite do seio com a bomba tira-leite e colocando numa mamadeira e disse logo que me viu:

"Achei que a senhora não vinha".

E o pai, mostrando ansiedade perguntou:

"Quer pegar ele"?

Pedi licença para largar minha bolsa, e lavar as mãos na pia da cozinha e enquanto eu pegava o RN no colo o pai continuou, dizendo:

"Ele chorou a noite inteira, e hoje não pegou no seio. Acho que é cólica, já pensei em levar no Hospital Infantil".

Enia disse:

"Ele está com cólica de umbigo, quase não mamou hoje e não quer pegar" (no seio).

O RN aparentava estar com fome, sugava o dorso das mãos. Os pais pareciam aflitos e cansados. Como ambos os seios de Enia estavam descobertos, observei rapidamente que não havia

ingurgitamento importante, as mamas estavam com fissuras leves e como já havia verificado na maternidade os mamilos eram curtos.

Disse então para Enia e o esposo,

- "Vamos fazer uma coisa? não retire mais o leite com a bomba, descanse um pouco, que vou dar um jeitinho nele aqui". Vou dar uma olhada nele, trocar e depois eu te ajudo a colocá-lo no seio. Ele já mamava tão bem na maternidade não é? por isto vamos ver se continua mamando, ele parece estar com fome".

Examinei o RN que se apresentava com o rosto levemente icterico, corpo rosado, ativo, reflexos presentes, choro forte, Coto umbilical necrosando normalmente, abdômem sem particularidades. Havia urinado, e evacuado fezes de transição.

O pai alertou-me que não havia sido feito o curativo do coto devido ao frio e pediu-me para fazê-lo.

Quando íamos colocar o RN no seio, veio a avó paterna do RN mãe de Enio, que após os cumprimentos foi logo dizendo para mim,

"Será que não é bom dar leite de vaca para ele"?

Neste momento dei apenas uma resposta vaga para ela, pois o momento era tenso com tanto choro.

"Nós vamos experimentar se ele mama, pois Enia tem bastante leite e ele (o RN), já pegava muito bem no seio, não é?"

Agora Enia parecia indecisa e perguntou:

"Então não dou este leite que eu tirei"?

Enfermeira - vamos experimentar dar de mamar?

Ajudei-a a achar uma posição confortável. Auxiliei-a a colocar o mamilo na boca do RN e mostrei ao pai e a avó como poderiam auxiliar Enia a colocar o RN no seio. O RN sugou logo e ficou sugando, saciando sua fome até adormecer.

O ambiente ficou silencioso. Depois quando voltamos a conversar, enfatizei a importância da tranquilidade de todos para o sucesso da amamentação.

Procurei então conversar mais com a avó paterna, procurando conhecer melhor suas experiências com a amamentação. Pelo seu relato, ela amamentava apenas no início preferindo utilizar a mamadeira. O último filho que tem atualmente 9 meses de idade só mamou 20 dias.

Reforcei a todos a necessidade de colocar o RN no seio e a não utilização da mamadeira. Perguntei a avó o que achava disto, deixando que ela expressasse a sua opinião. Reforcei junto aos pais o valor da experiência e ajuda da avó no auxílio dos cuidados ao RN, mesmo que na amamentação esta experiência tenha sido pequena, comentando:

Enfermeira - Como a senhora já deu de mamar, é importante que a senhora ajude eles com sua experiência, afinal é com a senhora que eles podem contar, não é mesmo?

Ela concordou com a idéia e parecia contente, disse então que precisava voltar para a sua casa. Enio abraçou-a levando-a para a porta, pareciam ter muito afeto entre si. Depois que ela saiu, Enio disse:

"Nós demos chá de erva doce, o que a senhora acha? foi minha mãe que deu a idéia".

Disse-lhe que poderiam oferecer o chá ao RN, desde que fosse uma quantidade mínima para evitar que o RN recusasse o seio. Troquei idéias sobre outras formas para aliviar a cólica do RN, esclareci também a diferença entre choro de cólica e choro de fome.

Perguntou-me também se poderia dar medicação e eu disse-lhe que poderia fazê-lo como último recurso. Enio pediu-me para deixar por escrito estes cuidados para cólica inclusive a medicação. Aconselhei a comprar a medicação já prescrita no receituário médico da maternidade ou seja, novatropina gts (gotas) e orientei quanto ao uso da quantidade e intervalos.

Observei que Enia não colocou o RN para eructar após a mamada e ao perguntar sobre isto, ela respondeu:

"Eu coloco sempre".

Porém não fez nenhuma menção de fazê-lo. Procurei não inquirir mais, pedi licença para levar o RN no colo colocando-o para eructar sem elevá-lo demais para não ferir possíveis crenças que eu não conseguia detectar no momento.

Mostrei aos pais a icterícia no rosto, conversamos, Enia lembrou da roupa amarela, orientei sobre o efeito da claridade e a necessidade de observarem a evolução.

Enio, parecendo aliviado com o RN dormindo, disse que iria aproveitar para sair pois tinha muito o que fazer.

Aproveitei então e examinei melhor as mamas de Enia que se encontravam sem ingurgitamento e com fissuras leves. Ela disse:

"Estou colocando manteiga de cacau, não tou colocando no sol pois tem muito vento".

Observei que havia um abajur ao lado da cama. Sugerí então que em vez de manteiga de cacau ela colocasse o seio para secar após a mamada em frente ao abajur sempre que isto fosse possível. Trocamos idéias sobre o motivo de não colocar manteiga de cacau e ela concordou.

Enia disse-me que "os pontos" (episiotomia) estavam doendo muito e ela estava colocando mercúrio. Perguntei se ela queria que eu examinasse os pontos e ela concordou. Observei que a cicatrização estava se processando normalmente. Os lóquios e a altura de fundo uterino estavam compatíveis com o 4o. dia pós-parto. Trocamos idéias sobre a forma de descansar mais, aproveitando para ficar deitada sempre que o RN estivesse dormindo, uma vez que sua irmã fazia todo o serviço da casa.

Neste meio tempo a sogra de Enia, ou seja a avó paterna do RN, voltou novamente trazendo um menino de dois anos, disse que era seu neto, filho da irmã de Enio. Disse que sua filha, mãe deste menino é solteira, e que o rapaz a deixou assim que engravidou. Ela então disse para Enia e para mim:

"Ela (Enia) fica nervosa com o nenê chorando mas é assim mesmo".

As lágrimas começaram a brotar nos olhos de Enia. Disse-lhe:

- "É, isto é normal, isto é uma mudança muito grande na vida da gente".

Contei-lhe um pouco sobre minha própria experiência de ser mãe pela primeira vez, abracei-a levemente animando-a, dizendo-lhe que isto era passageiro, mas que estávamos lá para ajudá-la .

Fui me despedindo, dizendo que Enia deveria descansar agora já que o nenê estava dormindo. Frisei junto a avó paterna a

necessidade de deixar Enia descansar. Recomendei o banco de leite da maternidade para qualquer anormalidade quanto a amamentação. Porém a sogra logo falou:

"Para ir a maternidade é muito ruim, pois tem muito vento".

Deixei então o meu telefone, dizendo que poderiam telefonar para esclarecer qualquer dúvida e que eu voltaria dentro de 3 dias.

Data: 01/09/89

4º Encontro

1ª Visita no domicílio

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

- 1. RPD - Pais aflitos devido ao choro do RN;
- RFD - RN com sinais de fome;
- RFD - Dificuldades de colocar RN no seio com mamilo semi-protruso;
- RSCD - Retirando leite do seio para ser colocado na mamadeira;
- RSCc - Avó paterna sugerindo leite de vaca.

PLANO DE CUIDADOS

- 1 - Verificar estado geral do RN e deixá-lo confortável com fraldas limpas;
- Exame das mamas da mãe;
- Agir no sentido da suspensão da retirada do leite com a bomba e colocação ao seio. Lembrar que o RN já mamava muito bem na maternidade;
- Proporcionar local e posição confortável para a mãe e RN antes de iniciar a amamentação;
- Realizar manobra para produzir a saliência do mamilo;
- Auxílio na colocação do RN ao seio;
- Silenciar enquanto o RN está mamando, respeitando o silêncio de todos;
- Esclarecer sobre a importância da tranquilidade de todos para a amamentação e tranquilidade do RN;
- Troca de idéias sobre como a família pode auxiliar na colocação do RN ao seio quando necessário.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

Continuação

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

2. RSCc - Avó paterna sugerindo leite de vaca.

3. RSCD - Dúvida dos pais quanto ao choro e medidas para diminuir a cólica;
RSCM - Estão administrando chá de erva-doce.
RSCD - Dúvida quanto administração de medicação.

2 - Conversar com a avó paterna, buscando mais informações sobre suas experiências com a amamentação;
- Trocar idéias sobre a importância da amamentação para o RN
- Reforçar ao casal a importância do auxílio e experiência da avó nos cuidados;
- Esclarecer sobre a importância de evitar a mamadeira para o sucesso da amamentação.

3 - Buscar mais informações sobre o que entendem por "cólica de umbigo" e quais as práticas que já conhecem;
- Trocar idéias sobre possíveis causas de cólicas;
- Conversar sobre medidas preventivas;
- Trocar idéias sobre medidas curativas;
- Manter chá de erva-doce, tendo o cuidado de administrar somente em caso de cólica em pequena quantidade;
- Esclarecer para utilizar medicação prescrita na maternidade num intervalo não inferior a 6 horas, e somente como último recurso.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

Continuação

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

4. RSCD - Mãe não coloca RN para eructar após a mamada.
5. RAFD - Devido ao frio e vento sul não foi efetuado curativo no coto umbilical do RN.
6. RFD - Escleróticas e rosto do RN levemente ictérico.
7. RFD - Fissuras leves em ambos os seios de Enia;
RAFD - Não faz exposição dos seios ao sol devido ao vento e falta de privacidade;
RSCc - Coloca manteiga de cacau.

- 4 - Procurar mais informações sobre cuidados ao RN com os familiares nas próximas visitas.
- 5 - Realização do curativo;
- Sugerir para fazer a higiene completa e curativo do coto no período da manhã quando há menos vento sul.
- 6 - Buscar informações sobre práticas com relação a icterícia;
- Orientação sobre posição da criança na claridade durante o dia;
- Observar a evolução.
- 7 - Trocar idéias sobre outras formas de fazer exposição dos seios a luz, esclarecer que poderá utilizar a luz do seu abajur;
- Esclarecer sobre o uso de manteiga de cacau e os efeitos da retirada constante com água, retirando a oleosidade natural da pele aumentando as fissuras.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

Continuação

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

8. RFD - Dor na região perineal de
Enia.

9. RFD - Enia chorosa e cansada.
RPD

8 - Examinar a região perineal e
diante do quadro normal, esclari-
ficar que o descanso na posição
deitada, sempre que houver
oportunidade durante o dia,
diminui o edema e a dor.

9 - Animar, ouvir, tocá-la, demons-
trando compreensão;
- Conversar com os membros da fa-
mília para proporcionar ambien-
te propício a seu descanso.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

COMENTARIOS

Na situação inicial do encontro, não foi possível realizar um entendimento dos cuidados com os diferentes membros da família, dada uma situação que segundo meu referencial necessitava um diagnóstico e intervenção urgentes. Assim no primeiro momento realizei um diagnóstico com a imediata repadronização do cuidado da família. Em seguida diante das reservas sócio-culturais conflitantes que detectei junto a avó paterna estabeleci um plano de cuidado para a mesma. Este plano visou levantar mais dados sobre suas experiências com a amamentação, valorizando em seguida estas experiências mesmo que escassas frente ao casal. Isto para reforçar uma reserva sócio-cultural importante que é a tarefa de auxílio da família de origem nesta fase de expansão.

Não fiquei indiferente ao diagnóstico dos pais, quanto a cólica do RN, uma vez que de acordo com o relato foi possível chegar a um diagnóstico em conjunto. Assim esclareci dúvidas e acomodei cuidados.

Quanto ao cuidado de posicionar o RN para eructar não foi possível levantar dados suficientes nesta visita. Baseado em experiências anteriores com outras famílias não insisti, avaliando que a nossa confiança ainda não era suficiente para que revelassem todas as suas crenças. Como em outras famílias, apesar da minha postura de interesse pelas suas crenças e práticas, continuava sendo vista como representante do sistema profissional e impositora dos cuidados deste sistema.

Como já verificado na maternidade, os diferentes membros da família, consideram o frio e o vento como causa de doença.

Isto está ligado diretamente as próprias origens das famílias residentes no litoral e habituadas com o vento constante. Nesta situação, o ambiente físico onde vivem, favorece estas idéias uma vez que a casa de madeira está situada na parte alta do bairro em frente ao mar, na parte sul da cidade. Portanto, uma importante necessidade de cuidado ao RN nesta família é evitar o vento e o frio, que está acima da necessidade de efetuar o curativo do coto. Porém na visão do profissional, o curativo do coto tem prioridade tendo a importância de evitar proliferação de microorganismos no local. São portanto duas percepções de necessidades de cuidados diferentes.

Nesta visita foi possível detectar através dos relatos, percepções da família sobre a causa de doença: vento, frio e nervosismo.

Quanto às reservas psíquicas diminuídas verificadas, o marco não forneceu subsídios diretos para levantar mais dados. Assim, para fazer enfermagem para estas reservas que naturalmente não estão isoladas, foram importantes os componentes do cuidado: animar, ouvir, tocar e outros.

Quanto ao trabalho com a família, realizei cuidado a diferentes membros, o RN como foco central, a mãe, o pai e a avó paterna. Estes cuidados visaram aumentar e manter reservas individuais que reverteram para a manutenção das reservas da família como um todo, nesta fase de expansão.

EVOLUÇÃO

Data: 5/9/89

5o. encontro - 2a. visita no domicílio

Era uma quarta feira, 14 horas da tarde. Enia estava em casa com sua irmã, o RN estava dormindo. Logo referiu que o "nenê está ótimo", está mamando bem ao seio desde a minha última visita. Segundo ela,

"As vezes o nenê ainda chora de cólica, então nós damos 3 gotas de Elixir Paregórico, e ele dorme bastante".

Procurei rever o motivo do uso de Elixir Paregórico. Segundo ela, foi a balconista da farmácia que indicou. Esclareci sobre os efeitos prejudiciais deste medicamento, e revisei com ela as medidas para diminuir as cólicas que conversamos na visita anterior. Enquanto conversávamos veio a sogra de Enia (avó paterna do RN), e trocamos idéias sobre o mesmo assunto. No final ela disse:

"E não sabia estas coisas deste remédio".

Enia referiu ainda:

"Apareceu 2 bolinhas de pus no pescoço. Passamos esta pomada (nebacetim). Foi ela (sogra) que mandou passar".

A sogra disse - "quando meu guri veio da maternidade teve o mesmo problema, aí fomos no Hospital Infantil e mandaram passar esta pomada. Disseram que isto é infecção do berçário".

Enia referiu ainda que na perna esquerda também apareceram estas "bolinhas" mas sem pus.

Ao exame físico verifiquei que o RN apresentava-se em bom estado geral. Rosto com icterícia em regressão, demais segmentos de cor rosada. Pescoço com vestígios de lesões. Perna E. com lesões eritematopapulosas, características de eritema tóxico em regressão, coto umbilical totalmente necrosado. O RN

apresentava-se limpo, com vestuário adequado à temperatura.

Expliquei à Enia e à sogra que poderia manter o uso da pomada. Quanto as lesões da perna esquerda esclareci que se tratava de uma alergia própria do RN sem necessidade portanto de administrar a mesma pomada. Enia disse então que sua mãe já lhe tinha dito o mesmo.

Enia referiu ainda, que quando está muito frio com vento, ela só lava os genitais e faz curativo no coto. Faz isto porque acha que o frio pode trazer uma doença para o RN. Conversei sobre a possibilidade de vedar as frestas da casa com jornal. Elas (Enia e a sogra) disseram que os jornais não iriam influir muito. Conversamos sobre a forma de fazer a higiene no horário mais quente do dia, porém deixei claro que elas deveriam decidir sobre isto.

Quanto a ela, Enia disse que estava mais descansada e sentia-se melhor. Fez banho de luz nos seios usando o abajur, sendo que houve melhora das fissuras. Agora não tinha mais dificuldade de colocar o RN ao seio. Referiu que estava urinando e evacuando normalmente. Segundo Enia "os pontos não estão mais doendo".

Ao exame físico apresentava-se com faces alegres, deambulante, S. V: T: 36,5 graus Celsius, FC: 82 bpm, R: 18 mpm, PA: 12/7 mmHg. Lábios secos com fissuras, mamas com leite, sem engurgitamento mamário, mamilos íntegros, útero não palpável, lóquios em pequena quantidade, episiotomia cicatrizada.

A sogra de Enia informou:

"Nós estamos empurrando a comida para ela, senão ela não come. Fizemos o que ela gosta e o que pode comer".

Perguntei-lhe sobre o que deve ser evitado no resguardo, e ela respondeu,

"Coisas carregadas, peixe de lixa, carne de porco, cebola, vinagre".

Disse que ela insiste para Enia comer galinha, sopa, um arroz.

Relatou sobre suas experiências no puerpério referindo que:

"Sempre deve ser feito o resguardo senão a mulher sofre mais tarde".

Não interferi na alimentação, sugeri apenas que Enia procurasse ingerir líquidos para não prejudicar a amamentação.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. RSCc - Administração de elixir paregórico para cólica do RN.
2. RFD - Impetigo no pescoço em regressão e eritema tóxico na perna E.
RSCM - Administração neomicina pomada.
3. RAFD - Não faz a higiene completa do RN devido ao frio ambiente.
RSCc - Acha que não adianta vedar as frestas das paredes.
4. RFD - Mãe com anorexia, família estimulando a ingesta.
RSCM
5. RFD - Mãe com lábios secos, e com fissuras.

PLANO DE CUIDADOS

- 1 - Troca de idéias sobre o uso de medicações para cólica. Explicação sobre composição do elixir paregórico e os efeitos sobre o RN.
- 2 - Manter cuidado com impetigo no pescoço;
- Esclarecer sobre o eritema tóxico na perna E, e a não necessidade de aplicar pomada neste local.
- 3 - Troca de idéias sobre formas de manter o ambiente mais aquecido;
- Busca de informações sobre as principais dificuldades ao fazer a higiene, criando formas para saná-las;
- Sugerir fazer higiene no período mais quente do dia;
- Respeitar decisão da família quanto a higiene.
- 4 - Manter cuidados;
- Esclarecer para ingestão abundante de líquido.
- 5 - Sugerir a colocação de manteiga de cacau com frequência uma vez que já dispõem do produto em casa.

COMENTÁRIOS

Neste encontro tive a oportunidade de fazer uma evolução positiva da minha última visita, principalmente no que se refere à amamentação, uma vez que Enia continuava amamentando o RN.

Sobre o que se considera necessidade de cuidado, novamente a questão do vento e frio se fez presente. Considera-se o vento e o frio como causa de doença e portanto cuidados preventivos são efetuados.

A avó paterna do RN, portanto a sogra de Enia exerce de forma constante a sua tarefa de cuidar da nora e do RN, nesta fase, de acordo com suas crenças e práticas. Isto é facilitado pelo ambiente físico uma vez que as duas casas se situam muito próximas entre si. Portanto, a minha intervenção nesta visita com a participação dela, foi importante para operacionalizar o conceito de enfermagem do marco promovendo entendimento entre o cuidado profissional e o popular, isto é, o cuidado da família.

EVOLUÇÃO

Data: 12/9/89

6o. encontro - 3a. visita no domicílio

Cheguei na casa de Enia as 14 horas num dia de chuva. Ela estava passando a ferro as fraldas do RN, sua irmã estava lavando a louça e o RN dormindo.

Como costumava fazer, logo foi contando os acontecimentos com o RN desde a minha última visita. Referiu que o coto umbilical caiu no sábado e ela o guardou numa caixa de fósforo pois disseram-lhe que era bom guardar para o bem do

menino. Após 5 dias da queda do coto, ainda não foi efetuado banho de imersão, pois acha que o umbigo está aberto e está muito frio. Referiu ainda que a alergia da perna E está melhor e não apareceu outra "bolinha de pus".

O RN continuava só mamando no seio e dormia bastante. Não estavam mais administrando Elixir Paregórico, compraram "novatropina" gts.

Referiu ainda que, sempre que o RN chora um pouco mais, o esposo quer ir ao médico. Mas a sogra sempre procura ver o motivo e logo diz para todos ficarem calmos porque é normal. Disse ainda olhando para o RN que estava dormindo em decúbito dorsal:

"Deixo ele dormir de barriga para cima pois senão ele pode ficar com a cabeça de um lado maior que a outra".

Segundo ela, sua mãe a alertou para isto.

Trocamos idéias sobre o assunto, lembrei-lhe que isto ocorre muitas vezes, quando as crianças são deixadas muito tempo no berço. Lembrei-lhe que com o desenvolvimento normal da criança ela iria naturalmente movimentando a cabeça. Sugerí que evitasse esta posição logo após a mamada para evitar que houvesse vômito ou regurgitação e aspiração.

Depois que o RN acordou pude verificar que já parecia estar com mais peso. Apresentava-se rosado, pele íntegra, vestígios apenas das lesões na perna E, cicatriz umbilical totalmente cicatrizada. Apresentava fezes lácteas próprias do leite materno, urina clara. Enia colocou-o ao seio, sendo que sugou vigorosamente.

Quando terminou de amamentar ela disse, (provavelmente

pensando que eu iria cobrar a questão da eructação)

"A minha sogra disse que eu tenho que cuidar muito "pra" quando eu coloco ele "pra arrotar" (mostrando na posição mais vertical) eu não deixe cair a arca".

Perguntei-lhe o que era a arca caída, mas ela não soube responder. Disse que a mãe dela também disse para cuidar por causa da arca. Procurei verificar como deveria cuidar para não cair a arca e juntas procuramos uma forma de fazer o RN eructar e sem elevar muito o tronco. Coloquei o RN de bruços no berço mostrando as vantagens desta posição para promover a eructação, prevenir cólicas.

Falamos sobre crescimento da criança, e ela disse que iria levar o RN na Clinipar (Clínica Pediátrica Particular) pela "Unimed" num médico que o filho do patrão leva seu filho.

"Vou levar por estes dias para ver se aumentou de peso e se está tudo bem".

Quanto à ela, Enia referiu que se encontrava muito bem, alimentando-se melhor, e sem outras queixas. Perguntei-lhe sobre o que estavam pensando sobre como evitar uma nova gravidez. Ela disse que ainda não tinham tido "relações", e que ainda não sabiam como fazer, mas conheciam alguns métodos.

Conversamos sobre o assunto, alertei-lhe sobre a importância dela e o marido conversarem e decidirem o que fazer. Conversamos sobre as diferentes formas de anticoncepção e também as implicações com a amamentação e no final ela disse:

"Vou conversar com ele, sei que ele vai me ajudar nisto, nós falamos sobre estas coisas".

Conversamos também sobre a sua consulta de retorno ao médico onde realizou o pré-natal após um mês, sendo que nesta consulta poderia resolver dúvidas de anticoncepção com o médico. Sugerí que o esposo poderia participar desta consulta e coloquei-me à disposição para conversar com o casal, se fosse necessário.

Considerarei que houve uma boa evolução no cuidado ao RN por parte da mãe e da família. As reservas do RN, da mãe e da família estavam mantidas. Portanto na despedida resolvemos que eu faria uma última visita no final do mês. Desta vez a avó paterna não veio à casa de Enia enquanto eu lá estive e apenas falei com ela de forma rápida na saída.

Data: 12/09/89

6º Encontro

3ª Visita no domicílio

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. RSCD - Após 5 dias da queda do coto, Enia não deu banho de imersão no RN, acha que o umbigo está muito aberto e tem medo do frio.
RPD
RFM - Cicatriz umbilical totalmente cicatrizada.
2. RSCc - Enia deixa o RN dormir sempre em decúbito dorsal para evitar a deformação da cabeça.
3. RSCM - Avó paterna continua auxiliando no cuidado ao RN.
4. RSCc - Enia está com medo de posicionar RN para eructar devido orientações da sogra e mãe sobre a arca caída.

PLANO DE CUIDADOS

- 1 - Esclarecer que a cicatrização do umbigo está completa e pode iniciar com o banho de imersão;
 - Investigar sobre outras causas do medo no banho de imersão;
 - Trocar idéias sobre formas de preparar ambiente e cuidados durante o banho para manter a temperatura do RN;
 - Sugerir para inicialmente fazer o banho com auxílio de outra pessoa.
- 2 - Esclarecer que a deformação da cabeça só ocorre quando a criança permanece constantemente numa posição;
 - Alertar que a alternância de posição é o ideal;
 - Alertar para evitar a posição em decúbito dorsal após as mamadas.
- 3 - Reforçar o auxílio, mantendo cuidado.
- 4 - Em conjunto encontrar uma posição que evite a arca caída e favoreça a eructação após as mamadas.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

Continuação

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O
E
L
E
V
A
N
T
A
M
E
N
T
O
D
E
D
A
D
O
S

5. RSCD - Casal ainda não sabe como fazer para evitar nova gravidez.

- 5 - Trocar idéias sobre diferentes métodos anticoncepcionais que podem ser utilizados sem prejudicar a amamentação;
- Sugerir para Enia conversar com o esposo sobre o assunto;
- Prontificar-se para conversar sobre o assunto com o esposo;
- Alertar que na consulta de revisão, poderá conversar com o médico sobre o assunto. Sugerir que o esposo a acompanhe.

E
V
O
L
U
Ç
Ã
O

COMENTÁRIOS

O fato relevante nesta visita, foi diagnosticar a reserva sócio-cultural conflitante, pois a família entende como necessidade de cuidado, precauções ao posicionar a criança para evitar a "arca caída", o que está em conflito com a percepção do profissional que vê como necessidade de cuidado o posicionamento mais vertical do RN após as mamadas favorecendo a eructação, prevenindo uma possível aspiração do alimento regurgitado e ainda evitando a cólica. A intervenção da enfermagem foi acomodar o cuidado, visando atender os dois objetivos: promover a eructação após as mamadas e prevenir a "arca caída". Infelizmente não houve a participação da avó paterna nesta situação.

Outra reserva conflitante que também se refere à posição do RN, é a crença da família sobre a deformação da cabeça se o RN for colocado em decúbito lateral. Os cuidados efetuados foram com a finalidade de repadronizar o cuidado da família.

Como nos demais encontros, cuidados como o banho, valorizados pela profissional de saúde não foram efetuados, porque a medida preventiva para o que consideram causa da doença como o frio, foi mais importante.

Portanto, o marco conceitual adotado foi útil uma vez que todo o processo do meu fazer estava apoiado no referencial utilizado. Dispunha portanto de uma base para o diagnóstico, como para a ação que foi o cuidado. Os componentes do cuidar se revelaram imprescindíveis para fazer a acomodação e repadronização dos cuidados, pois direcionavam a forma como teria que agir nas diferentes situações.

EVOLUÇÃO

Data: 3/10/89

7o. encontro - 4a. visita a domicílio

Eram 14:30 da tarde, Enia estava sozinha em casa com o filho. Sua irmã tinha voltado à casa dos pais e assim ela estava realizando o cuidado ao RN e o serviço doméstico sozinha.

Pediu desculpas pela desordem da casa, referiu que o filho estava chorando muito, e ela o atendia em primeiro lugar, e depois a casa.

Orgulhosa, Enia, tirou seu filho do berço para, mostrar-me "como tinha crescido". Estava visivelmente com mais peso e comprimento. Seguia os objetos com os olhos, olhava para a mãe que lhe falava. Prestava atenção ao canto forte do passarinho que estava na gaiola na entrada da casa. Fazia esforço para sustentar a cabeça. Enia referiu que há 10 dias quando foi ao médico, ele (RN) estava pesando 3.100 gr. Ao exame físico verifiquei que estava muito ativo, alerta, pele rosada em alguns locais com descamação. Demais partes do corpo sem particularidades. Segundo Enia ele está evacuando e urinando normalmente.

Enia referiu que o filho estava muito "espertinho", e quando o pai está em casa gosta de mamar olhando-o. Este (o pai) conversa muito com o filho e segundo Enia "ele já conhece a voz do pai".

Enia refere que no dia anterior ele (o filho) estava chorando o dia inteiro de cólica e de fome, ela ficou nervosa e já não sabia mais o que fazer, "expremia" o seio mas não vinha leite. Então deu uma mamadeira de "Nestogeno 1o. semestre" e ele dormiu 5 horas seguidas. Depois deste tempo ela teve leite

novamente e amamentou. Segundo ela, foi a primeira vez que fez isto.

Procurei verificar quem lhe deu esta orientação. Ela disse que ela e a sogra acharam que devia ser feito desta forma.

Conversamos sobre o prejuízo da introdução do leite artificial nestas situações. Revisei conselhos que sua mãe deu na maternidade sobre amamentação. Sugerí que nestas situações oferecesse chá à criança, e que ela ingerisse muito líquido, procurando manter a calma. Voltamos a trocar idéias sobre medidas para diminuir as cólicas. No final da visita, conversei com a sogra que estava na janela, porém ela acredita que nestas situações a mamadeira é a única solução.

Enia parecia alegre, conversava comigo e com o filho. Observei que, mesmo falando do choro e das cólicas sempre o fazia de forma tranquila e sem raiva.

Referiu que estava dando banho de imersão sozinha no filho, e que estava cuidando muito por causa do frio.

Ela voltou a falar da "arca caída",

"Ontem minha cunhada estava aqui e queria ajudar a segurar o pois ela viu que eu estava até com os braços vermelhos. Mas não deixei porque tenho medo que a arca caia. Minha mãe disse que eu era muito de cair a arca, caiu 7 vezes".

Neste momento eu estava com o RN no colo e me flagrei segurando-o de forma elevada com uma das mãos no tronco sob os braços. Lembrei-me da nossa conversa anterior, e constatei que deveria imediatamente repadronizar minha forma de segurar a criança em respeito às crenças da família.

Quanto ao que conversamos na última visita sobre evitar uma nova gravidez, Enia referiu que o marido está "evitando". Ela não explicou o que é "evitando" e eu respeitei seu constrangimento em falar sobre isto. Referiu que ela e o esposo estavam conversando sobre o assunto e ele colaborava, pois também não queria outro filho logo. Conversamos mais um pouco, o RN estava no colo de Enia quieto. Disse-lhe da minha admiração sobre como ela e o RN pareciam estar bem, sobre sua capacidade em cuidar bem do RN de forma que ele está no final do mês com saúde, crescendo e se desenvolvendo satisfatoriamente.

Na despedida pediu-me para visitá-la quando pudesse. Disse-me que meu auxílio neste primeiro mês foi muito importante para ela, para o nenê e para o marido.

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

1. RSCc - Introdução de uma mamadeira com leite artificial pela mãe e sogra.
RFD - Choro constante do RN e diminuição do leite materno.
RPD - Ansiedade da mãe.

PLANO DE CUIDADOS

- 1 - Troca de idéias sobre o prejuízo da introdução de leite artificial nestas situações;
- Esclarecer que é natural o leite materno diminuir por alguns dias e a importância de manter a tranquilidade para produção de leite;
- Rever as orientações e estímulo para amamentação feitos por sua própria mãe na maternidade;
- Rever medidas para diminuir a cólica;
- Sugerir que em situações onde há diminuição do leite, administre chá ao RN e nestas situações aumentar a ingestão de líquido.
- Trocar idéias com a avó paterna sobre o assunto.

COMENTÁRIOS

Importante observar no discurso de Enia, que a herança pode ser outra causa de doença, além do vento, frio, infecção, mencionados anteriormente. No caso, ela própria tinha problema de arca, portanto seu filho também está propenso a esta doença. Isto indica a visão de multicausalidade de doença na família.

Nesta visita, houve uma situação em que, como profissional tive de repadronizar meu cuidado. Isto porque ao segurar o filho de Enia, estava fazendo-o de forma incorreta segundo as crenças da família. Portanto, de acordo com o meu marco baseado em LEININGER, não é somente o profissional que repadroniza o cuidado do cliente, e sim o cliente também repadroniza o cuidado do profissional.

Quanto a introdução da mamadeira na qual houve a participação da avó paterna na decisão, isto está de acordo com o marco conceitual. Assim, o ambiente físico onde Enia se encontrava, isto é, morava próxima da sogra que valorizava o leite artificial, tiveram influência decisiva para esta opção. Procurei repadronizar o cuidado, porém não foi possível entrar em entendimento com a sogra de Enia.

Avalio como positivo o cuidado de enfermagem aos membros da família nesta fase de expansão. De acordo com o conceito de saúde utilizado, através do processo de enfermagem, cuidei para haver a manutenção, o aumento e a reposição das reservas dos membros da família o que reverteu na manutenção das reservas da família como um todo.

Ao final do 10. mês o RN estava com o crescimento e desenvolvimento compatível com a idade, sinal evidente da

presença de reservas para tolerar as normas habituais de vida bem como instituir novas normas em situações novas. A mãe e os demais membros da família mobilizaram as diferentes reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico permitindo que a família como um todo seguisse sua trajetória segundo as normas habituais de vida.

De acordo com esta avaliação e de acordo com o meu projeto, no qual me propus a cuidar da família durante 1 mês, encerrei o cuidado nesta quarta visita.

O RN já estava frequentando um serviço de saúde onde estava realizando o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Enia, a mãe, foi encaminhada para o local onde fez o Pré-Natal para fazer sua consulta de puerpério.

CAPÍTULO 6

ANÁLISE

Neste capítulo farei uma comparação da realidade encontrada com o marco e seus principais conceitos. Em seguida apresentarei os aspectos que dificultaram e facilitaram a sua aplicação, bem como as modificações efetuadas.

6.1 - Comparação entre os dados da prática com o marco conceitual

Segundo o marco conceitual, baseado na teoria de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família, a cultura, a estrutura social e o ambiente físico tem influência sobre a forma como o homem percebe a saúde e doença e as necessidades de cuidado. Este homem faz parte de uma família que atravessa fases do desenvolvimento, sendo que na fase de expansão executa cuidados ao RN baseado nas suas experiências, provenientes tanto do sistema popular como do sistema profissional de cuidado.

Transpondo-se este marco para a realidade das famílias nas quais prestei cuidado, é possível enfatizar o seguinte: a cultura, a estrutura social e o ambiente físico tinham influência direta sobre a forma como estas cuidavam do RN. As famílias na sua maioria descendentes de açorianos, residentes em bairros periféricos e comunidades do interior da ilha de Florianópolis, levavam uma vida onde a ajuda mútua entre os membros é um valor altamente considerado.

É importante enfatizar que na maioria das famílias,

estas não faziam distinção entre família de origem e expansão. Consideravam-se todos uma família de modo que todos, família em expansão e de origem viviam juntos esta fase de expansão.

No universo deste trabalho, as famílias de origem possuíam uma situação econômica que lhes permitia auxiliar a família na fase de formação e expansão a estabelecer sua moradia.

De acordo com a teoria do desenvolvimento da família, pode-se considerar que nestas famílias, as famílias de origem têm como tarefa de desenvolvimento auxiliar a família em formação a estabelecer sua moradia.

Esta tarefa de desenvolvimento por parte da família de origem favoreceu outra tarefa, a de auxiliar no cuidado do RN e à família em expansão como um todo, quando esta passa da fase de formação para a fase de expansão. Esta tarefa foi executada pelas mulheres e facilitada pela proximidade física, uma vez que moravam próximos ou na mesma casa. Este auxílio foi importante para a transmissão à família em expansão, dos valores, práticas e crenças no que se refere à saúde e doença bem como das necessidades de cuidado.

X É importante ressaltar que estas tarefas efetuadas pelas famílias de origem conduziram a uma transição da família para a fase de expansão sem muitos transtornos no cotidiano de todos. Não foram observadas situações de crise nestas famílias conforme apontam a literatura LEMASTERS apud KITZINGER (1978) referindo-se a classe média americana ou SALEM (1985) referindo-se a casais de estrato médio no Rio de Janeiro, seguidores da filosofia do parto sem dor.

X Como enfermeira, fui constatando ao longo dos vários encontros, suas concepções de saúde e doença, e o que

consideravam necessidades de cuidado.

Pode-se enfatizar que adotavam cuidados preventivos, contra elementos naturais (vento e frio) como ocorreu nas famílias B, C, D, E, F. Cuidados preventivos contra causas sobrenaturais da doença também foram realizados, como na família D, onde foi colocada uma folha de alecrim perto do RN para evitar "mau olhado". Na maioria das famílias adotam-se cuidados no manejo do RN para evitar a "arca caída".

Os germes também eram considerados causa de doença (família E) bem como a hereditariedade (família E). As famílias portanto possuíam uma percepção de multicausalidade das doenças o que estava de acordo com o conceito de saúde do marco conceitual.

Quanto ao conceito de saúde e doença adotado, permitiu uma visão abrangente de saúde incluindo além das reservas físicas dos membros da família, também as reservas psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico. É importante frisar que na prática estas reservas estavam sempre interligadas formando um conjunto, o que está de acordo com o conceito. O cuidado por sua vez, se dirigia para este conjunto de reservas. É importante frisar no entanto, que para as reservas psíquicas as teorias que fundamentam este marco não fornecem subsídios concretos.

X Minha atuação como enfermeira seguindo este conceito de saúde e o conceito de enfermagem do marco, foi de efetuar o cuidado neste contexto, onde a família também cuida, tendo reservas sócio-culturais que são as crenças, valores e práticas acerca de saúde, doença e cuidados.

O fato da família adotar uma percepção de multicausalidade da doença fazia com que as vezes houvesse concordância quanto aos cuidados, outras vezes isto não ocorria

fazendo-se necessário o entendimento entre a enfermeira e a família no cuidado. Porém nem sempre este entendimento tornou-se possível, como exemplo, pode-se citar a introdução de leite artificial como ocorreu na família E na última visita.

X Para ocorrer este entendimento entre a enfermeira e a família, ou seja, entre o cuidado profissional e popular, os componentes do cuidar, revelaram-se fundamentais para fazer a manutenção, acomodação, a repadronização e a instituição de cuidados novos. Estes componentes foram importantes não só no entendimento, mas durante todo o processo de enfermagem.

Os componentes mais utilizados, propostos por LEININGER foram: auxiliar, trocar idéias, conversar, ouvir, compreender, buscar mais informações, esclarecer ou explicar, sugerir ações técnicas e físicas, agir no sentido de, silenciar, tocar. Outros componentes surgiram na prática: fazer junto, elogiar, reforçar, valorizar.

Segundo PATRÍCIO (1990) ao implementar seu processo de enfermagem baseado em Leininger à adolescente grávida solteira os componentes do cuidar estavam presentes de forma constante em todo o processo.

É importante frisar que para uma ação técnica como por exemplo, controle de sinais vitais, estavam ligados outros componentes do cuidar como: explicar a ação, fazer em conjunto, explicar o resultado.

Y Observou-se que na maternidade e nas primeiras visitas a domicílio havia ações técnicas e ações de educação a saúde. Enquanto que nas visitas subsequentes as ações envolvendo troca de idéias predominavam.

No cuidado efetuado pelas famílias, estas utilizavam

práticas provenientes de ambos os sistemas popular e profissional, isto está de acordo com o conceito de sistema de cuidado popular e das pressuposições pessoais do marco. Na situação destas famílias poderia chamar-se cuidado familiar em vez de popular.

Portanto, o marco conceitual com seus principais conceitos baseados na teoria de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família, foi operacionalizável no cuidado ao RN e aos outros membros da família de descendentes de açorianos residentes em Florianópolis-SC.

No entanto, desde a elaboração até a aplicação deste marco houve facilidades e dificuldades, e modificações foram efetuadas no processo.

6.2 - Aspectos que favoreceram a aplicação do marco conceitual baseado na teoria de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família.

- Na elaboração do marco conceitual as modificações efetuadas nos conceitos da teoria de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família, tornaram possíveis a aplicação deste marco na prática;
- A introdução do conceito de saúde e doença baseado em CANGUILHEM, tornou este marco operacionalizável, contemplando as lacunas deixadas na teoria de LEININGER quanto aos aspectos físicos e psíquicos e do ambiente físico;
- A teoria do desenvolvimento da família favoreceu o entendimento das relações internas das famílias e suas tarefas de desenvolvimento dentro de um espaço temporal e dinâmico. A

utilização desta teoria com a teoria de LEININGER foi importante para situar estas famílias numa cultura, dentro da estrutura social e do ambiente físico que lhe confere percepções próprias sobre saúde, doença e de cuidado;

- A utilização deste marco se constituiu num importante guia a ser seguido no cuidado de enfermagem;
- Este marco possibilitou formas de buscar as crenças, valores, e práticas do cuidado na família e promover um entendimento, quanto ao cuidado, no qual os componentes do cuidar foram instrumentos fundamentais;
- No domicílio das famílias houve facilidade maior na aplicação do marco, pois havia condições de trabalhar de forma mais independente o que favorecia a execução de todo o processo de enfermagem;
- No domicílio da família, foi possível compreender melhor as crenças, práticas e valores das famílias sobre saúde e doença e necessidade de cuidado. O ambiente físico tinha influência fundamental, uma vez que na maternidade o ambiente favorecia os integrantes da família a seguir o cuidado profissional, enquanto que no domicílio o ambiente tornava-se mais favorável para os cuidados populares;
- A vivência anterior como docente nas unidades de neonatologia e alojamento conjunto facilitaram o trabalho na maternidade bem como o contato junto às famílias;
- A realização de pesquisas na maternidade onde realizei parte da aplicação do marco, sobre percepções das mães no cuidado ao RN,

foram subsídios importantes ao longo de todo trabalho;

- Trabalhos de pesquisa de enfermeiras realizados com descendentes de açorianos, realizados em Florianópolis, como de ELSEN (1984), CARTANA (1988), e outros, foram subsídios durante a aplicação do processo;
- A aplicação do marco proporcionou a compreensão de que no processo o importante é a prática da ação guiada por uma teoria. Este processo é dinâmico e não deve haver preocupação exagerada com registros, pois pode anular a ação. A partir da aplicação do marco na prática, poderão surgir registros administrativamente exequíveis;
- A compreensão do marco por parte de alguns funcionários que partilharam do cotidiano do meu trabalho na maternidade possibilitou um trabalho em conjunto.


6.3 - Aspectos que dificultaram a aplicação do marco conceitual baseado na teoria de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família.

As teorias que fundamentaram o marco conceitual são teorias de grande porte, com poucos subsídios para a prática. A teoria de LEININGER, apesar de se constituir numa teoria de enfermagem, privilegia os aspectos sócio-culturais, fornecendo subsídios para intervenção nesta área. Os demais aspectos são apenas mencionados. Para aplicar esta teoria na prática houve necessidade de introduzir outro conceito de saúde e doença e elaborar um processo de enfermagem.

- A aplicação do marco se fez num universo restrito a 11 famílias numa situação que pode ser considerada atípica para a

realidade da enfermagem brasileira;

- As teorias que fundamentaram este marco não fornecem subsídios para manter, aumentar ou repor as reservas psíquicas encontradas;
- Na operacionalização do conceito de saúde as reservas físicas e psíquicas não foram ainda suficientemente explicitadas;
- Ao adotar um conceito que considera doença como multicausal defrontei-me na prática que minha formação é voltada para encarar a doença como unicausal. Ao utilizar este conceito amplo, muitas vezes me flagrava dando importância maior as reservas físicas voltada para o "modelo" de "um germe, uma doença";

 Mesmo assumindo uma postura de interesse e respeito pela crenças, valores e práticas da família, esta me via no primeiro momento pelo modelo dos outros profissionais, isto é, como impositora do sistema profissional de cuidado. Isto retardava o acesso dos dados, dificultando as oportunidades para um entendimento quanto ao cuidado;

- No trabalho junto ao domicílio das famílias, foi difícil trabalhar sem o apoio de um sistema de saúde eficiente;
- Na maternidade, enquanto meu trabalho seguia o marco baseado em LEININGER que buscava o entendimento do cuidado, integrantes da equipe de saúde principalmente estudantes de enfermagem e medicina seguiam um referencial oposto, o de impor o cuidado profissional;
- Na instituição, defrontava com o prontuário do RN e da mãe

separadamente, formatado de acordo com o modelo médico vigente que impede adotar outros modelos como no caso o prontuário da família. Devido à aplicação do marco feita com apenas algumas famílias, o processo não foi registrado na íntegra no prontuário;

6.4 - Principais modificações

- No instrumento de levantamento de dado, foi feita a introdução dos subsídios para preenchimento do prontuário da família e introdução do genograma;
- Introdução da denominação de reservas sócio-culturais conflitantes nas situações onde o diagnóstico ou a forma de cuidado da família divergia do cuidado da enfermeira;
- Mudança da denominação de avaliação dos cuidados para evolução dos cuidados;
- Adoção de códigos na descrição do diagnóstico de enfermagem;
- Não houve modificações nos conceitos do marco, porém a prática mostrou-me concretamente o que significavam as tarefas de desenvolvimento nestas famílias de descendentes de açorianos. Houve portanto uma modificação de minha percepção quanto a este conceito e quanto à importância da teoria do desenvolvimento da família, na compreensão das relações internas da mesma.

CAPÍTULO 7

CONSIDERAÇÕES FINAIS E RECOMENDAÇÕES

O desenvolvimento do marco conceitual baseado na teoria transcultural de LEININGER e na teoria do desenvolvimento da família, foi implementado na prática a famílias de descendentes de açorianos residentes em Florianópolis-SC.

O fato desta implementação se restringir a um universo restrito de famílias nas condições de pesquisa, torna difícil fazer generalizações e conclusões definitivas. No entanto, não impede que considerações sejam formuladas no final deste trabalho.

Os dados mostram que o marco conceitual, desenvolvido à partir das teorias, foi operacionalizável na prática com estas famílias. Entretanto, para favorecer esta operacionalização foi introduzido um outro conceito de saúde e doença diferente do conceito de LEININGER.

As pressuposições do marco conceitual se concretizaram na prática, e os principais conceitos mostraram-se adequados.

A teoria do desenvolvimento da família foi extremamente útil para compreender as tarefas destas, na fase de expansão. Os componentes do cuidar preconizados por LEININGER foram fundamentais para promover o entendimento entre o cuidado popular e o profissional, fazendo-se a manutenção, acomodação, repadronização e instituição de cuidados novos.

Modificações também foram introduzidas no processo ao

longo da prática, sendo que ainda há questões a serem desenvolvidas, como introduzir registros administrativamente exequíveis, e buscar mais subsídios para desenvolver as reservas psíquicas, bem como desenvolver uma forma de sistematizar as reservas físicas.

No domicílio das famílias o marco foi implementado de forma mais completa uma vez que este local proporcionava maior compreensão das crenças, valores e práticas das famílias. Proporcionava-me também um trabalho de forma mais independente.

O marco conceitual foi um guia para o cuidado de enfermagem ao RN e a sua família. Possibilitou unir a reflexão e a ação, e ainda o entendimento no cuidado com a família. Conseqüentemente isto possibilitou um trabalho próprio do enfermeiro apoiado em suas próprias bases teóricas.

A aplicação deste marco através do processo contribue para desenvolver o cuidado de enfermagem com base teórica, unindo a reflexão à ação.

Este marco utiliza um dos pressupostos de Leininger: cuidado é a essência da profissão, e entende que a enfermagem é cuidar. Portanto a aplicação deste marco na prática contribui para resgatarmos e ao mesmo tempo desenvolvermos o cuidado como a base da profissão de enfermagem.

Recomendações

- Implementar este marco com maior número de famílias, com registro no prontuário da instituição, e envolvimento da equipe de enfermagem;
- Desenvolver formas de sistematizar as reservas físicas e psíquicas favorecendo o levantamento de dados e

consequentemente todo o processo;

- Aplicar este marco a outros grupos, sócio-culturais residentes na região da grande Florianópolis, como por exemplo, migrantes do interior do estado que vivem em áreas de invasão;
- Desenvolver mais pesquisas sobre os modos de vida da população, valores, crenças e práticas com relação à saúde e à doença e necessidades de cuidado, favorecendo a aplicação deste marco;
- Para favorecer a aplicação de um marco conceitual semelhante a este que trata a saúde de forma mais abrangente é importante que a formação básica do enfermeiro siga este modelo e não apenas o modelo médico;
- No cuidado ao RN da população de descendência açoriana, incluir no planejamento dos cuidados, a pessoa que tem como tarefa auxiliar no cuidado ao RN nesta fase de expansão da família;
- Incluir a família (nos seus diferentes significados) no cuidado da enfermagem, procurando conhecer seus valores, crenças e práticas com relação à saúde e à doença e necessidades de cuidado;
- Na sua forma ampla este marco poderá ser utilizado pela equipe de saúde, visando o entendimento quanto ao cuidado e também a cura.

8 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Ma. Isabel M. "A Nova Maternidade" uma ilustração das ambiguidades do processo de modernização das famílias. In: FIGUEIRA S.A. (Org) Uma nova família?, Rio de Janeiro Zahar, 1987.
- ALTHOFF, Coleta; ELSEN, Ingrid. Mulheres brasileiras falam sobre o suporte social durante a gravidez. Trabalho apresentado no International Nursing Research Conference Social Support 2o., Seoul, Korea, June, 1989 (mimeo).
- ARAÚJO, Alceu M. Medicina Rústica, São Paulo, Nacional, 1987.
- AVERY, Gordon B. Neonatologia. 2a. ed., Rio de Janeiro, Medsi, 1984.
- BOEHS, Astrid Eggert; MONTICELLI, Mariza; ELSEN, Ingrid. Mulheres falando sobre suas crenças e práticas no cuidado do coto umbilical do recém-nascido. Apresentado no Congresso Brasileiro de Enfermagem 42o., Natal, 1990.
- BOEHS, Astrid Eggert; PATRÍCIO, Zuleika. O significado do cuidar/cuidado. Trabalho apresentado à disciplina Estudo Independente, no curso de mestrado em Assistência de Enfermagem, UFSC, JUN. 19
- BOWEN, M. Family therapy in clinical practice, New York, Jason Aronson, 1980.
- CAMPESTRINI, Selma. Alojamento Conjunto e Incentivo a Amamentação, Curitiba, Educa, 1983.
- CANGUILHEM, Georges. O Normal e o Patológico, 2o. edição. Rio de Janeiro, Forense Universitaria, 1982.
- CARTANA, Maria do Horto Fontoura. Rede e Suporte social das famílias. Dissertação (mestrado em enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CHINOY, E. Uma Introdução a Sociologia. São Paulo, Editora Cultrix, 1987.

- COLL, C. T.; HOFFMANN, J. & OH, W. The social ecology and early parenting of caucasian adolescent mothers. *Child Development*, v. 4, p. 955 - 963, Aug. 1987.
- COLLIERE, Maria Françoise. Invisible care and invisible women as health care-providers, *Int. J. Nurs Stud*, Great Britain, v.23, no.2, p.95-112, 1986.
- COSMINSKI, Scheila. Childbirth and midwifery on a Guatemala Finca. *Medical Anthropology*. v.1, no. 3, p. 70 - 103, 1977.
- CURRY, Mary Ann. Variables related to adaptation to motherhood in normal primiparas woman. *JOGN Nursing*, v.12, no.2, p. 115-121, Mar/Abr. 1983.
- DURHAM, Eunice R. Família e reprodução humana. *Perspectivas Antropológicas da mulher*. Rio de Janeiro, no.3, Zahr, 1983.
- . A caminho da cidade. São Paulo, Perspectiva, 1984.
- ELSEN, Ingrid. Concept of illness and related behaviors among families living in a Brazilian Fishing Village. Doctoral dissertation. University of California, San Francisco, 1984.
- FONSECA, Claudia. Aliados e Rivais na Família. *Revista Brasileira de Ciências Sociais*. v2, no.4, p. 88-104, Jun. 1987.
- FUKUI, Lia Freitas Garcia. Riqueza do pobre. *Revista do Instituto de Estudos Brasileiros da USP*. São Paulo, no.14, p. 67-77, 1973.
- GRIFFITH-KENNEY, J. W.; CRISTENSEN, P. J. *Nursing process application of theoris, frameworks and models*. Princeton, Mosby Company, 1986.
- JELLIFFE, Derrick. B. Culture social change and infant feeding. *Current Trends in tropical regions*. *Amer. Journal of Clinical Nutrition*, v. 10, no.1, p. 19-45, jan. 1962.
- JONGERT, Ina. *Enfermagem na Bélgica*. Apresentado no Congresso Brasileiro de Enfermagem 41o. Florianópolis, 1989.
- KITZINGER, S. *Mães um Estudo Antropológico da Maternidade*. Lisboa, Presença, 1978.

- KIKUCHI, J. E. Assimilative and accommodative responses of mothers to their newborn infants with congenital defects. *Maternal Child Nursing Journal* 9 (3). p.143-146, 1980.
- KOTTAK, Conrad Phillip. Kinship and class in Brasil. *Ethnology*, v. 6, no. 4, p. 427-443, 1967.
- KOCH, Rosi Maria. Cuidados na Amamentação - Conhecimentos de um grupo de primíparas de parto hospitalar em Curitiba, *Rev. Pan. de Enf.*, v. 3, no. 2, mar/abr. 1983.
- KRAYBILL, Ernest. Necessidades do Recém-nascido a termo In: AVERY, Neonatologia, 2a. ed. Rio de Janeiro, Medsi, 1984.
- LARAIA, Roque. A cultura, um conceito antropológico. Rio de Janeiro, Zahar, 1986.
- LEBOVICI, Serge. O bebe, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre, Artes Medicas, 1987. Tradução: Francisco Vidal.
- LEININGER, Madeleine. Transcultural nursing concepts theories and practices. New York, John Wiley & Sons, 1978.
- . Caring: A central concern of nursing services and health care. *Nurs. Health Care*. Westport, v. 1, no. 3, p. 135-143. oct. 1980.
- . The Phenomenon of caring: Importance, Reserch, Questions and Theoretical Considerations. In: LEININGER, M. (ed.) Caring and essential human need. Thorofare: Charles B. Slack, 1981.
- . Care the essence of nursing and health In: LEININGER M. (ed.). Care essence of nursing and health. Thorofare: Charles B. Slack, 1984. Cap. 1, p. 3-15. (a)
- . Caring is nursing: understanding the meaning of importance and issues IN: LEININGER M. (ed.). Care the essence of nursing and health. Thorofare: Charles B. Slack. 1984, cap. 7, p. 83-89. (b)
- . Transcultural nursing: an essencial knowledge and practice field for today, *The Canadian nurse*, p. 41-45, dec. 1984. (c)

- Teoria do cuidado transcultural. Diversidade e Universalidade In: ANAIS do Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1, 1985, Florianópolis. (a)
- Care constructs. Trabalho apresentado no SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. (2 pp. mimeo). (b)
- LINTON, Ralph. O homem, uma introdução à antropologia. São Paulo, Martins Fontes, 1976.
- LISBDA, Maria Regina A. A sagrada família. A questão do gênero em famílias católicas. Dissertação (mestrado em Ciências Sociais) Universidade Federal de Santa Catarina, 1987.
- LUPI, João & LUPI, Suzana. São João do Rio Vermelho. Memória dos Açores em Santa Catarina, Porto Alegre, Est. R.G. s/d.
- MAY, K., & NEESON, J. D. Comprehensive Maternity Nursing. Nursing Process and Childbearing Family. Philadelphia, J. B. Lippincott Company, 1986.
- MANCIAUX, M. A saúde da família. A saúde do mundo. Revista da organização mundial de saúde, OMS, Genebra, 4 ago/set, 1975.
- MARÇONDES, Eduardo. Pediatria Básica. São Paulo, Sarvier, 1986, 1o. volume.
- MAUES, R. H. & MOTTA NAUES, M. A. O modelo da "reima": representações alimentares em uma comunidade amazônica. Anuário Antropológico, no. 77, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1978.
- MERCER, Romana T. Theoretical Perspectives on the family. In: GILLESS, Catherine L. Toward a Science of Family Nursing, California, Addison-Wesley, 1988.
- MONTICELLI, Marisa. & BOEHS, Astrid Eggert. Percepção das mães sobre os cuidados à criança no primeiro mês de vida. In: ANAIS (resumos). Encontro de Pesquisa Qualitativa em Enfermagem, 1, 1988, São Paulo.
- NEVES, Delma Pessanha. Nesse terreno galo não canta. Estudo do caráter matrifocal de unidades familiares de baixa renda. Anuário Antropológico, no. 83, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1985.

- NOGUEIRA, M. J. de C. Assistência de Enfermagem a Família. *Enf. Novas Dimensões*, v.3, no. 6, p. 327-346, 1977.
- PATRICIO, Zuleica. 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. *Dissertação (mestrado em enfermagem)* Florianópolis, março, 1990.
- PIZZATO, M. G., POIAN, V. R. da. *Enfermagem Neonatológica*. 2a. ed., Porto Alegre, Luzzato, 1985.
- POLETTI, Rosette, *Enfermagem teorias e conceitos*, Paris. L.E Centurian, 1978. Tradução Cecília Pecego Coelho. (mimeo)
- PRADO, Danda. *O que é família*. São Paulo, Abril Cultural, Brasiliense, 1985.
- RIBEIRO, Darci. *O dilema da América Latina*. Petrópolis, Vozes, 1983.
- RIESCO, M. L. G. & TSUNECHIRO, M. A. O cuidado do binômio mãe-filho após alta hospitalar: necessidades de orientações à puérpera primípara. *Resumo do tema livre*. Programa do XI Congresso Brasileiro de Perinatologia, Porto Alegre, 11 a 15 de jun., 1988.
- ROSEMBAUM, Janet N. Comparison of two theorist on care: Drem and LEININGER, *Journal of Advaced Nursing*. Michigan, v.11, p. 409-419, out., 1986.
- ROWE, George P. The Developmental Conceptual Framework to the study of the family. In: NYE, S. e BERARDO, F. *Emerging Conceptual Frameworks in Familys Analysis*. New York, Praeger Publisher, 1981.
- SALEM, Tania. A trajetória do "casal grávido": de sua constituição à revisão do seu projeto. In: FIGUEIRA, Z. A. (org). *Cultura e Psicanálise*, São Paulo, Brasiliense, 1985.
- SAMEROFF, Arnold, J. Necessidades psicológicas da mãe-filho. In: AVERY, Gordon. *Neonatologia*, 2a. ed, Rio de Janeiro, Medsi, 1984.
- SCAVONE, Lucélia. As múltiplas faces da maternidade. *Cadernos de Pesquisa*, São Paulo, no. 54, p. 37-49, ago., 1985.

- SEGRE, C. A. M. & ARMELINI, P. A. Recém-Nascido, São Paulo, Sarvier, 1981.
- SOUZA, L. R. O trabalhador feminino e a estrutura familiar Rev. Bras. de Estatística, v. 41, no. 164, p. 531-550, out/dez. 1980.
- SOUZA, R. G. et all. Educação em saúde, enfoque cultural no ciclo grávido-puerperal. Rev. Baiana de saúde pública, v. 7/8, no. 1/4 e 1/21, p. 20/22, jan/1980, jun/1981.
- TULMAN, Lorraine J. Initial Handling of Newborn Infants by vaginal and cesarean delivered mothers. JOGN Nursing, v. 12, no. 2, p. 296-299, mar/abr., 1983.
- VALE, E. G. ALBUQUERQUE, M. T. Conversando com as mães sobre amamentação. Rev. Bras. Enf., Brasília, v. 39, no. 1, p. 28-33, jan/mar., 1986.
- VAUGHAN, Victor; MC. KAY, James, B. & BERMANN, Richard Nelson. Tratado de Pediatria, 11o. ed. Rio de Janeiro, Interamericana 1983. Tradução: LIMA, Elson da Silva et all.
- VINHA, Vera, H. P. Amamentação, Incentivos e cuidados. São Paulo, SARVIER, 1983.
- WOORTMANN, KLAAS. A família das mulheres, Rio de Janeiro, Tempo Brasileiro, 1987.
- Casa e Família Operária. Anuário Antropológico 80, Tempo Brasileiro, 1989 .

A N E X O S

PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA

I - COLETA DE DADOS BÁSICOS

Identificação do RN:

(nome da mãe, idade, estado civil, hora e tipo de parto, sexo)

1 - DADOS BÁSICOS DA FAMÍLIA

1.1 - Responsável:

1.2 - Endereço:

1.3 - Composição Familiar:

- Família

- Religião e etnia

NOME					
DADOS PESSOAIS					
PARENTESCO					
COR					
SEXO					
IDADE					
ESTADO CIVIL					
ESCOLARIDADE					
LOCAL DE NASCIMENTO					
OCUPAÇÃO					
ANTECEDENTES E CONDIÇÕES DE SAÚDE					

1.4 - Genograma

1.5 - Cultura, Família, Saúde/doença

1.6 - Ambiente Físico

1.7 - Situação Econômica e Estrato Social

2 - DADOS DE BASE DA GESTAÇÃO E PARTO

- Antecedentes Familiares

- Antecedentes Pessoais

- Antecedentes Ginecológicos

- Antecedentes Obstétricos

2.1 - Gestações Anteriores

2.2 - Gestação Atual

2.3 - Trabalho de Parto

2.4 - Data e Hora de Nascimento

- Condições do RN

ALOJAMENTO CONJUNTO

- Condições da puérpera pós-parto

- Condições do RN

II - DIAGNÓSTICO INICIAL

III - PLANO INICIAL

IV - EVOLUÇÃO INICIAL

SUBSÍDIOS PARA PREENCHIMENTO DO PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA

I - COLETA DE DADOS

Identificação do RN : nome da mãe, idade, estado civil, hora e tipo de parto, sexo.

1 - Dados Básicos da Família.

1.1 - Responsável: pessoa que responde pela família.

1.2 - Endereço:

- atual, completo com ponto de referência, tempo de residência neste endereço.
- mobilidade geográfica: endereços anteriores, causa.

1.3 - Composição Familiar:

- Família: quem é considerado família
- Religião, etnia
- Nome ou apelido
- Parentesco: grau de parentesco ou afinidade
- Cor
- Sexo: M. F.
- Idade
- Estado Civil:
 - matrimônio formal
 - matrimônio informal
 - solteiro
 - menor

- Escolaridade: analfabeto, série e grau, utilizando EC (em curso), C (completo) I (incompleto)
- Local de Nascimento: cidade e estado
- Ocupação: referente as atividades de trabalho
- Estado de Saúde:
 - Investigar doenças geneticamente adquiridas, transmissíveis, diabetes, hipertensão, nefropatia, cardiopatias
 - G S, R H, transfusões
 - Condições de Saúde

1.4 - Genograma

Segundo BOWEN (1980) genograma é um mapa diagramático de uma família ao longo de 3 gerações.


Símbolos do genograma:


Masculino  Feminino 

Relação de Casamento 


Relação pais-filhos

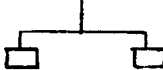
Amizade 

Filho adotivo 

Gravidez 


Morte 

Aborto 

Gêmeos Meninos 

Relação Distante D

Relação Intensa ||||

Relação Conflituosa 

1.5 - Cultura, Família, Saúde/Doença

1.5.1 - Experiências dos pais com o RN:

- Perguntar a mãe qual foi sua experiência no cuidado a crianças e RN.
- Se realizou pré-natal, local e o que foi ensinado.
- O que já ensinaram para ela fora do pré-natal?
- Quem ensinou?
- Estas mesmas perguntas serão dirigidas ao pai.

1.5.2 - Como a família costuma se organizar nesta situação de família em expansão:

- Como o casal e os outros da família costumam se ajudar?
- Quem ajudará a mãe nos cuidados ao RN?
- Quem ajudará nos demais afazeres da casa?
- Histórias de situações semelhantes.

1.5.3 - Procedência dos conhecimentos que a família tem sobre os cuidados ao RN:

- Perguntar as pessoas da família quem lhes ensinou sobre o cuidado ao RN, quais as experiências que já tiveram no cuidado.

1.5.4 - Percepção da família sobre o RN, como mãe, pai, avós, primos e outros veem o RN, o que eles acham que ele necessita, como reagem ao choro, às suas características físicas, aos seus desconfortos.

1.5.5 - Costume da família no cuidado ao RN.

- Perguntar como a família costuma fazer quanto a higiene, alimentação, vestuário, estimulação, utilização de chupeta, manuseio, cuidados com desconfortos mais comuns do RN, cuidados com o coto umbilical.
- Observar o que está sendo feito com este recém-nascido quanto ao cuidado.

1.5.6 - Procedimentos da família em casos de dúvida na doença do RN.

- A quem costumam recorrer e por quê?
- Utilização de recursos de saúde profissionais da comunidade?
- Utilização de recursos populares?

1.5.7 - Procedimentos da família em caso de doença:

- Histórias de doenças e as resoluções da família nestas situações.

1.5.8 - Histórias de gestações, partos e cuidados com o RN na família:

- Registrar conversas informais sobre experiências ocorridas nas famílias nestas situações.

1.5.9 - História da gestação do RN:

- Procurar verificar a história do casal.
- Se houve planejamento da gravidez.
- Como transcorreu a gravidez.
- O que costumam fazer em termos de cuidado visando o bem estar do feto.
- O que significa esta criança para a mãe e outros membros da família.

1.6 - Ambiente Físico:

- Descrição das peculiaridades do bairro como: recursos existentes, vizinhança, saneamento.
- Habitação: tipo, número de cômodos, terreno.
- Local de permanência do RN.

1.7 - Situação econômica e estrato social:

- Verificar o número de pessoas que são economicamente ativas.
- Renda mensal em salários mínimo.
- Bens disponíveis: se possuem casa própria, pagamento de aluguel, carro, horta.
- Recursos previdenciários.
- Outros recursos.

2 - DADOS BÁSICOS DA GESTAÇÃO PARTO E PUERPÉRIO

2.1 - Gestações anteriores:

Número de gestações anteriores, abortos, natimortos, nascidos vivos, sexo, peso, ocorrências no período neonatal, amamentação.

2.2 - Gestação atual:

- Data da última menstruação.
- Duração da gestação.
- Ocorrências durante a gestação.
- Pré-natal: local, número de consultas, exames laboratoriais efetuados, P. A. e peso.

2.3 - Trabalho de parto

Duração de parto (horas), período expulsivo (minutos), B. C. F., características da contratibilidade uterina.

Rotura de membranas antes do parto e características do líquido.

Apresentação, medicamentos utilizados.

Tipo de parto, dados relativos a anestesia.

Data e hora do nascimento.

2.4 - Condições do RN após o nascimento.

Apgar, cuidados imediatos, medidas antropométricas, exame físico. Controles e cuidados efetuados no Berçário. Hora de transferência para o Alojamento Conjunto.

2.5 - Alojamento Conjunto e a Domicílio.

Condições pós-parto (puerpério imediato).

Observação geral, (fáceis, postura, atividade), sinais vitais, mamas, abdome onde se inclui a altura uterina e bexiga, períneo (epísio, hemorróidas) lóquios (cor, odor, quantidade), M M I I (tamanho, cor, edemas), investigar eliminações e alimentação, observar disposição geral, afetividade, aceitação do RN.

- Condições do RN.

Exame-físico geral e localizado.

II - DIAGNÓSTICO

Assinalar nos dados levantados as reservas para as quais há necessidade de cuidado de enfermagem, utilizando os seguintes códigos:

RFM - reservas físicas mantidas
RFD - reservas físicas diminuídas
RFA - reservas físicas ausentes
RAFM - reservas de ambiente físico mantidas
RAFD - reservas de ambiente físico diminuídas
RAFA - reservas de ambiente físico ausentes
RPM - reservas psíquicas mantidas
RDP - reservas psíquicas diminuídas
RPA - reservas psíquicas ausentes
RSCM - reservas sócio-culturais mantidas
RSCD - reservas sócio-culturais diminuídas
RSCA - reservas sócio-culturais ausentes
RSCc - reservas sócio-culturais conflitantes.

Na folha destinada ao diagnóstico será escrito primeiramente os códigos em seguida o diagnóstico.

III - PLANO

Na folha destinada ao plano descreve-se os cuidados utilizando os componentes do cuidar de LEININGER.

- Prever, assistir, ter consideração, trocar idéas ou conversar, procurar informação, coordenar para, enfrentar com, empatia, capacitar para, esclarecer, ouvir, dar atenção, silenciar, acomodar, respeito por, tomar parte de, e outros.

IV - EVOLUÇÃO

Descrever o parecer dos cuidados efetuados, realizando ex-físico do RN e mãe descrevendo o relato dos familiares.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

PLANOS DE CUIDADOS

ENFERMEIRA COREN: