



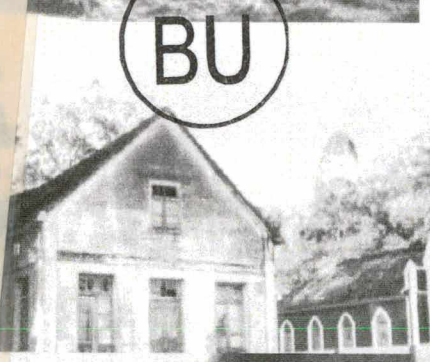
# Família Teuto-Gaúcha: O cuidado entre possibilidades e limites



BU



UFSC-BU



Eda Schwartz

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**  
**CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

FAMÍLIA TEUTO-GAÚCHA: o cuidado entre possibilidades e limites


**EDA SCHWARTZ**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de título de

**MESTRE EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**

e aprovada em 15 de julho de 1998, atendendo as Normas da Legislação vigente do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem-Programa de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

**BANCA EXAMINADORA**

  
Dr<sup>a</sup>. Marta Cezar Vaz - Presidente

  
Dr<sup>a</sup>. Luciane Kantorski

  
Dr<sup>a</sup>. Zuleica Maria Patrício

  
Dr<sup>a</sup>. Valéria Lerch Lunardi

  
Dda. Rita Heck

  
Dr<sup>a</sup> Alacoque Lorenzini Erdmann



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM  
MESTRADO NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL-REPENSUL**

**FAMÍLIA TEUTO-GAÚCHA:  
o cuidado entre possibilidades e limites**

**EDA SCHWARTZ**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

**ORIENTADORA: Dr<sup>a</sup>. MARTA REGINA CEZAR VAZ  
CO-ORIENTADORA: MSc. MARLENE TEDA PELZER**

Florianópolis, 1998

## AGRADECIMENTOS

À professora Doutora **Marta Regina Cezar Vaz**, minha orientadora incansável, principalmente pelo privilégio de ter sido sua primeira orientanda. Agradeço, ainda por aceitar ser minha orientadora. Admiro seu saber e sua forma mansa de ensinar a descobrir novos horizontes.

A **Marlene Teda**, minha co-orientadora, meu muito obrigada por ter estado sempre presente, dando-me coragem para continuar a caminhada.

À professora Doutora **Zuleica Maria Patrício**, pelo incentivo e pela disponibilidade em me auxiliar e pelas valiosas sugestões.

Aos meus pais, **Erny e Nilva**, que me ensinaram na formação de ser humano, dentro de um espírito verdadeiro de uma família, e que muitas vezes se sacrificaram para que todas as filhas estudassem.

As minhas irmãs **Etna, Elisabete, Eliane, Elisa e Elisane**, minhas amigas e companheiras das horas alegres e tristes.

Ao meu noivo **Vladimir**, obrigada pelo apoio, por estar ao meu lado, pelo carinho ao ouvir o chamado, por saber o momento de calar, por entender as ausências e pela cumplicidade que nem se explica, apenas se vive...

À amiga **Celmira**, amiga com quem posso passar um momento de paz e harmonia, alguém que me escuta e me diz quando me

equivoco, me ensina coisas puras e belas e sempre tem tempo para mim.

À amiga **Sonia**, pela certeza da mão estendida, dividindo tristezas e somando alegrias nesta caminhada.

Às colegas **Valquíria** e **Emília**, pela disponibilidade em me auxiliar, pelo incentivo e participação nesta trajetória.

À colega **Sallete** e ao **Ari**, pela disposição em oferecer sua casa em Florianópolis quando foi necessário.

À amiga e professora **Suraia**, pela palavra amiga e pela disponibilidade em auxiliar nas correções de português.

À professora **Teresa**, em auxiliar nas correções de português.

Aos funcionários da FEO/UFPel e Pós-Graduação da UFSC, pela colaboração.

À **CAPES** pelo Programa Institucional de capacitação de Docentes e Técnicos/PICDT, proporcionando-me auxílio de uma bolsa parcial, a qual oportunizou esta qualificação.

À bibliotecária **Carmem**, pelo auxílio nas questões pertinentes às referências bibliográficas.

À professora Doutora **Maria de Lourdes Souza**, pela arrojado do Projeto Repensul, que possibilitou esta qualificação.

Agradeço, em especial, a **todas as famílias teuto-gaúchas** que estiveram envolvidas neste estudo, sem cuja valiosa colaboração, o mesmo não seria possível.

## SUMÁRIO

### AGRADECIMENTOS

### RESUMO

### ABSTRACT

1	INTRODUÇÃO.....	11
2	FAMÍLIA TEUTO GAÚCHA EM SITUAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO....	20
2.1	Características gerais: a família teuto-gaúcha.....	21
2.2	Características particulares: a hospitalização.....	26
3	APRESENTANDO UM MARCO CONCEITUAL A PARTIR DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER.....	30
4	TRAJETÓRIA METODOLÓGICA.....	51
4.1	Caracterização do estudo.....	52
4.2	Local de estudo.....	53
4.3	Crítérios para seleção dos sujeitos do estudo.....	54
4.4	Sujeitos do estudo.....	55
4.5	Procedimentos éticos.....	56
4.6	Procedimentos para a Coleta dos dados.....	59
4.7	Registro dos dados.....	62
4.8	Análise dos dados.....	63

<b>5</b>	<b>ENCONTRANDO FAMÍLIAS TEUTO-GAÚCHAS.....</b>	<b>66</b>
<b>5.1</b>	<b>Apresentando as famílias teuto-gaúchas do estudo.....</b>	<b>68</b>
<b>6</b>	<b>OS VALORES CULTURAIS DO CUIDADO POPULAR DAS FAMÍLIAS TEUTO-GAÚCHAS AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO SISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE.....</b>	<b>102</b>
<b>6.1</b>	<b>Os valores culturais do cuidado popular : saúde para o traba- lho e o lazer.....</b>	<b>103</b>
<b>6.2</b>	<b>O sistema profissional de saúde.....</b>	<b>113</b>
	Os limites.....	113
	As possibilidades.....	121
<b>7</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>126</b>
<b>8</b>	<b>BIBLIOGRAFIA.....</b>	<b>130</b>
<b>8.1</b>	<b>Referência Bibliográfica.....</b>	<b>130</b>
<b>8.2</b>	<b>Bibliografia consultada.....</b>	<b>139</b>
	<b>ANEXO 1.....</b>	<b>143</b>
	<b>ANEXO 2.....</b>	<b>144</b>
	<b>ANEXO 3.....</b>	<b>146</b>
	<b>ANEXO 4.....</b>	<b>148</b>
	<b>ANEXO 5.....</b>	<b>149</b>

## RESUMO

Este estudo teve início no processo de cuidar. O objetivo geral foi investigar as necessidades de cuidado apresentadas por paciente e família, quando em contato com um sistema profissional de saúde. O ponto de partida foi uma unidade de internação cirúrgica, através de um processo metodológico, baseado na Teoria Transcultural do Cuidado de Leininger. Como objetivos específicos, procuramos identificar as significações das necessidades de cuidado apresentadas pelo paciente e família. Para atingir tais objetivos, realizamos um estudo exploratório, através de uma pesquisa participante, com análise qualitativa. O instrumento utilizado para coleta foi o processo de cuidar. A coleta dos dados foi desenvolvida no período de outubro de 1997 a fevereiro de 1998, em ambiente hospitalar, como ponto de partida, e depois no domicílio de quatro famílias teuto-gaúchas dos distritos de Pelotas, Canguçu e São Lourenço do Sul. Procuramos registrar os cuidados, enfocando estes registros nas necessidades, que apresentadas pelas famílias foram as mesmas da teoria, a considerar: preservação, adaptação, melhoramento das condições, formação e manutenção de grupo de assistência com qualidade, cuidado, responsabilidade, alimentação tradicional, conhecimento da realidade, comunhão com os outros, cooperação, instruções de saúde e comunicação. Os dados emergidos do processo de cuidar foram os valores do cuidado popular. Estes foram traduzidos por cuidando do ser para ter saúde, trabalhar, alimentar, deambular e ter prazer. Outro dado traduzido no conceito de sis



tema profissional de saúde são as possibilidades e limites no atendimento às necessidades das famílias teutas, fazendo com que pertençam a um sistema de descuidado. As possibilidades são encontradas pela própria família no sistema profissional de saúde, quando este promove a sua cidadania. Muitas vezes, isto não ocorre, surgindo o limite: o descuidado. Os limites são os apresentados pelo sistema profissional de saúde através das estruturas de atendimento ao cidadão no que diz respeito às suas necessidades de saúde.

## **ABSTRACT**

This study started with the care process. The general aim was to investigate the caring needs presented by the patient and his family, when they were in contact with on health professional system. The starting point was a surgical hospitalization unit, by a methodological process, based on the Trans-cultural Caring Theory of Leininger. As specific aims we asked for identify the caring needs meanings present by the patients. In order to attain these aims, an exploring study was done, through a participant research with qualitative analysis. The instrument used to data collect was the caring process. The data collection was developed in a period of some months from october 1997 to february 1998, in a hospital enviroment as a starting point, and then at four Germanic-gaicho familie's home in counties of Pelotas, Canguçu and São Lourenço do Sul. The caring process was registered, focusing these notes on the necessities questions presented by the researched families. The caring needs showed by them were the same ones presented in the theory: preservati-on, adaptation, improving conditions, attendance group, quality, assistance, responsibility, traditional feeding, recognizing reality, communion with the others members of the community, cooperation, health instructions and communication. The data brought by the care process were the popular care values. They came out with a particular idea of caring: to be healthy to work, to eat and to have fun. Another information translated for the professional health sistem is the possibility and limits regarding to attend the germanic families necessities, which makes them belong to a reckless sistem. The possibilities are

found for the family inside the professional health system as it gives them citizenship. Often, it just doesn't happen, then we have the limit: the careless. The limits are those presented by the professional health system using the structures to attend the citizen regarding his health necessities.

## 1 INTRODUÇÃO

As discussões sobre saúde-doença e cultura fazem parte dos estudos antropológicos, mas foi com os estudos do antropólogo Rivers, (1979, original de 1924), que começaram a ser analisadas, na medicina, como categoria de pesquisa. Também relacionando sistemas médicos e cultura, é que ficou claro que os estudos antropológicos<sup>1</sup> permitem uma compreensão do significado de uma ação em que uma experiência é vista dentro de um contexto social e não de forma isolada.

A importância de estudar cultura e saúde reside no fato de possibilitar a ampliação dos nossos horizontes, fazendo emergir, assim, um novo modo de perceber o mundo, instrumentalizado com conhecimentos da prática e através de estudos que permitam compreender e cuidar de pessoas em suas mais diversas culturas. Fazendo do estudo da cultura um instrumento capaz de produzir outro instrumento, mais imediato para a prática da enfermagem, no que se refere ao conjunto das ações de cuidado.

Desde o nascimento, estamos inseridos em uma determinada cultura, mas cada pessoa apreende, de maneira singular, valores,

---

<sup>1</sup> Veja-se, por exemplo, Jean Langdon em Breve histórico da antropologia de saúde (s.d.), p.3-22.( original )

crenças, hábitos e costumes, orientando suas ações em sua percepção de significados objetivos e subjetivos, atribuídos à sua experiência e ao seu modo de ver o mundo, desta forma, também suas necessidades são diferentes.

Eis por que resolvi trabalhar neste aspecto, ou seja: Família teuto-gaúcha<sup>2</sup> e Cultura, procurando instrumentalizar a prática com o estudo da cultura nos diferentes grupos sociais, aqui particularmente, a cultura teuto-gaúcha, que se vincula em algum momento de sua vida ao sistema profissional de saúde. O termo teuto, no dicionário Ferreira (1993), é definido da seguinte maneira "relativo aos teutões ou aos antigos povos da Germânia". Assim, através deste estudo da cultura, tenciona-se que o mesmo seja um instrumento de trabalho capaz de ter uma prática mais imediata encontrando soluções e meios para adequar o sistema de saúde e por conseguinte, levar à pessoa humana dignidade, cidadania, enfim, mais saúde ao paciente e segurança e tranquilidade às famílias.

Trabalhando há quinze anos como enfermeira, nas várias especialidades clínicas, cirúrgicas, de emergência e tratamento intensivo com adultos e crianças e em comunidades tipicamente alemãs, em Pelotas, e ainda, como Supervisora do Estágio Supervisionado de Enfermagem Médico-Cirúrgica II da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, senti de perto a problemática existente no que diz respeito a um "atendimento profissional" mais satisfatório, que abrangesse o "ser humano" doente, que pensa, age, reage, decide e que tem crenças e valores próprios, um ser cidadão contextualizado com direitos e deveres, atingindo este atendimento à família tão

---

<sup>2</sup> teuto-brasileiro(gaúcho)- relativo à Alemanha e ao Brasil, ou a alemães e brasileiros. De origem alemã e brasileira, cidade de vida inteiramente alemã e brasileira: indivíduo teuto-brasileiro; Imigrantes alemães e seus descendentes no Rio Grande do Sul. "Em Santa Cruz, cidade de vida inteiramente alemã, vi, num domingo, numerosos cavaleiros teuto-brasileiros, montados à gaúcha...chapéu de abas largas, calças de botões de prata, laço." ( Roquette-Pinto, Seixos Rolados), Novo Dicionário Aurélio ( 1975); Novo Dicionário da Língua Portuguesa Aulete (1968); Fischer, Gertz 1996)

necessitada e carente de apoio e atenção, diante da doença de um familiar.

Durante minha vivência de assistir em diversas especialidades, chamaram-me à atenção especial as questões de saúde-doença das famílias teuto-gaúchas da região sul do Brasil. Muitos pacientes hospitalizados apresentavam algumas patologias como por exemplo: câncer, doenças renais tendo como causa os rins policísticos, doenças do aparelho digestivo, alcoolismo, doenças psiquiátricas, anomalias congênitas. Alguns se internavam já em condições precárias de saúde, podendo-se assim explicar ou relacionar algumas doenças com os diferentes grupos culturais.

Desses contatos emergiram questões como: existe informação quanto aos cuidados com a saúde e recursos para administrá-los? Como estão vivendo estas famílias teutas? Como se cuidam? Por que demoram tanto para procurar os serviços de saúde? Como explicar as causas de doenças a partir das diferenças culturais?

Nas questões do cuidado, estas famílias teutas primam por sua saúde, a qual possibilita o ser humano a trabalhar e ter lazer, apesar de demorarem na procura do atendimento, isto porque deparam-se com dificuldades, pois o sistema profissional de saúde, por suas características, não oferece resolutividade às suas necessidades de cuidado ou ainda posso dizer que esse sistema forma a cultura do descuidado.

Percebi, também, as questões de complexo de inferioridade e imobilidade. Isso fica claro quando há demora na procura de auxílio, quando não existe questionamento ao tratamento, à doença, aos responsáveis pelos cuidados. Sem deixar de considerar, ainda, a própria fala dos teutos: "*somos de fora não sabemos nem andar na cidade e nem entender o português*".

Questiono se isso não teria origem nas tantas discriminações sofridas por eles durante a colonização e nas experiências da Segunda



Guerra Mundial, considerando que, durante a mesma, foi proibida a publicação de jornais em língua alemã, bem como o uso desse idioma em lugares públicos e em escolas. Confiscaram livros e documentos em casas, destruíram bibliotecas, houve prisões e confinamentos. Excessos ocorreram por parte da população como incêndios e depredações em grandes centros urbanos, onde praticamente todos os descendentes de alemães foram atingidos. Realmente foi uma época de perseguições, que se seguiu no pós-guerra, quando se sentiram como cidadãos de segunda ou terceira categoria, sentimento que permanece até hoje.

Sabemos que os teuto-gaúchos da região do estudo, Pelotas, Canguçu e São Lourenço do Sul, (Anexo 1), são mais pobres que os de outras regiões do próprio Estado. As terras dessa região são próprias para criação de gado e não adequadas para a produção agrícola a que alguns dos imigrantes estavam habituados. Desta forma, o grupo não conseguiu manter uma boa produtividade, conseqüentemente tem uma baixa renda.

Com todas essas questões, geralmente, quando ocorre a internação de um paciente desta etnia, ele se sente sozinho, pois seu ambiente é a zona rural, seu lar (Heim), seu pátio (Hof), onde ele mantém seus hábitos alimentares, higiênicos, lazer, trabalho e também a própria comunicação verbal, pois geralmente ele fala o alemão ou o pomerano<sup>3</sup>, que é um dialeto.

Assim, as contradições no seu cuidado surgem, a começar pela necessidade de permanecer com um familiar, pois o mesmo representa a segurança, a comunicação verbal com a equipe de cuidadores profissionais, porque geralmente o familiar que fica acompanhando o paciente durante a internação é aquele que consegue se comunicar através do alemão, do português ou do pomerano.

Emergem, nessa esfera, questões complexas como a preo-

---

<sup>3</sup> pomerano- originário da antiga Pomerânia. Também encontrado no Dicionário Contemporâneo da

cupação acerca das diversidades de culturas, principalmente a teuto-gaúcha, no que diz respeito ao cuidado humano, o qual vivenciei em meu trabalho assistencial nas áreas citadas anteriormente.

Tive a experiência de trabalhar em saúde comunitária junto a uma comunidade tipicamente alemã, a qual fazia uso de métodos caseiros para a cura de doenças e outros procedimentos, que, pela minha aprendizagem acadêmica, estavam inadequados. Isso me causava um certo desconforto, pois já nessa época, questionava-me se eles não poderiam adaptar o que sabiam sobre doenças e se cuidar, já que se cuidavam naquele local, onde até então não havia nenhum tipo de assistência à saúde, devido a estar afastado dos recursos.

A minha experiência de ser de uma família teuto-gaúcha também me influenciou na tentativa de estudar as questões das suas necessidades, visto que muitas destas já eram por mim questionadas no ambiente que conhecia.

Saliento, desta forma, que meu conhecimento, acerca da importância do sistema cultural dos indivíduos e das comunidades, foi motivado pela prática, ou seja, por um agir no qual a cultura aparece como determinante do modo de agir e reagir dos indivíduos singulares e dos indivíduos em conjunto. Tal prática traduziu, inicialmente, a necessidade de vínculos explicativos para o cuidado do sistema profissional de saúde e para o cuidado popular. A relação cultural e profissional aparece muito presente em minha prática profissional e a mesma merece destaque para pesquisar.

Em se tratando de internação para o paciente e família, existem fatores prejudiciais; sendo assim, o enfermeiro deverá ser um dos elementos deste elo entre um ambiente totalmente estranho ao mesmo e sua família. Ele necessita acomodar esse paciente com sua cultura a uma cultura hospitalar e também à cultura dos diferentes membros que

compõem a equipe multidisciplinar.

Portanto, segundo as palavras de Leininger (1985 a, p.210)

*"a enfermagem é essencialmente uma profissão de cuidado transcultural, no sentido de que as enfermeiras oferecem cuidados de enfermagem a pessoas de diferentes culturas. Ainda assim, elas não valorizam, nem praticam esta perspectiva"*

Nesse contexto social, muitas vezes são impostos os próprios valores e modos de vida sobre os clientes, tornando-se um sério problema para os profissionais da saúde e para pacientes. O enfermeiro faz parte desse contexto, assim como pertence a um sistema profissional de saúde, no qual existe uma cultura própria; assim deverá ser o facilitador dessas relações, ou ponte destas, pois o enfermeiro faz parte da cultura do ambiente hospitalar.

A escolha da teoria de Leininger se justifica por sua autora entender o cuidado como a essência da enfermagem, considerando também, a cultura na qual se insere o homem ou o grupo, e consequentemente a família, assim, urge a inserção da cultura do cuidado em diferentes culturas.

Abrange também, o sistema popular e profissional, sendo que a enfermeira deve ser um dos elos entre os mesmos, para congruência do cuidado. Isso se aplica a essa prática porque a família e o enfermeiro cuidam, ambos baseados na sua visão de mundo, nos seus valores, crenças e práticas. A cultura é o estímulo do homem ao meio ambiente, isto é, é o movimento deste homem mantendo, transformando e repadronizando ações dentro do seu contexto de ambiente externo e interno, os quais estão explicados no capítulo referente ao marco conceitual.

Ao estudar a cultura de um indivíduo, temos o representante de uma família, a qual, segundo Almeida, Carneiro, Paula (1987) nas

últimas décadas, vem merecendo, por parte dos estudiosos, no campo das Ciências Humanas, uma especial atenção, tornando-se objeto de investigação, também para a enfermagem, que, pontuando a realidade dos fatos, cuida da família e de seus membros.

O tema "famílias" já foi abordado por alguns autores com base em diversos referenciais teóricos como, por exemplo: Patrício (1990), com o tema de famílias e adolescente grávida, utilizou a teoria de Leininger e, para a sua compreensão de "homem", também foram utilizados outros autores como Gramsci (1987), HerKovitz (1978), Castillo (1984), entre outros. Boehs (1990), para estudar o recém-nascido e sua família, utilizou a teoria de Leininger e a teoria do desenvolvimento do família. Nitschke (1991) utilizou a Teoria de Leininger, King e os autores do interacionismo simbólico para estudar o nascer em família. Monticelli (1994) estudou grupos de mulheres de uma maternidade e no domicílio e para isso utilizou, juntamente com Leininger, a Teoria de Van Gennepe.

Ao estudar as famílias teuto-gaúchas, deparamo-nos com questões de necessidades individuais e familiares que são construídas social e culturalmente. Nesses aspectos, verificamos uma estrutura organizacional de cuidados que retrai a produção de solução de suas necessidades, mas encontramos um instrumento que possibilita confrontar um sistema profissional de saúde com o cultural. Dessa forma, como vê Leininger, o enfermeiro pode cuidar transculturalmente, possibilitando a satisfação das necessidades.

Na problemática desses pacientes com sua respectivas famílias, pergunto:

**Ao ter contato com um sistema profissional de saúde, tendo, como ponto de partida, a hospitalização, em unidade cirúrgica, quais são as necessidades de cuidado do paciente e da família teuto-gaúcha?**

Dessa forma, me propus a investigar as necessidades de

cuidado do paciente e família durante a internação hospitalar em uma unidade cirúrgica, com intenção de, futuramente, cuidar dessas famílias através de um referencial que pontue a realidade dos fatos com suas características sócio-culturais, apesar de já estar ocorrendo esses cuidados, pois extrapola o tempo deste estudo. Também deve ser considerada sua vida cotidiana na comunidade em que está inserida, o que, durante o desenvolvimento do estudo, pode ser visto e vivenciado.

Este estudo tem como objetivo geral investigar as necessidades de cuidado ao paciente e família teuto-gaúcha, quando em contato com o sistema profissional de saúde, tendo como ponto de partida, a unidade cirúrgica, através de um processo metodológico, baseado na Teoria Transcultural do cuidado de Leininger. Objetiva-se, ainda, como identificar as significações das necessidades de cuidado apresentadas pelo paciente e família teuto-gaúcha, à luz da teoria de Leininger.

Para atingir tais objetivos foi realizado um estudo exploratório, com análise qualitativa para a qual o processo de cuidar, ou seja, a própria assistência, foi o instrumento de coleta de dados, sendo que nos registros dos cuidados foram abordadas as questões de necessidades da família teuto gaúcha.

Dando continuidade a esta dissertação, digo que há um subprojeto 4 sob o título de " A cultura da família rural como determinante da qualidade de vida: implicações para as ações de saúde" encaminhado pelo Núcleo de Estudos e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas, com aprovação no CNPq. Esse projeto de pesquisa integrado está sendo desenvolvido em parceria com a Secretaria de Saúde de São Lourenço do Sul, município com predominância de alemães e pomeranos habitantes, principalmente em zona rural.

O estudo em tela está apresentado desde introdução até o

seu final em forma de descrição e análise: reforço que toda análise requer uma descrição prévia. Desse modo, está apresentado com uma breve revisão a respeito de famílias teuto-gaúchas, no segundo capítulo; a apresentação do marco conceitual, no terceiro capítulo; a metodologia implantada, no quarto capítulo; a apresentação das famílias, no quinto capítulo; os conceitos e/ou categorias de necessidades que emergiram durante o estudo, no sexto capítulo; e realizando o fechamento com pontos de considerações, no sétimo capítulo.



## 2. FAMÍLIA TEUTO-GAÚCHA EM SITUAÇÃO DE HOSPITALIZAÇÃO



Neste capítulo apresento as características gerais da família teuto-gaúcha, para um melhor entendimento de alguns de seus aspectos culturais destas famílias que se tornam pertinentes para o estudo. A seguir apresento as características particulares dessa família em situação de hospitalização.

## **2.1 Características gerais : a família teuto-gaúcha**

A partir de 1823 e 1824, ocorreu a imigração de alemães e suíços para o Brasil, concentrando-se mais nas três províncias sulinas: Rio Grande do Sul, Santa Catarina e Paraná.

Segundo as estimativas de Fischer, Gertz (1996), 20 a 25% da população gaúcha é de descendência alemã. Para se compreender devidamente a importância atribuída aos imigrantes teuto-gaúchos, católicos e luteranos, é necessário remontar ao passado milenar da formação histórico-cultural, do qual emergiram esses colonizadores e as vicissitudes com que se defrontaram na pátria de adoção (Rambo, 1994a).

O termo teuto ou alemão assume um sentido cultural e não político. Todos os imigrantes procederam da Europa Central, do Norte da Alemanha e da parte Norte que hoje corresponde ao território da Polônia. É fato por demais conhecido pelos historiadores, que em tais regiões da Europa de onde vieram os imigrantes, durante séculos, incubaram-se, eclodiram e finalmente cristalizaram-se, em grande parte, as bases da cultura ocidental. Não se tratavam, portanto, de elementos procedentes de culturas denominadas "primitivas". Foram os herdeiros de um rico e vasto arsenal de tradições culturais, sociais, políticas, econômicas, artísticas e religiosas, arduamente elaboradas, durante séculos.

A imigração alemã no Rio Grande do Sul não é constituída de um grupo homogêneo, pois nem todos eram colonos: havia, entre

eles, diferenças de classes, formando, assim, uma estrutura social complexa.

Também é importante ressaltar o surgimento dos estereótipos e preconceitos, já no século XIX e depois, em especial no período de 1933 a 1945 (período do nazismo), contra os descendentes germânicos, criando-se, no imaginário popular, a fantasia do "perigo alemão"<sup>4</sup> (Gertz, 1991).

Essa integração com os descendentes de alemães foi tempestuosa, marcada por três crises cívicas: a Primeira Guerra Mundial, a propaganda hitleriana e a reação do Estado Novo, e a Segunda Guerra Mundial. Essa última crise, entretanto, teve como resultado mostrar-nos limites da questão teuto-gaúcha e revelar a solidariedade que, de fato, une todos os gaúchos.

Considero, ainda, o fato de a população da antiga Pomerânia, os pomeranos, constituir uma significativa parcela no amálgama étnico da população da região sul do Rio Grande do Sul. A imigração pomerana para Pelotas e São Lourenço do Sul, no ano de 1856, deveu-se à necessidade de ocupação dessa área com imigrantes que desenvolvessem atividades agrícolas. Esse povo vinha de uma região plana, de atividade essencialmente agrícola, com grandes latifúndios, em que os pequenos agricultores eram agregados aos "barões", proprietários da terra, para quem produziam, vivendo em condições miseráveis (Salamoni, Acevedo, Estrela, 1995). A Pomerânia, como um todo, fazia parte do Império Prussiano à época em que se deu a vinda dos imigrantes pomeranos.

Desde o início da imigração, existia uma situação de marginalidade para com as famílias em estudo, em virtude de elas cultivarem sentimentos de riqueza em relação aos filhos, que auxiliavam nas ativi-

---

<sup>4</sup> perigo representado até a 1ª Guerra Mundial, devido ao grande número da população de língua alemã no sul do Brasil, percebendo que a Alemanha teria facilidade de iniciar uma marcha vitoriosa sobre todo o país. (Gertz, René, 1991, p.16)

dades agrícolas. Tais atividades eram interpretadas pelos moradores brasileiros da região como trabalho inferior, que deveria ser realizado por escravos, pois o trabalho braçal era indigno ao homem branco (Dreher, 1984).

Complementava essa marginalidade o pouco contato com a população, pois geralmente moravam em regiões pouco povoadas. Os elementos da cultura brasileira só eram adotados se tivessem alguma vantagem. Outros aspectos eram a comunicação e a religião, pois o alemão conservou sua língua de origem, dificultando a comunicação, e a religião protestante, que, na época da imigração, as colônias portuguesas combateram.

A morte, para os teuto-gaúchos, ainda hoje, é uma preocupação, por isso sempre cultivam sentimentos de grande veneração para com seus mortos.

Percebi, pois, como essas famílias pertencem a um complexo quadro de relações culturais.

Casey (1992) conta que os alemães aprendiam bem cedo na vida as virtudes cruciais da paciência, da lealdade, do espírito de cooperação e podiam continuar contando com o apoio do chefe da família. Existia um significado moral da família, pois também possuíam firme crença religiosa, inclinação pela obediência e lealdade, e empenho assíduo no trabalho e na poupança.

A família foi a célula fundamental da sociedade teuto-gaúcha, mas evoluiu pela diminuição da endogamia. A evolução das famílias e das classes sociais, de origem alemã, deram ao Rio Grande do Sul uma fisionomia diferente da dos outros Estados brasileiros. Os teuto-gaúchos não só se adaptaram ao meio, mas nele exerceram certa influência, introduzindo novos valores (Roche, 1969).

A fidelidade às tradições germânicas permitiu que os teuto-gaúchos transmitissem certos costumes a outros compatriotas seus.

Os fatores espirituais desempenharam, pois, um grande papel na mentalidade e na maneira de viver das colônias alemãs.

O ciclo histórico dos teuto-gaúchos demonstra que, primeiramente, construíam-se escolas e estas serviam de igrejas. As famílias, naquela época, consideravam que a raiz da educação era a religião; nesse particular nada mais fizeram do que o ensinado pela própria história cultural da humanidade : sem religião não há educação e sem educação a religião se desintegra, se vicia, se corrompe; desse modo a religião é representada como o fundamento último da sociedade humana, como refere Rambo (1994a), Kreutz (1996).

Nessas concepções expressas, havia, entre as famílias teutas, a preocupação com a educação e, assim, criaram as escolas comunitárias, dentro de uma visão cultural da época. Essas escolas foram encarregadas pela família e pela comunidade como expressão formal e grupal da vontade dos pais, para se responsabilizarem pela complementação da educação. Os limites do conteúdo e a própria estratégia didático-pedagógica emanavam da vontade e dos direitos dos pais e eram expressos pela comunidade.

Partimos, assim, da constatação de que a família tinha consciência de que, sem a escola, a tradição cultural e a religiosa se achavam comprometidas, e que essa família se sentia diretamente responsável e comprometida com a tarefa de educar.

Para as famílias teutas, o lar (Heim) representa um indicativo de grande valia, onde o homem convive na intimidade com os seus dependentes diretos. É o lugar no qual nenhum estranho tem autorização para se intrometer. Existe algo de sagrado, algo misterioso, algo de místico. Em resumo, ao rosto escuro do homem não se permite o ingresso nesse santuário, sendo essa uma condição indispensável para a conservação das tradições.

O valor e o sentido do lar (Heim) deveriam ser incorporados

e assimilados ao acervo cultural das novas gerações, e a perda dessa noção implicaria perda de um fragmento cultural.

A família, como núcleo social embrionário, representava, para a criança, o local onde desenvolveria suas primeiras experiências de relacionamento social; caso fosse bem sucedida, resultaria em uma personalidade equilibrada, segura e íntegra.

A criança, desde cedo, conhecia a necessidade de um ordenamento hierárquico, alicerçada no respeito mútuo, conduzindo a um convívio harmônico, tendo como objetivo comum a realização plena do indivíduo e do grupo. Onde estão esses valores transformados? Onde está essa família que tinha tantos objetivos comunitários para viver em harmonia?

Assim, no enfoque deste ser humano hospitalizado, frente à diversidade de culturas, quais são as necessidades de cuidados e suas significações frente a este momento particular?

Tange falar de necessidades nos aspectos gerais, pois estas são produzidas dentro de uma própria cultura, profissional ou não e nas concepções de saúde /doença de cada indivíduo. Definindo necessidades de cuidado: é um problema que se transforma em problema de enfermagem que tem solução. Então, o limite do sistema profissional é que estabelece o problema como necessidade no cuidado profissional. Revelando como ponto principal uma grande necessidade de que a cultura seja considerada dentro do sistema de saúde e, num sentido mais macro, em outros sistemas como, por exemplo, os da educação, da economia.

Para cada ser humano, as necessidades representam uma visão de mundo, um olhar do ser humano envolvido, pois para uma diarréia, por exemplo, uma determinada pessoa pode ter a necessidade de procurar um auxílio naquele momento; enquanto para outra, haverá a necessidade de tomar chás caseiros e não procurar recursos formais



de saúde. A necessidade é criada de acordo com cada pessoa e cada cultura.

O caráter da universalidade das necessidades reside no fato de que em qualquer lugar ou cultura as pessoas sempre querem satisfazer certas necessidades, que seriam: subsistência, proteção, afeto, compreensão, participação, lazer e criação. Todas existem desde as origens da humanidade (Vaitsman, 1992).

## **2.2 Características particulares : a hospitalização**

Na abordagem deste paciente que está em pré-operatório, transoperatório e pós-operatório, existem várias condutas e procedimentos. Assim, como característica particular, há uma questão genérica, humana, enquanto cidadão, paciente e enfermagem. Essa situação cirúrgica envolve não apenas o ato cirúrgico em si, mas também os períodos do pré e pós-operatório. É importante notar que envolve a mudança da rotina diária desse ser humano, separando-o do ambiente a que está habituado e expondo-o ao estresse de uma hospitalização carregada de características e singularidades, como refere Carraro (1994).

Acrescento ainda que, nessa hospitalização, ou melhor, nesse ambiente hospitalar, esse ser humano encontra-se à mercê de todas as culturas existentes neste local, pois há a cultura dos profissionais do cuidado, a cultura do próprio ambiente hospitalar e a sua própria cultura.

Esse ser humano raramente passa pela experiência de cirurgia sozinho. A família está sempre presente, em se tratando de família teuta. Assim, concordo com Hense (1987) e Carraro (1994), que reforçam a presença da família vivenciando o risco cirúrgico juntamente com seu familiar, ajudando-o e preparando-o, e que, no entanto, às

vezes, não sabe como proceder. Nessa situação, o ser humano se expõe a riscos e complicações pertinentes ao ato cirúrgico, refletindo isso em sua família.

Acredito na premência da assistência para o ser humano e sua família e na importância de se aliar os conhecimentos técnico-científicos à humanização da assistência, respeitando seus valores, crenças e inseguranças. Contribui-se, desta maneira, para que a situação cirúrgica transcorra de forma mais equilibrada, menos fatigante e que apresente menos riscos e complicações. Embora pareça redundante, é vital que uma prática realizada por seres humanos a outros seres humanos deva ser uma prática humanizada.

No que diz respeito à indicação cirúrgica, Smeltzer e Bare (1993) referem que uma cirurgia pode ser indicada por várias razões: pode ser diagnóstica, quando se efetua uma biópsia ou uma laparotomia; pode ser curativa, quando é removida uma tumoração ou um apêndice inflamado; pode ser reparadora, quando múltiplos ferimentos precisam ser reparados; pode ser reconstrutora ou cosmética, quando se realiza uma mamoplastia ou plástica de face; ou mesmo pode ser paliativa, quando uma dor precisa ser aliviada ou algum problema corrigido, como exemplo, um tubo de gastrostomia é inserido para compensar a capacidade de deglutir alimentos.

Ainda, pode ser classificada, de acordo com o grau de urgência, como: de emergência, quando o paciente requer atenção imediata, podendo o distúrbio ameaçar a vida; de urgência, o paciente requer pronta atenção entre vinte e quatro e trinta horas; eletiva, o paciente deve ser operado e a não submissão à cirurgia não representa catástrofe, é opcional; a decisão é do paciente, uma preferência pessoal.

Qualquer procedimento cirúrgico gera algum tipo de reação emocional no paciente. A ansiedade pré-operatória é uma amea-

ça ao seu modo particular de viver, tornando-se imperativo para o enfermeiro e sua equipe, identificar as ansiedades que esse paciente está enfrentando.

O ser humano, que vai ser submetido a um procedimento cirúrgico, pode experimentar vários temores como, por exemplo, os citados por Smeltzer e Bare (1993): o medo da anestesia, justificado por fatos ocorridos anteriormente e que são de conhecimento do paciente, o medo da dor ou da morte.

Tais receios serão reduzidos à medida que os seus cuidadores profissionais estabeleçam uma relação de confiança; o medo do desconhecido deve-se ao fato de o paciente achar que não será informado sobre tudo o que diz respeito ao seu diagnóstico ou à sua doença; dessa forma, o enfermeiro deverá mantê-lo informado sobre suas possibilidades futuras para, assim, ocorrer uma melhor adaptação. Existe também o medo da destruição da imagem corporal: a cicatriz cirúrgica poderá ser vista como estresse para muitos pacientes; o medo da separação da família, das atividades anteriores, de seu ambiente domiciliar, de seus hábitos, do seu lar (Heim) e do quintal (Hof), da mesma forma, também acompanha o paciente.

Além desses temores, existem outros, como: problemas financeiros, responsabilidades familiares, perda parcial de sua independência. Por isso, o enfermeiro deverá estar atento para reconhecê-los, compartilhando-os com a família. Talvez, o maior recurso do enfermeiro seja o ouvir, preservando, mantendo e repadronizando suas ações junto a e com esse paciente e família. Enfim, na perspectiva de Elsen (1994, p. 50) :

*" o cuidar da família é complexo, pois envolve compreendê-la em sua totalidade"*

Totalidade esta que pode, em princípio, ser visualizada na própria singularidade desse indivíduo.

O enfermeiro tem como base o cuidar dos seres humanos, tentando compreendê-los no contexto sócio-político-cultural em que estão inseridos. Desta forma, considera a família como sua principal âncora de atuação, descobrindo-a como dinâmica o cuidado profissional como um elemento do processo transformador do seu viver.

Este estudo pretende contribuir na área da saúde de pacientes e famílias teuto-gaúchas, visto que ainda existe uma lacuna nos estudos que se referem às questões de saúde e doenças dos teuto-gaúchos, principalmente nos municípios de Pelotas, São Lourenço do Sul e Canguçu, nos quais habita um grande número de teuto-gaúchos. Sendo assim, apresento na seqüência do texto os conceitos que possibilitaram a construção dos elementos preponderantes da prática de enfermagem a pacientes e suas famílias.

**3. APRESENTANDO UM MARCO CONCEITUAL A  
PARTIR DA TEORIA TRANSCULTURAL DE LEININGER**



Para um melhor entendimento deste capítulo, considere pertinente rever alguns conceitos e definições de marcos conceituais, mostrando, de uma forma prévia, os marcos referenciais, pressupostos e os componentes do marco conceitual que serão utilizados, assim como as suas inter-relações.

Para a definição de marco conceitual, existem vários autores que já apresentaram e discutiram suas definições entre os quais cito: Fawcett (1984), Willians (1979), Trentini (1987), Neves e Gonçalves (1984), Penna (1994).

Trentini (1987, p.136) define conceito como:

*"abstrações ou imagens mentais de objetos, propriedades ou eventos que simbolizam a realidade... Um conceito que pode ser percebido por duas ou mais pessoas e cada pessoa pode ter uma percepção diferente do mesmo conceito. Isto quer dizer que um conceito pode ter diferentes significados".*

Penna (1994, p.81) define marco conceitual como:

*"um conjunto de conceitos, suas definições e proposições, interrelacionando entre si, objetivando a apresentação de formas para perceber um fenômeno e guiar a prática".*

No que tange a marco conceitual, os conceitos fundamentais para enfermagem são os elementos indicadores da natureza e da realidade concreta da profissão, a saber: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem (Souza, 1985).

Na prática assistencial, apliquei, para assistir o paciente e sua família, na Unidade de Terapia Intensiva, alguns pressupostos básicos da Enfermagem Transcultural, os quais julguei adequados para utilizá-los novamente a fim de assistir o paciente como também a família na unidade cirúrgica e no domicílio (Schwartz,1997).



Os pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros, são idéias que antecedem à formulação de conceitos, sendo o quadro referencial do autor. Para este estudo, utilizei os pressupostos de Leininger (1985, p.264), que são:

- *Os seres humanos são seres culturais, capazes de sobreviver ao passar do tempo, através de sua capacidade de prestar cuidado aos outros, de todas as idades, em vários ambientes e de muitas maneiras;*
- *Os valores podem ser diversificados ou universais;*
- *O cuidado ao homem é universal, em todas as culturas, o cuidado pode ser demonstrado por meio de expressões, ações, padrões e estudos de vida e sentidos diferentes;*
- *Todas as culturas possuem práticas de cuidado de saúde profissionais e populares;*
- *O cuidar e o cuidado são essenciais à sobrevivência dos homens, bem como para seu desenvolvimento e habilidades para lidar com acontecimentos graves e freqüentes da vida, inclusive as doenças, as deficiências e a morte.*
- *A enfermagem é uma profissão de cuidado transcultural.*

O marco conceitual utilizado neste estudo é: CULTURA, CUIDADO/UIDAR, SAÚDE/DOENÇA, CUIDADO POPULAR DE SAÚDE, CUIDADO PROFISSIONAL, SISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE, ENFERMAGEM, SER HUMANO, AMBIENTE/ESTRUTURA SOCIAL, FAMÍLIA TEUTO-GAÚCHA E VALOR CULTURAL DO CUIDADO E NECESSIDADES DE CUIDADO.

Ao trabalhar com esses marcos conceituais, na prática assistencial, saliento que percebi relações evidentes entre os aplicados ao cuidar/cuidado, família, cultura e ser humano, e os que necessitam maiores investigações como: o cuidado popular, sistema profissional de saúde, saúde /doença e cultura, cujas interpretações pretendo aprofundar na realização desse estudo.

Enfatizo que utilizarei o que for possível da teoria de Leininger, neste trabalho, pois, como foi referido anteriormente, outros autores

com Boehs (1990), Patrício (1990), Nitschke (1991) e Monticelli (1994) também necessitaram usar outros referenciais teóricos para seus estudos.

Ressalto que os conceitos que aqui se mostram sofreram uma produção pela síntese da teoria e da prática vivenciada por mim, tornando-os conceitos congruentes, pontuados com a realidade.

CULTURA - são os valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidas, partilhadas e transmitidas, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneira padronizada (Leininger, 1985).

No dicionário de filosofia, Brugger (1987) diz que "cultura é aquilo que indica o produto dessa formação, isto é, o conjunto de modos de viver e de pensar cultivados, civilizados". Acrescenta, ainda, que "cultura quer dizer aquilo que o homem acrescenta à natureza, quer em si mesmo, quer noutros objetos". E ela nasce com a colaboração de muitos na comunidade humana. Das contribuições de diversos povos, origina-se a cultura da humanidade.

Ferreira (1993) diz que "cultura é ato, efeito ou modo de cultivar", e cultivar é, no meu entendimento, o mesmo que cuidar, portanto, cultura e cuidado apresentam-se inteiramente relacionados.

Chauí (1995, p. 293) diz que:

*"a cultura é uma segunda natureza, que a educação e os costumes acrescentam a primeira natureza, isto é, uma natureza adquirida, que melhora, aperfeiçoa e desenvolve a natureza inata de cada um".*

Demo (1993) diz que a cultura deve estar ligada sempre às perspectivas de desenvolvimento, em sentido pleno, na dimensão sócio-econômica e política, para daí extrairmos os critérios de distinção entre o que preservar e o que mudar. Esse conceito vem a corroborar com as inter-relações do cuidar/cuidado, enfermagem, família e ambi-

ente social, cultura e as ações de enfermagem ditadas por Leininger.

É importante notar a relação que Hoebel e Frost (1995, p.4) fazem entre o valor social da família, educação e responsabilidade com a saúde, ao afirmarem que:

*"a cultura é determinada por valores, padrões de comportamento e conhecimento aprendidos, vivenciados pelas pessoas e é expressada no seu modo de viver".*

Ainda sobre este enfoque, Laplantine (1995, p.120) refere que:

*"cultura é o conjunto dos comportamentos, saberes e saber fazer característicos de um grupo humano ou de uma sociedade dada, sendo estas atividades adquiridas através de um processo de aprendizagem e transmitidas ao conjunto de seus membros"*

Nos vários conceitos de cultura, ainda citamos o de Helmann (1994, p. 22):

*"cultura é um complexo formado por conhecimento, crenças, artes, moral, leis, costumes e toda e qualquer capacidade ou hábito adquiridos pelo homem como membro de uma sociedade".*

Ao apresentar esses conceitos de cultura, deparo-me com as aproximações desses, com os conceitos de cultura de Leininger.

No que se refere à cultura, o Brasil é formado através de uma miscigenação étnica bastante diversificada, portanto existe um grau de aculturação que é definido por um conjunto de fenômenos provenientes do contato direto e contínuo de grupos de indivíduos de culturas diferentes, e essas mudanças ocorridas, em tal contato, poderão formar outras culturas.

Nesse enfoque, principalmente Pelotas, São Lourenço do Sul e Canguçu, no Rio Grande do Sul possuem muitos distritos ou colônias

tipicamente alemãs e pomeranas, tornando-se relevante uma investigação sobre o entendimento das necessidades de cuidado das diferentes culturas.

Enveredando por esse caminho, para este estudo, o conceito de cultura é: as crenças, valores, práticas e condutas seguidas por um grupo no seu modo de viver cotidianamente e que estão em movimento contínuo.

Complementando, cultura é aquilo que o homem acrescenta, significa que o homem modifica, constrói, transforma, produz cultura. Esta cultura é o resultado da ação comunal do ser humano.

CUIDADO/CUIDAR - Leininger (1985, 1991a, 1991d) se refere às atividades, ações de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar outros indivíduos ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, para amenizar ou melhorar a condição humana de vida. Segundo a autora, várias culturas ocidentais e não ocidentais estão sendo estudadas em relação a seu entendimento de cuidado. Desse modo, já foram identificados até o momento 175 constructos sobre como as pessoas entendem, usam e interpretam este cuidado /cuidar.

Dentre a extensa lista<sup>5</sup>, cito alguns dos constructos do cuidado/cuidar como, por exemplo: aceitando, acomodando, responsabilidade, agindo, adaptando, aliviando, confortando, comunicando, antecipando, assistindo, atendendo para, cuidando, envolvendo, cooperando, cuidados culturais, ouvindo, contribuindo, instruindo para saúde, realizando necessidades, hospitalidade, ajudando grupos, tendo comunhão com outros, bem-estar, trabalhando duro, usando de alimentos tradicionais, interessado, respeitando e observando.

Durante milhares de anos, os cuidados não pertenciam a uma profissão, ou a um ofício, mas diziam respeito a qualquer pessoa

---

<sup>5</sup> Encontra-se a listagem dos 175 constructos do cuidado/cuidar identificados em aproximadamente 54

que ajudava a uma outra a garantir o que lhe era necessário para continuar a sua vida, em relação à vida do grupo (Collière, 1989).

O cuidado /cuidar pode ser realizado como prática popular, ou cuidado profissional e esses cuidados, quando adequadamente utilizados e aliados, poderão melhorar a qualidade de vida do ser humano sem interferir na sua cultura.

O cuidado ajuda as pessoas a crescerem, conhecerem outros cuidados e enfrentarem desafios do tipo saúde/doença, e isso se mostra evidente no cuidar de paciente em unidade cirúrgica e sua família. Assim, o eixo central dessa prática é o paciente e a família com sua cultura e o enfermeiro transcultural construindo essa prática junto ao paciente e sua família.

O conceito de cuidar/cuidado, para este estudo, esteve baseado em atos e atitudes congruentes de assistência oriunda das necessidades evidentes ou antecipadas do paciente e sua família construídas junto aos mesmos.

**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, 1981, 1984, 1991a).

No meu entendimento, esse cuidado é desenvolvido pelos enfermeiros e/ou técnicos de enfermagem, e auxiliares de enfermagem que tiveram preparo em escolas de educação formal para saúde, tendo uma visão profissional de saúde, doença e cuidados. São portanto cuidadores do sistema profissional de saúde.

Em minha concepção, o cuidado profissional deve preservar o cuidado cultural do ser humano ou de seu grupo e se assim não

for possível, poderá acomodá-lo através da união do cuidado profissional e do cuidado popular, ou poderá repadronizá-lo, se houver necessidade de reordenar ou modificar seu modo de vida em busca de padrões de cuidados novos.

CUIDADO POPULAR - são comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos de acordo com valores culturais, contendo informações tanto do sistema profissional como popular de saúde. Tais cuidados visam a ajudar as pessoas a se cuidarem em situação 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 (Leininger, 1981).

Na atualidade, vivenciamos uma revisão de conceitos, utilizados no passado pelo médico, pelo sacerdote ou pelo feiticeiro, inclusive nesta revisão.<sup>6</sup> Esses sujeitos tratavam as pessoas dentro do contexto no qual elas viviam: a família e o grupo social.

Esse trabalho, denominado cuidado popular, é prestado por pessoas da família ou da comunidade, vizinhos, curadores de diversas religiões, benzedeiros e parteiras da comunidade sem preparo formal. Isso era e é muito comum entre os germânicos em suas comunidades, visto que, muitas vezes, recebiam os ensinamentos de velhos médicos ou leigos pois geralmente se encontravam isolados das cidades ou grandes centros, tornando-se, assim, o cuidado popular difundido entre essas famílias.

ENFERMAGEM - a enfermagem tem como essência o cuidado. É uma profissão que tem a responsabilidade de desenvolver circunstâncias internas e externas, bem como as habilidades de enfrentamento no ser humano e na família. É, pois, uma profissão que envolve

---

<sup>6</sup> Helman Cecil G. Cultura. saúde e doença. 1994.

cuidado cultural coerente, pois as enfermeiras prestam cuidados a pessoas de diferentes culturas. Sob esse enfoque, não se pode esquecer que o profissional de enfermagem também veio de uma família com toda sua cultura.

Leininger apresenta três tipos de ações de enfermagem que possuem uma base cultural coerente com as necessidades dos pacientes, são elas: preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Esses três aspectos abordados por Leininger (1985, 1991a) podem conduzir à execução do cuidado em enfermagem que melhor se adapte à cultura do paciente e da família, diminuindo assim o choque cultural que pode levar ao conflito entre cuidador e cuidado em um determinado ambiente.

A enfermagem tem as ações de preservação cultural do cuidado, a acomodação cultural do cuidado e a repadronização do cuidado quando não há a possibilidade de executar as outras ações, sendo assim, os pressupostos citados por Leininger (1985, 1991a) são a mola propulsora dessas ações.

Analisando as associações de idéias presentes, a enfermagem forma um dos elos entre a cultura do indivíduo ou do grupo, cuidado profissional, cuidado popular e sistema profissional de saúde em um determinado ambiente, não ferindo a cultura de ambos.

VALOR CULTURAL DO CUIDADO - é o modo de agir ou pensar mais desejável ou preferido, que direciona as ações e decisões relativas ao cuidado. Essas ações encontram-se presentes em qualquer cultura. Posso inferir ainda que é o modo pelo qual um povo está habituado a abordar seus aspectos de saúde e doença.

O valor cultural do cuidado move-se nas ligações com o

cuidado popular, com o cuidado profissional, a saúde/ doença e fazendo contraponto com a estrutura social, tendo diferentes valores de cuidado. Valorizando-se o saber da cultura profissional do enfermeiro e os saberes leigos das pessoas cuidadas e seus familiares.

Desenha-se, a relação de possibilidades no assistir o ser humano com seus valores, crenças e modos de vida culturais de indivíduos, grupos ou instituições, a fim de prover ou apoiar serviços de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios, formando, assim, o cuidado cultural congruente, comentado por Leininger (1991a).

SISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE - o sistema profissional, desde o início da história, era emanado do conhecimento da prática do cuidado familiar, especialmente desenvolvido pelas mulheres. Esse conhecimento era aprendido e transmitido pela tradição oral, que, ao longo do tempo, foi apropriado pela ciência, tornando-se inacessível aos leigos (Colliére, 1989; Pires, 1989).

O sistema profissional é formalizado e oficializado nos bancos acadêmicos. Para Leininger (1991 a, p.48 ), é :

*"o cuidado profissional formalmente ensinado, apreendido e transmitido com preparo teórico e prático relativos à saúde, doença, bem-estar e preparassem instituições profissionais normalmente com pessoal multidisciplinar para servir os consumidores"*

Esses dois universos constituídos pelos sistema popular e profissional de saúde, embora tenham características diferentes, podem ter uma relação de possibilidades no assistir o ser humano. Desta forma, há necessidade de os profissionais de saúde entenderem os significados e as diferentes formas de ver a saúde, na ótica das culturas, para romper com a tradição do modelo biomédico, no qual as pessoas são tratadas de forma uniforme, partindo de suas doenças e não considerando as



suas diferenças; dessa forma estaremos desenvolvendo um cuidado profissional transcultural.

Um dos sistemas profissionais de saúde no Brasil, o Sistema Único de Saúde (SUS), tem seus princípios norteadores na universalidade da cobertura e do atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios e serviços às populações urbanas e rurais.

Nesse sistema, mantêm-se as diretrizes teóricas e práticas vigentes, assim, o limite deste sistema profissional de cuidados estabelece o problema como necessidade no cuidado profissional, ele não é predeterminado e sim produzido pelo mesmo.

Em relação à saúde, é possível citar os seguintes artigos da Constituição Federal de 1988:

*"Art. 196. A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação".*

*"Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:*

- I descentralização com direção única em cada esfera do governo;*
- II atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;*
- III participação da comunidade;"*

Contempla, assim, o reconhecimento da multicausalidade e de determinação social, econômica e política do processo saúde-doença.

Parece que, nesse sistema, a participação do sujeito é prioritária, pois ele sabe como sua comunidade deve ser cuidada. Assim, o cuidado do sistema de saúde exercido pelos profissionais que dele fazem parte deve atender àqueles pertinentes aos indivíduos particulares e aos coletivos, considerando sua cultura, valores, nível sócio-

econômico. Dessa forma, também esse sistema profissional atenderá o direito da comunidade e proporcionará a educação do mesmo não apenas para a saúde, mas em todas as esferas em que esse sujeito poderá exercer sua cidadania. Tal exercício deverá ser no sentido de produzir sua cultura, transformando-a, num tempo histórico, ou seja, nos diferentes momentos de sua existência.

SER HUMANO - é um indivíduo que pensa, sente, decide, percebe, age e reage, que tem crenças e valores que lhe são próprios. É um ser que vive num ambiente físico e sócio-cultural. Tem valores e significados próprios de saúde, doença, e necessidades de cuidado. Ele se situa na família, faz parte do sistema de parentesco. Esse homem atravessa fases, ocupa posições na estrutura social, que lhe irão conferir tarefas (baseado em Leininger, 1985, e Boehs, 1990). E o ser humano aprendeu que é o responsável por sua sobrevivência e a do grupo do qual faz parte. É cidadão, ser humano contextualizado com direitos e deveres e necessidades.

Entendo que a enfermagem constitui-se de seres humanos, como o paciente e os integrantes de sua família, que possuem valores, crenças e padrões de comportamento relacionados à saúde e doença. Acrescento, ainda, que a enfermagem é essencialmente um serviço de cuidado do ser humano. E que o enfermeiro também tem uma cultura histórica que está ligada a sua família, etnia, e à profissão.

Este ser humano, que pensa, age, sente, reage e decide constitui-se no paciente de unidade cirúrgica, nos integrantes de sua família e no enfermeiro, todos com seus conceitos, valores, crenças, direitos, deveres e necessidades. Por conseguinte, o enfermeiro será um dos elementos do elo entre o ambiente, a cultura e o cuidado deste paciente e família.

Na concepção produzida por este estudo, o ser humano

pensa, age, reage e decide frente a suas atitudes, inquietudes e necessidades, cuida e é cuidado, percebe sua condição de saúde e doença. É um ser contextualizado com direitos e deveres, fazendo parte de um sistema cultural e profissional de cuidados.

NECESSIDADES – as necessidades do ser humano são componentes em constante processo de mudanças e que são essenciais à vida e ao bem estar. As necessidades podem ser físicas, sócio-culturais, biológicas, espiritual e afetivas. Fazem parte dessas necessidades o cuidado de saúde, que muitas vezes está condicionado à visão de mundo do ser humano, suas crenças, valores e objetivos, de forma individual ou coletiva; enfim, essas necessidades estão presentes em cada etapa de vida do ser humano, estando o atendimento delas atrelado as condições disponíveis pelo ser humano. Condições estas, que fazem parte de cada ser humano e da família e de seus grupos sociais.

As necessidades de cuidado, acima de tudo podem ser atendidas de duas formas: pelo próprio ser humano, pelos outros seres humanos, quer seja na família ou em outros grupos sociais. Poderão, também, ser atendidas dentro do próprio cuidado popular ou dentro de um sistema profissional de saúde ( Patrício, 1990, p.65).

SAÚDE E DOENÇA - Canguilhem (1982) diz que ter saúde é possuir um conjunto de reservas físicas, psíquicas, sociais e culturais provenientes do ambiente físico, permitindo tolerar as normas habituais de vida e instituir novas formas em situações novas. Então, para manter a saúde, há necessidade de cuidado.

No enfoque de equilíbrio, a saúde é mencionada por Helman (1994, p. 105) como :

*"o equilíbrio no relacionamento do homem com o homem, com a natureza e com o mundo sobrenatural."*

Para adquirir esse equilíbrio, o homem deve dispor de recursos para atender às suas necessidades de ter saúde, assim como as suas crenças e seus valores. O cuidado popular e o profissional deverão estar sempre presentes para alcançar a saúde em determinadas culturas.

As definições de saúde tendem a ser menos abrangentes em algumas culturas, mas incluem, também, os aspectos físicos, sociais, psicológicos e comportamentais.

Para a enfermagem, a concepção de saúde é um processo dinâmico, visualizando cada pessoa como um ser holístico, não se esquecendo de sua cultura e de sua história. Nesse contexto cultural, Leininger (1991 a, p.48) define saúde como:

*"um estado de bem-estar que é definido, valorizado e praticado culturalmente e que reflete a habilidade de indivíduos ou grupos no desempenho de suas atividades diárias, em modos-de-vida culturalmente expressos, benéficos e padronizados."*

A família, entre suas várias funções, possui a capacidade de manter equilíbrio e harmonia e, no processo saúde-doença, é responsável pelo cuidado na prevenção, manutenção e recuperação da saúde de seus familiares, percebido também na família teuto-gaúcha quando essa mantém seu cuidado com o ser humano, para que esse possa ser saudável a fim de participar de todos os rituais de sua vida quer seja no trabalho, alimentação ou lazer.

Saúde, no meu entendimento, é possuir um conjunto de condições físicas, psíquico-sociais, culturais, em uma determinada cultura, provenientes do ambiente, e que possibilitem a realização de atividades cotidianas.

Doença é a diminuição ou ausência de reservas físicas, psíquicas, sociais, culturais, em uma determinada cultura, provenientes do ambiente físico. A cultura, porém, é que influenciará o valor e o signifi-

cado de saúde e doença, bem como as necessidades de cuidado (Boehs, 1990; Canguilhem, 1982; Leininger, 1985).

Na perspectiva de Cassel (1976), a doença é a resposta subjetiva do paciente, de todos que o cercam, a seu mal-estar e de suas relações com o ambiente. A definição de doença não inclui somente a experiência pessoal do problema de saúde, mas também o significado que o indivíduo confere à mesma, bem com os cuidados com ela, os quais são frutos de uma cultura que o homem elaborou, assim como os recursos que utilizará para esses cuidados.

As crenças, valores e práticas culturais podem influenciar os estados de saúde e doença dos seres humanos, assim sendo, as definições de saúde e de doença variam entre indivíduos, grupos culturais e classes sociais. Corroborando esse pensamento, Queiroz (1993, p. 227) afirma que a doença :

*"...é percebida como resultado de problemas multicausais relacionados com o modo de vida..."*

A estrutura de conceitos que se coloca argamassada neste texto, deve-se à necessidade de complementação de outros autores, permeando os conceitos de saúde e doença de Leininger.

O conceito de doença para a família teuto-gaúcha é não ter condições de trabalhar, sentir dor e não ter lazer, surgindo dessa forma, o conceito de doença como diminuição ou ausência do conjunto de condições físicas, psíquicas, sociais e culturais, em determinada cultura, que impossibilita a realização de atividades cotidianas.

FAMILIA - a família compreende todas as pessoas que compartilham de um ambiente familiar e se percebem como tal. Esse ambiente se restringe à configuração tradicional da família em estudo, formada por pessoas, na qual o ser humano está ligado por laços afetivos e uma história de vida em comum. Isso vem ao encontro das caracterís-

ticas de uma família "teuta".

Apontam, inclusive Silva et al. (1996), que o termo família vem do latim, e manteve-se nas línguas neolatinas e germânicas, carregando a idéia de uma unidade social formada por pessoas unidas por laços de afinidade e de sangue.

A família desempenha diversas funções, ora perdendo-as, ora acrescentando outras, mas as mais importantes permanecem, como a reprodução da espécie, a criação e a socialização dos filhos e a transmissão essencial do patrimônio cultural. Tais elementos que compõem a família têm uma cultura nos significados de família.

Posso dizer que existe uma dinâmica de conceitos, família, cultura e enfermagem na qual todas as ações perpassam pela cultura.

A família, sob o enfoque de Seyferth (1990), é o reduto íntimo da etnicidade, pois cabe a ela socializar os filhos como membros do grupo. Sob esse enfoque, a estrutura da família será determinada pela cultura. Nessa etnicidade, são conservados os valores culturais, difundidos de geração em geração.

Fica claro, portanto, que o ser humano se situa na família da qual faz parte por um sistema de parentesco, ou de afinidade, desenvolvendo atividades de cuidados, proteção, trabalho e assimilando a cultura deste grupo.

Para o ser humano, é na família que ocorrem as experiências emocionais mais intensas que ele tem no curso de seu processo de viver, interagindo através de posições, normas, papéis, constituindo-se uma única pessoa, um grupo engajado através de suas relações entre si ou com outras associações (Wright, Leahey, 1989; Sirls, Selleck, 1989).

Nos papéis sociais da família teuta, Salomoni, Acevedo, Estrela (1995) relatam que aos homens cabia a responsabilidade econômica, mas com a participação efetiva da mulher nas ações e decisões. As mulheres, embora sendo muito submissas e os maridos dominadores,

na hora das decisões importantes, principalmente relacionadas aos negócios, tinham sempre a última palavra.

Percebi que também o cuidado era delegado às mulheres destas famílias, como o cuidar dos filhos, do marido e dos idosos, o que já foi observado por Collière (1989), que fala de a prática do cuidado, através dos tempos, ser responsabilidade do gênero feminino.

Os idosos eram muito respeitados, ocupando lugar de destaque nas ocasiões festivas e dando a última palavra nas questões de herança, divisões de terras e aplicações em dinheiro. A mulher idosa, geralmente, era benzedeira e era procurada nas questões de saúde e doença.

Um traço bastante comum na etnia pomerana é a quase inexistência de demonstração de carinho entre os membros da família, em comparação com os padrões culturais latinos.

Há entre os pomeranos, um orgulho nato, e, por amor-próprio, procuram manter-se auto-suficientes, solicitando auxílio somente quando todas as suas reservas ou recursos estiverem esgotados. Com essa característica, a aproximação com profissionais do sistema de saúde para o cuidado, pode tornar-se um entrave, se o mesmo não for bem direcionado (Salamoni, Acevedo, Estrela, 1995).

Falando em família Cordioli (1993), citando Minuchin, (1982) diz que é necessário pensar a família como uma unidade e a família é um organismo vivo, um sistema aberto que se desenvolve e se transforma com o tempo.

A família é mais do que a soma dos seus membros: é um organismo com leis próprias de funcionamento, com uma estrutura flexível para mudar com o passar do tempo (Bateson, 1971).

A família, como um todo, possui tarefas de desenvolvimento e fases que são influenciadas pela cultura. Como toda estrutura social, a família é um processo dinâmico, no qual seus membros interatuam e

funcionam.

Percebi que a família teuta pertence a um complexo quadro de relações políticas, culturais e religiosas que se entrecruzam, portanto, apreender tal complexidade nem sempre é fácil. Essa família se mantinha à margem da nação brasileira pela ausência de miscigenação, pela conservação da língua, dos costumes e do legado cultural. Processo que, por si só, já é complexo para um cuidado profissional.

De conformidade com Silva (1987), a família é uma instituição social básica, que aparece nas mais diversas formas na sociedade. Desempenha diversas funções perdendo e ganhando algumas, mas a mais importante e permanente é a reprodução da espécie, a criação e a socialização dos filhos, a transmissão essencial do patrimônio cultural.

Na família contemporânea, aparecem quatro funções fundamentais: a social, a econômica, a reprodutiva e a educacional. Nessas funções, a social e a reprodutiva são importantes para a manutenção da própria sociedade; assim como a econômica, para a manutenção da vida, e a educacional, para a manutenção da cultura. Todavia, estas funções são desempenhadas diferentemente nas várias culturas, o que influencia na formação da personalidade de seus membros (Silva et. al, 1996).

Visto sob este aspecto, Nogueira (1993, p.228) diz que:

*"por ser família a unidade básica da organização social, é nesse ambiente que se forma o indivíduo. Portanto, é de suma importância que para atingirmos a saúde dos indivíduos, eles não sejam considerados isoladamente mas, dentro do contexto em que vivem. As influências do meio social, as relações afetivas entre as pessoas, o ambiente físico em que vivem são importantíssimas para o binômio saúde/doença".*

Cumprasse assinalar que a família, apesar de ter assumido di-



ferentes condições ao longo dos anos, como matrilinear, patrilinear, atualmente, assume a condição de família nuclear, que é a menor unidade social unida por laços de consangüinidade, de afinidade, que se reduz ao marido, mulher e filhos. É ainda responsável pela socialização dos filhos e pela estabilidade emocional e mental dos adultos.

Ressalta ainda Rambo (1994a), partindo do princípio antropológico da família, que ela pode apresentar a feição concreta que quiser, monogâmica, poligâmica ou comunitária, mas essa família foi e é o núcleo embrionário, a partir do qual se estrutura a sociedade, desde as mais simples até as mais complexas. Dessa maneira, o filho, gerado à luz de um contexto familiar, é legitimado pelo grupo social; assim sendo, pode-se dizer que aos pais não apenas assiste o direito de gerarem filhos, mas também apresenta-se o dever, de fazê-los membros úteis à sociedade.

Na família, encontramos a cultura que permanece no ser humano para o resto da vida. Assim, nas relações de cuidado profissional e popular, coexiste a diversidade de culturas que deve transitar harmonicamente.

A família teuto-gaúcha tem o seu miniterritório, o espaço geográfico concreto, visível, organizado: o pátio ou quintal (Hof), no qual se abriga a tradição cultural, chamado de "heimat", que, por aproximação de conceito, seria terra natal ou uma realidade construída em um espaço geográfico, preservando a germanidade. Esse espaço para a família teuto-gaúcha pode ser construído em qualquer lugar do mundo, sendo sua única condição continuar falando alemão e cantar as belezas de sua terra natal (Rambo, 1994 b).

Então para este estudo, o conceito de família que me parece mais adequado é: são todas as pessoas que compartilham de um ambiente familiar, ligadas por laços afetivos e de uma história de vida em comum, responsáveis pela socialização dos filhos e transmissão do

patrimônio cultural num espaço geográfico cultural.

AMBIENTE/ESTRUTURA SOCIAL - a estrutura social está formada pelo sistemas de valores religiosos, de parentesco, políticos, econômicos, educacionais, tecnológicos e culturais de uma determinada cultura, demonstrados em contextos lingüísticos e ambientais (Leininger, 1985).

O contexto ambiental é demonstrado na totalidade de um acontecimento, situação ou experiência de uma cultura específica. Nessa esfera, quem dá vida à estrutura social e ao ambiente é a cultura, num movimento diversificado da vida.

O ambiente interno é o contexto físico, sócio-cultural e psicoespiritual do indivíduo e da sua família; o ambiente externo é o contexto físico, histórico e sócio-cultural externo imediato onde reside a família, com a qual o ser humano convive, interage, cresce e se desenvolve, contexto do qual participa o enfermeiro (Patrício, 1990).

Comparando os conceitos de ambiente externo e interno de Patrício (1990), poderíamos dizer que, para a família teuto-gaúcha, o ambiente interno micro é o seu lar (Heim), que representa seu espaço geográfico, o ambiente existencial, onde convive na intimidade com seus dependentes diretos, um lugar inviolável. É o minúsculo mundo em companhia de animais, pássaros, árvores, flores e frutos, onde se vive e se aprende a viver, conservando sua própria cultura.

O ambiente externo micro da família teuto-gaúcha, como componente característico da germanidade, é o pátio (Hof), que representa seu lar com todas as instalações, tendo a casa o lugar de destaque. Nas proximidades da mesma, os telheiros com o forno para o pão, cucas, doces, depósito de lenha, instalações para carnear porco e preparar alimento para os animais. Inclui ainda o galinheiro, os paióis, pocilgas, etc. O Hof se constitui no mundo imediato da família teuta, seu

chão sagrado, como também é referenciado por Rambo (1994).

O ambiente macro se subdivide em ambiente interno e externo. O primeiro diz respeito a colônia onde a família reside; o segundo, ao ambiente externo constituindo a colônia com todos os seus sistemas como por exemplo: escolas, igrejas, prefeituras, e sua relação com outras localidades. Essa divisão é feita apenas para o entendimento de como se dão essas relações, porque na prática são inseparáveis.

Boehs (1990) define o ambiente físico como o meio geográfico-climático no qual vive o homem/família. Tal homem/família depende da cultura e da estrutura social para influenciar o seu ambiente e ser por ele influenciado. O ambiente físico, por sua vez, influenciará na saúde e no cuidado do homem e será por ele influenciado.

A estrutura social é um ambiente dinâmico de natureza interdependente de diferentes elementos estruturais ou organizacionais da sociedade. O modo como esses elementos interatuam e funcionam é que justifica esse movimento. Incluem-se nesta estrutura, os sistemas religioso, familiar, político, econômico, educacional, tecnológico e cultural de uma cultura particular, delimitados pelo contexto lingüístico e ambiental (Leininger, 1985).

Nessa vertente de estrutura social, ambiente cultura, e a enfermagem e o paciente estão articulados com suas semelhanças e diferenças culturais, emergindo, dessa forma, uma aproximação ou distanciamento de culturas. Fica claro, entretanto, que, à medida que são adquiridas, assumidas ou compartilhadas tantas culturas num espaço de viver, há constância de idéias novas e divergentes.

Todos esses conceitos proporcionaram-me uma base para o desenvolvimento deste estudo. Faço, a seguir, a apresentação da trajetória metodológica.

#### 4. TRAJETÓRIA METODOLÓGICA



#### 4.1 Caracterização do estudo

O estudo foi desenvolvido no modelo de aplicação do marco conceitual da Teoria Transcultural de Leininger com um enfoque na pesquisa de campo exploratória descritiva, considerando que essa metodologia possibilita o acesso a informações que permitem observar, registrar, analisar e correlacionar fatos ou fenômenos, mapeando os temas emergentes, como por exemplo, os da prática do cuidado com pacientes e família teuto-gaúcha, em ambiente hospitalar e domiciliar. Ao mesmo tempo, esse estudo permite a obtenção de respostas a respeito dos seus hábitos, costumes e valores frente à situação particular da internação, ampliando-o para o ambiente domiciliar.

Esse tipo de estudo tem sua importância emergente no fato de tornar possível a familiarização do fenômeno em sua real situação. O real é um resultado em movimento, ou seja, é um resultado do processo de construção analítica, o qual apresenta um limite de término, que é o resultado como real. Agora é real móvel, pois o término do processo de análise mostra-o de maneira distinta. Assim, o real é igual para um estudo, e/ ou para outro estudo num mesmo caminho prático, teórico e metodológico, apenas.

Dessa forma, obtém-se nova percepção do mesmo e descobrem-se relações existentes entre os elementos pesquisados, considerando o ambiente que o cerca, conforme referido por autores como Cervo e Bervian, 1995; Lüdke e André, 1986; Marconi e Lakatos, 1990. Para esse estudo, o ambiente é o da família teuto-gaúcha.

Utilizei essa metodologia visto que, durante a prática assistencial, ao desenvolver o marco conceitual da Teoria Transcultural de Leininger, esta se mostrou adequada ao paciente e à família teuto-gaúcha em unidade cirúrgica, ampliando horizontes para pesquisar as necessidades de cuidado da mesma, e assim, posteriormente, acom-

panhá-la em sua comunidade.

Para a investigação desse fenômeno, a natureza será qualitativa, visto que é no ambiente em que ocorrem os acontecimentos, sendo essa uma fonte direta de informações e a pesquisadora, o principal instrumento de coleta de dados, pois mantém contato direto com a realidade, registra os fatos como se apresentam, não os manipula, levando em conta a interação pesquisadora-pesquisado (Lüdke e André, 1986).

Minayo et al. (1994), no que diz respeito à pesquisa qualitativa, afirmam que ela se preocupa com um nível de realidade que não pode ser medido, isto é, o mundo de significados, motivos, crenças, hábitos, atitudes, ações e relações humanas. É um método aberto e flexível, permitindo assim a observação e interação entre pesquisadora e pesquisado.

## **4.2 Local do estudo**

O estudo teve como local de partida dois hospitais, ou seja, um ambiente externo, pois o paciente e a sua família tinham que estar/e/ou passar por um contato com um sistema profissional de saúde. O estudo foi complementado no domicílio dos pacientes e famílias, devido ao enfoque transcultural do estudo. A intenção de utilizar o ambiente hospitalar serviu para encontrar o representante da família teuto-gaúcha, vindo a propiciar o desenvolvimento do estudo junto a seu ambiente familiar. Essa descrição do ambiente familiar encontra-se detalhada no capítulo 5.

Para identificação dos hospitais, referência inicial do estudo, utilizei nomes fictícios em alemão: para o primeiro Hospital, o nome de Krankenhaus Eins (hospital um); para o segundo, Hospital Krankenhaus Zwei (hospital dois); para o terceiro, Krankenhaus Drei (hospital três), e

assim sucessivamente.

O Hospital Krankenhaus Eins é geral e filantrópico, de grande porte, com 410 leitos sendo estes: privativos, semiprivativos e pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Tem, em seu quadro de pessoal, 24 enfermeiros. A unidade na qual se desenvolveu o estudo foi na unidade cirúrgica desse hospital, onde se internam pacientes exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde. A unidade é constituída de enfermarias masculinas e femininas totalizando 49 leitos. Todas as enfermarias possuem banheiros com chuveiro elétrico.

Constam, no quadro de pessoal dessa unidade cirúrgica, 02 enfermeiras, 11 auxiliares de enfermagem e 01 atendente de enfermagem.

O Hospital Krankenhaus Zwei é também uma instituição geral, pública, de médio porte com um total de 160 leitos, distribuídos nas especialidades de Clínica Médica I e II, Clínica Cirúrgica, Unidade de Ginecologia e Obstetrícia, Pediatria, Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica e Unidade de Cuidados Semi-Intensivos. É um hospital universitário, sendo campo de estágio para alunos da área da saúde da Universidade Federal de Pelotas. Todos os pacientes são admitidos pelo Pronto Socorro ou encaminhados para o hospital pelos postos periféricos e ambulatórios da Universidade Federal de Pelotas. Trinta e um enfermeiros compõem o seu quadro de funcionários. A unidade de estudo apresenta, no seu quadro de pessoal, dois enfermeiros, 12 auxiliares de enfermagem. Tem 28 leitos, dos quais 17 são masculinos, 09 femininos e dois leitos que são utilizados conforme a demanda. As internações ocorrem por cirurgias de emergência, urgências eletivas e opcionais.

#### **4.3 Critérios para seleção dos sujeitos do estudo**

O estudo foi constituído pela família e paciente que preen-

cheram os seguintes requisitos:

- possuíam descendência teuto-gaúcha;
- residiam na zona rural do município de Pelotas, São Lourenço do Sul ou Canguçu, pois, como descrito anteriormente, nestes locais há uma predominância de famílias teuto-gaúchas;
- estavam internados em unidade cirúrgica dos hospitais referenciados para o estudo;
- permitiram participar do estudo e acompanhá-los em domicílio;
- possuíam a idade acima de 25 anos, para diminuir o grau de aculturação que é definido como um conjunto de fenômenos provenientes do contato direto e contínuo de grupos de indivíduos de culturas diferentes e das mudanças ocorridas neste contato (Weimer, 1980; Oliveira, 1991; Nascimento-Schulze, 1996).

#### **4.4 Sujeitos do estudo**

São sujeitos do estudo quatro famílias de pacientes teuto-gaúchos hospitalizados em unidade cirúrgica dos Hospitais Krankenhaus Eins e Krankenhaus Zwei. Essas famílias e pacientes foram escolhidos de acordo com os critérios pré-estabelecidos.

Uma das famílias que participaram do estudo foi por solicitação de seus membros que eram parentes de uma das famílias que eu estava acompanhando. Como preenchia os requisitos, mesmo não estando internada nos hospitais do estudo, e sua hospitalização ter sido de apenas um dia, a fim de realizar limpeza da pele para posterior enxertia, foi incluída no estudo.

Os contatos desenvolveram-se com os pacientes e famílias a partir de outubro, encerrando-se no mês de fevereiro, perfazendo uma média de seis a sete encontros dentro do ambiente hospitalar e



quatro encontros nos domicílios totalizando trinta e oito encontros. Duas das famílias, além dos encontros, telefonavam para informar ou obterem informações relacionadas a novos encaminhamentos para suas necessidades de cuidados, ou, apenas, para convidar a realizar nova visita.

Salientamos que o processo de cuidar permanece, ainda, com duas das famílias do estudo.

#### **4.5 Procedimentos éticos**

Garantir a sobrevivência era e é um fato cotidiano como uma das mais velhas expressões da história do mundo. Era preciso tomar conta das mulheres em trabalho de parto, cuidar das crianças, tomar conta dos vivos e dos mortos. Isso na história da humanidade transcorria de modo "normal", garantindo a vida do grupo e da espécie, tendo como princípio tudo o que é indispensável para garantir as funções vitais (Collierè, 1989).

Muitas vezes ao ser hospitalizado, o indivíduo e sua família têm como características, passar por procedimentos que hoje, com o desenvolvimento rápido de técnicas cirúrgicas e farmacológicas, aliados a um aparato de tecnologias, podem prolongar vidas, mas sem qualidade. Com isso, ocorreu a preocupação com os aspectos éticos que envolvem esses pacientes (Germano, 1993).

Posso dizer, ainda, que o sofrimento vivenciado pelos pacientes que se tornam dependentes dos mais variados aparatos tecnológicos também é compartilhado pelos familiares. Citando Reiser (1992), a equipe também sofre com a família na sombra do que é ético na manutenção da vida, aspecto colocado como crucial para atender a família.

Outro aspecto que ressalto em unidades de internação e

no próprio atendimento ambulatorial é o que diz respeito ao reconhecimento e prevenção da desumanização da equipe. Durante uma hospitalização ou atendimento ambulatorial, dificilmente o paciente é respeitado em sua individualidade, privacidade, valores culturais, religiosos e até no seu natural pudor e intimidade, apesar do que prenciam os códigos de ética de Enfermagem nos artigos 27 e 28<sup>7</sup> (Germano, 1993).

Penso que, com a operacionalização do marco conceitual de Leininger, é possível produzir uma tecnologia de aproximação e não de afastamento de cuidados. Posso dizer que proponho um cuidado com a ética entre o Eu e o Outro como descreve Levinas, citado por Pivatto (1995). Assumo, assim, a responsabilidade inerente à condição de pesquisadora, de produzir um conhecimento digno e enriquecedor para ciência, tendo como fim último a qualidade de vida e saúde dos sujeitos do estudo (Padilha, 1995).

Para seguir os procedimentos éticos, foi percorrido o caminho a saber:

- encaminhar pedido de autorização à instituição, informando o objetivo do trabalho;
- discutir o projeto com os enfermeiros das unidades de estudo envolvidas;
- estabelecer contato com os pacientes e famílias selecionadas, para explicar-lhes a proposta de trabalho, os objetivos, e a importância do estudo, solicitando o seu consentimento livre e esclarecido; ( Anexo 3)
- assegurar o sigilo dos dados, o anonimato e a desistência de sua participação, no estudo, a qualquer momento;
- utilizar gravador só com a permissão do paciente e sua família, com direito a ouvir a gravação (utilizado com duas

---

<sup>7</sup> Art. 27- Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar. ( Resolução do COFEN – 160)

Art. 28- Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.

famílias, em uma ocasião apenas);

- apresentar o resultado da transcrição das entrevistas e o genograma para aprovação da família (foi entregue uma cópia do genograma para a família);
- solicitar a autorização do paciente e da família para o uso de fotografias (duas famílias fizeram questão de emprestar fotografias antigas e atuais, assim como livros- Anexo 4).
- proteger a identidade das famílias, através do uso de nomes de flores em língua alemã a serem escolhidos pela família, acrescentando-se sua condição na família. Exemplificando, Glokensinien filha.

mes de flores em língua alemã a serem escolhidos pela família, acrescentando-se sua condição na família. Exemplificando, Glokensinien filha.

A postura ética se expressa através de uma prática educativa, sendo um grande componente do processo de "investigar", pois este trabalho é compreendido no seu significado mais amplo, ou seja, no qual investigar compõe uma relação de troca entre conhecer e fazer conhecer.

A ação deste estudo está alicerçada na educação como uma relação de diálogo, isto é, um conversar, um discutir, um perguntar e responder entre seres humanos agrupados pelos interesses comuns. Dessa maneira o educador já não é mais o que apenas educa, mas o que, enquanto educa, é educado, em diálogo com o educando, que, ao ser educado, também educa. Nessa concepção, os homens se descobrem seres históricos, mostrando que a educação é um que fazer permanente, na razão da inconclusão do homem (Aranha, 1989).

Nesse processo dialógico, temos tolerância em seu sentido positivo e ativo, isto é, não como resignação diante da existência de outros, mas como reconhecimento de si mesmo frente a outros diferentes.

A educação é um processo singular de troca de experiências, conhecimentos, valores, crenças, símbolos e rituais, possibilitando

mudanças para um viver melhor e mais criativo. Penso que, em se tratando de paciente internado em unidade cirúrgica e sua família, a abordagem da teoria Transcultural de Leininger é adequada para, a partir do cuidado participativo, coletar dados.

#### **4.6 Procedimentos para coleta dos dados**

Os dados foram obtidos, mantendo-se uma prática ética e educativa de outubro 1997 a fevereiro de 1998 através de técnica de observação participante, com roteiro. A observação participante é definida por Haguette (1992) como um processo no qual a presença do observador numa situação social é mantida para fins de observação científica.

Tanto Haguette (1992) como Minayo et al (1994) complementam, ainda, que o observador, ao mesmo tempo, pode modificar e ser modificado pelo contexto.

Vários são os tipos de procedimentos para a realização da coleta de dados, variando de acordo com as circunstâncias ou o tipo de investigação. Para o estudo em tela, optei pela observação participante, com entrevistas, consulta a documentos do hospital (prontuário, prescrição médica, laudos, evolução) e fotografias para documentar os locais e encontros; estes documentos serviram de complementos de dados entre si.

A coleta e a análise dos dados são uma etapa no processo de pesquisa qualitativa, considerando que essas fases se realimentam constantemente e que só didaticamente podemos falar de forma isolada (Triviños, 1994).

Os dados foram coletados, por mim, no hospital e no domicílio dos pacientes. Para a obtenção dos dados, foi utilizada, como técnica, a observação participante com o processo de cuidar, com regis-

tros no diário de campo e reflexões feitas; análise da documentação hospitalar (prontuários, prescrição médica, laudos); fotografias e entrevistas semi-estruturadas (Anexo 2).

Carvalho (1995) considera o procedimento metodológico na coleta dos dados, do ponto de vista instrumental e das técnicas utilizadas, como garantia da sistematização da pesquisa e sua qualidade científica.

Diversos autores como Schatzman e Strauss (1973), Lüdke e André (1986), Polit (1991), Triviños(1994), Haguette(1992), Thiollent (1996) referem a observação participante adequada como técnica de coleta de dados na pesquisa qualitativa.

Na metodologia de trabalho, como se trata de observação participante, utilizei o diário de campo e reflexões, conforme Patrício (1997) (Anexo 5). Apliquei, durante a participação dos pacientes e de seus familiares, o processo de cuidar nos modos de ações de enfermagem preconizadas por Leininger (1984, 1991a), pois essas estão culturalmente embasadas para satisfazer as necessidades do cliente, favorecendo a enfermeira a adquirir conhecimento a respeito da cultura do mesmo, propiciando um cuidado coerente com a sua cultura.

Para o desenvolvimento apropriado do assistir a família teuto-gaúcha, foi aplicado o processo de enfermagem, ou processo de cuidar o paciente e sua família na unidade de internação e em domicílio, dividido-o em quatro etapas, que serão descritas a seguir.

× Como etapa inicial, utilizei o diagnóstico de enfermagem que, para este estudo, se caracterizou pelas situações de saúde e doença que requerem cuidados de enfermagem, as quais foram constituídas por necessidades de cuidados que poderiam ser evidentes ou antecipadas (Patrício, 1990).

Em um segundo momento, utilizei também o plano de cuidados de enfermagem, a fim de atender às necessidades de cuidados

apresentadas pelos pacientes e suas famílias em situações de saúde e doença, considerando suas crenças, valores, práticas e os recursos presentes para o cuidado e sua participação compartilhada nesse processo (Patrício, 1990).

Dessa forma, trabalhei com os três modos de ação da enfermagem neste modelo: preservação/manutenção do cuidado cultural; acomodação/negociação cultural do cuidado e repadronização/reestruturação cultural do cuidado.

Na ação de preservação/manutenção do cuidado cultural, o profissional acha o foco de apoio, auxílio ou capacitação dos clientes, preservando ou mantendo uma saúde favorável e estabelecendo modos de como este cliente poderá enfrentar os modos de vida.

As ações de acomodação/negociação cultural do cuidado representam maneiras de negociar, adaptar ou ajustar a saúde do cliente aos padrões de cuidado, preconizados por Leininger (1991 a).

As ações de repadronização/reestruturação cultural do cuidado referem-se às ações profissionais de busca a ajudar o cliente a modificar seus padrões significativos de vida e de saúde para padrões mais saudáveis.

Como terceiro avanço no processo, a implementação foi considerada a complementação ou o ato de realizar efetivamente o proposto no plano de cuidados.

O quarto item foi composto por avaliação, que não está incluída na área identificada como avaliação no modelo teórico de Leininger (1991a), pois a avaliação para Leininger é uma constante e não uma etapa, dessa forma foi utilizada também neste estudo.

Consideramos que a avaliação está implícita no próprio processo, pois ela se produz nele e nos modos de ação da enfermagem, de forma contínua e constante.

Para esse estudo, à medida que o cuidado profissional de

enfermagem propiciou modos nos quais esse cuidado resultou em benefícios para o paciente e família, pode-se deduzir que foi resultado de uma avaliação, feita por paciente, família e enfermagem, comparada com o modo anterior e os significados de cuidados.

Dessa forma, deve-se estudar as necessidades de cuidado de enfermagem e do sistema profissional de saúde para determinar se estão ou não apropriados ou adequados aos pacientes e às famílias teuto-gaúchas.

Esse processo de cuidar aparece ao apresentar as famílias, visto que, para este estudo, ele é um caminho para coletar dados. Essa coleta de dados só foi possível através do processo de cuidar. Talvez por isso, este foi um longo caminho, considerando que a análise dos dados fica incrustada no próprio processo.

#### **4.7 Registro dos dados**

Esta atividade foi efetuada a fim de registrar os dados tal qual eles se apresentavam. Assim, os dados obtidos nas observações, no processo de cuidar e entrevistas, foram fielmente registrados em notas de campo, tentando manter a linguagem própria dos informantes.

Muitas vezes as informações de campo eram em grande número e tão ricas, que dificultavam as anotações de todas as falas, observações e cuidados, isso porque sempre, durante as visitas, toda a família se fazia presente, como por exemplo: numa visita à família Feilchen, eram nove adultos e quatro crianças presentes. As conversações sempre foram mescladas com português, alemão e pomerano simultaneamente, o que exigia muito esforço até porque, muitas vezes, todos queriam falar ao mesmo tempo e ainda tinha que ir realizando as traduções, prestando cuidados e observações.

Neste estudo, adotei o diário de campo e minhas reflexões,

nele constando as notas do observador e reflexões obtidas. Essas formas de registrar as observações de campo são preconizadas por Leininger (1991c) e foram utilizadas por Patrício (1990, 1997), Herrera (1988), Monticelli (1994), Franco (1988) e Bielemann (1997).

As entrevistas gravadas, que foram duas, posteriormente foram transcritas. Outras gravações não foram possíveis, devido ao movimento da família, que impossibilitou o uso, à inibição e ao número de participantes. Portanto, as anotações eram realizadas durante as entrevistas, nas ações de cuidado e complementadas posteriormente. As anotações, no momento, se faziam necessárias devido a presença subjetiva de dados, para minimizar a sua perda e garantir sua fidedignidade.

#### **4.8 Análise dos dados**

A análise é aqui entendida, incluindo a descrição e interpretação dos dados, conforme sugere Minayo et al (1994).

Existem três finalidades na fase de análise que são as seguintes: 1ª) estabelecer a compreensão dos dados coletados; 2ª) responder as questões formuladas com o contexto cultural do qual faz parte, confirmando ou não as questões levantadas; 3ª) ampliar conhecimento, gerando novo conhecimento (Patrício, 1997).

Para desenvolver uma análise adequada, tentou-se o equilíbrio com a descrição do método e articulação dos dados coletados com os marcos referenciais adotados neste estudo. Conforme Patrício (1997), pode ocorrer uma revisão desses marcos e a possibilidade de transpô-los e transcendê-los a partir de uma nova prática, coerente com a cultura do paciente.



A análise dos dados deste estudo foi realizada após seleção dos dados contidos nos diários de campo e no processo de enfermagem, com o objetivo de identificar as categorias que levaram ao diagnóstico de enfermagem e que auxiliaram na implementação dos cuidados, assim como fortaleceram os conceitos abordados neste estudo. Assim em dois grandes conceitos a saber: valores culturais do cuidado surgiram duas categorias saúde para o trabalho e o lazer; e no conceito de sistema profissional de saúde evidenciamos as categorias: os limites e as possibilidades.

Gomes (1996) define categorias para estabelecer classificações, o que significa trabalhar agrupando elementos ou idéias ou expressões em torno de um conceito. Esse tipo de procedimento pode ser utilizado em qualquer tipo de análise de pesquisa qualitativa.

Para estabelecer conjuntos de categorias, conceitos para os quais são necessários todos os elementos componentes, é necessário que se tenham todos os elementos, uma vez que isolados não representam um conceito.

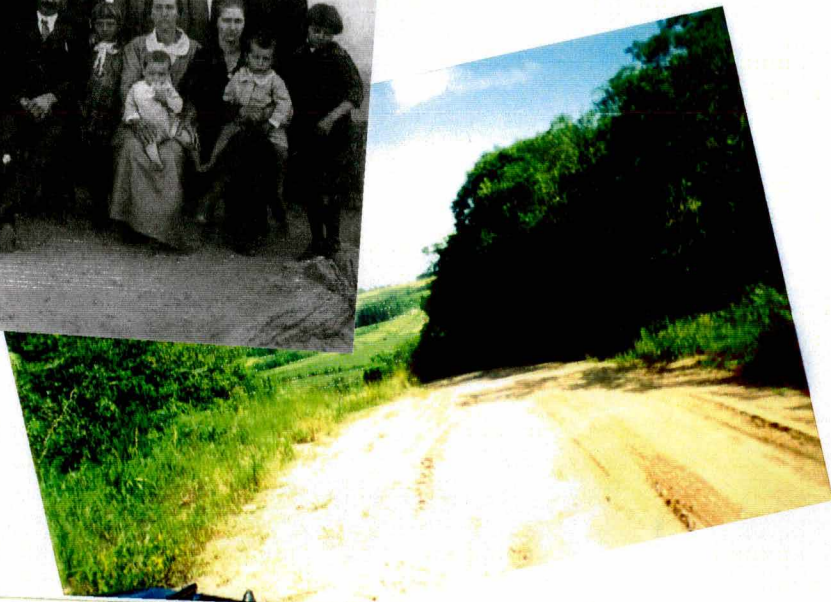
Entendo que a tarefa de formular categorias provenientes da coleta de dados não é simples e que a articulação dessas categorias, que emergiram da coleta de dados, requerem aprofundamento sobre uma base teórica do pesquisador e os resultados por ele investigados. Neste estudo, surgiram categorias que necessitam de investigação posterior, devido a sua complexidade.

Conforme o explicitado, os tipos e conceitos que se sobressaíram foram os seguintes: os valores culturais do cuidado popular e o sistema profissional de saúde. Esses foram escolhidos por serem mais abrangentes e, assim, dentro deles, estão as categorias que, congregadas, se aproximaram dos conceitos relacionados.

Os elementos componentes da grande categoria, valor cultural do cuidado popular, foram: cuidando do ser para ter saúde para o

trabalho, para alimentar, passear e ter lazer. Na grande categoria do sistema profissional de saúde foram identificados as possibilidades e os limites apresentados pelo sistema e pela família.

## 5. ENCONTRANDO FAMILIAS TEUTO-GAÚCHAS



Para iniciar o estudo da dissertação, foi necessário encaminhar pedido, para autorização deste, à Comissão de Ética do Hospital Krankenhaus Eins. Como já conheciam o projeto da prática assistencial, este foi aceito sem restrições.

Para o Hospital denominado de Krankenhaus Zwei, foi encaminhada uma solicitação, para realizar o estudo, à chefia de enfermagem e à direção.

Em outubro de 1997, junto às solicitações, entrei em contato com os enfermeiros dos hospitais envolvidos. No hospital Krankenhaus Zwei, o enfermeiro sempre me auxiliou a encontrar os pacientes de acordo com os critérios estabelecidos. A princípio nessa unidade, havia um paciente que não preenchia os critérios devido à idade inferior a 20 anos, outro com 60 anos e pai de origem brasileira.

Na unidade de estudo do Hospital Krankenhaus Eins, havia um paciente com 23 anos com câncer de pulmão. Era de origem alemã, mas não preenchia o requisito idade; outra que tinha 74 anos, de origem alemã, estava comatosa, não sendo possível uma interação eficaz para coleta de dados. Nesse hospital, foram acompanhados dois pacientes. No Hospital Krankenhaus Zwei, um paciente e, no Hospital Krankenhaus Drei, outro cuja família solicitou entrar no estudo, conforme explicitado anteriormente.

Passava eu diariamente para acompanhar o paciente e família no ambiente hospitalar. Tinha os objetivos diários. Registrei no diário de campo todas as observações e cuidados prestados ou discutidos com o paciente e família.

As visitas domiciliares sempre foram aprazadas quando ainda da internação desta família, ou por solicitação da mesma.

Respeitando-se as atividades domésticas da família, muitas das visitas foram desenvolvidas nos finais de semana, geralmente aos sábados, conforme combinado, visto que nesse dia a família dispendia

de um pouco de tempo para as visitas e não interrompia seu trabalho. No período em que foi realizado o estudo, o trabalho na zona rural era intenso, pois era tempo de colher fumo, batata, cebola, e toda a família estava envolvida com estas atividades.

Todas as famílias foram intensamente colaborativas e interessadas no estudo. Posso inferir que talvez a minha proximidade, principalmente com a linguagem verbal, facilitou o estudo e permitiu ganhar a confiança das famílias.

Este estudo tenta estabelecer um equilíbrio entre o cuidar e uma prática assistencial com registros, que serviram para subsidiar a pesquisa. Fazendo-se uma leitura aguçada dos dados, observa-se que esta análise identifica, nas famílias, e em seu domicílio, o maior aprofundamento e riqueza dos dados.

Desta leitura dos dados com suporte transcultural, como já foram referenciados no capítulo anterior, sobressaíram dois conceitos, a saber: valor cultural do cuidado popular e sistema profissional de saúde, que estão inter-relacionados com os conceitos de família teuto-gaúcha, ser humano, cultura, enfermagem, cuidado popular de saúde e profissional, e ambiente/estrutura. Permearam desses conceitos quatro categorias que serão discutidas posteriormente no capítulo seis.

### **5.1 Apresentando as famílias teuto-gaúchas do estudo**

Neste item, serão apresentadas quatro famílias, as quais foram acompanhadas para este estudo, por isso julgo pertinente apresentá-las. Numa primeira análise, duas dessas famílias apresentaram maior riqueza de dados. Essas foram selecionadas para aprofundamento dos dados, pois no decorrer do estudo também foram apresentados cuidados e dados semelhantes, considerando que com essas famílias, o contato foi mais prolongado e ainda mantido, possibilitando assim que os

conceitos fossem apresentando um processo de transformação.

Como foi ressaltado anteriormente, os conceitos que mais se fizeram presentes no desenvolvimento do estudo foram os seguintes: sistema profissional de saúde e valor cultural do cuidado popular, permeando as categorias que congregadas se aproximaram desses conceitos citados. Mas isso não quer dizer que os outros conceitos, como: ser humano, enfermagem, cuidado popular de saúde e profissional, ambiente /estrutura, não estiveram presentes, pelo contrário a presença dos mesmos foram constantes.

É reconhecido que tais conceitos não podem ser analisados de forma isolada. As categorias agrupadas aproximaram-se dos conceitos e serão apresentadas posteriormente.

Acrescento que muitos diálogos foram realizados em alemão, pomerano ou português simultaneamente, mas, para forma didática, possibilitando um melhor entendimento, as expressões foram traduzidas para o português.

Apresentarei quatro famílias acompanhadas nos seus espaços físicos ( ambiente/estrutura ), sociais e culturais e suas necessidades.

As necessidades de cuidado foram identificadas através dos constructos do cuidar/cuidado de Leininger, vistos no contexto do cuidado profissional.

## **FAMILIE GLOKENSINIEN ( FAMÍLIA SINO DE NATAL)**

A primeira família do estudo foi identificada no Hospital Krankenhause Eins. Como critério para identificação do paciente e família, este escolhia o nome de uma flor em língua alemã para sua identificação e de seus familiares. Foi, então, acrescentado ao nome sua condição na família, conforme sua participação no estudo.

A referida família ficou com a identificação de Glokensinien

(Sino de Natal).

A Glokensinien estava internada na unidade cirúrgica, pois havia realizado enxerto de pele em região nasal. Apresentava a necessidade evidente de resolver seu problema de saúde.

No primeiro dia de contato, fui apresentada pela enfermeira da unidade; assim expliquei para Glokensinien, que estava acompanhada de sua neta de 16 anos, o meu objetivo por estar ali.

Glokensinien era uma senhora de 65 anos, de origem alemã, agricultora, aposentada, 78kg, 1.76cm de altura, cabelos brancos, olhos azuis, falante, sorridente. Quanto ao grau de escolarização, estudara até a 4ª série do primeiro grau. Apresentava seqüelas de hemiplegia à direita devido a um acidente vascular cerebral, quando tinha quarenta e quatro anos e usava bengala para auxiliar na locomoção. Era hipertensa e fazia uso de medicação anti-hipertensiva. Em virtude disso, Glokensinien parece que já havia feito a acomodação e repadronização na sua vida cotidiana.

Apresentava ferimento no nariz que há cinco anos a incomodava e doía. Já fizera vários tratamentos, não havendo solução; então solicitou à médica que a estava tratando que mandasse "cortar fora" o ferimento, pois estaria disposta a pagar.

Dessa forma, a médica a encaminhou para cirurgia plástica. Quando iniciei as visitas, ela já havia realizado o enxerto e estava aguardando o resultado do exame anatomopatológico, conforme seu relato:

*"...para ver o que é isso que tenho no nariz..."*

Glokensinien era viúva há seis anos, e seu esposo de origem pomerana tivera um infarto enquanto trabalhava. Dessa união teve três filhos, dois homens, um agora com 42 anos e outro com 44 anos, e uma mulher com 41 anos. Todos os filhos também estudaram até a 4ª série

do primeiro grau. Essa família era Evangélica Luterana. Morando num distrito a 60 km de Pelotas, com predominância de pomeranos. Conforme o relato de Glokensinien filho, nesta localidade ocorrem muitos suicídios, por enforcamento. Perguntei algumas características à respeito, quanto: ao sexo e ascausas, disso, ao que ele me respondeu:

*"... a maioria são homens e gostavam de beber..."*

Ela morava com o filho Glokensinien filho, de 42 anos, que era casado e tinha três filhas, uma com 19 anos (casada há três anos, que tinha um filho com três anos e estava grávida de oito meses, morando com os sogros), a outra, com 16 anos (acompanhante de Glokensinien durante a internação) e outra com 10 anos. As duas filhas mais velhas estudaram somente até o 5º ano do primeiro grau, a outra estava na 3ª ano, e já tivera repetência. Elas não seguiram os estudos, porque não havia escola perto.

Não se pretende aqui discriminar responsabilidades e apontar omissões, mas, a partir dos primeiros imigrantes alemães e pomeranos, as autoridades do país não providenciavam as mínimas condições para sua sobrevivência, desde os aspectos culturais, como a criação de escolas e igrejas, até os aspectos de segurança e saúde e construção de estradas, conforme relatos de Coaracy (1957), Rambo (1994b), Kreutz (1994). Parece que o desinteresse ainda perdura.

A casa da família era de alvenaria, construída ao lado da casa antiga que era dos sogros de Glokensinien onde há 90 anos atrás funcionava também como casa de baile, pois gostavam muito de dançar e reunir os vizinhos. A casa nova, possuía nove cômodos, com banheiro grande para facilitar a locomoção de Glokensinien. A casa possuía luz elétrica e água que vinha do poço artesiano.

Os quartos eram em número de três e todos tinham camas de casal, conforme o uso dos pomeranos. A cozinha era grande, com



uma mesa para doze pessoas, tinha uma lavanderia dentro da casa para facilitar o trabalho de Glokensinien, pois ela era a responsável por cozinhar e manter a casa em ordem e colocar a roupa para lavar enquanto os quatro familiares estavam na lavoura. Ela relatou que só não estendia a roupa devido à hemiplegia. A própria família utilizara as ações de preservação, acomodação e repadronização de seus cuidados com um dos seus componentes.

Ao contar como colaborava no trabalho doméstico, percebi uma satisfação de Glokensinien em poder auxiliar a família nos afazeres domésticos. Permanecia a responsabilidade da Frau (mulher alemã) e também da pomerana. Transparecia também a necessidade de cooperação, contribuindo com os outros, melhorando condições e promovendo independência.

Como eletrodomésticos, encontramos 2 televisores ligados em antena parabólica, video-cassete, máquina de lavar roupas, geladeira e freezer.

Para locomoção, possuíam o carro, o trator e a carroça para trabalharem na lavoura.

O ambiente (hof) era característico como os descritos na literatura pesquisada, possuindo árvores frutíferas, como macieira, ameixeira, laranjeira, bergamoteira, videira, e um jardim em frente à casa e ao lado. Também, possuíam galpão, onde guardavam alimentos (milho, ração pastagem) para os animais, estrebaria, galinheiro, e pocilga.

Os animais domésticos presentes nesse ambiente eram cavalos, galinhas, pintos, patos, porcos, vacas, cachorros e gatos. O alemão, segundo Bier (1996) é menos predador que o italiano, em vez de caçar e pescar, prefere clubes de tiro ao alvo e tem uma mania que é tão arraigada quanto a de beber cerveja, que é se ligar afetivamente à criação de animais.

Como hábito observado e presenciado, sempre antes de

oferecer o café da tarde, era oferecido refrigerante ou cerveja para as visitas. O café da tarde servido tinha: café preto, cucas e schimier<sup>8</sup>, bolos, mel, lingüiça, sanduíches com mortadela e pão de casa branco. Como refere Assis (1996), a respeito desses hábitos, junto aos alemães a variedade de preparo das refeições sem esbanjamentos, a mistura do doce com o salgado, e o hábito de tomar cerveja ainda não sofreram a aculturação nesta família. E assim, a necessidade de usar alimentos tradicionais, valor cultural e a hospitalidade estão presentes ainda hoje.

A família, economicamente, vivia da plantação de fumo, batata e cebola. Sabe-se que, com a introdução dos cultivos do fumo, este provoca uma instabilidade econômica no meio rural, resultante da monocultura (Salamoni, et al.1996).

O trabalho, desde o cuidar dos animais até a plantação, era realizado pelos quatro membros da família, tendo Glokensinien como responsável pelo trabalho doméstico. Trabalho cooperativo é característico do imigrante, pois se observa que desde os primeiros colonizadores todos trabalhavam juntos desde a construção de igrejas protestante e católica. Observa-se ainda que o espírito de união prevalece, uma vez que, se não fosse assim, os colonos não teriam sobrevivido à nova terra. Constatamos a necessidade de trabalhar, cooperar, manter e estabelecer harmonia, agir para, e dedicar-se nesta família.

O lazer era participar de festas das igrejas, futebol ou ir à casa dos vizinhos e familiares para conversar, trocar idéias sobre a família e a plantação. O espírito de união e comunidade estava presente, pois a família às vezes auxiliava na organização das festas de igreja. Encontro a necessidade de cuidado na comunhão com os outros, cooperação, ajuda, interesse e harmonia com os outros.

Nas festas Glokensinien dizia não poder participar devido à dificuldade de locomoção, então ficava em casa para ver televisão,

---

<sup>8</sup> Pão doce, coberto de açúcar, alimento tradicional dos alemães; schimier doce em forma de pasta para

principalmente o programa "Silvio Santos", ou seja, preferia a companhia virtual devido à sua dificuldade de deambulação. Aqui, percebo uma dificuldade em participar, pois o ambiente não era adaptado para deficientes físicos, dificultando a participação, reflexo do contexto macro estrutural interno e externo, o que pode ser confirmado pelas expressões de Glokensinien:

*"...nas festas tem muita gente, eu não consigo caminhar, no meio de muita gente com a bengala e muitas vezes não tem a onde sentar...fico com medo de cair..."*

Então indicava essa fala a necessidade de proteção, sensibilidade a necessidades dos outros, respeito, atenção, atitude e oferecendo conforto.

À noite todos tomavam chá de capim cidrão para descansar melhor.

O horário de verão não era mantido; desta forma, o café da manhã era às 5h e 30 min, o Frühstück<sup>9</sup> às 9 horas, o almoço entre as 12 horas e 12h e 30min, o Frühstück da tarde era às 16 horas e o jantar entre 20h e 30min e 21 horas. Glokensinien explicou que o horário de verão não é mantido, pois o sol ficava muito forte para ir trabalhar, seguindo o horário de verão.

Nas experiências anteriores de internação, Glokensinien estivera internada por ocasião do acidente vascular cerebral num período de vinte dias, há 21 anos atrás. Necessitou ajuda hospitalar devido a um processo alérgico após o uso de uma pomada tópica, prescrita por um médico, para a ferida no nariz.

A esposa de Glokensinien filho esteve internada para o parto de uma das filhas, para o das outras não chegou a ir para o hospital, nasceram em domicílio, com cerca de 4,5 kg.

---

cobrir o pão.

<sup>9</sup> frühstück- significa lanche em língua alemã.

A outra experiência com internação fora quando Glokensinien neta tinha quatro anos e foi picada por uma cobra.

Para os recursos de saúde, quando necessitam, procuram “a enfermeira” do local, que era uma senhora brasileira, moradora da localidade, há muitos anos, que atendia e medicava a todos dessa comunidade. Atualmente essa “enfermeira” trabalha no posto de saúde dessa comunidade. Surge, assim, a necessidade de ter um grupo de assistência com qualidade, confortando, aliviando, educando e conhecendo os valores culturais.

Outro recurso utilizado para o atendimento de suas necessidades no sistema de saúde é a procura de um hospital, num distrito da cidade de São Lourenço do Sul, que é um hospital particular, onde toda a equipe multidisciplinar fala alemão e pomerano.

Entendo, assim, que o atendimento às suas necessidades está ligado à questão cultural, pois são procurados recursos que ofereçam a proximidade com o ambiente a que eles estão habituados, como, por exemplo com a comunicação verbal. Mas também este não o satisfaz porque é caro. Não contempla o direito à saúde como direito elementar do cidadão brasileiro. A necessidade de comunicação, valorizando o estilo de outros, cura, bem-estar, grupo de assistência e ajuda se torna presente neste fato.

Na comparação do ambiente de Glokesinien com o meu ambiente hospitalar, sistema profissional de saúde, ela reclamou muito o fato de estar internada e não se sentir doente, pois nada doía ela estava muito bem e não entendia por que tinha que ficar tanto tempo longe das suas atividades. Ela ficou internada 10 dias e a médica vinha vê-la em dias alternados. Neste tipo de procedimento o máximo de internação é de 24 horas.

Ela ficou muito decepcionada, pois a médica prometia alta, mas ela não a recebeu no período prometido.

Saliento que, em nenhum momento, Glokesinien recebeu orientação da enfermeira ou da equipe a respeito de cuidados de curativo e orientações quanto à hipertensão ou para melhorar a mobilidade do lado plégico. A necessidade de comunicação, grupo de assistência com qualidade, responsabilidade e educação são algumas das necessidades afetadas de Glokensinien.

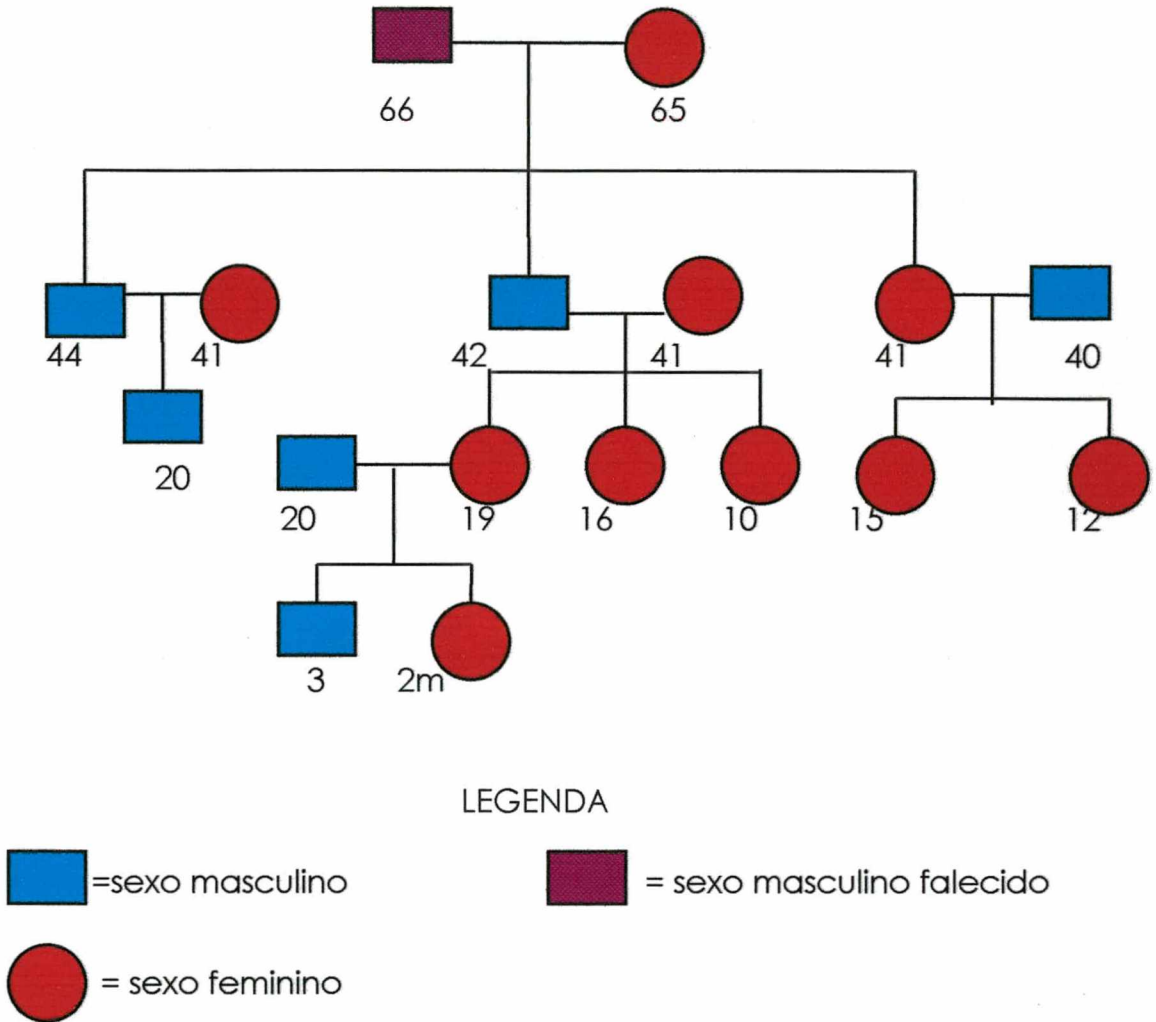
No que tange ao diagnóstico, a família não foi informada, pois, a nível ambulatorial, quando recebeu o resultado do exame anatomopatológico, a médica disse que estava tudo bem, que não tinha nada. A família mostrou-me o resultado: de carcinoma basocelular de bordo livres. Questionei várias vezes a família a respeito do significado do diagnóstico, mas nada sabiam. Orientei que seria muito importante guardarem o resultado do exame e perguntarem novamente para a médica a respeito. Deveriam indagá-la sobre os cuidados com a pele e o aparecimento de outras lesões. Portanto as necessidades de informação, comunicação, clareza de instruções para a saúde foram insatisfeitas.

O convívio com a família se expandiu, pois a assistência foi até a neta de Glokensinien, que tem 19 anos, era casada e que, na época, estava grávida de oito meses, segundo filho e sem pré-natal. Encaminhei e acompanhei a consulta aprazada no ambulatório. Ela realizou exames de rotina do pré-natal. Apresentava infecção urinária e fez a vacina antitetânica. Ela era alta, 1.75cm, de cabelos longos e loiros, aparência de mais idade, falava português insuficiente, e fluentemente o pomerano. Era muito inibida, o marido fala por ela. Chamam a atenção a necessidade de comunicação, grupo de assistência, assistir, saúde de manutenção, instruções de saúde e responsabilidade.

Essa família expandida sempre ficou em contato telefônico comigo, comunicando os resultados dos exames, como estavam e o nascimento da filha, pois eu havia encaminhado para o pré-natal, assim

como os procedimento para internação na maternidade de um Hospital Escola.

A seguir apresento o genograma da família de Glokensinen. Para Bowen (1980), genograma é um mapa diagramático dos componentes de uma família ao longo de três gerações.



### FAMILIE ROSE (FAMÍLIA DA ROSA)

A família Rose era de agricultores, católicos, não pertencentes à Apóstolica Romana, que não sabiam dizer o nome da religião por eles freqüentada: mostraram apenas qual a igreja, que tinha as portas

do lado contrário à estrada. Moravam a 140 km de Pelotas, numa comunidade de pomeranos e poloneses em que 90% da produção agrícola é de fumo, seguido de milho e batata. Os agricultores dessa região compravam os produtos para sua subsistência como milho, feijão, arroz, batata. Não tinham o hábito de possuir hortas para sua manutenção. Conforme comentado anteriormente com a produção de fumo, ocorre uma instabilidade econômica resultante da monocultura.

Rose estava internada no Hospital Krankenhaus Eins em pré-operatório de mastectomia radical à esquerda. Encontrei Rose sozinha, faltando dois dias para realizar a mastectomia. Rose tinha olhos verdes, cabelos longos e loiros, usava prótese inferior e superior, fizera laquedura quando nasceu a última filha. Falava devagar, era pomerana e entendia muito pouco o português. Tinha 1.64cm, 46 anos, era casada com Rose esposo, que tinha 52 anos. Juntos tinham seis filhas com as idades de 27, 25, 20 (as três casadas e morando no mesmo município) e 16, 14, 12 morando com ela e auxiliando em todo trabalho da lavoura.

Todos os membros dessa família estudaram até a 4º série do primeiro grau, pois não tinham mais escolas e, para as filhas, segundo a fala de Rose:

*"o mais importante é saber ler e escrever, o resto não precisa..."*

Ela me informou que tinha internado para fazer uma cirurgia de mama, dizendo-me:

*"eu tenho câncer"*

Levantando a blusa e mostrando o seio esquerdo muito maior que o direito, com um nódulo, e o mamilo retraído, disse que machucara o seio trabalhando na lavoura. Fizera tratamento e agora apareceu um nódulo que doía muito. Em função do mamilo retraído, disse que nunca amamentou nesse seio porque as crianças não queriam.

No primeiro encontro, assim que eu disse que falava alemão e entendia um pouco o pomerano, ela imediatamente começou a falar em pomerano. Estava e demonstrava preocupação quanto aos seu diagnóstico, pois haviam comentado para ela que só teria três meses de vida, referia que tinha que casar mais três filhas e se perguntavam como ficariam. Assim, informei sobre os tipos de tratamento que existiam. Como eles eram desenvolvidos e como já havia trabalhado com grupo de mulheres mastectomizadas e em tratamento quimioterápico, sentia-me muito à vontade para falar desta experiência passada. Emergem aqui, as necessidades de comunicação, assistir, fé, confortar, saúde de manutenção e instruções de saúde .

Percebe-se, portanto, que uma "Frau", mulher alemã, jamais perde o senso prático, mesmo nas situações mais penosas (Bonow, 1996, Assis 1996).

Rose estava internada e comentou que não recebera nenhuma orientação sobre a cirurgia, tratamentos, cuidados, etc.

Ao término das orientações, ela disse que ninguém havia falado com ela, até então, e a deixado tranqüila. Queria saber quanto custava o auxílio que lhe dera.

Também perguntou sobre o que ela poderia fazer, ao sair, para esconder que estava sem um seio. Orientei-a sobre as cirurgias plásticas que são realizadas, sobre os tipos de sutiãs que ela mesma poderia fazer, ou comprar um sutiã que vem com silicone. Reconheço nesse instante a necessidade de grupo de assistência, responsabilidade, adaptação, ação, alívio, instruções de saúde e cuidado.

Fiquei de trazer o modelo do sutiã, que era utilizado pelas mulheres mastectomizadas, pois ela me dissera que sabia costurar e poderia confeccionar. Levei os moldes e folders explicativos da cirurgia, tratamento e exercícios para melhorar o edema pós cirurgia e a mobilidade do braço. Então utilizei as ações de preservação, acomodação e



repadronização das ações de enfermagem, preconizadas por Leininger (1985, 1991a).

Rose comentou como procedeu para chegar até o hospital. Estava indignada, pois ela era sócia nas associações de fumicultores e no Funrural, mas tivera que pagar por todos os exames, mostrando-me os recibos. Disse, inclusive, que, para realizar os exames preventivos de mama, pagara, declarando:

*"aquele que palpa as mamas custa oito reais".*

O sistema profissional de saúde preconiza a prevenção e o direito a toda a população de se cuidar, mas, por características próprias, dificulta ou inibe a solução destas necessidades de cuidar, assistir, aliviar, adaptar, ter grupos de assistência com qualidade, conceder por, preservar, tranqüilizar, ter saúde de manutenção, ter obrigações por e cuidar de outros.

Mostrou-me contas, desde exames como hemograma, eletrocardiograma, raio x de tórax, e o anatomopatológico que fora encaminhado para Porto Alegre e que custara 150 reais. Informou também que quando fez a biópsia teve que pagar pelo procedimento.

No momento do primeiro encontro, também estava preocupada com os doadores de sangue que lhe disseram que teria que conseguir, e ela entraria em contato com uma cunhada para pagar o deslocamento de doadores, mas também era muito distante do hospital local onde poderia conseguir.

Devido à distância em que moravam, não visitavam os seus familiares. A cunhada que a acompanhara no dia da cirurgia e posteriormente, Rose cunhada, fazia parte da família, mas raramente elas se visitavam. Era de estatura baixa, 1.50cm cabelos loiros, curtos, dentes desalinhados e cariados, com gestos masculinizados, o que é uma característica encontrada nas mulheres trabalhadoras rurais alemãs e po-

meranas. Durante a internação, também conheci uma irmã de Rose, que morava em uma outra zona rural a 60 km de Pelotas. Esta, numa manhã, às 7h e 30min, encontrava-se com hálito de álcool muito forte.

Durante a internação, somente participaram dos cuidados uma filha de 16 anos e a cunhada. As outras filhas vieram num domingo para visitá-la, o marido não. A respeito do marido, ao investigá-la, não permitia muitas informações, apenas me disse que ele tinha problemas na coluna e não possuía as falanges da mão esquerda. Ela disse que ele "quase não pode trabalhar", e quem trabalhava na lavoura era ela e as três filhas.

Na internação, ela preferiu ficar só, pois havia muito trabalho na lavoura e as filhas tinham que ficar trabalhando. Dessa forma, somente foi acompanhada pela cunhada e uma filha no dia que antecedeu à cirurgia e no pós-cirúrgico. Emerge a necessidade de atenção voltada para a família, promovendo a independência e adaptação.

Rose tomava antidepressivo, que fora prescrito pelo médico. O mesmo teria dito que o medicamento seria também para "pressão". Sabia que era hipertensa, mas tomava chá de chuchu branco. Após a cirurgia, Rose teve crises de hipertensão, sendo medicada. Por falta de comunicação entre a equipe de enfermagem, Rose foi medicada duas vezes com o mesmo medicamento. Isso descobri depois de investigar com a enfermeira do setor, porque Rose referia estar tonta. Evidencio a necessidade de comunicação, preservação, adaptação, grupo de assistência, saúde de manutenção, instruções de saúde e responsabilidade neste momento.

Conforme relatou Rose não recebeu orientação da enfermeira ou da equipe de enfermagem deste setor de internação, o mesmo também comentou a cliente Glokensinien, que tinha sido internada na mesma unidade cirúrgica.

Rose receberia alta dois dias após a cirurgia e teria que re-

tornar para casa com o dreno de porto-vac. Estava apreensiva de ir para casa com este dreno e, conforme o combinado com o médico, ela só teria alta depois de fazer um exame "que queima o câncer". Orientei que solicitasse ao médico que a alta fosse após a retirada do dreno. Assim aconteceu. Novamente utilizei as ações de enfermagem de preservação e acomodação, ou seja, negociar, adaptar ou ajustar a saúde do cliente aos padrões de cuidado.

Somente no dia da alta o médico informou que, além de fazer o tratamento de "queimar", ela faria a quimioterapia e a encaminhou para outro serviço. Quando retornasse em 15 dias, retiraria os pontos. Dessa forma, encaminhei-a ao serviço de quimioterapia para consulta e avaliação.

Marcamos a consulta e a retirada de pontos em 15 dias junto com a enfermeira do setor de quimioterapia. Também orientei como realizar o curativo, pois ela informou que tinha um posto de saúde a uns 20 km de sua residência. Também a orientei sobre o tratamento de sua hipertensão, nas ações de enfermagem de preservar e acomodar o cuidado cultural.

A remoção de Rose até sua residência foi por mim solicitada ao serviço social do hospital. A necessidade de retorno para a família, seu ambiente, foi atendida.

No dia, hora e local aprazados, para sua avaliação de quinze dias, encontrei com Rose, que veio de ambulância, acompanhada pelo esposo. Rose apresentou-me a ele. Observei-o, cabelos brancos 1.70cm, de poucas palavras. Ao indagar como ele estava achando Rose, ele disse:

*"ela não está bem, não pode trabalhar".*

Foi muito difícil manter um diálogo com o esposo de Rose, tinha algo estranho naquele homem. Eu não estava conseguindo iden-

tificar.

Particpei da consulta, na qual o médico informou que o tipo de câncer que ela apresentava, não necessitava de nenhum outro tratamento pois o mesmo era somente localizado nos ductos, sendo retirado, estava curado. Orientou para o cuidado com a outra mama e que retornasse em três meses.

Retirei os pontos e orientei como proceder para nova consulta. Marquei também a visita domiciliar para daí a um mês, pois como eu tinha outros compromissos como docente somente teria possibilidade de realizar a visita dentro desse prazo.

Solicitei informação, ao motorista da ambulância, de como encontrar Rose, pois ela tinha dificuldade em fazer referência à localidade onde morava. O motorista informou-me que era só chegar no posto de saúde que alguém me levaria até a sua casa.

Conforme combinado, realizei a visita domiciliar. O caminho percorrido em busca desta paciente era muito árduo, pois, depois de percorrer 119 km de asfalto, percorri mais 38 km de estrada de chão. Essas estradas, devido as chuvas torrenciais que aquele município sofrera, ficaram quase que intransitáveis.

Para encontrar a residência de Rose, dirigi-me ao posto de saúde daquele município. A esposa do prefeito acompanhou-me para encontrar a residência de Rose, pois ela conhecia melhor os arredores. Durante o percurso por estradas e casas, percebi que a esposa do prefeito indicava Rose como :

*"aquela mulher que tem um seio só"*

Percebi, nessa forma de identificação o estigma do câncer e a mutilação, refletidos. Perguntei-me se esta mulher de um seio só era aceita na comunidade.

Chegamos a um vizinho que a conhecia. Ele indicou a resi-

dência de modo incorreto e, casualmente, conheci a prima de Rose, que era solteira, tinha 30 anos e tomava conta sozinha de toda a plantação de fumo e ainda cuidava de uma irmã deficiente mental. No tempo de colheita, os vizinhos auxiliavam. Mostra-se evidente o trabalho da mulher alemã ou pomerana e a união dos vizinhos, enfim a ajuda mútua nas atividades, a vida em comunidade, talvez como garantia de sua sobrevivência, prática esta realizada pelos imigrantes desde o tempo da colonização. É uma forma de valor cultural de cuidado com o ser humano. Nesse fato, observo que tem uma necessidade de comunhão com os outros, cooperação, responsabilidade, cuidado de outros que é satisfeita e é culturalmente produzida e nessa produção sua necessidade é atendida.

Ela orientou onde era a casa. Havíamos deixado o carro na estrada, pois, após conseguirmos passar por três córregos, pelo quarto não foi possível pois estava intransitável. Tivemos que nos deslocar caminhando por meio dos desmoronamentos.

Ao chegarmos na casa de Rose, ela estava sentada na varanda, olhando as filhas carregando folhas de fumo da carroça para os galpões. Ela veio correndo em nossa direção e disse que todos os dias estava me esperando, mas naquele dia nem havia pensado nisso.

Convidou-nos para entrar. A casa estava localizada em um solo alto, ou seja, numa elevação em relação aos galpões.

Conversamos. Ela disse que estava muito bem, que engravidara bastante, pois estava se cuidando na alimentação: comendo ovo no café. Estava trabalhando em casa, fazendo a alimentação e organizando tudo, inclusive colocando roupas para lavar, pois ela tinha uma máquina de lavar roupa. Relatou que, quando fazia muito esforço com o braço, o mesmo edemacia um pouco. Nessa esfera, ressaltam-se as necessidades comendo comidas certas, tendo independência, preservando, acomodando e repadronizando são importantes.

Ofereceu-nos café, pois a esposa do prefeito estava acompanhando a visita. Disse que o pão ela havia feito, assim como o schimier (doce em pasta) de pêsego. Os gatos percorriam a cozinha, subiam nos armários, enquanto tomávamos café. Ela, a toda hora, corria-os.

A casa tinha uma cozinha grande, com uma mesa também de bom tamanho, um fogão a lenha e outro a gás, freezer e geladeira. Observei, ainda, aparelhos eletrodomésticos como uma televisão e um aparelho de som. Possuíam trator e carro, sendo este dirigido pelo esposo, que não tinha carteira de motorista, e pelo namorado da filha, para levá-los aos bailes.

Formando o "hof", espaço ao redor da casa, tinha o galpão onde ficavam os animais, como por exemplo: vacas, bois, cavalos, porcos, galinhas, peru e pato.

Durante todo o período da visita, as três filhas permaneceram trabalhando, colhendo folhas de fumo e transportando-as em carroça para os galpões. Disse que geralmente iam dormir depois da meia noite e acordavam às seis horas da manhã, mas, durante a noite, uma ainda ficava responsável por cuidar da temperatura das estufas do fumo, colocando lenha para manter a mesma. Rose disse e mostrou como auxiliava as filhas a tratar o fumo para secagem, não utilizando muito o braço esquerdo. Acredito existir, aqui, a necessidade de trabalhar.

Interroguei-a várias vezes acerca do marido. Ela justificou que ele estava na lavoura. Quando perguntei novamente, disse-me que ele estava conversando com um vizinho. Contei oito bares e botecos durante o trajeto dessa comunidade. Observando por uma janela, vi-o com vestes de quem não estava trabalhando em lavoura, olhando as filhas, enquanto elas trabalhavam.

Perguntei como ela estava tratando a hipertensão. Ela me

disse que não estava se tratando, só estava tomando o antidepressivo, o que já ajudava. Mostrou um remédio chamado de "infalivina", utilizado em distúrbios gástricos, como causador da melhora quanto à pressão. Relatou que melhorava a pressão, pois o desconforto gástrico desaparecia. Dizia que continuava "muito nervosa". Interroguei-a porque estava e continuava nervosa. Então ela disse :

*"meu marido bebe, briga muito e grita. Eu não gosto de discussão ... Mas ele bebe só um copo e fica assim..."*

Disse que ele fizera tratamento em uma cidade vizinha com um médico, o mesmo que a tratou para a doença do seio, mas que não o ajudou. Desta forma, entendi por que as mulheres dessa família são as trabalhadoras.

A filha de 16 anos queria casar este ano em maio, quando terminasse a safra do fumo. Ela disse:

*"... quando uma filha quer casar, não importa a idade, porque depois elas não querem mais casar e é ruim elas ficarem solteiras..."*

Mas ela queria ver se essa filha adiaría o casamento até o fim do ano, pois assim ela ainda contaria com a ajuda de mais uma filha. Todas as filhas trabalhavam, relatou, mas, quando casavam, ela dava tudo para as filhas: mobiliava a casa inteira, e não deixava faltar nada. Oferecer o enxoval completo para a filha faz parte das tradições da família pomerana.

Em estudos de Woortmann (1995) sobre casamentos de famílias alemãs, ela refere que os mesmos eram tardios, pois primeiro os noivos deveriam construir e possuir bens. Salamoni, Acevedo, Estrela (1995), descrevendo os hábitos dos pomeranos, também relatam que os casamentos eram entre os dezoito e os trinta anos de idade. Questiono se houve necessidade de mudança de hábitos, valores e crenças das

famílias alemãs e pomeranas em relação ao casamento.

As terras onde moravam foram compradas por ela e o marido por ocasião do seu casamento.

Verifiquei a sua pressão arterial, estava hipertensa leve. Deixei um papel com a anotação da pressão arterial e solicitei que, sempre que fosse ao posto ou ao médico, levasse a folha para controle de pressão. Como a esposa do prefeito também trabalhava no posto como secretária, solicitei que procedesse dessa maneira até para certificar-se de quais eram os níveis tensionais dos outros clientes. Apliquei, assim, a ação de acomodação de um cuidado.

Como agora, no posto de saúde havia um médico a cada 24 horas, ela poderia consultar para a hipertensão, pois a esposa do prefeito a encaminharia. Aproveitando a situação, lembrei-me de que a próxima consulta de Rose era para ser marcada por telefone. Também orientei a esposa do prefeito do serviço de doenças de mama que existe em Pelotas e de que o atendimento é gratuito, assim como todos os exames. Deixei o telefone do serviço para marcar a consulta para Rose. Transparecem as ações de cuidado de preservação e acomodação.

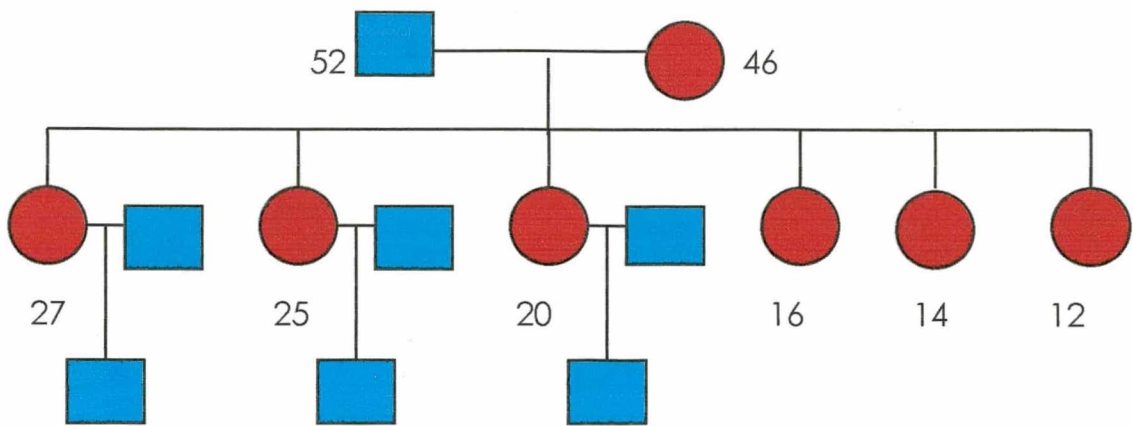
Rose mostrou também os papéis onde ela estava em auxílio doença, como referiu:

*"...eu consegui me encostar porque eu tenho o modelo 15 junto com meu marido..."*

Esse modelo 15 é um bloco do produtor rural, através do qual recolhem o INPS descontados em 2% do valor do produto bruto vendido. Ele possibilitou a satisfação de uma necessidade de auxílio financeiro.

Apresento, como complementação, o genograma da família de Rose.





### LEGENDA



= sexo masculino



= sexo feminino

### FAMILIE FEILCHEN ( FAMÍLIA DA VIOLETA)

Esta família solicitou para fazer parte do estudo. Foi identificada através de outra família ( Família Lillie) com grau de parentesco, também participante do estudo. Quatro visitas foram realizadas na casa da filha, Feilchen filha, que morava num bairro de Pelotas, e uma visita na zona rural onde a família Feilchen residia.

Neste local, moravam cinco famílias no mesmo "hof", espaço ao redor da casa. O casal Feilchen morava em uma parte da casa antiga, que fora dividida para três famílias: para o casal de avós; para a neta, casada e com uma filha de seis meses; e para o neto, casado e com um filho de quatro anos. Também morava no mesmo hof, mas em casa separada, o filho do casal Feilchen, também casado e

avô materno. Outra moradora era uma filha adotiva do casal Feilchen, instalada em uma casa que fora adaptada em um dos antigos galpões de guarda de material.

O primeiro contato foi com a filha deste casal, a Feilchen filha. Começo apresentando Feilchen avô, que tinha 77 anos, era loiro, pel rosada, com 1,75cm, falava alemão e pomerano, nascera em Canguçu, cidade vizinha a Pelotas mais ou menos 60 km. Não tinha as quatro falanges da mão direita devido a um acidente numa ferraria. Tinha câncer de pele, do tipo epidermóide, localizado em tórax e face que estava em fase de enxertia. Relatou que tinha "coração grande", mas nunca fizera um eletrocardiograma ou consultara com um especialista. A sua medicação diária de dez anos era digoxina e lasix. As necessidades identificadas foram de assistir, ter saúde de manutenção, receber atenção, cuidar, conhecer realidade, ter grupo de assistência, ter educação e melhorar condições.

No dia da visita domiciliar realizada na casa de sua filha adotiva apresentava-se dispnéico e com edema de membros inferiores. Orientei para a realização de uma consulta médica e procurei informações junto ao ambulatório da Universidade, mas, como era final de ano, todos estavam em férias. Como necessidades encontramos promovendo independência, preservando, tendo responsabilidade por si, sendo responsável, usando conhecimento, fazendo por, tendo grupo de assistência, recebendo instruções de saúde, ouvindo, contribuindo, tendo saúde de manutenção, educando e cuidando de outros.

Feilchen avô era casado há 53 anos com Feilchen avó, que chegou ao Brasil quando tinha um ano e oito meses. Viera da cidade de Mecklenburgo, Pomerânia Ocidental da cidade de Bad Doberan, região conhecida como dos mil lagos.

Feilchen avó tinha 75 anos, 1,73cm, pele rosada, cabelos brancos. Falava bastante e gostava de contar como chegara ao Brasil.

Apreciava a leitura de livros alemães como história e romance. Reclamava que não podia mais ler devido à catarata. No momento, estava usando bengala devido a uma fratura de quadril ocorrida há mais ou menos 6 meses. Era asmática desde jovem, o que a levava a ter dez internações devido a essa patologia. Encontro as necessidades de dependência, grupo de assistência, preservação, adaptação, alívio, melhoramento de condições, uso de ambiente de limite, saúde de manutenção e instruções de saúde.

A família de Feilchen era de agricultores aposentados, morando a 60 km de Pelotas, em uma comunidade de alemães e pomeranos.

O casal tinha dois filhos legítimos: um com 52 anos, casado, e uma com 32 anos, também casada. Esta tinha dois filhos; aquele possuía cinco, dos quais três eram casados. Os Feilchen tinham, ainda, duas filhas adotivas. Uma delas era filha de Feilchen avô com uma empregada da casa, tendo sido adotada ao nascer. Ela possuía 46 anos e três filhos. Será chamada de Feilchen filha. Ela é que me procurou para entrar no estudo.

A outra filha adotiva tinha 44 anos. Era separada, tinha um filho com 19 anos, do primeiro casamento, e outro filho, com dois anos, fora do casamento.

Conforme o casal, os filhos adotivos eram mais preocupados com eles, pois os cuidavam e eram carinhosos. Um exemplo disso era o fato de que, desde o dia da internação e alta de Feilchen avô, nenhum filho legítimo ligara, embora tivessem telefone. Mediante a situação, a necessidade de afeição, atenção, fazendo por, carinho, interesse e família envolvida ficam evidentes.

Feilchen avó tivera um aborto espontâneo, quando jovem. Realizara uma cirurgia na face, também por câncer de pele há mais ou menos 10 anos.

O casal Feilchen dividira a casa onde morava; assim, um neto, que casou, morava numa parte da casa; a outra ficara com a neta, também casada. A Feilchen avó disse que ficara com a parte do banheiro dentro de casa, pois os mais jovens podiam caminhar mais para ir a um banheiro.

A casa era típica dos alemães dessa região: grandes, com um "hof" de galpões para guarda de animais e alimentos, jardins, árvores frutíferas, animais domésticos.

Havia muitas construções de galpões para guarda de produção agrícola. Muitas destas estavam em precárias condições de conservação, mas observava-se que, pelo estilo e pela quantidade de construções no mesmo local, a família tivera seus tempos de bonança, em contraposição ao seu aparente empobrecimento atual. Isso talvez, em decorrência das inadequadas condições de apoio com que vem sofrendo o trabalhador rural, gerando seu empobrecimento. Enfatizo aqui uma necessidade macro de apoio político e educacional aos trabalhadores rurais para desenvolver a promoção da cidadania.

Existiam pocilgas para mais ou menos dez porcos, apesar de no momento ter apenas dois, e as pocilgas com sinais de abandono de muito tempo. Os Feilchen, alegavam que não tinham mais condições de ter criação de porcos devido ao trabalho para cuidá-los e aos produtos para alimentação dos animais serem caros.

Por opção dos filhos do casal Feilchen, não havia um incentivo pela vida rural, até porque o único filho do casal trabalhava como pedreiro e dois de seus filhos que eram casados e que moravam no mesmo "hof" auxiliavam nas atividades agrícolas. Assim como uma das filhas adotivas do casal Feilchen avós, morava junto no mesmo "hof" auxiliando nas atividades rurais.

Talvez por esses fatos, a continuidade da vida no ambiente rural estivesse relegada a segundo plano, embora a família também

plantasse fumo e todas as nove pessoas que a constituíam trabalhassem juntas.

O casal Feilchen dividia as atividades domésticas, como lavar roupa e cozinhar. Quando Feilchen avó fraturou o quadril e estava em repouso, quem cozinhava e fazia os afazeres de casa era o Feilchen avô.

Feilchen avó era muito alegre e brincalhona. Contou toda a história da chegada de seus pais ao Brasil, da dificuldade em se adequarem à agricultura, pois vinham de uma região onde eram carpinteiros, pedreiros, alfaiates. Logo se viram plantando, sem nunca terem visto um produto agrícola. Ela contava situações de que sua mãe não sabia fazer pão, pois do local de onde vinham, existia o padeiro que entregava nos apartamentos onde moravam. De repente, viram-se morando em casas de torrão de barro, que seu pai, pedreiro, construía. Nessas condições, não tinham onde colocar suas cortinas brancas e rendadas, trazidas de Mecklemburgo.

Nessa família, foi possível atender a várias gerações, pois participaram do estudo desde a avó até a bisneta. Em diversos momentos, foram solicitados cuidados e orientações, visto que, muitas das vezes em que a família procurou recursos no sistema profissional de saúde, esbarrou na falta de resolutividade.

Feilchen avô conta que a necessidade de ir ao médico, para ver como curaria o ferimento na face, veio do avô e da família, mas eles marcaram uma consulta num ambulatório de uma das universidades, e ele foi mandado embora, pois não estava com os exames. Ele disse:

*"...se eu fui procurar um médico, ele tinha que resolver este meu problema de pele e não me mandar embora, porque não tinha exames, mas como vou fazer exames se eles não pedem?"*

Feilchen filha disse que necessitava de uma histerectomia, pois tinha um sangramento vaginal intenso, tinha uma miomatose, relatando que levou três anos para realizar a cirurgia. Durante esse período, por vários fez uma peregrinação médicos. Disse:

*"...todos me diziam que tinha que fazer a cirurgia, mas nenhum encaminhou a cirurgia, assim fiquei três anos tentando realizar a cirurgia..."*

O período em que estava realizando as visitas, Feilchen filha estava em pós-operatório tardio de histerectomia, apresentando infecção da ferida operatória. Acompanhei o tratamento e os curativo.

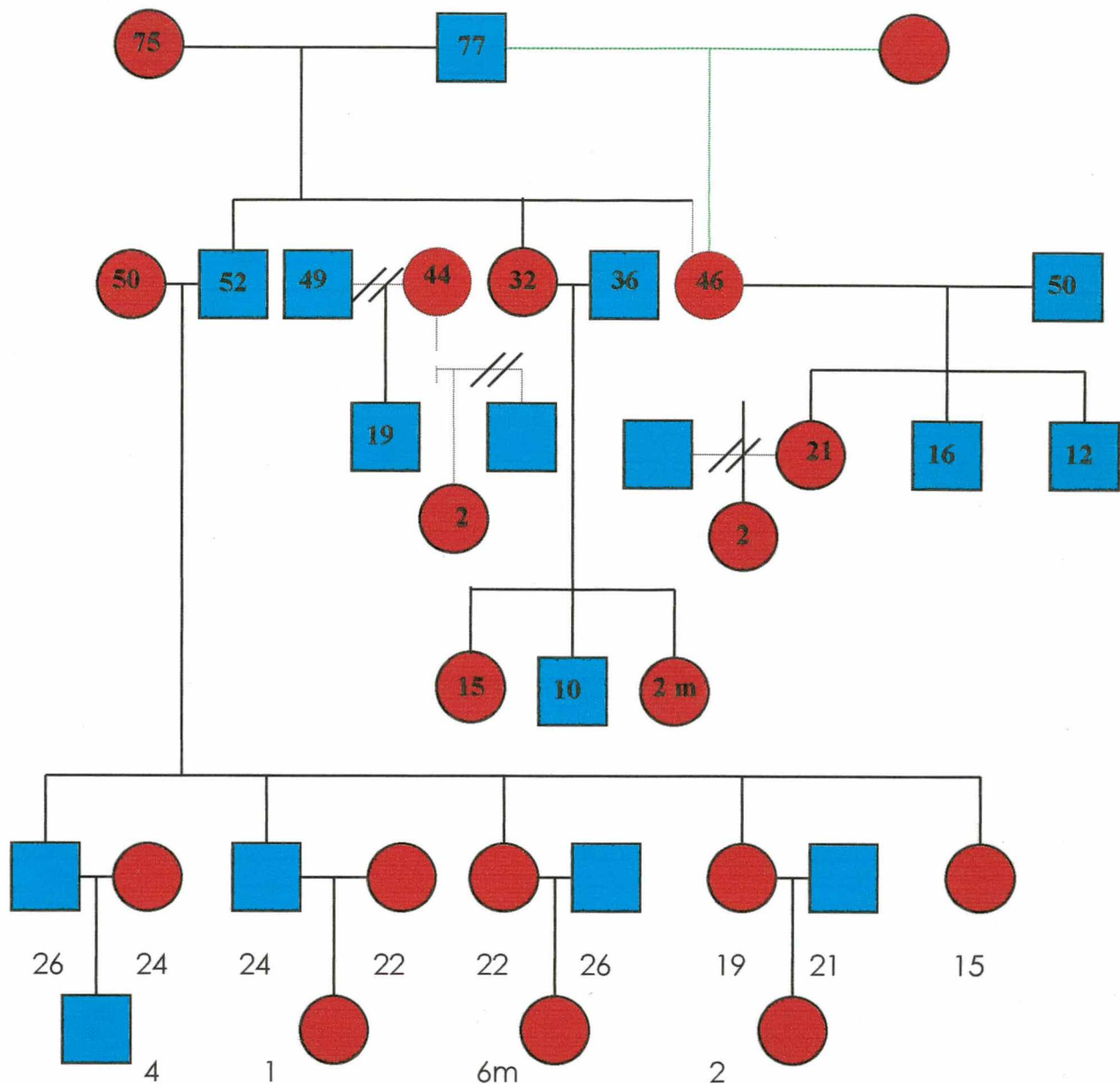
Evidencio a necessidade de grupo de assistência de qualidade, obrigação por, instruções de saúde, assistir e atenção.

A filha de Felchein filha, com 20 anos, morava na mesma casa, tinha uma filha de dois anos, era separada do marido, estava desempregada e preocupada com a filha que não queria aprender a falar, nem deixar de usar fraldas.






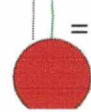
Saliento que, ao desenvolver este estudo, a família Feilchen participou em várias fases de acompanhamento desde o encaminhamento de exames que Feilchen avô necessitava realizar, até o encaminhamento do neto de 12 anos de Feilchen avô para uma psicopedagoga, pois estava apresentando dificuldade na aprendizagem, estando em repetência da 4ª série, e apresentando muita agitação, sendo que, após avaliação psicológica, foi encaminhado ao neurologista. Outros dados serão discutidos em outro capítulo.

Como pertinência ao entendimento essa família, apresento o seu genograma.

FAMILIE FEILCHEN



LEGENDA

-  = sexo feminino
-  = sexo masculino
-  = sexo feminino adotado
-  = separação
-  = relacionamento extraconjugal
-  = adotada do relacionamento extraconjugal

Pelo genograma da família Feilchen, pode-se observar que a média de idade da mulher casar é de 18 a 21 anos e do sexo masculino casar é de 20 a 24 anos.

### **FAMÍLIE LILIE ( FAMÍLIA DE LÍRIO)**

A família Lillie foi encontrada no Hospital Krankenhaus Zwei. Lillie era um senhor de 75 anos, 1.60cm de altura, 66 kg, cabelos brancos e fartos, bigode, magro, alegre, sempre pronto para contar algo para sorrir. Era de origem pomerana, da religião Evangélica Luterana no Brasil. Era casado, há 51 anos, com Lillie esposa que tinha 1.68cm de altura, 70 anos, 79 kg, apresentava uma úlcera varicosa, há dezenove anos, na perna esquerda. Ela realizava o seu curativo diariamente. Era alemã. Tiveram quatro filhas e quatro filhos, sendo que um falecera em acidente de trabalho há cinco anos. O casal Lillie tinha 18 netos e dois bisnetos.

Eram agricultores, aposentados, morando num município vizinho a Pelotas mais ou menos a 45 km, em uma comunidade onde moravam famílias alemãs e pomeranas.

Tinham, como lazer, participar das festas da comunidade da igreja aos domingos, que acontecem com frequência, jogando, enquanto as esposas ficavam conversando. Frequentam regularmente os cultos na igreja. Observo presente nesta família, a necessidade de comunhão com outros, cooperação, manutenção da harmonia, fé e comunicação.

Lillie pai já fizera cirurgia cardíaca para revascularização do miocárdio, há dez anos atrás em Porto Alegre. Estava preparando-se para realizar nova cirurgia cardíaca na cidade de Pelotas, mas dois dias antes da internação pré-operatória, iniciara com hematúria e foi internado no Hospital Krankenhaus Zwei, para tratamento. Nesse mesmo hospital, já havia feito cirurgia a laser na próstata. No primeiro dia de



visita, estava com sonda vesical de três vias com irrigação e plano parenteral por via periférica.

Quanto à alimentação, pela manhã, gostava de comer lingüiça, mortadela, café com leite ou chá, pão feito em casa. Não tomava café preto devido à orientação médica. Gostava de frutas. A necessidade de comer a alimentação correta e uso de alimentos tradicionais é satisfeita.

Moravam sozinhos. Lillie pai, vendia frutas, legumes e verduras na beira da estrada para complementação da sua aposentadoria. Neste enfoque há a necessidade econômica presente.

No seu "hof", havia muitas árvores frutíferas, horta, com legumes e verduras. Tinha uma vaca para leite, a esposa era responsável pela sua ordenha e ele fazia a pastagem.

No terceiro dia de internação, de Lillie, foi suspensa a irrigação, e ele ficou sob observação, apenas com a sonda vesical aberta. Durante a internação de uma semana, ele apresentou vários episódios de dispnéia e dor precordial, tomando Isordil sublingual, que sempre carregava no bolso. A necessidade de acomodação, cuidado e fazendo por é observada.

Lillie esposa relatou que ela precisava acompanhá-lo sempre ao banheiro devido às suas crises de dispnéia que ele fazia. Ela disse que não se sentia à vontade em acompanhá-lo no banheiro, pois o banheiro do hospital ficava no corredor da unidade, era coletivo e masculino, mas ela já estava se acostumando e os outros já não ligavam. Em casa, o acompanhava sempre quando ia ao banheiro e a posição da cama era sempre em fowler, devido à dispnéia. Aparece assim, a necessidade de preservar, acomodar, agir para, facilitar, alertar para e dar proteção.

Lillie contou, muito entusiasmado, que o Pastor da igreja viera visitá-lo, assim como a outra paciente que estava internada em es-

tado grave, pertencente a sua comunidade. A idéia da necessidade de fé, valor, crença e harmonia estão presentes nesse fato.

Lilie esposa, no período, estava realizando consulta e exames de rotina, pois era hipertensa e tomava medicamentos. Cansava ao caminhar, mas fazia avaliação com cardiologista regularmente. A necessidade de responsabilidade manutenção, educação e instrução de saúde estava atendida.

Lilie esposa era muito disposta e falante, gostava de participar das festas da comunidade junto com Lilie. Fazia crochê e tricô. Durante a hospitalização, ela era responsável por estar junto de Lilie durante o dia, mas à noite, sempre ficava um dos filhos. Ela dizia que em cada noite dormia na casa de um dos filhos que moravam na cidade de Pelotas.

Mesmo durante a internação o hábito de tomar chimarão foi mantido. Quando eu chegava às 7h e 15min estavam em roda de chimarão com os outros familiares e pacientes. A necessidade de uso de alimentos tradicionais é desempenhada. Lilie era muito curioso e estava sempre querendo saber o motivo das internações de seus companheiros de enfermaria. É uma forma de produzir intimidade, de conhecer as pessoas, que estão nesse momento particular, convivendo em situação comum, e, ocupando, num tempo semelhante, o mesmo espaço coletivo - o da hospitalização.

Lilie esposa falou da preocupação em relação à cirurgia cardíaca de seu esposo, sobre a qual ele pretendia chamar todos os filhos para opinarem; ela teria dito que não, pois essa era uma decisão que ele deveria assumir, e, se ele sentisse realmente que deveria fazer, que a fizesse, pois se os filhos opinassem contra e não desse certo, ficariam com culpa para sempre. É importante notar a necessidade de medir atos e decisões, comunicação e família envolvida, nesse casal.

Como a hematúria havia cessado e já tinham retirado a

sonda vesical, Lillie queria ir para casa ou já ficar internado para realizar a cirurgia cardíaca, mas, tendo em vista as festas de final de ano, a cirurgia também foi adiada.

Lillie quis voltar para casa pois sua horta estava ficando com os produtos estragados, pelo fato de não haver ninguém para cuidá-la. Além disso, sua casa estava sendo cuidada por vizinhos que eram brasileiros, mas eram muito bons, conforme frisava Lillie.

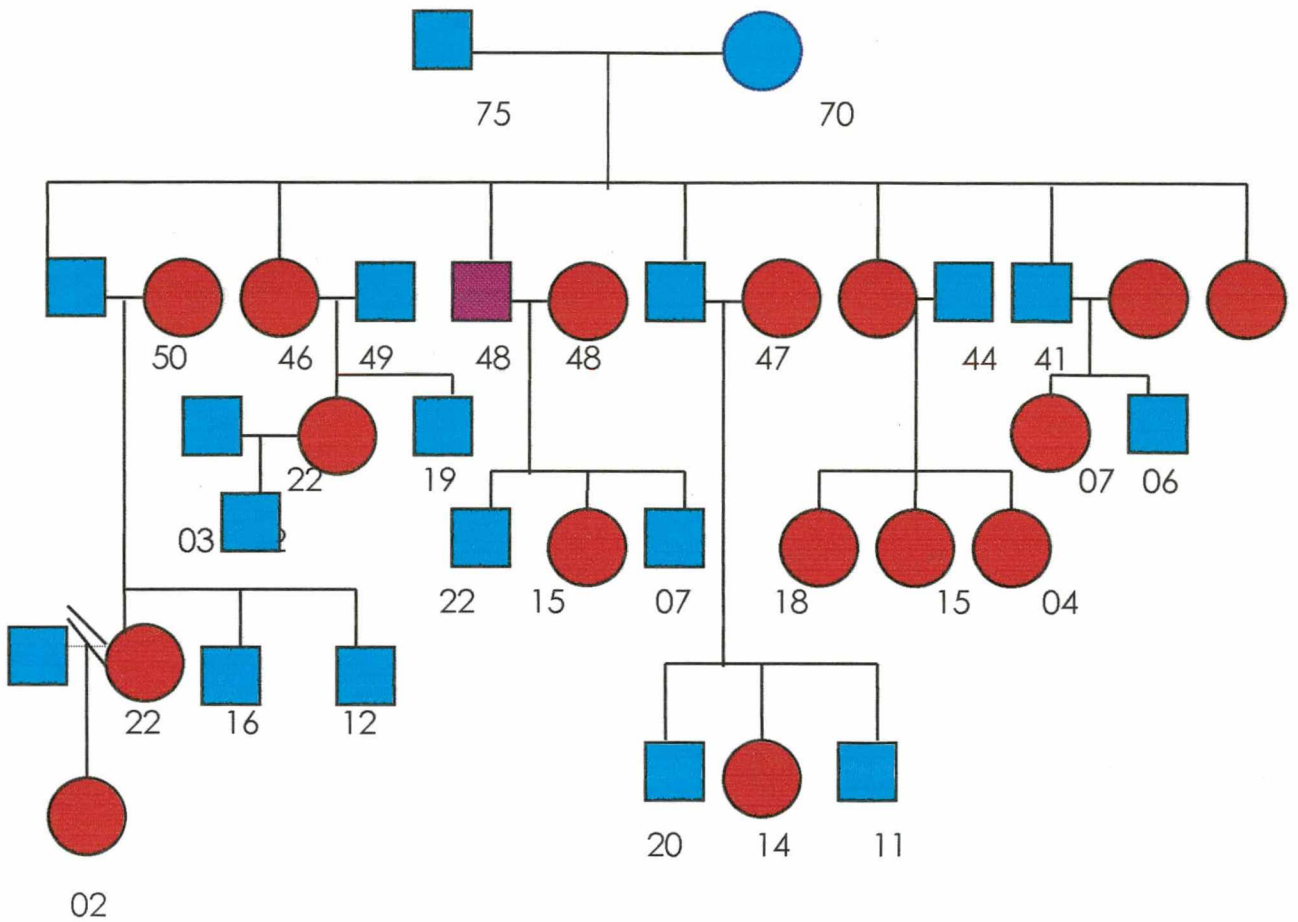
O casal estava preocupado, pois os filhos gostariam de que eles viessem morar na cidade, devido aos seus problemas de saúde. Apesar de aceitarem tais preocupações, gostariam de continuar morando na zona rural. Na ocasião, a necessidade de preservar, acomodar e repadronizar são emanadas.

Recebi notícias de que a cirurgia cardíaca de Lillie fora suspensa devido a melhora do quadro clínico...

Apresento o genograma incompleto, pois os familiares não lembravam de todos os dados.




## FAMILIE LILIE



 = sexo masculino

 = sexo feminino

## LEGENDA

 = separação

 = sexo masculino falecido

Obs.: genograma incompleto

Ao apresentar essas famílias, a minha intenção foi de mostrar não só as características de cada uma: sua cultura, seu modo de ver o mundo, suas necessidades, como também a importância de o profissional do sistema de saúde conhecer a dinâmica das famílias. Surgem, assim, as possibilidades de cuidados congruentes (harmônicos e coerentes).

Posso observar que todas as famílias eram pomeranas, oriundas dos municípios de Pelotas, São Lourenço do Sul e Canguçu, o que é confirmado por Schneid (1998), dizendo que 83% dos colonos pelotenses são de origem pomerana e não alemã como se pensava. Assim, devido à falta de estradas, o que dificultava a comunicação com o centro urbano, ocorria o isolamento, surgindo a necessidade de auto-suficiência, apresentada pelos teuto-gaúchos, através da qual, eles mantiveram sua identidade e sobreviveram economicamente.

No que se refere à busca de satisfação das necessidades das pessoas frente ao sistema profissional de saúde, percebo que todos, de uma ou de outra forma, sofreram o que chamo de "cultura do descuidado" ou dos limites apresentados pelos sistemas. Digo isso, com base aos fatos relatados pelas famílias.

Perpassou pelo estudo com essas famílias, que a Teoria Transcultural de Leininger não é suficiente para atendê-las, pois não contempla a importância do ser humano como um ser crítico, participante e transformador do seu processo de viver, aplicando aqui, o ser humano como elemento da equipe do sistema profissional de saúde.

No cuidado, aparecem possibilidades e limites, dentro do sistema profissional de saúde. Como possibilidade de desenvolvimento da cidadania dessas famílias.

Segundo Saviani, (1986, p. 76) a cidadania:

*"é algo que se constrói no processo de viver, através das relações sociais e cuja conquista se dá por um processo educativo, com a participação ativa do homem".*

Saliento aqui a importância do profissional do sistema de saúde ser um dos promotores da cidadania dessas famílias, comprovando que deve haver um envolvimento responsável do mesmo, no sentido de problematizar o seu vivido, levantar questões / dúvidas.

Como foi traduzida essa ação de promoção da cidadania?

Através da prestação do "cuidado responsável", ou seja, envolvendo não só o lado profissional de efetuar/executar, mas do estímulo à reflexão da situação de necessidade presente, situação de necessidade que não anula a situação de saúde, pois essa é produzida através da própria relação entre o cuidador e o ser humano cuidado.

Ao concluir este capítulo, percebo que as necessidades de cuidado apresentadas nas famílias estudadas foram as seguintes: ter comunhão com os outros, preservar, adaptar, viver em harmonia, envolver a família, ter grupo de assistência, ter qualidade, ter responsabilidade, assistir, cuidar, ter alimentação tradicional. E se conseguirmos satisfazer essas necessidades nos deparamos com a cidadania.



**6. OS VALORES DO CUIDADO POPULAR E  
AS POSSIBILIDADES E OS LIMITES DO  
SISTEMA PROFISSIONAL DE SAÚDE**



Neste capítulo serão apresentados os dados que emergiram ao interagir com o processo de cuidar famílias teuto-gaúchas. O cuidar ocorreu a partir de necessidades apresentadas nos registros da prática assistencial: alguns se mostraram evidentes e outros antecipados. Esta análise deu-se através dos registros da prática assistencial, que ocorreu no processo de cuidar e, com este, o processo de pesquisar cuidando. Foi uma tentativa de utilizar o processo de cuidar como instrumento de coleta de dados, sendo o esforço de abstrair-se muito grande. Apesar de o processo de cuidar ter sido aplicado para quatro famílias, para não tornar o estudo muito longo, escolhi duas famílias, a fim de expor os dados referentes às categorias, como: valores culturais do cuidado popular e do sistema profissional de saúde.

Por que escolhi duas? Porque as duas escolhidas apresentaram os dados mais abrangentes e foram as com que mantive um maior número de encontros, maior permanência no estudo, já que precisavam de um processo contínuo de cuidar, sendo que essas o possibilitaram, gerando mais fidedignidade aos dados.

### **6.1 Valores culturais do cuidado popular: saúde para o trabalho e para o lazer**

O conceito de valores culturais do cuidado popular compreende alguns conjuntos de categorias que se aproximam dele e que se identificam nas expressões dos pacientes e familiares. Dessa forma, uma das categorias identificadas foi cuidando do ser humano para que tenha condições de saúde e lazer.

Esse conceito tornou-se presente em todas as famílias que expressaram a importância da valorização do ser humano como meio de produção, pois o ser doente, sem "gesundheit" (saúde), não pode trabalhar e portanto não produz. Esse trabalho, efetuado pelo ser hu-



mano alemão, mesmo com o avanço das tecnologias, permanece da forma antiga, ou seja não modernizado através de maquinário, pois o antigo é herança, portanto, muito valorizado pela família alemã. Por outro lado, nem sempre eles terão condições de adquirir maquinário.

Assim, nesse ser humano aparece o cuidado com a alimentação, com o conforto, com o bem-estar, com a deambulação e lazer. O que entendem por bem-estar? É poder trabalhar, rir, festejar, passear, produzir e reproduzir suas atividades cotidianas, como referido em várias falas, que podem ser observadas no texto.

Analiso, então, uma das famílias com a participação de Glokensinien, que estava hospitalizada para realizar enxertia no nariz devido ao câncer de pele. Apresentou a necessidade de resolver seu problema, um ferimento no nariz que, segundo ela, doía muito. Assim se expressa:

*"...eu tinha uma ferida no nariz que não estava melhorando, e doía. Fui em muitos médicos do Sindicato Rural, então como não estava melhorando decidi procurar um outro médico e pagar para eu ver se curava, também não curou. Então eu pedi para a doutora que me cortasse isso fora, que eu pago, mas me diz qual médico faz isto, ai ela arrumou esta que me fez a cirurgia..."*

A cliente, nesse depoimento, reconhece a necessidade de recorrer a um sistema profissional de saúde, dando alguns detalhes do itinerário terapêutico e seus limites, sua persistência diante dos sintomas.

*"...eu tinha que tirar, porque incomodava ...Não deixava eu trabalhar, porque doía..."*

Nesse momento Glokensinien estava valorizando seu corpo e sua saúde, pois ela precisava deles para trabalhar e ajudar em casa, considerando que não se sentia doente, depois que realizou a cirurgia como ficou claro em várias falas dela:

*"...eu estou muito bem, não sinto dor, não sinto nada, eu podia ir embora..."*

Na fala fica explícito que: saúde é oposto de doença.

Para Glokensinien, a relação doença era não poder trabalhar porque o ferimento do nariz a incomodava. Após a cirurgia, não estava mais doente, podia trabalhar. Transparece, então, a relação direta entre corpo sadio e trabalho, ou seja, um corpo em condições de exercer as atividades cotidianas não está doente. Existe, assim, a sua concepção de saúde/doença, ligada ao trabalho e à produção. Para a concepção de saúde-doença de Glokensinien, ela tinha que estar em casa trabalhando.

Glokensinien neta dizia em pomerano:

*"...saúde é poder trabalhar e passear então não é bom estar doente..."*

O passear tem relação com uma condição de permitir-se e há a necessidade de complementar a pesquisa para entender o seu significado neste grupo.

O trabalho é um valor – elemento muito importante que mede ou interfere na avaliação do grupo familiar para explicar se uma pessoa está doente ou sadia.

Glokensinien era hipertensa e hemiplégica, mas esses problemas, velhos conhecidos, estavam resolvidos ou adaptados, repadronizados para sua vida diária. Isso fica claro, quando observo sua vida diária na realização de atividades domésticas.

O sistema profissional de saúde não estava proporcionando o seu retorno para as atividades cotidianas. Isso, para Glokensinien, não era compreensível, pois não tinha mais dor, conseqüentemente estava tudo bem. A sua visão de mundo era de que o hospital era para quem sente dor e não estava bem, não se sentindo parte desta relação, signi-

ficando que, tendo feito a cirurgia, resolveu seu problema e necessitava, agora, seguir trabalhando.

O espaço do hospital deve ser utilizado por pessoas que necessitam do processo de repadronização, exclusivamente para situações em que os procedimentos não podem ser efetuados em espaços diferentes destes. Compreende, então, um espaço montado no hospital, como por exemplo num bloco cirúrgico, ou numa unidade cirúrgica, onde os profissionais e os pacientes são envolvidos por um saber fazer próprio deste espaço institucional, numa relação hierárquica de tratamento e não numa visão de cidadania. Esse era um ambiente radical, que agora já não é mais necessário, pois já ocorreu a repadronização.

Esse ambiente externo ou contexto ambiental externo, como denomina Leininger (1991a), são experiências particulares que dão sentido às expressões humanas, interpretações e interações sociais e ambiente físico, ecológico, sociopolítico e/ou cultural específico.

Para perceber como o ambiente externo ou o hospitalar interfere nos seus valores e crenças, ela comentou :

*"...não gosto deste horário de comida do hospital..."*

Indaguei por que, visto que já possuía um conhecimento prévio de alguns hábitos do meio rural à respeito do horário. Ela disse:

*"...nós tomamos café da manhã às 6h e 30min, frühstück às 9h e 30min, almoço às 13 horas e o frühstück da tarde às 16 horas ou 17 horas e a janta às 21 horas... Aqui a janta é às 17 horas...e também não tem o frühstück da manhã ou da tarde e eu sinto fome..."*

A avó e a neta compravam o lanche fora do hospital para adaptar os horários em que o hospital não fornecia alimentação.

A alimentação do hospital para Glokensinien avó não era considerada boa, pois, no seu desejo e valor da alimentação, este costumava ter lingüiça, assim como pão feito em casa, mel e schmier, o

que não havia no hospital. Observa-se que esse ser humano não era acostumado com comida de hospital.

Nesses aspectos, pode-se dizer que houve uma adaptação passiva de Glokensinien e sua neta quanto aos horários e à quantidade de alimentação fornecida pelo sistema profissional de saúde? Adaptação passiva? É uma pergunta sim, é uma adaptação passiva no que se refere a estrutura estabelecida, ao coletivo do fazer, pois não traz a diferença para esse coletivo; o ocorrido foi uma acomodação individual, no seu limite silencioso. Saliento que a estrutura coletiva permite essa acomodação individual, portanto a característica faz parte de uma estrutura do ambiente externo, o hospital. Há, aqui, uma reprodução tanto do ambiente externo como interno.

Existe uma permissão da ação de adaptação, no ambiente externo, quando esse é provocado, ou seja, no hospital é aceita essa transgressão, porque mostra, ou melhor, contorna o limite das ações dentro desse espaço, tornando assim uma possibilidade que o sistema de saúde "oferece" ao paciente e sua família .

A Glokensinien falava que queria ir embora, porque o travesseiro e o colchão do leito hospitalar eram muito diferentes dos seus, nos valores de ter seus objetos, conforme a fala:

*"...em casa o meu travesseiro é de penas, é macio...ih...o colchão daqui também é duro....o meu é macio...de tanto ficar sentada ou deitada, já estou ficando com o meu bumbum ardendo..."*

No seu ambiente (Heim) lar, domicílio, eram contempladas as suas necessidades de cuidar/cuidado em relação ao conforto e acomodação que estavam presentes com os objetos de uso pessoal, e porque, dizia ela, cuidavam bem dela em casa. [A família cumpria o papel de cuidadora, supridora das suas necessidades.]

Assim, a casa estava adaptada para recebê-la, pois, como

havia relatado na apresentação da família de Glokensinien, ela é hemiplérgica, resultado de um acidente vascular cerebral há vinte e um anos. Atualmente, ela está com 65 anos e se locomove de bengala.

O banheiro da casa é adaptado para Glokensinien tomar banho: é amplo, tem uma cadeira no chuveiro, com apoios para segurar-se ao levantar, detalhes observados por mim, durante uma das visitas domiciliares.

Glokensinien dizia que, no hospital, era difícil sua locomoção, bem como que o banheiro também não era bom para ela. Acrescentou que quem a auxiliava no banho, e na ida até o mesmo, era a Glokensinien neta. Existe, assim, seu valor pelo ambiente, o da sua casa, que estava adaptado, facilitando a sua locomoção.

Visto sob estes aspectos de tempo de internação, ambiente hospitalar, e tipo de patologia, os enfermeiros estimulados por teorias de enfermagem e enfermagem transcultural, encontrarão muitas maneiras novas e recompensadoras de prover o cuidado a pessoas de contextos diferentes (Leininger, 1991b).

Dessa forma, os enfermeiros, que se dão conta da influência e das conseqüências positivas de práticas adequadas de cuidado de enfermagem, podem tornar-se altamente conhecedores e habilitados para o trabalho com diferentes culturas ao redor do mundo.

Sob esse enfoque, se em toda comunidade houvesse um sistema profissional de saúde interessado nesse aspecto cultural, ou dos diferentes cuidados nos diversos grupos, emergiria, nestas famílias e grupos, um cuidado congruente, no sistema cultural dos seres humanos e sua família, cuidados no interior do sistema profissional.

Então, talvez, somente em casos extremos, as pessoas fossem encaminhadas a outro sistema profissional de saúde, longe de sua comunidade. Ainda assim, encontrariam uma equipe profissional que possibilitasse um cuidado congruente, isto é, o encaixe dos valores e

crenças e modos de vida culturais de indivíduos e suas famílias cuidados no interior do sistema profissional de saúde.

O papel do enfermeiro não só está em estudar esse cuidado cultural mas também em aplicá-lo, em torná-lo possível, estudando comunidades e, assim, direcionando, com essa cultura, o cuidado que também seja possível em outro sistema profissional de saúde, ou seja, o hospitalar.

Além disso, o enfermeiro é o profissional que reconhece e identifica os limites dos diferentes modelos de cuidado, e media dentro de uma visão de cidadania a melhor adaptação entre esses modelos, tendo em vista o bem-estar das pessoas.

Leininger (1991b) prevê, para o ano 2010, que muitos grupos culturais e instituições com valores, crenças e modo de vida particulares, irão regular e controlar a qualidade do cuidado através de conselhos e políticas. Assim, o enfermeiro deve estar preparado para proporcionar uma qualidade de cuidado, com segurança no cuidado cultural, a fim de proteger as pessoas.

A saúde é interpretada, conforme Glokensinien neta de 16 anos, como um estado de poder trabalhar, passear. Tal interpretação só pode ser realizada no dialeto pomerano, afirmando que não conseguiria traduzir saúde ou doença em português. Provavelmente a compreensão da cultura desse grupo é possível à medida que se entende os seus significados, o que eles compreendem por saúde, daí a importância de trazer para a enfermagem como entender essa visão de mundo pomerano.

Conforme Weber(1996), Kothe (1996) e Fischer (1996), os alemães sempre foram reconhecidos por sua dedicação, esforço e organização no trabalho, portanto a saúde é essencial para que essa dedicação e diligência sejam realizadas. Nas falas de Glokensinien, também perpassa essa idéia, pois ela, mesmo hemiplégica, adaptou-se

ao trabalho, mantendo sua função de mulher trabalhadora.

Glokensinien expressa :

*"...eu cuido da casa e cozinho enquanto os outros vão para lavoura..."*

*"... aos sábados eu ajudo a limpar a casa e a fazer comida "... o pão e a cuca também faz no sábado, mas aí eu não posso ajudar, porque tem que amassar e eu não posso com o meu braço..."*

Glokensinien nora também fala em relação aos cuidados com a família e ao trabalho da mulher ou da "Frau" alemã:

*"...à noite eu faço chá para todos ... assim a gente dorme melhor para seguir trabalhando no outro dia..."*

*"...quando adoecem eu cuido..."*

A mulher alemã é, além de trabalhadora, uma cuidadora como observamos nas falas acima. Do mesmo modo, Collieré (1989) já se referia à mulher como uma grande cuidadora através dos tempos.

A mulher alemã, conforme Assis (1996), inicia cedo seu trabalho, jamais perde o senso prático e não deve queixar-se, complementando com um ditado popular alemão que diz: *"nunca te queixes do dia que traz trabalho e fadiga; é tão bonito cuidar da gente que se ama"*. E ainda *"o trabalho traz pão e a preguiça, necessidade"*. Nessa relação, o trabalho é a ação para a satisfação de necessidade, e o não trabalho, identificado como a não ação, a preguiça, é provocador da necessidade sem satisfação.

Isso vem ao encontro da atitude de Glokensinien que, com sua hemiplegia, adequou-se ou reorganizou-se para ser saudável, pois manteve a agilidade para trabalhar e deambular mesmo com uma bengala. Atitude notada quando, em uma visita domiciliar, foi observada sua rapidez e agilidade em realizar as tarefas cotidianas.

Portanto, observa-se que, nas famílias teuto-gaúchas, a mulher também é responsável pelo cuidado para manter um ser saudável a fim de produzir sempre e ter lazer. Essa produção é de trabalho físico, colher, plantar, cuidar dos animais, da casa, da alimentação.

Quanto aos recursos procurados para manter a saúde, essa família, assim como outras do local, procuram a "enfermeira " que é uma senhora idosa brasileira, que mora nesta comunidade há uns trinta anos. Ela medica, faz curativos e, de acordo com a família, quando o caso não é para ela, encaminha à cidade, a fim de procurar um médico. Esta "enfermeira", atualmente, efetua seus trabalhos no posto de saúde desse distrito.

O termo "enfermeira" ou "Krankenschwester"<sup>10</sup>, para esses seres humanos, tem uma origem no sistema profissional de saúde, que já foi incorporado em seus valores.

Iniciando com expressões da família de Feilchen, exemplifico os fatos ocorridos.

Para Feilchen e seu esposo, a condição de ter saúde e ser saudável lhe possibilitava trabalhar, lazer e prazer. Como Feilchen tinha deficiência visual, pela catarata, o prazer de poder ler e estudar era impedido, assim como, devido à recente cirurgia de fratura de fêmur a qual, no momento, dificultava seu deslocamento, era impedida de trabalhar e exercer as atividades cotidianas satisfatoriamente.

Feilchen, quando jovem, perdeu as quatro falanges da mão direita, o que nunca o impediu de trabalhar, nem exercer o cuidado com o ser humano. Agora, estava preparando a pele da face para realizar enxertia; conforme seu relato, sempre se cuidou:

*"...eu fui no ambulatório da faculdade para ver o que fazia com esta ferida no meu rosto ... quando o doutor me perguntou onde estavam os exames ... eu disse não tenho;...vim aqui para isto.. ele disse que não podia fa-*



*zer nada sem exames... mas ele é o médico e não pode fazer nada ?*

No seu valor cultural de cuidado, no seu modo de agir direcionando suas ações e decisões relativas ao cuidado, esse foi realizado, mas as suas necessidades não foram valorizadas, nem atendidas pela cultura do sistema profissional de saúde. O sistema, que tem limite, está na impossibilidade motivada pelo próprio limite do sistema profissional de saúde.

Feilchen toma medicação para cardiomegalia. Ele me disse que tinha um "coração grande" e, há mais ou menos dez anos, tomava digoxina e lasix. Referia nunca ter feito eletrocardiograma, dizendo que o médico que o atendia era cirurgião geral. Na sua fala :

*"...eu sei que me dizem que tenho coração grande, mas nunca fiz um eletro e nunca me mandaram para um doutor do coração, mas quando quis ir no ambulatório da Faculdade primeiro eu tenho que ter um encaminhamento e como moro pra fora é difícil vir tantas vezes para arrumar uma consulta..."*

Dessa forma, é impossível, em qualquer cultura, que sejam cuidados com esse sistema profissional de saúde. O cuidado consigo, ser humano, existe nessas famílias, mas suas necessidades não parecem ser solucionadas pelo sistema, devido aos limites nele presentes.

Posso dizer que alguns problemas são solucionados bem próximos de cada família (espaço geocultural), mas, com outros, ocorre um distanciamento, não apenas em termos geoculturais, mas também de complexidade que demonstram a inexistência e/ou inadequação de vínculos entre o conjunto de valores e o sistema profissional. Isso pode ser visualizado através dos exemplos anteriormente apresentados.

---

<sup>10</sup> krankenschwester = na língua alemã quer dizer enfermeira.

## 6.2 Sistema profissional de saúde: entre possibilidades e limites

Esse conceito angariou categorias que denomino de limites aos acontecimentos. Estes limites resultaram de um sistema profissional de saúde com características que dificultam o atendimento às necessidades de qualquer cidadão. As possibilidades que o sistema não proporciona podem ser promovidas por membros desse mesmo sistema, que podem trabalhar transculturalmente nas questões de satisfação das necessidades apresentadas pelas famílias teuto-gaúchas.

É evidente que as necessidades que se mostraram, nesse momento, são aquelas que os indivíduos entendem, em princípio, necessitarem desse sistema. Agora, quando estão neste espaço institucional, o mínimo esperado está em que emanem possibilidades de satisfação de suas necessidades.

Além dessas, há as possibilidades existentes na família em agir como cidadãos, seres contextualizados com direitos e deveres. O componente do sistema profissional de saúde deve possibilitar esse desenvolvimento da cidadania através de sua prática educativa com estas famílias, valorizando a informação e respeito ao modo de vida e cuidado com o ser humano e estimulando-as a se sentirem dignas, de terem direito a esse sistema profissional de saúde com qualidade.

Sempre se pode, dentro do sistema de descuidado, através de qualquer profissional, "burlar" esta cultura que impede a realização do cuidado para uma população de reprimidos, oprimidos, marginalizados.

### Os limites

Os limites não deveriam ser em relação ao que não foi permitido e sim em relação de até onde foi possível ir. Pois seriam então

falhas e não limites, não é intenção apresentar limites com o significado de falhas, mas é o que aparece aderido a este, devido ao forte significado de descuidado. O limite expressa a cultura do descuidado do sistema profissional de saúde.

Discuto aqui a satisfação das necessidades, enquanto ser humano junto aos sistemas profissionais de saúde, mas não se pode esquecer de que esse é apenas um dos sistemas (micro) que envolve esta cultura, e que muitos outros poderiam ser estudados, estabelecendo as necessidades, como por exemplo, os encontrados na educação, lazer, no sistema econômico de apoio ao pequeno agricultor. No conjunto desse processo de atendimento às necessidades, promove a cidadania.

Lembro que tais aspectos referem-se a questões amplas que poderão ser desenvolvidas em outros estudos.

Emergem, neste estudo, como resultado destes limites, as situações em tela.

Perguntei para Glokensinien filho como foi o atendimento no ambulatório do Hospital Krankenhaus Vier (quatro), que também é universitário. O filho começou a rir e disse:

*"...bah... nem te conto foi uma briga ... queria que eu voltasse outro dia para retirar os pontos e que aquele dia era só para tirar ficha... eu disse então quero falar com a doutora, pois ela mandou a gente vir aqui hoje, e eu moro pra fora, e fica muito longe e difícil sair duas vezes na semana de casa ...e é difícil trazer Glokensinien..."*

*"...aí me levaram pra falar com a doutora e expliquei de novo, e então ela me atendeu..."*

*"...como tinha que voltar na outra semana fui lá marcar a outra consulta e aí de novo me disseram que eu só podia marcar consulta de um dia para o outro, tive que explicar tudo de novo, aí pediram pra doutora dar uma autorização pra marcar a consulta antes..."*

Glokensinien filho ainda complementou :

*"...nós como alemão burro, a gente não entende isso..."*

Não é por ser "alemão" ou "burro" que ele não consegue entender; realmente o sistema profissional de saúde é muito complicado, fazendo com que as pessoas venham e voltem várias vezes para receberem um atendimento. Essa falta de resolução não é entendida. O direito do cidadão, conforme os direitos previstos no Sistema Único de Saúde, institucional, não se cumprem na prática. Confirma-se assim que o atendimento no sistema profissional de saúde é somente para alguns. O que existe é um não respeito ao cidadão, ou a cultura do descuidado.

A dificuldade encontrada, nesse caso, foi a comunicação verbal dentro do sistema, ou o próprio fluxo do sistema. Ele fica como um problema, pois as pessoas não têm acesso à informação do funcionamento do sistema profissional de saúde. A burocracia é a forma utilizada a serviço da simplificação. O que vemos é um instrumento de impedimento, de bloqueio ao desejado pelas pessoas que entram no sistema profissional de saúde à procura de satisfação de suas necessidades.

Outra dificuldade encontrada foi a comunicação verbal por uma língua que não era o português, o que também diminuiu o padrão de entendimento e fez o próprio sistema profissional rechaçar a linguagem que não lhe é comum: nesse caso, a do "alemão batata" ou do "alemão da colônia", ou "sujo" como foi referido em alguns desses serviços, quando a família Feilchen foi a um ambulatório e os chamaram de "alemão batata". Ao que a esposa respondeu que:

*"...ele é muito mais brasileiro que vocês pois serviu a pátria por três anos..."*

Aparece aqui o conflito social e cultural desse grupo que é

discriminado no sistema profissional de saúde de forma análoga a discriminação social- econômica.

O próprio sistema profissional dificulta o atendimento do paciente e família, pois as informações, muitas vezes, são incompletas, incorretas, conforme percebido em várias ocasiões deste estudo.

No transcorrer da primeira visita para Glokensinien, mostraram-me o papel que a médica autorizara para a consulta. Havia apenas um receituário com a assinatura da médica. Vemos, aí, como o "poder do médico", um profissional do sistema de saúde, pode modificar uma estrutura existente.

Após, me deram, para ler, os resultados dos exames anatomo-patológicos feitos por Glokensinien, que a família já havia me dito que "estava tudo bem".

Para meu espanto, quando leio o resultado, dizia: carcinoma basocelular de "bordos livres". Pensei: "tudo bem, mas a família não sabe qual o verdadeiro diagnóstico". Pois esse carcinoma, quando retirado, não é invasivo e não requer, a princípio, outro tratamento, mas deve ser observado, se retornar ou houver outro ferimento, deve ser avaliado.

Glokensinien tinha um diagnóstico de carcinoma basocelular que estava com os bordos livres. Nenhum familiar sabia do diagnóstico, pois a médica não havia informado, conforme refere Glokensinien filho, que acompanhou a consulta:

*"...a doutora disse que não tem nada, tá tudo bem..."*

Como fica o direito do paciente e do familiar responsável quanto ao conhecimento do diagnóstico?

Como dizer um diagnóstico que o médico omitiu ? Esse cuidado profissional mostrou-se sem ética? Onde ficam os direitos e deveres do profissional de saúde e do cidadão? Não foram respeitados na

sua cultura, como seres humanos e cidadãos. É claro que não estou aqui apresentando um julgamento, de "culpado ou inocente". Posso afirmar através do que a família de Glokensinien referia, que também não tinha entendido, que não foi feito um esclarecimento acerca do diagnóstico para terem maiores informações, para não deixarem de realizar o que era necessário a fim de prevenir agravos e controlar a doença.

O acesso à informação que permita optar entre diferentes alternativas é condição "*sene qua non*" para a tomada de decisões de maneira autônoma pelo paciente e pela família.

No entanto, a qualidade de informação prestada ao paciente e família depende, fundamentalmente, da postura do profissional do cuidado (Schneider, et al ,1995).

Como a família e a paciente não foram informadas da sua condição de saúde, não podem tomar decisões junto à sua cultura, seus valores e crenças.

Existe uma cultura, no do sistema profissional de saúde, que mantém seus usuários aquém de informações adequadas. Parece que essa cultura deseja manter sua hegemonia, e poucos têm o direito à informação. Pode-se inferir que, talvez, o profissional desse sistema não esteja preparado para a comunicação com sua clientela; então, seu procedimento é dar poucas informações, assim não haverá necessidade de interação e até se livrará de suas exigências.

Bielemann (1997), citando Langer, Luchina (1978), refere a dificuldade que os médicos têm de discutir a questão do diagnóstico, principalmente em se tratando de câncer, uma doença estigmatizada, pois mantém a idéia preconcebida de morte a curto prazo.

Helman (1994), ao abordar a questão profissional, no caso do médico, diz que o profissional pode ignorar a dimensão do significado da doença para o indivíduo e família concentrando-se na cura,

como sua visão de mundo, reportando-se, apenas, aos aspectos biológicos significativos, esquecendo-se dos psicológicos e sócio-culturais.

A aproximação com as famílias deu-se pelas necessidades colocadas em torno de suas expectativas, com relação ao sistema profissional de saúde, pela necessidade de resolver as necessidades previstas. Há o caso de Glokensinien neta, com 19 anos grávida, de oito meses, segunda gestação e que ainda não havia realizado pré-natal, pois, na colônia onde moravam, o posto de saúde existente não atendia essa clientela, conforme o relato de Glokensinien genro:

*"...não adianta ir para o posto, porque nunca tem médico e quando a gente precisa, só dá para fazer curativo..."*

Soube do nascimento da filha, quando, por telefone, disseram-me que estavam em Pelotas, para consulta de revisão. Essa consulta não aconteceu, porque houve apenas uma orientação de retorno em vinte dias, sem uma explicação de que a mesma deveria ser aprazada. Não cientes disso, e na certeza de que seriam atendidos, pois viam sendo acompanhados pelo sistema, deslocaram-se em vão. A mesma, então, foi marcada para duas semanas depois. Na mesma ocasião, Glokensinien genro estava com os papéis para o encaminhamento de auxílio natalidade. Não conseguiu o preenchimento pelo médico do ambulatório, o que não foi resolvido, porque nenhum médico se prontificou a preenchê-lo. Prontifiquei-me a conseguir o preenchimento dos papéis, o qual foi resolvido no dia seguinte, recebendo agradecimento deles pelo ato. Orientei e acompanhei a família em pleno calçadão da cidade. Como resultado de uma constelação de fatos, a estrutura burocrática parece estar a serviço do agente interno – dos profissionais de um modo geral- e não do ser humano – paciente, tendo como eixo o trabalho médico.

A informação, comunicação e a acessibilidade são as ne-

cessidades que podem ser satisfeitas ou tornadas possíveis através de um instrumento que é a prática educativa com um grupo de assistência de qualidade, valorizando o estilo dos seres humanos, promovendo a sua independência, cuidando, conhecendo a realidade, educando e melhorando as condições desse ser.

O limite está na prática educativa do sistema profissional de saúde, pois deveria, como refere Patrício (1992), ajudar as pessoas a providenciar o atendimento de suas necessidades e paralelamente dialogar, inclusive no sentido de que venham a acreditar que podem e até que devem tomar certas atitudes no sentido da responsabilidade de ser sujeito cidadão, o que não ocorre nesse local.

A família de Feilchen solicitou, por telefone, a minha visita. A solicitação surgiu, aproveitando o fato de os avós estarem na cidade. A sua presença, em Pelotas, era para consulta médica e realização de exames, já que existia a expectativa de uma nova cirurgia de pele, para extração do tumor. Conforme o comentado anteriormente, Feilchen avô tinha carcinoma epidermóide em face e toráx anterior e sabia da sua doença.

Durante a visita realizada à residência da filha, Feilchen avô solicitou, juntamente com ela, que eu olhasse novamente a lesão em sua região parietal, próxima ao pavilhão auricular, local onde tinha realizado uma cirurgia para retirar uma lesão maligna. Ele me disse:

*"...eu não sei, isto não melhora. Hoje fui ao médico... ele olhou e disse que tá tudo bem...já tou ficando impressionado com isto..."*

Ao examiná-lo, observei que a região apresentava-se hiperemiada, com um pequeno orifício que tentei manusear para ver presença de pus ou sangue, tendo observado uma pequena membrana hialina. A filha que estava acompanhando exclamou:

*"...mas parece um berne !"*



Solicitei algodão e álcool iodado. Sabia que tinha esse material em casa, pois a Feilchen filha usava para os curativos, quando fez cirurgia há três meses.

Iniciei, então, o procedimento para a retirada do que eu suspeitava ser um "berne", ou seja, a larva da mosca, que entra na pele de homens e animais, chamada de Dermatobia Hominis, descoberta no ano de 1758. Foi retirada . Feilchen avô disse:

*"...me desse um alívio e agora já fico mais despreocupado... mas não entendo como o doutor não viu isso ?"*

Feilchen filha respondeu rindo muito da situação:

*"...vai ver que ele nem sabe o que é isso ? "*

Novamente percebi a importância de conhecer a cultura ou práticas e doenças mais comuns em determinados locais, ambientes, povos. Também a disposição de valorizar uma observação de um leigo, não existindo saber mais ou menos, e sim saberes diferentes.

Percebi que sua necessidade não havia sido atendida ao consultar, pois Feilchen avô estava preocupado com a lesão que não cicatrizava. O sistema de saúde teve limites, talvez, pelo desconhecimento ou limitações de questões de saúde-doença do trabalhador rural.

O limite do sistema profissional de saúde é traduzido pelo descuidado. O que isso significa? Reflete que a estrutura organizacional não está adequada ao conteúdo possível, ou seja, temos um conjunto de conhecimentos teóricos e tecnológicos capazes de atender ao ser humano em suas necessidades (aquelas determinadas no sistema), mas, ao mesmo tempo, a estrutura não permite o desenvolvimento desse conteúdo. É evidente que estamos diante de uma estrutura inadequada em termos de conteúdo possível, e conseqüentemente das relações

éticas possíveis em seu limite.

Por isso, o limite fica demarcado pelo possível mas não realizado, aparecendo como o descuidado, no conteúdo estrutural. Nesse sentido, o limite fica como sinônimo de não realizado, mas é possível fazê-lo, ou seja, é possível realizar esse cuidado, pois o que está sendo solicitado nada mais é do que aquilo que o Sistema Único de Saúde é capaz de oferecer, ou melhor, não está sendo solicitado algo diferente, e sim algo que vai complementar a satisfação das necessidades, o que é possível no sistema, para além deste limite: os valores culturais como determinando ou determinante das ações produzidas na estrutura do sistema profissional de saúde.

### **As possibilidades**

As possibilidades evidenciadas concretizaram-se através de um componente do sistema profissional de saúde, porque este profissional sabia como passar pela mazelas desse sistema. Não que fosse o salvador do mundo, mas creio que sempre, onde houver boa vontade, preocupação e responsabilidade em ter um ser saudável, pode-se encaminhar melhor esse atendimento. Os dois grandes sistemas de valor cultural do cuidado popular e do sistema profissional de saúde apresentados são, vistos na forma em que deve ocorrer uma aproximação, sem que estes percam as suas características.

As possibilidades, que se formaram, configuraram-se nos cuidados dispendidos às famílias teuto-gaúchas, bem como nas informações dirigidas de forma clara, nos encaminhamentos realizados, nos contatos com os sistemas profissionais de saúde, visualizando as questões da inacessibilidade de alguns aos serviços de satisfação de necessidades de cuidados com esse ser humano. Percebi que somente uma articulação ético-política poderia modificar o modo de viver, atenden-

do às necessidades básicas dos indivíduos de qualquer cultura, mas, para isso, é imprescindível que os participantes de um sistema profissional de saúde sejam conhecedores dos aspectos transculturais do cuidado.

Considerarei, como possibilidades, os encaminhamentos junto à neta de Glokensinien, grávida de oito meses do segundo filho, sem haver feito acompanhamento de pré-natal.

Nas possibilidades e necessidades, a família procurou realizar os encaminhamentos, pois não dispunham de atendimento nos postos de saúde da colônia, que não tinha médico nem encaminhamentos. Assim, marquei uma consulta no ambulatório, que, a princípio, não tinha vaga, só para dois meses depois. Falei com a enfermeira e expliquei o que estava acontecendo. Dessa forma, ela entrou em contato com a médica, e conseguimos uma consulta para a semana seguinte.

O hospital, de um distrito de São Lourenço do Sul, referido anteriormente, é utilizado para o atendimento de suas necessidades no sistema de saúde. É um hospital particular, onde toda a equipe multidisciplinar fala alemão e pomerano. Conforme o relato de Glokensinien genro:

*"...a gente vai lá porque todos falam alemão ou pomerano e fica mais fácil da gente entender...mas lá a gente gasta muito, porque tudo é pago, mesmo sendo sócio a gente ainda paga 10% quando consulta ou fica internado..."*

É uma possibilidade porque ele encontra o seu ambiente próximo, está seguro, visto que pode se comunicar com toda a equipe. Então a língua tem um significado, um valor para o grupo.

Mas também apresenta um limite: ele tem que pagar, muitas vezes não tendo como efetuar esse pagamento.

No dia marcado, acompanhei-a na consulta médica, na

qual Glokensinien neta grávida, fez antitetânica e os exames de rotina foram aprazados sendo marcada nova consulta, assim como foi orientada por mim e pela médica quanto aos hospitais cujo atendimento deveria procurar pelo Sistema Único de Saúde, por ocasião do parto.

A família, muitas vezes, relatou sua situação de marginalidade, talvez por conta dos seus antepassados, como referido por Drehrer (1991): os alemães eram marginalizados devido à dificuldade de linguagem, por trabalharem e não terem escravos; outro aspecto era a religião praticada, que não era a católica, e sim a protestante. Hoje, configura-se ainda essa marginalidade, em todo o Brasil, também porque o Estado ainda não constrói escolas, postos de saúde e estradas nos seus povoados.

Mas, mesmo frente a todas essas situações, esta família ainda luta, ainda procura, apesar de, muitas vezes, voltar de mãos vazias e sem terem suas necessidades satisfeitas.

Observei suas possibilidades, quando receberam orientações frente as suas necessidades, feitas por mim, e encaminhados para um sistema profissional de saúde, conseguindo satisfazer suas necessidades. Observa-se, assim, que é necessária uma educação continuada, participante, voltada para o exercício da cidadania, desde o profissional que faz parte do sistema profissional de saúde até os componentes das famílias e comunidades.

Feilchen filha procurou-me na Faculdade para mostrar todos os exames que seu pai já realizara, demonstrando taxas elevadas de glicose, colesterol, triglicérides e creatinina. Fez eletrocardiograma que acusava cardiomegalia, e já havia encaminhado os exames de ecocardiografia que estavam aprazados para o mês de junho. Feilchen filha disse que ele já reclamou dizendo:

*"...com essa demora do exame posso até morrer..."*

Feilchen filha mostrava-se agora mais confiante no sistema profissional de saúde, visto que anos se passaram, sem que as necessidades de Feilchen avô fossem atendidas. A respeito disso, seus filhos diziam:

*"mãe, agora queres deixar o vô novinho em folha..."*

Posso perceber que, quando uma família tem acesso ao sistema de saúde, ela consegue satisfazer algumas de suas necessidades. Então, concordo com Leopardi, Reibnitz, Wendhausen (1993) quando referem estabelecer um projeto de informação à população sobre o Sistema Único de Saúde, de modo que o usuário possa utilizá-lo adequadamente, servindo este como veículo para o desenvolvimento pleno da cidadania.

No enfoque de comunicação na saúde, Faria (1996, p.160) comenta:

*" na construção e realização de uma política de comunicação e informação à população, considerando e respeitando as pluralidades, explicitadas, discutidas e decididas no coletivo. Incluindo o mundo vivido e o mundo da cultura, como central à identidade dos usuários e dos trabalhadores".*

Feilchen filha, por orientação minha, conseguiu encaminhar o filho de 12 anos a um psicopedagogo, pois relatava que ele já havia repetido a 4ª série três vezes e sempre se mostrava muito agitado. O psicopedagogo o encaminhou para um neurologista. Feilchen filha marcou consulta com o mesma através do atendimento da Secretária de Educação.

O conhecimento teórico e prático associado ou adequado poderá produzir um conhecimento, uma tecnologia. Essa adequação ao sistema de valores culturais é possível pelo desejo e ação desenvolvida por este referencial teórico e prático, criando-se possibilidades.

As grandes possibilidades foram encontradas na domiciliação. O que isso quer dizer? Espaço onde as possibilidades de ação, educação e a aproximação do cuidado popular, cuidado profissional, valor cultural do cuidado foram desenvolvidos no ambiente domiciliar das famílias teutas. Encontramos, assim, esse potencial inovador de atendimento às necessidades apresentadas por estas famílias.

As possibilidades foram, na sua grande maioria, originadas na família, mostrando o valor da visita domiciliar para a enfermagem transcultural, ao desvelar esse potencial da família. Emerge, assim, o verdadeiro cuidado com a participação da família, em que todos os seus componentes, nos seus papéis, são percebidos como seres contextualizados com direitos e deveres.

As possibilidades do sistema profissional de saúde emergem quando seus componentes cuidam, baseados na responsabilidade, preservação, acomodação, harmonia, melhoramento das condições, comunicação, assistência, alívio, conhecimento da realidade e os valores da população, instrução para manutenção da saúde.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acredito que, enquanto enfermeira, trabalhando junto ao paciente, com sua individualidade e complexidade, torna-se imprescindível conhecê-lo com sua família e valores culturais. E esse olhar de pesquisador sobre o tema em tela, torna-se cativante estudá-lo sob o enfoque cultural do cuidado. Pois esse saber cultural associado ao profissional, permeia positivamente o processo saúde-doença.

A família teuta tem suas características próprias, com seu valor no ambiente interno e externo. Acredito que outras famílias também as possuam, e assim o enfermeiro poderá interagir neste ambiente, melhorando a qualidade de vida dessas famílias.

Ao trabalhar com família, cultura, cuidado popular, valor do cuidado popular e profissional, durante a experiência da prática assistencial, certifiquei-me, mais uma vez, de como é importante o enfermeiro ter uma idéia da diversidade de culturas e cuidados, bem como o compromisso de ser um sujeito no processo de cidadania, incluindo, assim, o processo comunicativo entre profissional-paciente, devendo atingir a essência, ou seja, o ser humano abrangendo a família.

Vejo o paciente e família na sua dinamicidade no processo saúde-doença. Começar a estudá-lo em ambiente hospitalar, carregado de cultura profissional, é o ponto de partida para estudos futuros

com essa família com essa dinamicidade em seu contexto comunitário, tentando compreender as dimensões de saúde-doença, cuidado e cultura.

Aplicar a teoria de Leininger para estudar famílias é possível, devendo ser complementada ou ampliada com outros referenciais teóricos, isso dada a complexidade da relação família, cultura e cidadania.

Na família teuto gaúcha, encontro, permeando os conceitos de valor cultural do cuidado, as necessidades de cuidado com o ser, pois o cuidado faz parte de sua virtude para o trabalho, produção e lazer. Como consequência disso, encontramos as necessidades de alimentação, deambulação, conforto.

Nas necessidades de cuidado, encontramos o preservar, acomodar, agir, adaptar, assistir, cooperar, praticar comunhão com os outros, comunicar, conhecer valores culturais, desfrutar de alimentação tradicional, ter grupo de assistência, ter grupo de qualidade, ter dependência, ter independência e receber instruções para saúde.

Outro aspecto, que deve ser considerado, é a importância do conhecimento que visa a educação e saúde pelos componentes desse sistema profissional que irão trabalhar com essas famílias no que diz respeito à cultura dessa população.

No conceito de sistema profissional de saúde, permearam expressões de limites classificadas nas ações desse sistema, que, pela sua estrutura organizacional, não está adequado às necessidades de cuidado da família teuto-gaúcha.

Igualmente dentro desse sistema há as possibilidades, tendo como instrumento, os seus participantes, que, possuindo um conhecimento transcultural, poderão gerar oportunidades para elevação do padrão de vida de diferentes culturas.

Coloco que a cultura não deve ser entrave para viver bem e sim suporte para a perpetuação dos modelos de bem viver neste



mundo. Modelos que devem ser estudados e resgatados, valorizando-se os saberes populares, pois as noções de saúde-doença estão fortemente influenciadas pelo contexto cultural, diferenciando-se de uma cultura para outra.

Ao deparar-me com todas as insatisfações e a falta de resolutividade, confesso que reconheço, que os limites, e me responsabilizo por eles, fazem parte do sistema profissional de saúde.

[Vejo representada nestas famílias, a situação vivida por tantas outras brasileiras, rurais ou não, e acredito que todas percorrem as mesmas "trajetórias" no sistema profissional de saúde, que, na sua estrutura organizacional, é teórico e disponível, mas, no seu cotidiano, é o mais sofrível de todos os institucionalizados, não correspondendo às necessidades das famílias.] como também refere Elsen et al. (1992).

Participar deste ambiente é não ser mero espectador, é favorecer tornarem-se indivíduos cidadãos conhecedores dos seus direitos e deveres, participando das decisões que lhes dizem respeito no que tange a sua saúde para que tenham condições de ter uma vida mais saudável.

Urge, dessa forma, conhecer outras dimensões de saúde-doença dessas famílias. Visto que na região do estudo: Pelotas, São Lourenço do Sul, Canguçu e seus municípios, há predominância teuta com todas as suas particularidades.

Reforço que a satisfação das necessidades levam o homem a movimentar-se, repousar e retirar do meio exterior recursos próprios para conservação de sua vida, e a sua elevação. Uma melhoria da qualidade de vida baseada nas necessidades humanas básicas satisfeitas, até a identidade e a liberdade, também é importante.

[A proposta inicial é de que, em todas as comunidades rurais, exista um sistema profissional de saúde com uma equipe multiprofissional que tenha capacidade técnica e humana para perceber as ne-

cessidades dessas famílias e que, dentro do possível, haja resolutividade.

O atendimento das necessidades de cuidado das famílias passa pela compreensão de cidadania. Sendo assim, os profissionais envolvidos devem assumir a seu processo de cidadania e o de reconhecer o do outro a partir de uma atividade educativa de construir uma sociedade mais justa, de acordo com os comentários de Elsen et al (1992).]

Repensar suas crenças, valores e práticas em saúde, incluindo a forma de interagir com seu ambiente natural e social, poderia fazer florescer, dessa prática, comportamentos que representam cidadania.

[As práticas de saúde, no cotidiano dessas famílias, devem ser compreendidas pelos profissionais deste sistema de saúde, para que possa gerar respeito, aceitação e credibilidade e, assim, programar atividades que envolvam transformação cultural (crenças, valores, práticas, conhecimentos) sem violentar a população, como normalmente ocorre nos programas que não consideram os valores de grupos específicos.]

Penso que este estudo poderá contribuir para a Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia da Universidade Federal de Pelotas no âmbito do conhecimento da prática do cuidar, utilizando modelos singulares de cuidado, extrapolando o individual.

Para a enfermagem que possibilitará fazer a diferença ao conhecer um pouco a cultura de um povo de uma determinada região sul do Brasil.

No âmbito regional, este estudo poderá mostrar as necessidades de cuidado da família teuta, os quais interferem nas questões de saúde/doença e cultura, as quais não foram ainda consideradas em outros estudos.

## 8 BIBLIOGRAFIA

### 8.1 Bibliografia referenciada

ALMEIDA, Angela M. ; CARNEIRO, Maria José.; PAULA, Silvana Gonçalves de (Org.). **Pensando a família no Brasil** : da colônia à modernidade. Rio de Janeiro : Espaço e Tempo/UFRRJ, 1987.

ARANTES, Cassia I. S., PEREIRA, Wilsa Rocha. **Considerações sobre o controle social no Sistema Único de Saúde**. São Carlos, Universidade Federal de São Carlos, 1993 ( não publicado).

ASSIS, Valesca de. Uma frau construída com palavras. In: FISCHER, L.A. ; GERTZ,R.E. (coord.) **Nós, os teuto-gaúchos**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS, 1996. p. 65-67

ARANHA, M. L. **Filosofia da educação**. São Paulo, 1989.

AULETE, Caldas. **Dicionário Contemporâneo da língua Portuguesa**. 2.ed. Rio de Janeiro : Delta, 1968. v. 4, v.5

BATESON, et al. **Interacción familiar**. Buenos Aires : Tiempo Contemporaneo, 1971.

BIELEMANN, Valquíria M. **A experiência de conviver em família, com o diagnóstico de câncer em um dos seus membros**. Florianópolis, 1995. Projeto de Dissertação ( Mestrado em Assistência de Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

\_\_\_\_\_. **O ser com câncer** : uma experiência em família. Florianópolis, 1997. 161p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de

Pós-Graduação de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.

BIER, Augusto F. Humor. In: FISCHER, L.A. ; GERTZ, R.E.( coord.) **Nós os teuto-gaúchos.** Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 1996. p. 352-365

BOEHS, Astrid Eggert. **A prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na teoria do desenvolvimento da família.** Florianópolis, 1990. 190p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

BONOW, Andréa M. Isso é coisa de alemão. In : FISCHER, L.A. ; GERTZ,R.E. (coord.) **Nós, os teuto-gaúchos.** Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 1996. p. 61-64

BOWEN, M. **Family therapy in clinical practice.** New York : Jason Aronson, 1980.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Lei orgânica da saúde Lei 8.080 e Lei 8.142.** Brasília : 1990.

BRUGGER, Walter. **Dicionário de filosofia.** 3. ed. São Paulo : E.P.E., 1987.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico.** 2. ed. Rio de Janeiro : Forense Universitária, 1982.

CARVALHO, M. C. M. (org.). **Construindo o saber : metodologia científica-fundamentos e técnicas.** 5. ed. São Paulo : Papyrus, 1995.

CARRARO, Telma Elisa. **Resgatando Florence Nightingale : a trajetória da enfermagem junto ao ser humano e sua família na prevenção de infecções.** Florianópolis, 1994. 163p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

CASEY, Janes. **A história da família.** São Paulo : Editora Ática, 1992.

CASSEL, E. J. Disease as an 'it' : concepts of disease revealed by patients' presentation of symptoms. **Soc. Sci. Med.**, n.10, p.143-149, 1976.

CERVO, A. L. ; BERVIAN, P. A. **Metodologia científica.** São Paulo : McGraw-Hill, 1996.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. 5.ed. São Paulo : Ática, 1995.

COARACY, Vivaldo. **A colônia de São Lourenço e seu fundador Jacob Rheingantz** : notas para a história, contribuição às comemorações do centenário da fundação. São Paulo : 1957.

\*COLLIÉRE, M. F. **Promover a vida** : da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem. Lisboa : Sindicato dos Enfermeiros Portugueses, 1989.

CORDIOLI, A. Volpato. **Psicoterapia** : abordagens atuais. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

DEMO. Pedro. **Educação e participação**. São Paulo : Cortez, 1993.

DREHER, Martin N. **A igreja e a germanidade** : estudo crítico da Igreja evangélica de Confissão Luterana no Brasil. São Leopoldo : Sino-dal/EDUCS, 1984.

ELSEN, Ingrid. Saúde familiar : a trajetória de um grupo. In: BUB, L.I.R.(Coord.). **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis : Ed. da UFSC, 1994. p.19-60. ( Série enfermagem-Repensul)

ELSEN, Ingrid. et al. Cidadania : um novo conceito para a prática de enfermagem com famílias? **Texto e Contexto Enfermagem**. v.1, n.1, p.106-115, jan./jun. 1992.

FARIA, Eliana Marília. **Comunicação na saúde** : fim da assimetria...? Florianópolis, 1996. 165p. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

FAWCETT, J. **Analysis and evaluation of conceptual models of nursing**. Philadelphia : F.A. Davis Co., 1984.

FERREIRA, A. B. H. **Minidicionário de Língua Portuguesa**. 3. ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1993.

\_\_\_\_\_. **Novo Dicionário da Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro : Nova Fronteira, 1975.

FISCHER, L. A.; GERTZ, René E. et al. **Nós, os teuto-gaúchos**. Porto Alegre

: Ed. da UFRGS, 1996.

FISCHER, Nilton Bueno. As misturas de um neto alemão : memórias de vida! In: FISCHER, L.A. ; GERTZ, R.E.( coord.) **Nós os teuto-gaúchos.** Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 1996. p. 321-326

FRANCO, M. C. **Situação do familiar que acompanha um paciente adulto internado.** Florianópolis : 1988. 181p. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.

GERMANO, R. M. **A ética e o ensino de ética na enfermagem no Brasil.** São Paulo : Cortez, 1993.

GERTZ, René. **O perigo alemão.** Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 1991.

GOMES, Romeu. Análise de dados em pesquisa qualitativa. In: MINAYO, Maria Cecília. **Pesquisa social : teoria, método e criatividade.** Petrópolis: Vozes, 1994.

HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia.** 3. ed. Petrópolis : Vozes, 1992.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença.** 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1994.

HENSE, D. S. S. **Tendo que operar-se : a experiência do paciente cirúrgico e sua espiritualidade.** Florianópolis, 1987. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina, 1987.

HERRERA, Marlene de Los Angeles Segovia. **Fatores de risco numa empresa eletricitária : uma perspectiva cultural.** Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

HOEBEL, E. A ; FROST, E. **Antropologia cultural e social.** 10. ed. São Paulo : Cultrix, 1995.

KOTHE, Flávio R. Teuto-gaúchos : a irreduzível diferença. In: FISCHER, L.A.; GERTZ, R.E.( coord.) **Nós, os teuto-gaúchos.** Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 1996. p. 205-215

KREUTZ, Lúcio. Escolas da imigração alemã no Rio Grande do Sul : perspectiva histórica. In: MAUCH, Cláudia. ;VASCONCELLOS, Naira. (org.). **Os alemães no sul do Brasil : cultura, etnicidade, história.**

Canoas : ULBRA, 1994. p. 149-161

\_\_\_\_\_. Muito empenho pelas escolas. In: FISCHER, L.A.; GERTZ, R.E.( coord.) **Nós, os teuto-gaúchos**. Porto Alegre : Ed.da UFRGS, 1996. p. 145-150

LANGDON, Jean. **Breve histórico da antropologia de saúde**. [s.l.] : [s.n.], 1985 ( original )

LAPLANTINE, F. **Aprender antropologia**. São Paulo : Brasiliense,1995.

LEININGER, M. M. The phenomenon of caring : importance, research, questions and theoretical considerations. In :\_\_\_\_\_. **Caring and essential human need**. Thorofare : Charles B. Slack, 1981.

\_\_\_\_\_. Care the essence of nursing and health. In : \_\_\_\_\_. **Care the essence of nursing and health**. Thorofare : Charles B. Slack, 1984.

\_\_\_\_\_. Teoria do cuidado transcultural : diversidade e universalidade. In : SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985.

\_\_\_\_\_. Diversidade e universalidade do cuidado transcultural: uma teoria de enfermagem. **Nursing e health care**. v.6, n.4, p.209-212, abril,1985.

\_\_\_\_\_. The theory of culture care diversity and universality. In: \_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality : a theory of nursing**. New York : National League for nursing, 1991. p. 5-68

\_\_\_\_\_. Looking to the future of nursing and the relevancy of culture care theory. In: \_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality : a theory of nursing**. New York : National League for nursing, 1991. p. 391-418.

\_\_\_\_\_. Ethnonursing: A Research Method With Enablers to Study the Theory of culture care. In:\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality : a theory of nursing**. New York : League for Nursing Press. 1991. p. 83-94.

\_\_\_\_\_. **Selected culture care findings of diverse cultures using culture care : .theory and ethnomethods**. In:\_\_\_\_\_. **Culture care diversity and universality : a theory of nursing**. New York : League for

Nursing Press. 1991. p.345-371.

LEOPARDI, Maria T.; REIBNITZ, Kenya S.; WENDHAUSEN, Águeda. O SUS e a enfermagem em Santa Catarina : a prática (re)velada. In:..JORNADA CATARINENSE DE ENFERMAGEM, 19,1993, Florianópolis, ENCONTRO DE ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL, 6, 1993, Florianópolis.

LÜDKE, Menga.; ANDRÉ, Marli. **Pesquisa em educação** : abordagem qualitativa. São Paulo : EPU, 1986.

MARCONI, M. A., LAKATOS, E. M. **Técnica de pesquisa**. 2. ed. São Paulo : Atlas, 1990.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. (org.). **Pesquisa social** : teoria, método e criatividade. Petrópolis : Vozes, 1994.

MONTICELLI, M. O. **O nascimento como rito de passagem** : uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos. Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em enfermagem)-Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,1994.

MÜLLER, Telmo Lauro. **Colônia alemã** : 160 anos de história. Porto Alegre : EDUCS, 1984.

NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia. Representações de germanidade, identidade étnica e vitalidade etnolinguística, Florianópolis, **Coletâneas da ANPEPP**, v.1, n.10, p.109-123, set., 1996.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA DE ENFERMAGEM, 1984, Florianópolis. **ANAIS...** Florianópolis : UFSC, 1984. 376p. p. 210-229.

NITSCHKE, R. G. **Nascer em família** : uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável. Florianópolis: UFSC,1991. 131p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina,1991.

NOGUEIRA, M. J. C. Assistência de enfermagem à família. **Revista En-**



**fermagem em Novas Dimensões**, São Paulo, v.3, n.6, p. 272-282, jul./set.,1993.

OLIVEIRA, de Roberto Cardoso.( Org.) **A antropologia de Rivers**. Campinas : UNICAMP, 1991. Tradução : Gilda Cardoso de Oliveira, Sônia Bloomfield Ramagem.

PADILHA, M.I.C. S. Questões éticas : cuidados metodológicos na pesquisa de enfermagem. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 4, n. 2, p.118-132, jul./dez. 1995.

PATRÍCIO, Zuleica M. O que seria importante pesquisar e como fazê-lo em favor da qualidade de vida? **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 3, n. 1, p. 58-74, jan/jun., 1994.

\_\_\_\_\_. **A prática do cuidar / cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém - nascido através do marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural**. Florianópolis, 1990. 282p. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem)-Curso de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

\_\_\_\_\_. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto e Contexto Enfermagem**. Florianópolis, v.1, n.1, p. 89-105, jan./jun. 1992.

\_\_\_\_\_. **Métodos qualitativos de pesquisa**. Pelotas : 1997. (Notas de aula, da disciplina de Métodos Qualitativos da Pesquisa do Curso de Mestrado em Enfermagem).

PENNA, C. M. de M. Uma questão conceitual. In: BUB, L.I.R., et al. **Marcos para a prática de enfermagem com família**. Florianópolis : Edi. da UFSC, 1994.

PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem**. São Paulo : Cortez, 1989.

PIVATTO, P. S. A nova proposta ética de Emmanuel Levinas. **Cadernos da FAFIMC**, v. 13, n. esp., p. 48-62, 1995.

POLIT, Denise. Métodos observacionais. In: \_\_\_\_\_. **Investigacion ci-**

**entífica en ciencias de la salud.** 3.ed. México : McGraw-Hill, 1991.

QUEIROZ, Marcos S. Estratégias de consumo em saúde entre famílias trabalhadoras. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p. 272-282, jul./set. 1993.

RAMBO, A. B. **A escola comunitária teuto-brasileira católica.** São Leopoldo : Ed. Unisinos, 1994.

\_\_\_\_\_. Nacionalidade e cidadania. In: MAUCH, Cláudia.; VASCONCELLOS, Naira.(org.) **Os alemães no sul do Brasil:** cultura, etnicidade e história. Canoas : ULBRA,1994. p. 43-53

REISER, Stanley J. The unfolding and ambiguities of survival therapy. **International Journal of Technology Assessment in Health Care**, v.8, n.3, p. 382-394, 1992.

RIVERS, W. H.R. **Medicine, magic and religion.** New York : Ams Press, 1979.

ROCHE, Jean. **A colonização alemã e o Rio Grande do Sul.** Porto Alegre : Globo, 1969. v.1 Tradução de Emery Ruas.

SALAMONI, G.; ACEVEDO, H. C.; ESTRELA, L. C. **Valores culturais da família de origem pomerana no Rio Grande do Sul - Pelotas e São Lourenço.** Pelotas : Ed. da UFPEL, 1995.

SALAMONI, G. et. al. Os pomeranos. In: FISCHER, L.A.; GERTZ; R.E.( coord.) **Nós, os teuto-gaúchos.** Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 1996.

SAVIANI, Dermeval. Educação, cidadania e transição democrática. In: COVRE, Maria de Lourdes M. ( Org.) **A cidadania que não temos.** São Paulo : Brasiliense, 1986. p.73-83

SCHATZMAN, L. ; STRAUSS, A. L. **Field research :** strategies for a natural sociology. New Jersey : Prentice-Hall, 1973.

SCHNEID, Luciara. Pomeranos predominam no município. **Diário Popular**, Pelotas: 17 mai. 1998. Caderno cidade. p.11

- SCHNEIDER, Jaco Fernando. et al. Enfermagem e autonomia do paciente. In: CAPONI, Gustavo; LEOPARDI, M.T.; CAPONI, S.N.(org.) **A saúde como desafio ético**. Florianópolis : SEFES, 1995.
- SCHWARTZ, Eda. **Desvelando a prática do cuidado a paciente e família teuto-gaúcha em unidade de terapia intensiva**. Pelotas. 1997. Relatório final da prática assistencial (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, 1997.
- SEYFERTH, Giralda. **Imigração e cultura do Brasil**. Brasília : Ed. da UnB, 1990.
- SILVA, B. (coord.). **Dicionário de ciências sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro : Fundação Getúlio Vargas, 1987.
- SILVA, L. F. et al. Família e redes sociais : o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F.; FRANCO, M. C. (org.). **Saúde e doença : uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis : Papa-Livro, 1996.
- SIRLES, Ann T.; SELLECK, Cynthia S. Cardiac disease and the family impact, assessment and implications. **Journal Cardiovascular Nursing**. v. 3, n. 12, p. 23-32, 1989.
- SMELTER, S. C. ; BARE, B. G. **Brunner/ Suddarth : tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 7.ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan,1993. v.1
- SOUZA, M. F. Comentário sobre o tema : desenvolvimento das teorias de enfermagem da Drª. Afaf I. Meleis. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985. Florianópolis, **Anais...** Florianópolis, Ed. da UFSC, 1985.
- THIOLLENT, Michel. **Metodologia de pesquisa-ação**. 7.ed. São Paulo : Cortez, 1996.
- TRENTINI, Mercedes. Relação entre teoria, pesquisa e prática. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 21, n. 2, p. 135-144,

ago., 1987.

TRIVIÑOS, A. N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais** : a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo : Atlas, 1994.

VAITSMAN, Jeni. Saúde, cultura e necessidades. In: FLEURI, Sonia.(org.) **Saúde coletiva? Questionando a onipotência do social**. Rio de Janeiro : Dumará Publicações , 1992.

WEBER, Regina. Memórias e estudos sobre a condição de descendente de imigrantes alemães. In: FISCHER, L.A.; GERTZ; R.E.( coord.) **Nós, os teuto-gaúchos**. Porto Alegre : Ed. da UFRGS, 1996. p. 56-60

WEIMER, Günter. Análise da teoria da obra de Emílio Willems : a aculturação dos alemães no Brasil. In: MÜLLER, Telmo L. (org.) **Imigração e colonização alemã**. Porto Alegre : Escola Superior de Teologia São Lourenço de Brindes, 1980.

WILLIAMS, Carolyn a. The nature and development of conceptual frameworks. In : DOWNS, Florence S.; FLEMING, Juanita W. **Issues in nursing research**. New York : Appleton -Century -Crofts, 1979. p. 89-106.

WOORTMANN, Ellen F. **Herdeiros, parentes e compadres** : colonos do sul e sitiantes do nordeste. Brasília : Hucitec/Edunb, 1995.

WRIGHT, Lorraine M.; LEAHEY, Maureen. **Nurses and families** : a guide to family assesment and intervention. 8. ed. Philadelphia : F. A. Davis, 1989.

## 8.2 Bibliografia consultada

ARRUDA, Neves Eloita; MARCELINO, Silvana R. Cuidando e confortando. In: NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia M.(org.) **Dimensão da dor no câncer** : reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo : Robe, 1997.

BORBA, Silvio R.C. de. Dificuldade para o tratamento da dor do câncer no Brasil. In: NASCIMENTO-SCHULZE, Clélia M.(org.) **Dimensão da**

**dor no câncer** : reflexões sobre o cuidado interdisciplinar e um novo paradigma da saúde. São Paulo : Robe, 1997.

BRANDÃO, Rodrigues. **O que é educação**. 27.ed. São Paulo : Brasiliense, 1992.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de saúde. **Resolução nº 196/96** : sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

BUDÓ, Maria de L. Denardin. **Cuidando e sendo cuidado** : um modelo cultural de suporte à saúde em comunidade rural de descendentes de imigrantes italianos. Santa Maria, 1994. 222p. Dissertação (Mestrado em Extensão Rural) Universidade Federal de Santa Maria, 1994.

CARONE, Iray. Necessidade e individuação. **Trans/form/ação**. São Paulo, n.15, p. 85-111, 1992.

CHIANCA, Tânia C. M. O sistema Único de Saúde : a proposta da viabilização e a inserção da enfermagem. **Saúde em Debate**, n.44, p.48-54, set. 1994.

DEPPE, Gessy. (coord.) **Contribuição para a história de Nova Petrópolis**. Caxias do Sul : EDUCS, 1988.

FLEURY, Sonia. Eqüidade e reforma sanitária : Brasil. **Saúde em Debate**. n. 43, p. 44-52, jun. 1994.

GAUDERER, E. Christian. **Os direitos do paciente** : um manual de sobrevivência. 4. ed. Rio de Janeiro : Record, 1993.

GELAIN, Ivo. A ética na enfermagem : sua história e suas perspectivas. **Revista Texto & Contexto**, Florianópolis, v.4, n.2, p.9-17, 1995.

GEORGE, J. B. et al. Madeleine Leininger. In : \_\_\_\_\_. **Teorias de enfermagem** : os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

GOLDMANN, Lucien. **Dialética e cultura**. 2.ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 1979. Tradução Luiz Fernando Cardoso, Carlos Nelson Coutinho, Gisela Vianna Konder.

GUALDA, D. M. R.; HOGA, L. A. K. Estudo sobre teoria transcultural de Leininger. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n. 1, p. 75-86, mar. 1992.

HELLER, Agnes. **Uma teoria da história**. Rio de Janeiro : Civilização Brasileira, 1981. Traduzido por Dilson Bento de Faria Ferreira Lima.

KALOUSTIAN, Silvio M. ( org.) **Família brasileira : a base de tudo**. São Paulo : Cortez, 1994.

LAPLANTINE, François. **Antropologia da doença**. São Paulo : Martins Fontes, 1991.

LEININGER, Madeleine. Ethnography and Ethnonursing : models and modes of qualitative data analysis. In : \_\_\_\_\_. **Qualitative research methods in nursing**. Orlando : Grune & Stroton, 1985. p.33-67.

LENARDT, M. H. **O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica**. Florianópolis, 1996. 144p. Dissertação(Mestrado em Enfermagem)- Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.

MARTIM, Ireneu. (org.) **Família, trabalho, política : a experiência do ocidente**. São Paulo : Ibrasa, 1992.

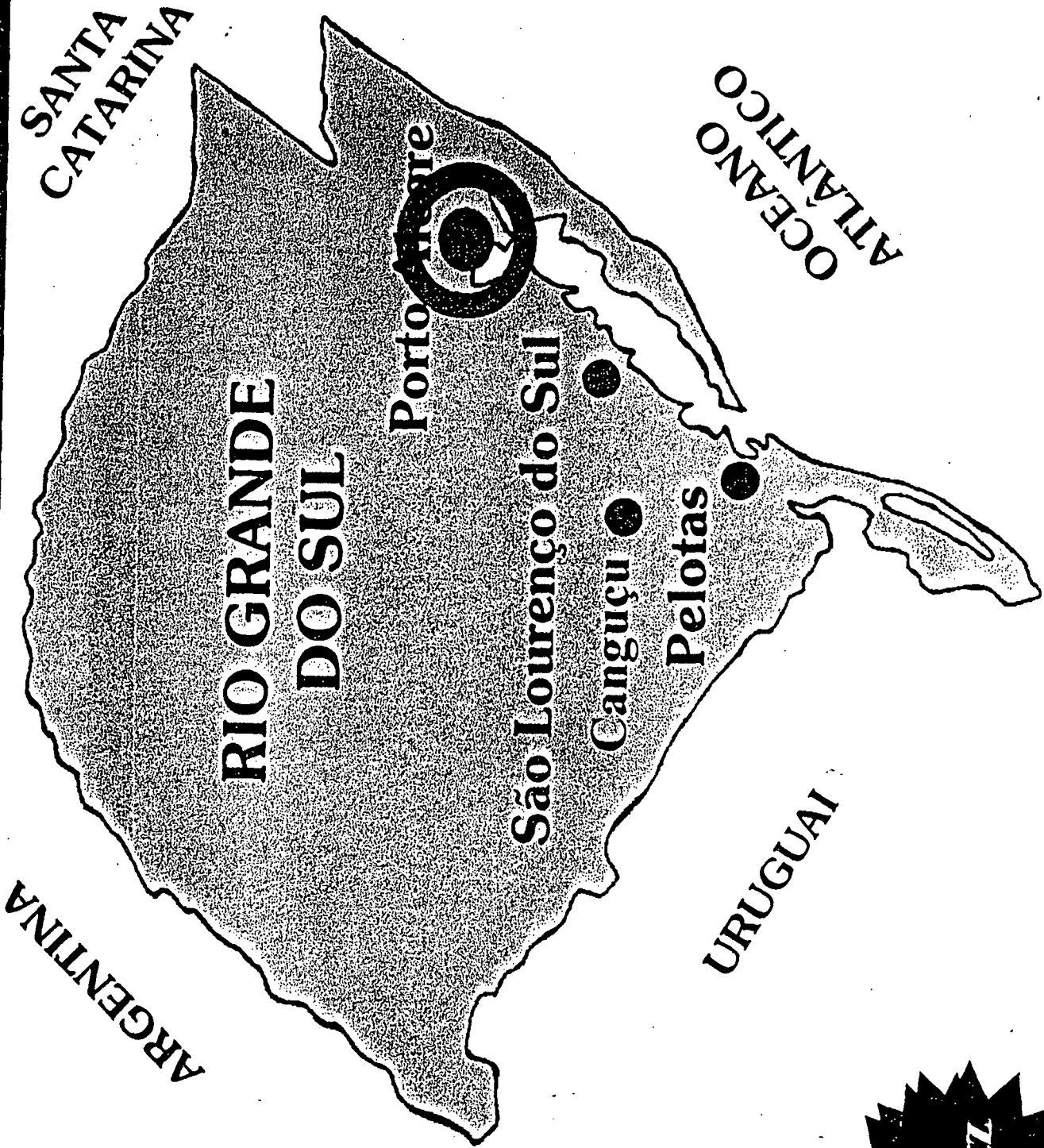
MINAYO, M.C. de Souza. **O desafio do conhecimento : metodologia da pesquisa social (qualitativa) em saúde**. São Paulo : Hucitec/Abrasco, 1992.

MÜLLER, Telmo. (ORG.) **Nacionalização e imigração alemã**. São Leopoldo : Ed. UNISINOS, 1994.

\_\_\_\_\_. **Colônia alemã : 160 anos de história**. Caxias do Sul : EDUCS, 1984.

PATRÍCIO, Z. M. O processo de trabalho da enfermagem frente as novas concepções de saúde : repensando o cuidado / propondo o cuidado (holístico). **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 67-81, jan/fev., 1993.

- SCHWARTZ, ELISA. **O vandalismo em Pelotas durante a Segunda Guerra Mundial (agosto 1942)**. Pelotas : UFPEL/Instituto de Ciências Humanas, 1994. (Monografia de conclusão do Curso de História).
- SELTIZ, J., et al. **Métodos de pesquisa nas relações sociais**. 2. ed. São Paulo : EPU, 1987.
- SILVA, Y. F. **Doenças e tratamentos entre famílias do Ribeirão da Ilha**. Florianópolis, 1991. 178p. Dissertação (Mestrado em antropologia Social)-Curso de Pós-Graduação em Antropologia Social, Universidade Federal de Santa Catarina, 1991.
- SOUZA, Anna M. N. de. **A família e seu espaço : uma proposta de terapia familiar**. Rio de Janeiro : Agir, 1985.
- VALLA, Victor V., STOTZ, Eduardo N. ( org.) **Educação, saúde e cidadania**. Petrópolis : Vozes, 1994.
- WALKER, L.; AVANT, R. **Strategies for theory construction in nursing**. Norwalk, Connecticut : Appleton - Century - Crats, 1983.
- WERNER, Dennis. **Uma introdução as culturas humanas : comida, sexo, magia e outros assuntos**. Rio de Janeiro : Vozes, 1987.



**Eda  
Schwartz**



## **ANEXO 2**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO - MESTRADO - REPENSUL  
TURMA II - POLO II - UFPEL - FURG  
PROFESSORA: DR<sup>A</sup> MARTA REGINA CEZAR VAZ  
ORIENTANDA: EDA SCHWARTZ**

**NOME DO PROJETO:** FAMÍLIA TEUTO-GAÚCHA : o cuidado entre possibilidades e limites.

**NOME DO PESQUISADOR:** ENF<sup>ª</sup> EDA SCHWARTZ

**TÉCNICA DE COLETA DE DADOS:** OBSERVAÇÃO PARTICIPANTE

### **TÓPICOS PARA INVESTIGAÇÃO**

#### **ASPECTOS DA FAMÍLIA /SAÚDE / DOENÇA**

1.Caracterização da família ( consangüinidade, genograma) **OBJETIVO:** identificar aspectos gerais da família teuto-gaúcha da região em estudo, identificar as necessidades desta família e o significado destas necessidade (necessárias evidentes ou antecipadas)

2.Experiências anteriores de hospitalização. **OBJETIVO:** identificar necessidades de cuidado e as afetadas durante a hospitalização. Identificar o significado desta necessidade

3.Modos de cuidar quando alguém da família

adoece.OBJETIVO: identificar as necessidades de cuidado popular e afetivo

4.Sujeitos participantes do cuidado. OBJETIVO: identificar as necessidades de cuidados popular e dos sujeitos

5.Fontes prestadoras de cuidado (recursos formais).OBJETIVO : identificar as necessidades de cuidado formal

6.Fontes prestadoras de cuidado na família.OBJETIVO: identificar as necessidades de cuidado da família

7.Experiências anteriores de doenças (características, resolução).OBJETIVO: identificar necessidades afetadas

8.Concepção apresentada de saúde. OBJETIVO: identificar necessidade de saúde e o seu significado

9.Concepção apresentada de doença. OBJETIVO: identificar a necessidade afetada e o seu significado

10.Investigar recursos econômicos. OBJETIVO: identificar as necessidade econômicas

11.Investigar hábitos e costumes ( lazer, alimentação, habitação, saneamento).OBJETIVO: identificar as necessidade de alimentação, lazer, habitação, saneamento, trabalho,....

### **ANEXO 3**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM- MESTRADO -REPENSUL  
PÓLO II -UFPEL/ FURG -TURMA II  
PROFESSORA: DR<sup>A</sup> MARTA REGINA CEZAR VAZ  
MESTRANDA : EDA SCHWARTZ**

#### **CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

A enfermeira Eda Schwartz, que também é professora da Universidade Federal de Pelotas, está desenvolvendo um trabalho com as famílias teuto-gaúchas. Tendo a finalidade de propiciar uma melhoria na qualidade de vida dessas famílias.

O trabalho procura desenvolver um processo metodológico para a prática do cuidado de enfermagem para estas famílias respeitando a sua cultura, conforme a teoria de Leininger.

Se eu concordar em participar do trabalho acontecerá o seguinte:

- Me encontrarei com a enfermeira Eda na unidade de internação e na minha casa, onde tentarei responder algumas perguntas que ela me fará e que eu desejar responder.
- Aceito que a enfermeira Eda também obtenha informações a meu respeito no meu prontuário.
- Entendo que não haverá risco para mim participar deste trabalho.
- Desejo que não haja nenhuma interferência na minha roti-

na diária de tratamento e sei que serei atendido neste meu desejo.

- Na visita domiciliar poderá fotografar se eu assim o concordar.

- Desejo que todas as informações sejam confidenciais, e que minha identidade não seja revelada, a não ser com minha expressa autorização.

Eu discuti este trabalho com a enfermeira Eda Schwartz e minhas dúvidas foram respondidas. Se eu tiver outras perguntas a fazer sei que poderei telefonar para Eda Schwartz, fone 73-3837.

A minha participação neste trabalho é completamente voluntária. Me sinto livre para recusar ou interromper a participação a qualquer momento, sem que isto interfira no meu tratamento e assistência.

-----  
----

local e data

-----

assinatura

( ) concordo com o uso de gravador

( ) concordo que sejam feitas anotações

## **ANEXO 4**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM- MESTRADO -REPENSUL  
PÓLO II -UFPEL/ FURG -TURMA II  
PROFESSORA: DR<sup>A</sup> MARTA REGINA CEZAR VAZ  
MESTRANDA : EDA SCHWARTZ**

### **AUTORIZAÇÃO**

Autorizo a mestranda EDA SCHWARTZ, a utilizar fotografias e filmagens minhas e de minha residência em seu trabalho de Mestrado. Inclusive permito a publicação em todos os veículos de comunicação científica e eventos pertinentes, desde que seja preservado o meu anonimato a fim de preservar a minha identidade.

---

Assinatura do responsável da família

Data: \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_.

**ANEXO 5**

**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM- MESTRADO -REPENSUL  
PÓLO II -UFPEL/ FURG -TURMA II**

**FORMULÁRIO PARA REGISTRO DOS ENCONTROS**

**NOME DO PROJETO:** FAMÍLIA TEUTO-GAÚCHA: cuidado entre possibilidades e limites.

NOME DO PESQUISADOR: PROFª ENFª EDA SCHWARTZ

NOME DO ORIENTADOR: DRª MARTA REGINA CEZAR VAZ

OBJETIVOS DO DIA:

DATA:.....LOCAL: .....HORA:.....

NOTAS DE CAMPO	ANÁLISE

NOTAS DA ENFERMEIRA	