

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM

NASCER EM FAMÍLIA

UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PARA A INTERAÇÃO FAMILIAL SAUDÁVEL

ROSANE GONÇALVES NITSCHKE

FLORIANÓPOLIS

- 1991 -

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

DISSERTAÇÃO

NASCER EM FAMÍLIA/uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.

Submetida a Banca Examinadora para a obtenção do grau de

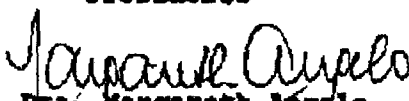
MESTRE EM ENFERMAGEM

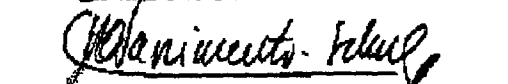
POR

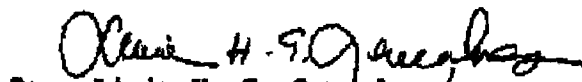
ROSANE GONÇALVES NITSCHKE

APROVADA EM 01, 11, 1991


Dra. Ingrid Elsen
Presidente


Dra. Margareth Angelo
Examinadora


Dra. Clélia Nascimento Schulze
Examinadora


Dra. Lúcia H. T. Gonçalves
Examinadora Suplente

ORIENTADORA:

Dra. INGRID ELSEN

A você, César, meu "mestrinho,
amigo, companheiro, e maior
incentivador, mas acima de tudo,
meu grande amor.

AGRADECENDO A QUEM ME AJUDOU NESTA CAMINHADA

Ao Cesinha, meu amado "maridão", que esteve comigo em cada passo desta caminhada, dando-me força, incentivo, estímulo, críticas, sugestões, carinho, paciência, "cafunés", massagens, comidinhas e muito amor, a minha mais profunda gratidão por todos aqueles momentos que este trabalho "significou" para o nosso tão precioso viver a dois". Te amo muito!

À Ingrid, pelo estímulo, pelos constantes desafios que me lançaste, e por permitir "compartilhar" tua brilhante força de reflexão e de conhecimento. Foste para mim, não só a minha orientadora, mas, antes de tudo, uma amiga sensível que me apoiou nos momentos mais difíceis, mostrando sempre alternativas para chegar no aqui e agora.

À minha mãe, pelo amor, pela luta, pela minha educação, permitindo que chegasse até aqui. À você e ao Alfredo, por toda a "corujice" e carinho que demonstram por mim.

À minha família, em especial, meu pai, Zenaide, Marise e Gastão, por tentarem compreender minhas ausências, distância e o meu "estar dividida".

Aos amigos do hospital, e, principalmente, do berçário, onde realizei este trabalho, pelo constante incentivo, respeito, cooperação e carinho que sempre me dedicaram.

Às famílias com as quais interagi, especialmente, à "Família Mares", sem as quais jamais seria possível realizar este trabalho.

A todos aqueles que me ajudaram, de uma forma ou de outra a percorrer toda esta longa caminhada.

À Zuquinha(Zuleica Maria Patrício), minha amigona e minha "madrinha" aqui em Florianópolis. Estiveste comigo desde que aqui cheguei, dando força e muito incentivo. Ajudaste-me emprestando desde os preguinhos até tuas belas idéias e sugestões. Te preocupaste comigo, me ouviste... Cuidaste de mim!

Ao Lídio, meu amigo, por todo o estímulo, pela força, consideração e por torcer por mim.

Ao Lídio Juvenal Ramos, à Terezinha Ghellere, à "Verinha" Lúcia Dias, ao Marco Rótolo e a Marta Rinaldi que sempre tentaram facilitar minha caminhada até aqui, buscando alternativas e reduzindo as barreiras que muitas vezes as instituições colocam para quem quer realizar uma pós-graduação.

Ao Dr. José João Harger, à Maristela Bedin, à Edila Dias e à Lecy, por estarem sempre prontos a facilitar meu caminho.

À Nilza, pela colaboração, datilografando os impressos do "Prontuário da Família", e pela "torcida" para que eu conseguisse chegar até este momento.

À Eloita Neves, pelo conhecimento que compartilhou comigo, e principalmente, pela ajuda que deu a mim e ao meu pai, num dos nossos momentos mais difíceis. Soubeste ser exemplo de profissional e, antes de tudo, de ser humano.

Aos colegas e amigos do HEMOSC, que conseguiram compreender minhas ausências e acreditaram no meu trabalho.

Aos professores do mestrado, em especial à Lygia Paim Müller Dias e Mercedes Trentini, pelo incentivo, pela valorização e pelos ensinamentos.

Ao Prof. José Luiz Sanfelice, por me ajudar a tirar a venda dos olhos.

À Coleta Rinaldi Althoff, pelas críticas e sugestões na análise do meu projeto que muito auxiliaram.

À Clélia Schulze, pelas contribuições dadas ao analisar o projeto e por aceitar examinar o trabalho final, colaborando para aprimorá-lo.

À Margareth Ângelo e à Lúcia Gonçalves, por aceitarem examinar o trabalho, e virem a compartilhar comigo suas críticas e sugestões, contribuindo com o meu processo de crescimento.

À Rosa, pela sua disponibilidade, boa-vontade e pelo seu carinho em me atender na Secretaria da Pós-Graduação.

À Dulce Nunes, por despertar e nutrir meu interesse pela criança e sua família, desde a época da graduação.

À Nelcy Coutinho Mendes e à Olga Garcia Fangier, cujo incentivo e carinho jamais esquecerei.

À Lorena Machado e Silva, por me dar "a notícia" e pelas palavras de muita força.

Ao João Inácio e ao Romoaldo, pela disponibilidade e interesse; e por entender meus hieróglifos e prazos "apertados", acompanhando-me desde o meu primeiro trabalho no Curso de Mestrado.

Ao Prof. Fernando, pela valiosa colaboração que todos os chocolates do mundo jamais pagariam.

Ao Carlos César Souza, pela sua disponibilidade, interesse e também colaboração.

À Juliana, pela sua disponibilidade, paciência e interesse na revisão das referências bibliográficas.

Aos colegas do Curso, com os quais enriqueci o meu dia-a-dia, através dos nossos debates e das trocas de experiências.

À Claudete, pelo nosso convívio; nunca te esquecerei.

À Astrid Boehs, pelas nossas discussões e por compartilhares comigo.

As amigas que encontrei no Curso e que levo no meu coração, "Baixinha" (Sílvia Santos) e "Preta" (Ivete Ribeiro); nossas

discussões foram importantes não só para meu crescimento profissional, mas pessoal também.

À Cláudia Penna e à Marta Verdi, pela disponibilidade em ajudar-me; foi importante saber que tinha com quem contar.

Aos amigos, Leonardo e Andréa Langaro, que trouxeram ao mundo nosso querido Bernardo. Andréa, nossos "papos" foram sempre uma força para mim, fazendo-me refletir e redimensionar o meu mundo.

Ao Giba, à Tina, e ao pessoal da óntem MARATHON, hoje RACER. Os momentos que passei com vocês na academia foram muito importantes, foram o "respiro" principalmente para a minha mente, dando-me equilíbrio e muita energia positiva para que concluísse esta etapa da minha vida.

Aos meus amigos, por compreenderem o meu "não estar com vocês" nas festas, churrascos, jantinhas, bate-papos, aniversários, praias, ... por estar envolvida com este trabalho.

Aos colegas e amigos do GAFEFAM, por permitirem confrontar muito do que aqui coloquei com a realidade que trazem para os nossos encontros, enriquecendo o meu processo de reflexão.

Aos colegas e amigos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre e do Hospital da Criança Santo Antônio (POA-RS), meus anos de convívio com vocês foram muito importantes para chegar no aqui e no agora!

À CAPES e ao CNPq pelo apoio financeiro durante a realização de todo o curso.

A Gilberto Geremias, pelos criativos desenhos

À Wanda Elsen, pela disponibilidade carinhosa e pela competência.

NASCER EM FAMÍLIA: UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PARA A INTERAÇÃO FAMILIAL SAUDÁVEL

RESUMO

Este trabalho teve por objetivo desenvolver uma metodologia de assistência de enfermagem à família do recém-nascido internado na unidade neonatal de um hospital, fundamentada num marco conceitual que enfatizasse a interação. Para tal, inicialmente foi elaborado um marco conceitual abrangendo 19 conceitos, embasado nas crenças e valores da autora e na Teoria da Interação Simbólica. A partir disto, desenvolveu-se uma metodologia de assistência de enfermagem (o processo de enfermagem) caracterizada pelas fases de: Averiguação de Dados; Levantamento de Problemas; Diagnóstico de Enfermagem; Plano Assistencial (incluindo Objetivos a serem Alcançados e Prescrição de Enfermagem); e Avaliação. A implementação do marco através do processo de enfermagem foi realizada junto a 5 famílias de recém-nascidos internados na unidade neonatal de um hospital da Grande Florianópolis, no período de abril a agosto de 1989. Constatou-se que a metodologia assistencial adotada foi viável com pequenas modificações. Os conceitos mais utilizados foram: interação; família do recém-nascido; enfermagem à família do recém-nascido; crescimento e desenvolvimento; papel; saúde/doença familiar; ambiente simbólico e definição de situação. Quanto ao processo de enfermagem comprovou-se ser o mesmo dinâmico, visto a interligação e complementariedade de suas fases. Detectou-se que o diagnóstico de enfermagem assume uma forma provisória ou hipotética, inicialmente, sendo depois confirmado; podendo ainda, ser discutido e validado com a própria família. Em relação à família do recém-nascido, especificamente, constatou-se que a mesma tem a necessidade de ser assistida também no seu domicílio, redimensionando o campo de atuação do enfermeiro. Verificou-se, além disto, que o nascimento, acrescido da permanência do recém-nascido na unidade neonatal, leva a uma perturbação na interação da família, podendo esta ser efêmera ou mais duradoura. Recomenda-se a aplicação deste marco conceitual e do processo de enfermagem a outras famílias, em conjunto com a equipe de enfermagem, visando aperfeiçoá-lo, adequando-o a realidade nas instituições de saúde.

TO BE BORN IN A FAMILY: A PROPOSAL FOR NURSING CARE TO PROMOTE A
HEALTHY FAMILY INTERACTION

ABSTRACT

This study the purpose of developing a nursing methodology for caring a newborn's family having their infant interned hospitalized at a neonatal unit. The purpose of this study was to develop a nursing methodology to care for the family who has his/her newborn hospitalized. The methodology was based on a conceptual framework emphasising interaction. Nineteen concepts were initiately elaborated, based on the author's values and beliefs and in Simbolic Interaction Theory. After this, methodology was developed (nursing process) characterized bu the following phases: assessment; problem identification; nursing diagnosis; asistencial planning (including goals to be reached and nursing prescription); and evaluation. This methodology was applied to 5 families whose newborn were in a hospital's neonatal unit, Florianópolis, during the period of april to august, 1989. It was verified that the methodology used was effective, although it was necessary to introduce some changes. Most important concepts identified were: interaction, newborns's family; newborn family nursing, growth and development; role; familial health and illness; simbolic environment and definition of the situation. It was also confirmed the nursing process is dinamic, showing interconnection and supplementation between its phases. It was observed that nursing dignosis in the first moment is provisory or hypothetical being discussed and validated latter with the family. It was verified that newborn's family has a need to be followed at home, extending nursing field of action. It was also confirmed that birth, added to newborn's remaining at the neonatal unit, conveys to disturb on the family's interactions, in a long or shorter period of time. It is recommended nursing team to use this conceptual framework and the nursing process with a great number of families, in order to improve it, adjust it to the specific reality of health institutions.

KEY WORDS: family, newborn family, family nursing

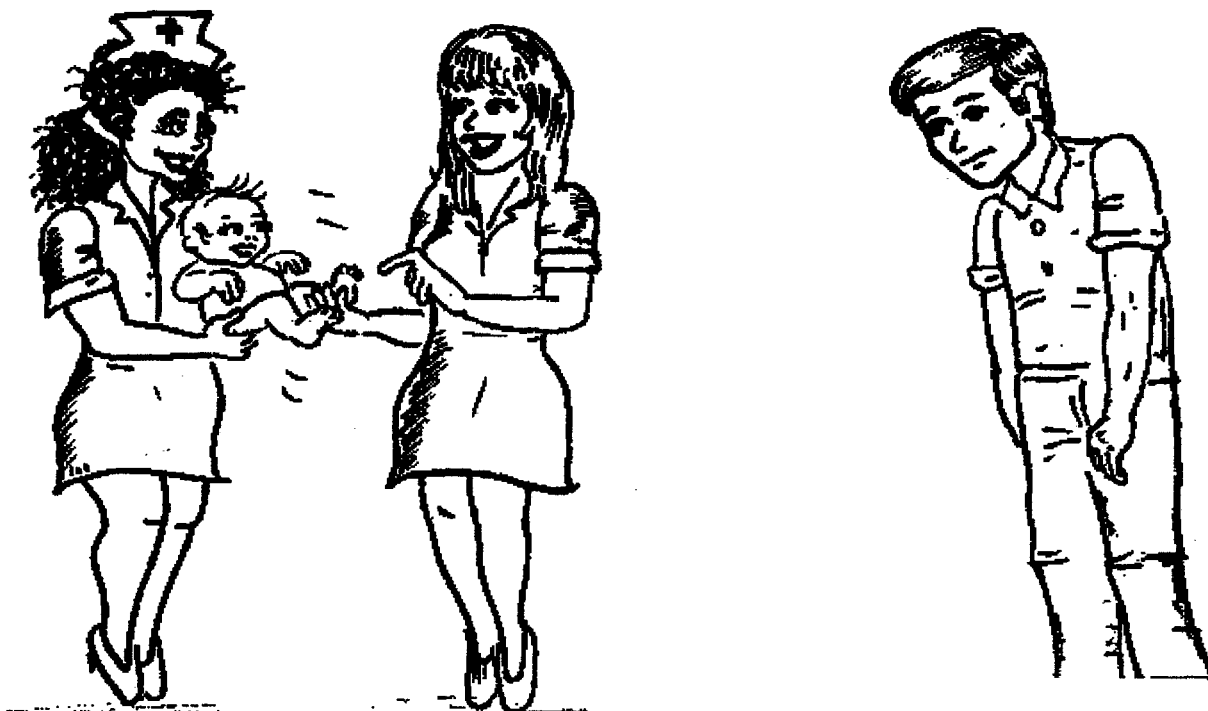
SUMÁRIO

	Página
INTRODUÇÃO.....	13
I - EXPONDO MEUS OBJETIVOS	17
II - REVISANDO A LITERATURA	18
. Família	18
. O recém-nascido e a interação familiar	30
. A enfermagem e a interação na família do recém-nascido.....	49
III - ELABORANDO UM MARCO CONCEITUAL PARA ORIENTAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM A FAMÍLIA DO RECÉM- NASCIDO	57
. Pressupostos do Interacionismo Simbólico	60
. Meus Pressupostos Pessoais	61
. Conceitos elaborados para compor meu marco conceitual.....	61
. Representando graficamente o marco conceitual	73
IV - DESENVOLVENDO UMA METODOLOGIA PARA APLICAR O MARCO CONCEITUAL: O PROCESSO DE ENFERMAGEM	74
. Averiguação dos Dados	75
. Lista de Problemas	79
. Diagnóstico de Enfermagem	80
. Plano Assistencial	83
- Lista de Objetivos	84
- Prescrição de Enfermagem	84
. Avaliação	85
V - ENTRANDO NO CAMPO	87
VI - INICIANDO A INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO PARA IMPLEMENTAR O MARCO CONCEITUAL: AS PRIMEIRAS QUESTÕES	91
C↙ VII - BUSCANDO RESPOSTAS E DESCOBRINDO CAMINHOS: ALGUNS ASPECTOS METODOLÓGICOS	94

. Quais famílias assistir?	95
. Como assistir a família enquanto unidade?	97
. Onde assistir a família do recém-nascido?	98
. Onde e como registrar o Processo de Enfermagem?.....	100
. Outras questões: privacidade, visita domiciliar, multiprofissional, duração do acompanhamento?	101
VIII - IMPLEMENTANDO O MARCO CONCEITUAL ATRAVÉS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM	103
. Respeitando os Direitos Humanos	103
. Interagindo como a Família Mares	104
- "No Hospital..."	104
- "No Domicílio..."	126
IX - APRESENTANDO AS FAMÍLIAS ATRAVÉS DO "PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA"	170
X - CONFRONTANDO COM A REALIDADE: ANÁLISE E DISCUSSÃO	183
. O que foi trabalhar com um marco conceitual	183
. O que foi trabalhar com um marco conceitual interacionista	186
. O que foi trabalhar com um Processo de Enfermagem.....	200
. O que foi trabalhar com um Processo de Enfermagem a partir de um marco conceitual baseado no Interacionismo Simbólico	201
. Saindo de uma assistência voltada para o indivíduo e aprendendo a trabalhar com a família	215
. Rompendo as fronteiras da unidade neonatal...e interagindo no domicílio	220
XI - CONCLUINDO ESTA EXPERIÊNCIA E... FAZENDO ALGUMAS RECOMENDAÇÕES	223
XII - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	231
XIII - A N E X O S	243

INTRODUÇÃO

A escolha de trabalhar com a família do Recém-Nascido (RN) é o resultado de um longo caminho que percorri até aqui. Desde o início da minha vida profissional na área da criança e do recém-nascido, há 11 anos, os familiares e especialmente a figura do pai, vinham chamando minha atenção. Durante estes anos detectei que o pai sempre fora colocado num segundo plano, enquanto as atenções se voltavam quase que exclusivamente para o binômio mãe-filho. Percebia que os próprios profissionais da área da saúde não incentivavam o vínculo pai-filho, o que podia ser comprovado através das rotinas hospitalares existentes que limitavam a visita do pai e dos demais familiares, como também através da resistência encontrada ao se estimular tanto o contato precoce entre pai e recém-nascido como a participação paterna nos cuidados do filho nas unidades neonatais onde trabalhei. Os conhecimentos teóricos que fui desenvolvendo, acrescidos do dia-a-dia profissional, levaram-me a sentir cada vez mais a importância da participação do pai junto ao recém-nascido.



Outro aspecto que fui percebendo referia-se às mudanças sociais que vinham ocorrendo. A mulher havia se integrado à vida econômico-social, através do trabalho remunerado e fora do lar, não exercendo mais apenas o papel de mãe e esposa, levando a família a se reorganizar no que diz respeito aos papéis de seus membros. Em consequência, observava um quadro onde outros elementos da família começavam a ter que desempenhar um papel mais relevante no cuidado das crianças, deixando então o homem de ser apenas o "provedor econômico", como refere GADOTTI (1987), para também assumir um papel mais atuante junto aos filhos. Foi refletindo sobre estes aspectos e me fazendo alguns questionamentos durante minha vida profissional que elaborei uma proposta preliminar de trabalho a ser apresentado à Comissão de Seleção do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina intitulada "O pai do recém-nascido: percepções, expectativas e conduta" (NITSCHKE, 1987).

Já no início do Curso de Mestrado comecei minha caminhada para buscar o desenvolvimento de um marco conceitual não apenas para cumprir uma tarefa acadêmica, mas por realmente acreditar na importância de ter um referencial teórico para minha prática assistencial, proporcionando-me um guia para que eu pudesse observar, refletir e interpretar o que eu vivenciava ao assistir. Além disto, seguindo o pensamento de SOUZA (1984), um marco conceitual facilitaria minha comunicação e entendimento com outros

profissionais já que estaria explicitando sobre que idéias, crenças, valores e conceitos estava embasando minha prática assistencial.

Estudando as teóricas de enfermagem, identifiquei-me com Imogene King e Madeleine Leininger. Através de KING (1981) passei a compreender a enfermagem como um processo de interação e comecei também a perceber que a interação poderia ser um conceito chave para mim. LEININGER (1985), por sua vez, atraía-me por eu considerar que o aspecto cultural era essencial para o trabalho que pretendia desenvolver. Posteriormente, estudando "Marcos Aplicados à Família" e "Psicologia Social", identifiquei-me com a Teoria da Interação Simbólica que a partir de então passou a embasar fundamentalmente o meu marco para prática assistencial. Isto porque ia de encontro a minha crença de que para prestar uma assistência de enfermagem, enquanto enfermeira, eu deveria conhecer as percepções e expectativas da minha clientela, bem como suas crenças e valores culturais, ou seja, o significado que as coisas têm para ela. Via, deste modo, que a interação seria o "coração" do meu trabalho. Cabe salientar que interação aqui é entendida como as relações existentes entre os seres humanos podendo estas serem positivas ou negativas, distinguindo-se portanto do termo integração que se refere ao ato de completar-se.

Nesta trajetória, iniciei com um marco voltado para a assistência de enfermagem ao pai do recém-nascido, passando, mais tarde, a ser dirigido à família do recém-nascido. Isto porque comecei a entender que não podia prestar assistência ao recém-nascido, à mãe do recém-nascido, ao pai do recém-nascido ou outro familiar do recém-nascido de forma isolada, ou mesmo apenas enquanto díades; também iniciei a compreender teoricamente que a família não era apenas a soma de seus elementos (RN + pai do RN + mãe do RN + ...), mas que era algo diferente, único, singular; era uma unidade!

Assim, estava frente a um grande desafio, pois nunca havia assistido a família enquanto unidade, mas apenas indivíduos que tinham familiares. Aceitando enfrentar este desafio, apresento aqui o relato da experiência de interagir com a família do recém-nascido através de uma metodologia de assistência de enfermagem fundamentada num marco conceitual elaborado com base na Teoria da Interação Simbólica. Esta experiência foi desenvolvida junto à famílias cujo recém-nascido estava na unidade neonatal de um

hospital da Grande Florianópolis, no período de abril a agosto de 1989, sendo que a interação ocorreu não só a nível hospitalar, conforme proposta inicial, mas também a domicílio, atendendo uma necessidade demonstrada pelas próprias famílias. Todavia, sendo mais precisa, é importante ressaltar que a experiência que aqui trago não se limita apenas ao período acima citado, pois reflete na verdade todo um processo que eu já vinha (se) desenvolvendo ao chegar no "Mestrado" e que continuou durante todo o curso através: de conhecimentos novos adquiridos; do próprio desenvolvimento do marco conceitual e do processo de enfermagem; da sua aplicação e posterior avaliação; persistindo até o aqui e agora, mesmo tendo deixado de interagir diretamente com as famílias no final de agosto de 1989. Sendo assim, posso dizer que apresento o processo vivenciado ao interagir com a família do recém-nascido, o que na realidade significa um "aprendendo a trabalhar com a família...".

Não abandonei meu ideal de estimular o contato precoce do pai com o recém-nascido, visando a futura interação pai-filho; apenas o ampliei. Acredito que assistindo a família do recém-nascido poderei atingir um ideal maior, ou seja, uma futura interação familiar* saudável.

* Ainda que as palavras familial e familiar sejam sinônimas, conforme FERNANDES(1967), o termo familial é eleito por mim numa tentativa de limitá-lo ao que se refere propriamente a família, buscando distinguir do termo familiar que é muito utilizado popularmente também para designar aquilo que "é muito conhecido", "acostumado". Entretanto, neste estudo várias vezes encontrar-se-ão os dois termos sendo utilizados, sempre no sentido do que é relativo à família, visto que trabalho com diferentes autores.

I - EXPONDO MEUS OBJETIVOS

Ao me propor a realizar este trabalho tive como objetivo geral desenvolver uma assistência de enfermagem à família do recém-nascido que está na unidade neonatal de um hospital através de uma metodologia fundamentada num marco conceitual baseado na Teoria da Interação Simbólica. Sendo assim, meus Objetivos Específicos foram:

- elaborar um marco conceitual para fundamentar a assistência de enfermagem à família do recém-nascido;

- desenvolver e implementar uma metodologia de assistência de enfermagem à família do recém-nascido, baseada no marco conceitual elaborado;

- avaliar a aplicabilidade do marco conceitual elaborado e da metodologia da assistência de enfermagem à família do recém-nascido.

II - REVISANDO A LITERATURA



Neste capítulo apresento uma revisão do que considerei significativo na literatura existente para respaldar o trabalho que pretendia desenvolver. Seguindo este objetivo desenvolvi este tópico em três itens básicos: "Família"; "O Recém-Nascido e a Interação Familiar"; "A Enfermagem e a Interação na Família do Recém-Nascido".

- Família

A palavra "família" traz consigo diferentes e variados significados para as pessoas, dependendo do local onde vivem, de

sua cultura, e também de sua orientação religiosa e filosófica. Além disto, a família apresenta diversas definições, tipos e mesmo atribuições, podendo ainda ser vista também segundo diferentes linhas teóricas distintas. Segundo WAECHTER (1976), de um modo geral a família tem sido entendida como um grupo social, tendo sua origem no casamento ou em uma aliança comparável, sendo estabelecido por vínculos legais ou religiosos, servindo para procriar ou criar crianças, visando, assim, assegurar a continuidade da raça e da linhagem. Esta família geralmente possui um relacionamento onde se observam sentimentos como amor, afeição e respeito.

Por outro lado, DELANEY (1986) diz que, tradicionalmente, a família tem sido definida como o casal e seus filhos, sendo estes tanto por nascimento como por adoção. Esta autora traz um aspecto muito significativo quando relata que ao se trabalhar com família deve-se defini-la rigorosamente, sendo que para formular esta definição, deve-se considerar alguns fatores como os legais, os biológicos, os sociais e os psicológicos. Legalmente, um consenso permitido é limitado para aqueles vínculos caracterizados por laços de sangue, adoção, tutela ou casamento. Biologicamente, considera-se a rede familiar biológica e a família de procriação. Sociologicamente, a família pode incluir qualquer grupo de pessoas que vivam juntas. Neste caso, a família pode ser um pai, duas crianças e um inquilino ou, ainda, ser formada por várias pessoas que vivam em uma mesma residência como um convento ou uma pensão. Psicologicamente, a família inclui qualquer grupo com laços emocionais muito fortes que se considere uma família.

Dando sua própria definição, DELANEY (1986) coloca a família como "um sistema dinâmico de duas ou mais pessoas que se consideram uma família, as quais dividem uma história, objetivos comuns, obrigações, laços afetivos, e um alto grau de intimidade". E mais, a família seria dois ou mais indivíduos, cada um com suas qualidades singulares que, interagindo, formam um todo que é diferente e maior do que a soma de seus membros.

Segundo PRADO (1985), todos sabem o que é uma família, visto que todas as pessoas são parte integrante de alguma família. A autora chega a considerar a família como uma entidade "óbvia para todos". Entretanto, ela também afirma que é difícil para qualquer pessoa definir a palavra família, bem como o conceito que a englo-

ba. Por sua vez, MANCIAUX (1975) defende que a família propriamente dita não se define, ela existe e vive por si mesma.

A família também pode ser analisada segundo pontos de vista de diferentes linhas teóricas. Assim, conforme HILL e HANSEN (1960), na linha estrutural funcionalista, a família é vista como um sistema social dentro dos muitos componentes da sociedade e é estudada sob prisma de como funciona nesta sociedade. Internamente, a família, por sua vez, é composta de indivíduos que são vistos através de seus conjuntos de papéis e posições que são significativos para suas funções na manutenção do sistema familiar e, em última análise, na sustentação do sistema social. Nesta perspectiva a família é vista mais como um elemento adaptativo passivo do sistema do que um agente dinâmico e de mudança.

Na perspectiva institucional os primeiros estudos viam as instituições e, dentre elas, a família como um aspecto da sociedade que seria um organismo, um sistema suportado e mantido por suas partes. Este enfoque, segundo HILL e HANSEN (1960), era muito compatível com o estrutural funcionalismo. Os institucionalistas modernos, por sua vez, ao contrário de seus antecessores, enfatizaram a família como sendo uma unidade social na qual os valores culturais e individuais são o centro de interesse. Para eles, instituição significa um grupo de pessoas organizadas de acordo com princípios culturais, com o objetivo de desenvolver atividades que satisfaçam suas necessidades individuais e sociais como seres humanos. Os membros institucionais são elementos ativos na sociedade, mas a continuidade desta é assegurada, pois os valores individuais e o aprendizado das necessidades são transmitidas de uma geração para outra dentro do sistema familiar que, por sua vez, existe num meio cultural. A linha institucional, de acordo com HILL e HANSEN (1960), está estreitamente relacionada com trabalhos das linhas histórica, descritiva e transcultural. Segundo NYE e BERARDO (1981), uma das grandes limitações da perspectiva institucional repousa no fato de que ignora as relações dentro de famílias específicas, bem como o comportamento individual dos membros da família, enfatizando mais a família como instituição do que os processos internos de determinados grupos familiares.

A linha desenvolvimentista, conforme HILL e HANSEN (1960), preconiza a existência de uma história natural previsível e de um ciclo familiar composto por vários estágios, sendo que cada

estágio tem características próprias nas quais tarefas ou funções são desempenhadas por seus membros ou pela família como um todo. Assim como a linha interacionista (com a qual mais se aproxima), a linha desenvolvimentista também vê a família como uma arena de personalidades interagindo, organizada internamente dentro de posições (por exemplo, pai-marido, filho-irmão). Normas determinam o apropriado comportamento de um papel para cada uma dessas posições específicas e indicam como as relações recíprocas devem ser para se manterem. Além disto, estabelecem como os comportamentos dos papéis podem se modificar com as mudanças de idade dos ocupantes das posições. De acordo com DUVALL (1957), apud NYE e BERARDO (1981), a família durante seu ciclo vital, passa por oito estágios, seguindo a idade do filho mais velho. Em cada um destes estágios, tarefas específicas são atribuídas aos membros da família. Estes estágios podem assim ser descritos:

Estágio I - Família em formação (casal sem filhos)

Estágio II - Família em expansão ou em fase de procriação (filho mais velho com menos de 30 meses)

Estágio III - Família em idade pré-escolar (filho mais velho com idade de 2 anos e meio a 6 anos)

Estágio IV - Família em idade escolar (filho mais velho com idade entre 6 a 13 anos)

Estágio V - Família adolescente (filho mais velho com idade entre 13 e 20 anos)

Estágio VI - Família em lançamento ou com centro de saída (período desde a saída de casa do primeiro filho até a saída do último filho)

Estágio VII - Família nos tempos de "meia-idade" (os pais agora na meia idade voltam a ficar sozinhos; período da "casa vazia" até a aposentadoria)

Estágio VIII - Família na velhice (os pais já estão idosos; período desde a aposentadoria até a morte de um dos cônjuges).

(DUVALL, 1957 in NYE e BERARDO, 1981, p.208; MURPHY, 1973, p.30; DELANEY, 1986, p.90; LEONARD, 1989, p.205; BOEHS, 1990, p.13).

Conforme ROWE (1981), alguns aspectos desta teoria devem ser revistos, como por exemplo a hipótese de DUVALL de que a família evolui conforme o desenvolvimento de seu filho mais velho. Dentro deste espírito, o autor refere que RODGERS (1964) propôs o

desenvolvimento da família como um resultado de um complexo de papéis determinado tanto pelo desenvolvimento do filho mais velho como também do filho mais novo. RODGERS (1964) elaborou um ciclo de vida familiar com vinte e quatro categorias. Entretanto, segundo ROWE (1981), mesmo neste complexo ciclo familiar, não existe nenhuma proposta desenvolvida para estudar as diferentes condições dos filhos que compõem a família. Além disto, esta perspectiva respalda as mudanças de papéis apenas de famílias que possuam dois filhos. Outra questão que surge é a de que esta perspectiva não inclui aqueles casais sem filhos que, por sua vez, também tem uma história, mesmo não tendo filhos.

Na linha sistêmica, segundo MERCER (1989), a família é um sistema maior e diferente do que a soma de suas partes. Este sistema é composto por uma série de elementos em interação. Dentro do sistema familiar há muitas hierarquias; existe o subsistema da família como o de mãe-filho por exemplo; a família como um sistema com seus membros como unidades, e a comunidade como ambiente; a família como uma indiferenciada unidade num largo sistema social com indivíduos vistos como sistemas; ou ainda, a família como um meio para os indivíduos os quais, por sua vez, são vistos como sistemas. O sistema familiar muda constantemente em resposta aos estresses e tensões tanto dentro como fora do seu meio, assim qualquer mudança em uma parte do sistema familiar pode afetar todo o sistema. Sendo o sistema familiar organizado como um "todo", os indivíduos dentro da família são vistos como partes interdependentes deste sistema. MERCER (1989), ao destacar a utilização desta linha de abordagem à família dentro de trabalhos de enfermeiras, cita FAWCET (1977) e ROGERS (1983). Segundo a autora, FAWCET (1977) integrou a teoria de sistemas com a teoria de enfermagem de ROGERS (1983), definindo a família como um sistema vivo e aberto. Conforme MERCER (1989), ROGERS (1983) colocou a família como um irreduzível campo de energia, diferente de suas partes, as quais estão em constante mudança. Sendo o todo diferente e maior do que a soma de suas partes, as características familiares não podem ser previstas a partir do conhecimento de cada membro da família. A perspectiva sistêmica tem sido adotada no estudo de famílias em expansão e contração, famílias em crise, e famílias com problemas especiais. MERCER (1989), ao discutir as limitações da perspectiva sistêmica, refere que os enfermeiros tem usado a teoria dos sistemas no estudo de indivíduos e díades,

entretanto, pouco desta teoria tem sido usado para estudar a família enquanto unidade. A dificuldade de operacionalizar muitos dos conceitos e de mensurar as variáveis tem inibido as iniciativas de testar e ampliar esta teoria.

Na perspectiva da teoria da troca social, a família é o grupo social onde as transações de custo/recompensa/lucro realizam-se dentro de um processo de troca com reciprocidade generalizada; as pessoas evitam comportamentos com alto custo e procuram situações recompensadoras e relações que aumentem seus ganhos/lucros (NYE, 1979). Segundo MERCER (1989), embora esta linha tem sido vista como promissora pelos sociólogos, não se encontram trabalhos na área da família desenvolvidos por enfermeiros dentro desta perspectiva; talvez pelo fato de ser pouco conhecida ou porque suas pressuposições são menos congruentes com os problemas de enfermagem do que as de outras linhas. A perspectiva da troca (social) tem sido utilizada para o desenvolvimento de estudos nas diferentes áreas do comportamento da família tais como: conflito e violência familiar; profissão das mães; escolha do momento do casamento e da paternidade; comportamento sexual e comunicação. Conforme MERCER (1989), um dos problemas do uso da teoria da troca na pesquisa da família repousa no fato de que uma simples interação pode ser freqüentemente mais observada do que a totalidade de troca de benefícios. Um dos pontos fortes desta linha é a sua possibilidade de contribuir para a compreensão sobre a interdependência dos indivíduos, particularmente dentro de famílias nas quais fatores irracionais podem funcionar nas situações de troca. GELLES e CORNELL (1987) defendem que a teoria da troca fornece uma perspectiva que melhor integra os elementos-chave de diversas teorias que explicam a violência humana e pode também esclarecer e responder uma série de questões relacionadas à violência na família.

Na perspectiva do conflito, de acordo com SPREY (1979), a família é vista como uma arena de interesses conflitantes. O processo de família é um continuado esforço para fazer a paz que pode resultar em uma ordem negociada, um estado de interesses que permanece aberto a contínua renegociação. NYE e BERARDO (1981), abordando a linha do conflito segundo diferentes autores, colocam alguns aspectos da natureza familiar. Deste modo, a família é um sistema em conflito. Assim como os outros grupos sociais, a família não tende naturalmente para um estado de equilíbrio, sendo

a manutenção de consenso e a coesão problemática. O conflito social e a mudança social são partes naturais da vida da família. As situações de conflito na família podem tomar a forma de oposição de interesses, incompatibilidade de objetivos, diferença de valores; expectativas de papéis discrepantes, escassez de recursos ou choque de personalidades. Os membros da família tem diferente acesso aos recursos e ao poder, o que resulta em diferentes posições no sistema de estratificação social. A ausência de expressão de conflito dentro de uma determinada família não pode ser interpretada como felicidade e satisfação de seus membros, sendo que a completa repressão do conflito implica em conseqüências negativas tanto para a unidade da família como para seus elementos.

Na linha do materialismo histórico, segundo GHIORZI (1988), a família é vista como uma instituição social histórica e dinâmica que se articula com as demais instituições sociais, e pode intervir de modo ativo e dialético na realidade concreta social, buscando mudança social. Conforme GAYOTTO (1985), apud GHIORZI (1988), a família dentro de uma sociedade de classes sociais, como a capitalista é definida como a instituição fundamental, ou seja, a unidade dentro da qual se realiza a reprodução da força de trabalho. De acordo com GHIORZI (1988), a família é caracterizada pelo trabalho humano e não por sua forma (nuclear, ampliada, ou qualquer tipo). Os papéis familiares são fixados por obrigações dentro da família e da sociedade interdependendo a condição social da família e o setor econômico da sociedade da qual faz parte.

Dentro da perspectiva interacionista, a família é vista como uma unidade de personalidades em interação (BURGESS, 1926, in NYE e BERARDO, 1981) cada uma ocupando uma posição ou posições dentro da família para qual(is) um número de papéis são designados. O indivíduo percebe normas ou expectativas de papéis para seus atributos ou comportamento, assegurados tanto individual como coletivamente pelos outros membros da família (HILL e HANSEN, 1960 e SCHVANEVELDT, 1981). Segundo MERCER (1989), esta perspectiva é ampla, podendo ser colocada num continuum, onde as teorias fenomenológicas da interação simbólica e dos papéis representam suas diferentes escolas de pensamento. Entretanto, a teoria da Interação Simbólica (que será abordada no capítulo sobre a elaboração do marco conceitual), principalmente através de George Mead, foi a que mais influenciou a linha interacionista,

emprestando-lhe inclusive seus pressupostos. De acordo com SCHVANEVELDT (1981), o interesse maior desta perspectiva tem sido nos processos internos da família, onde se destacam as áreas de "status", papéis, conflito de papéis, processos de comunicação, resolução de problemas, tomada de decisão, reação de estresse e outros aspectos dos processos interativos da família. HILL e HANSEN (1960) referem que a perspectiva interacionista tem se limitado a determinadas famílias ou grupos específicos de famílias negligenciando a família como instituição, bem como sua relação com a comunidade ou mesmo com outras instituições. MERCER (1989), ao falar sobre as limitações e contradições da linha interacionista, cita que, embora o foco esteja no processo, os interacionistas têm tentado "congelar" o processo ou examinar apenas um de seus pequenos segmentos. Outra limitação é a de que tanto o impacto cultural na família, como as expectativas sociais não são considerados ao se estudar o processo de interação. A pressuposição de que a criança é "asocial" ou não tenha predisposição para ação tem sido refutada através de estudo do temperamento e da atividade fetal e neonatal. Entretanto ao mesmo tempo que o foco na família como um pequeno grupo é uma limitação também é seu ponto forte, o que pode ser constatado por sua larga aplicação. Conforme a autora, outro aspecto de força do Interacionismo Simbólico é a teoria qualitativa que dele se derivou.

Segundo a literatura existem diferentes tipos de família. Conforme LEONARD (1989), eles variam de acordo com a forma da estruturação familiar que "é moldada pela ligação matrimonial, que, por sua vez é determinada pela cultura com suas tradições e valores, e pelo momento histórico". Assim tem-se: a família nuclear, que é composta por um marido, sua esposa e seus filhos, sendo baseada em uma união marital monogâmica; a família de base poligâmica, formada por vários maridos e/ou esposas e seus filhos, que se derivam de um dos três tipos de ligação poligâmica existentes (um marido com várias esposas, a poligamia; uma esposa com vários maridos, a poliandria; e muitas esposas para muitos maridos, o casamento grupal. Outro tipo de família, segundo o autor é a família estendida, extensa ou ramificada sendo aquela, nuclear ou poligâmica, que se estende incluindo a geração paterna, e algumas vezes, parentes como tios e tias. REISS (1980), apud LEONARD (1989), refere que 75% das uniões matrimoniais no mundo

são poligâmicas, enquanto 24% são monogâmicas e 1% é do tipo poliandria.

PRADO (1985), além de referir-se às famílias do tipo nuclear, extensa, cita também outros tipos. Existe a família natural ou incompleta, ou seja, aquela formada por uma mãe com filhos sem a designação de um pai. Há as famílias alternativas como, por exemplo, as comunidades que, segundo a autora, representam uma tentativa de resolver os problemas enfrentados pela família nuclear como o isolamento. Nestes grupos pode existir uma origem mística ou religiosa, ou motivações políticas ou ideológicas (comunidade anarquista italiana "Colônia Santa Cecília" e os "hippies"). Estas comunidades variam muito em sua composição e normas de vida, segundo PRADO (1985). Algumas mantêm a monogamia; outras, as monogâmias sucessivas entre todos os elementos do grupo, inclusive entre pessoas do mesmo sexo. A autora também fala da família poligâmica, entretanto limita-a apenas ao caso de um homem vivendo com várias mulheres. DELANEY (1986) também fala de forma familiar alternativa, entretanto, não se referindo às comunidades, mas incluindo: casais homossexuais, com ou sem filhos; duas pessoas que não são casadas, mas que vivam juntas; e membros familiares substitutos, como filhos de "criação", pais e avós de "criação", companheiros de quarto, vizinhos ou amigos muito próximos e em alguns casos até mesmo animais de estimação.

PRADO (1985) ainda apresenta outra classificação de formas de famílias denominadas de "originais" que se diferenciam das formas tradicionais, incluindo-se a família de participação, a do casamento experimental, a da união livre e a homossexual. A família de participação é aquela onde marido e mulher tem atividades dentro e fora do lar, possuindo os mesmos direitos e deveres (este tipo ainda está difícil de ser colocado em prática, necessitando de uma revisão na organização social, segundo a autora, visto as discriminações profissionais que a mulher ainda sofre). A família de casamento "experimental" é aquela em que um homem e uma mulher coabitam por algum tempo, legalizando sua união somente após o nascimento do primeiro filho. A família baseada na "união livre" possui alguns aspectos semelhantes a de casamento "experimental", caracterizando-se pela intenção de recusar a formalização religiosa e a legalização civil, mesmo com presença de filhos (distingue-se da família do casamento "de fato", característica e freqüente nas camadas de baixa renda dos países

da América Latina, caracterizando-se mais como uma "estratégia de sobrevivência" e não como uma inovação contestadora). A família homossexual consiste naquela onde duas pessoas do mesmo sexo vivem juntas, podendo ter filhos adotivos, ou resultantes de uniões anteriores ou ainda por inseminação artificial. Existe ainda mais dois tipos de família: a patriarcal e a matriarcal. A família patriarcal é aquela cuja estrutura familiar além de identificar o indivíduo pela origem paterna (patrilinial), ainda dá ao homem o direito prioritário sobre o filho e um poder sobre sua esposa. Na família matriarcal a direção dos lares é garantida pelas mulheres.

Caracterizando o tipo de família da então atual realidade brasileira, PRADO (1985) descreve diferenças nas distintas classes sociais. Na classe chamada alta, a família persiste numa forma mais "extensa" do que nas demais, havendo um patriarca que controla os meios de produção, o patrimônio e a renda familiar, fazendo predominar sua autoridade. Na classe média, a tendência reflete uma família nuclear, mas com uma grande rede de parentesco. Na classe baixa, encontram-se famílias nucleares, entretanto sem união legal e chefiadas por mulheres. A autora destaca que em todas as classes sociais, os padrões patriarcais da família de classe alta são seguidas.

A família também possui atribuições que, segundo LEONARD (1989), citando Duvall referem-se a tudo aquilo que a família tem que fazer com a finalidade de suprir as necessidades de seus membros, objetivando sobreviver e contribuir para a sociedade. As atribuições da família também são abordadas nas diversas linhas teóricas, utilizando-se inclusive diferentes nomenclaturas. Deste modo, na linha desenvolvimentista as atribuições são denominadas de tarefas, enquanto que na perspectiva interacionista o termo papel é o adotado. Dentro da linha estrutural funcionalista as atribuições recebem o nome de função. Observa-se que este termo é o mais utilizado, apesar de muitas vezes o autor não seguir a perspectiva do estrutural-funcionalismo.

As atribuições de cada família dependem, em grande parte, da faixa social que cada uma delas ocupa na organização social e na economia do país ao qual pertence (PRADO, 1985). Conforme GERSHWIN e NILSEN (1989) historicamente as cinco maiores atribuições da família são: conseguir a sobrevivência econômica; oferecer proteção; transmitir valores e religião, educar as crianças e jovens; e conferir "status". A partir de PRADO (1985) ainda pode-se

acrescentar como atribuições da família a reprodução; a identificação social dos indivíduos; a socialização da nova geração; a produção de bens e o consumo destes; a realização de serviços (higiene, cozinha, costura etc...); o desenvolvimento de atividades de lazer; a fiscalização de comportamentos de obediência a hierarquias e autoridades, e a saúde dos membros. Conforme a autora, algumas das funções da família recebem apoio e interferência de instituições sociais como por exemplo a saúde dos membros da família e a socialização das crianças. GERSHWIN e NILSEN (1989) defendem que se as instituições sociais tem assumido muitas dessas atribuições da família, espera-se que a família de hoje atenda as necessidades relacionais/interacionais de seus membros como: amor, intimidade, auto-aceitação e cuidado, entre outros.

Segundo BOMAR (1990) uma das maiores atribuições da família é o cuidado à saúde. A família é primariamente responsável pela maioria de seus cuidados para saúde durante os ciclos de saúde-doença. Tais cuidados incluem tanto o ensinamento das práticas de cuidado à saúde, como também a garantia de suporte social durante a saúde e a doença. ELSEN (1984), ao estudar famílias de uma comunidade pesqueira de Florianópolis, em Santa Catarina, encontrou como resultado que a família pode ser considerada como um sistema peculiar do cuidado à saúde, tendo seu próprio referencial para guiar suas ações em situações de saúde e doença no domicílio. PATRICIO (1990) e BOEHS (1990) em seus trabalhos também com famílias de Florianópolis, porém famílias de adolescentes grávidas solteiras, e de recém-nascidos, respectivamente, identificaram a família como unidade de cuidados para a adolescente, seu recém-nascido e demais membros, através de práticas próprias das famílias das suas relações e daquelas indicadas pelos serviços de saúde disponíveis.

No que se refere à saúde, assim como há a saúde de indivíduos, também podemos falar em saúde da família. Conforme GILLIS (1989), apesar de os indivíduos (membros participantes e componentes da família) serem interativos, a saúde desses indivíduos distingue-se da saúde da família, entendida aqui como unidade. De acordo com BOMAR (1990), embora exista dificuldade em conceituar saúde da família, muitas definições envolvem diferentes dimensões podendo ser tanto biológicas, psicológicas e sociológicas como espirituais e culturais. GILLIS (1989), citando o trabalho de BAWRNHILL

(1979), também aborda as dimensões da saúde da família, referindo que são organizadas em quatro áreas: identidade de processos; mudanças; processamento de informação e estruturação de papéis. Conforme BOMAR (1990), as definições de saúde da família e família saudável derivam-se de uma variedade de marcos conceituais e teóricos. Deste modo, os terapeutas familiares definem a família saudável como aquela que é livre de psicopatologias e que tem um ótimo funcionamento familiar. Portanto, dentro da "ciência da família" considera-se como saudável a família que tem um equilíbrio de coesão, flexibilidade e uma comunicação funcional.

Por sua vez, os teóricos desenvolvimentistas estabeleceram que as famílias são saudáveis quando estão cumprindo tarefas de desenvolvimento no tempo apropriado. Ainda segundo BOMAR (1990), a família saudável pode ser aquela que possui como característica a habilidade para enfrentar o stress.

Um grupo de enfermeiras, que desenvolveu sua dissertação dentro do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC na área da família, também definiu em seus trabalhos a saúde da família e/ou família saudável segundo diferentes perspectivas. BOEHS (1990), dentro da linha transcultural e também utilizando a Teoria do Desenvolvimento, considerou como família sadia aquela que mantém um conjunto de reservas físicas, psíquicas, sócio-culturais e de ambiente físico que permitem normatizar sua vida e instituir novas normas em situações novas (como o nascimento de um novo membro).

Também seguindo a linha transcultural, PATRICIO (1990) definiu saúde da família como a capacidade da família de buscar e de normatizar seu bem viver, fundamentada na prática do cuidado, a partir dos recursos de cada membro e da família como unidade, com suas crenças, valores e modos de cuidar, envolvendo as utilização de cuidados do sistema profissional de saúde, incluindo o cuidado de enfermagem.

Dentro da perspectiva interacionista, segundo DELANEY (1986), família saudável é aquela que possui canais abertos de comunicação, regras flexíveis, auto-valorização elevada, e negociações bem sucedidas com elementos externos à família. Ainda nesta linha, RIBEIRO (1990), ao desenvolver seu trabalho junto à famílias maltratadoras, refere-se a saúde familiar como uma interação de aproximação entre os membros da família, os quais interagem entre si e com a sociedade.

PRATT (1976), apud GILLIS (1989), caracteriza a família saudável examinando seus laços com a comunidade, a interação entre os membros da família, a estrutura de papéis, a liberdade e as responsabilidades.

Numa pesquisa realizada com 551 profissionais que trabalham com famílias, CURRAN (1983), apud BOMAR (1990), observou que as características mais citadas de uma família saudável são: seus membros comunicam-se (escutam um ao outro), e dão suporte um ao outro; ensina o respeito de um pelo outro; desenvolve o senso de unidade; possui senso de humor e para brincar; exhibe um senso de responsabilidades partilhadas; ensina um senso de certo e errado; possui um forte senso de família rico em rituais e tradições; apresenta um equilíbrio de interação entre os membros; possui um centro religioso; seus elementos demonstram o respeito pela privacidade do outro; mostra valores de ajudar o outro; cria um tempo para família à mesa para conversar; partilha tempo de lazer; e admite solicitar ajuda quando está com problemas.

- O Recém-Nascido e a Interação Familiar

Passo agora a abordar aspectos sobre o processo que permeia os eventos que ocorrem quando os membros da família do recém-nascido estão em recíproca presença imediata, ou seja, tratarei sobre a interação na família do recém-nascido. Entretanto, antes de mais nada, falo sobre o recém-nascido para depois entrar nas interações que ocorrem na sua família.

De acordo com MONETTI, apud PIZZATO e DA POIAN (1980), o Recém-Nascido (RN) é todo ser humano considerado desde o instante do seu nascimento até completar 28 dias de vida. O recém-nascido tem sido objeto de muitos estudos nestes últimos anos o que tem permitido sua maior compreensão, oportunizando classificá-lo. As classificações existem para orientar uma assistência a ser prestada ao recém-nascido, sendo fundamentais para fornecer indicações de situações de risco em que o recém-nascido possa se encontrar. Entretanto, ao se referir à classificação, MARLOW (1975) chama-nos a atenção para estarmos atentos para jamais vermos o recém-nascido como um bebê típico, isto é, uma unidade de um grupo em que todos são parecidos. PINCUS (1981), PIZZATO e DA POIAN (1985) destacam muito bem este aspecto quando afirmam que

cada recém-nascido é um ser único, ou seja, não existem duas crianças iguais, pois possuem diferenças físicas, emocionais e mentais. Portanto, ao estudarmos e ao assistirmos o recém-nascido e sua família torna-se essencial reconhecê-lo como um indivíduo, considerando-o na sua totalidade.

Dentro de uma classificação biológica, a Organização Mundial de Saúde (OMS), apud PIZZATO e DA POIAN (1985), tem adotado dois parâmetros para classificar os recém-nascido: o peso de nascimento e a idade gestacional. Estes dois parâmetros, segundo PIZZATO e DA POAIN (1985), são essenciais para uma melhor avaliação das condições físicas do recém-nascido.

LEBOVICI (1987) refere que o peso do nascimento e outras características físicas do recém-nascido desempenham um papel na interação, uma vez que essas características influenciam as representações que os pais fazem de seu filho.

A classificação do recém-nascido segundo a Idade Gestacional (IG) e o Peso de Nascimento (PN) é apresentada de forma resumida no Quadro I.

QUADRO I
Classificação do Recém-Nascido segundo Idade Gestacional (IG) e Peso de Nascimento (PN).

			Pré-termo: nascido antes de 38 semanas de gestação*
IDADE GESTACIONAL	↗		
	→	A termo:	nascido entre 38 a 42 semanas de gestação
	↘		
		Pós-termo:	nascido com ou após 42 semanas de gestação

(LUBCHENCO, apud AVERY, 1978)

		Grande para Idade Gestacional
(GIG)		
		↗
PESO DE NASCIMENTO (AIG)	→	Adequado para Idade Gestacional
		↘
		Pequeno para a Idade Gestacional
(PIG)		

(PIZZATO e DA POIAN, 1985)

*Uma criança é considerada de 37 semanas de gestação mesmo que seja até 37 semanas e 6 dias; a partir de 37 semanas e 7 dias (inclusive) a criança será considerada de 38 semanas.

Feitas estas considerações para conhecermos como o recém-nascido tem sido classificado do ponto de vista mais biológico, passo a abordar outros aspectos do recém-nascido propriamente interativos.

De acordo com BANTON e LUM (1986), o recém-nascido tem capacidade de interação desde o momento do nascimento, sendo que seus pais necessitam estar conscientes desta capacidade de seu filho para poder interagir com ele, facilitando assim o seu desenvolvimento. Segundo os autores, desde os primeiros momentos de vida, além das experiências vividas pelo recém-nascido, as condições ambientais também exercem um impacto sobre o seu desenvolvimento e sua conduta. O recém-nascido tem um grande potencial tanto para o desenvolvimento físico e motor, bem como para o intelectual e o emocional, necessitando apenas ser estimulado. Entretanto, as características do estímulo também desempenham um importante papel. Os recém-nascidos têm necessidade de estimulação sensorial (bem como de muito sono e repouso), ou seja, precisam de estimulação tátil, cinestésica, e variações no nível de som do seu meio, bem como de estímulo de alterações de luz e sombra para desenvolver o mecanismo visual tão relevante ao aprendizado e percepção posterior. Uma adequada combinação de frequência e variedade de estímulos podem realmente despertar o recém-nascido e levá-lo a interagir com seu meio, enquanto uma inadequada combinação poderá levá-lo a um isolamento. O recém-nascido dá uma resposta a estimulação recebida indicando se deseja mais estímulo ou mesmo o isolamento, caso tenha sido superestimulado.

Segundo WAECHTER (1976), os níveis de estimulação adequada para a maioria dos recém-nascidos são logo alcançados pelos cuidados recebidos por parte de uma mãe amorosa (e aqui acrescenta-se também o pai e outros elementos da família que tenham vínculo afetivo com o bebê). Tanto o carinho, o colo, o embalo e as mudanças de posição fornecem sensações cutâneas e cinestésicas; já o canto e as atividades do lar fornecem níveis diversos de som; o estímulo visual é atingido pelas variações de luz e sombra, à medida que o bebê é carregado e se movimenta.

O bebê também aprende como o meio lhe responde, ou seja, o quanto precisa chorar para ser atendido, como é alimentado, tocado; como conversam com ele. Ilustrando, pode-se colocar algumas experiências com o recém-nascido, citados por WAECHTER

(1976), que mostram que aqueles bebês que recebem uma quantidade moderada de manuseio materno choram durante menos tempo e são mais interessadas em olhar o que os cerca do que aqueles que recebem uma quantidade mínima de tais estímulos.

Tendo por objetivo melhor compreender a interação entre o recém-nascido e sua família, diversos autores tem abordado as capacidades interacionais do RN que incluem tanto suas capacidades sensoriais como também seus reflexos. No Quadro II, a seguir, apresento de forma resumida estas capacidades interacionais do recém-nascido, segundo alguns autores, colocando inclusive suas divergências. Além disto, também são apresentadas algumas ações que podem estimular o recém-nascido na interação entre ele e sua família.

Entretanto, há alguns aspectos que merecem ser melhor desenvolvidos devido a sua relevância na interação da família do recém-nascido. No que se refere à visão, GREEMAN, apud LEOVICI (1987), concluiu que desde o período neo-natal há um reconhecimento de caráter estruturado de um alvo visual, o que veio a reforçar as afirmações das mães que falam que seus filhos as olham desde recém-nascido. Foi constatado também que o colo e o carinho eram gestos que favoreciam a abertura dos olhos dos recém-nascidos, além de possibilitar a perseguição visual do estímulo. Sendo assim, o olhar do RN surge como um meio pelo qual ele pode desenvolver a força do laço afetivo.

Segundo LEOVICI (1987), talvez as sensações olfativas sejam mais finas no recém-nascido do que na criança ou mesmo no adulto. Para o autor, as pesquisas têm levado ao pensamento de que o olfato facilita a procura e o contato ao seio materno e, por isto, na experiência do recém-nascido, as percepções olfativas acabam por desempenharem um papel mais significativo do que para a criança ou para o adulto.

Quanto às sensações gustativas, LEOVICI (1987) defende que estas são provavelmente muito relevantes ao recém-nascido, devido a importância que a experiência alimentar tem neste estágio de vida.

A abordagem dada por WAECHTER (1976) ao tato reforça muito sua importância para a interação. Conforme a autora, as primeiras percepções que o recém-nascido apresenta são derivadas, principalmente, através do sentido do tato, sendo por meio dele que o conhecimento inicial de outras pessoas é desenvolvido. As

sensações táteis, segundo ele, são capazes de transmitir ao recém-nascido sentimentos como amor, segurança e prazer.

Há uma falta de consenso entre os autores quanto a alguns aspectos, como a localização de objetos, o desenvolvimento do olfato, locais de maior sensibilidade ao tato, e discriminação frente a estímulos sonoros. Todavia esta discordância também pode ser resultado de uma evolução científica através dos anos.

O recém-nascido desempenha um papel na interação pais-recém-nascido, entretanto cada recém-nascido não intervém de modo idêntico. Cada recém-nascido apresenta características próprias e individuais de comportamento e o modo como essas diferenças são aceitas e satisfeitas é que irá influenciar seu equilíbrio, desenvolvimento e estruturação da personalidade. As diferenças de cada recém-nascido tem sido atribuídas conforme AVERY (1978), PIZZATO e DA POAIN (1985) a fatores hereditários, psicológicos, biológicos e ambientais. De acordo com FERNANDES (1979), os geneticistas e biólogos têm uma visão do ser "como um organismo complexo que agirá e reagirá no mundo, apesar de seu contexto, de acordo com o contingente genético que herdou." Os ambientalistas, por sua vez, enfatizam o contexto social, afirmando que o psiquismo do ser humano vai se formando conforme o meio, sendo este fator predominante no desenvolvimento da personalidade. Entre estes dois enfoques, encontramos a posição dos psicólogos que defendem que o desenvolvimento da criança é resultante da interação entre os fatores genéticos e o meio; posição esta que é também apoiada por WAECHTER (1976).

A questão da influência da vida intra-uterina bem como do processo do parto sobre as diferenças individuais dos recém-nascidos tem sido destacadas pelos autores. Segundo LEOVICI (1987), está cada vez mais claro que o ambiente intra-uterino é muito variável e que o feto pode ser submetido, não só a carências nutricionais, a agentes tóxicos ou agressões infecciosas, como a influências relativas ao estado emocional da mãe. Conforme SAMEROFF (1978), mulheres que estejam emocionalmente abaladas e estressadas durante a gestação tem tendência a ter crianças consideradas "difíceis" ou que tenham um comportamento anormal. Não se conhece ainda o mecanismo que levaria a

Quadro II

INTERAÇÃO RECÉM-NASCIDO - FAMÍLIA

CAPACIDADES INTERACIONAIS DO RECÉM-NASCIDO

AÇÕES QUE ESTIMULAM O RECÉM-NASCIDO

S E N	VISÃO	-Detecta as diferentes intensidades de luz-WAECHTER(1976)	-Colo (movimentando-se)
		-Segue movimentos maiores dos objetos de modo vago-WAECHTER(1976)	-Carinho
		-Percebe um objeto de cor viva- GREEMAN, apud LEBOVICI(1987)	
		-Vira a cabeça para facilitar o movimento de perseguição ocular	
		-Não pode focalizar objetos-WAECHTER(1976)	
		Focaliza ambos os olhos sobre o mesmo ponto-KAYEES e col., apud BEE(1977) e LEBOVICI(1987)	
		-Muda o foco para objetos mais próximos, mais distantes ou em movimento. Idem	
		-Tem melhor foco numa distância de 20 cm de sua cabeça. Idem.	
		-Muitos objetos dentro do campo visual parecem embaçados. Idem.	
		-Fixa o contorno dos objetos(fronteiras que delimitam 2 regiões com cores distintas)- KAITH e KERSEN, apud BEE(1977) e LEBOVICI(1987)	
		-Tem preferência por outros que ofereçam maior complexidade(contém mais informações visuais. Idem.	- Oferecer objetos complexos e coloridos com mais informações visuais
T	OLFATO	-Rudimentar ao nascer, sendo lentamente desenvolvido-WAECHTER(1976)	
		-Sente cheiro - BEE(1977)	
		-Tem capacidades olfativas desde os 2 dias de vida- LEBOVICI(1987)	
		-Pode discriminar 2 odores parecidos-McFARLANE, apud LEBOVICI(1987)	
I	GUSTAÇÃO	-Distingue 4 sabores básicos(doce, salgado, azedo, amargo) - BEE(1977)	
		-Distingue 2 sabores(doce, amargo) - FLUREN e col., apud PIZZATO e DAPOIAN(1985)	
D	TATO	-Capaz de responder a dor retirando a parte tocada ou chorando por desconforto-WAECHTER(1976)	-Colo / -Carinho
		-Tato mais desenvolvido nas mãos e boca -BEE(1977), face e lábios -PIZZATO e DAPOIAN(1985) ou lábios, língua, ouvidos e face - MARLOW(1975)	-Embalco -Mudanças de posição
O	AUDIÇÃO	-Não apresenta especificidade para ouvir, embora se oriente para a origem do som-WAECHTER(1976)	
		-Não está claro que possa reconhecer a localização dos sons- BEE(1977)	
		-Demonstra capacidade de discriminação frente a estímulos sonoros-LEBOVICI(1987)	
		-Distingue a voz humana de outros sons-MARLOW(1985) e LEBOVICI(1989)	-Conversar
S		-Sorri com mais frequência quando há presença de voz humana(2ª semana). Idem.	
		-Especialmente sensível a sons de intensidade média, semelhante à voz humana(50 a 60 decibéis). BEE(1977)	
		-Possui audição com "franca resposta a ruídos fortes"- PIZZATO e DAPOIAN(1985)	-Cantar canções de ninar
		-Responde melhor a uma intensidade de 90 decibéis-MARLOW(1975))	-Emitir gorgoejos rítmicos
R	MORO (do abraço)	-Muito sensível a som rítmico (característica calmante)	-Embalco no colo ou berço
		-Resposta caracterizando um abraço	-Fazer ruído próximo ao berço
		-Estremece e se encolhe	-Bater palmas
E	LABIAL (dos pontos cardiais/ rotação)	-Vira a cabeça procurando o que tocou para colocar a boca naquele lugar	-Tocar região peritoral
F	SUÇÃO	-Apresenta movimentos de sucção quando tocado em seus lábios(acompanha os reflexos labiais)	-Tocar lábios
L	DEGLUTIÇÃO	-Deglute líquido introduzido na boca(acompanha o reflexo da deglutição)	
E	PREENSÃO	-Agarra energicamente objeto(ou dedo) que seja colocado na sua região palmar ou plantar	-Colocar dedo ou objeto na região palmar ou plantar do RN
X	BABINSKI	-Estende o grande artelho, sendo que os demais dedos abrem-se em leque	-Passar ponta de algum objeto na planta dos pés co sentido calcagnar-artelhos
O	MARCHA	-Desenvolve movimentos de marcha automática	-Segurar recém-nascido pelas axilas em posição vertical, colocando sobre uma superfície
S	PALPEBRAL	-Placa, protegendo o globo ocular	-Encostar levemente algo à pálpebra do recém-nascido

angústia da mãe a ser transmitida para o comportamento da criança. Quanto ao parto, tem sido visto que a sua duração, a quantidade e o tipo de medicação utilizados, e os instrumentos empregados são fatores que influenciam o comportamento do recém-nascido. É importante ressaltar que essas variáveis do parto bem como o estado emocional da mãe durante a gestação são fatores que estão muito relacionados, pois gestantes com problemas emocionais, geralmente, vão fazer uso de medicação e também apresentam mais complicações durante o parto. Nestas situações é freqüente observar-se um recém-nascido, inicialmente, menos reativo à sua mãe e, assim, menos capaz de dar as "recompensas" que a mãe espera ao cuidar de seu filho.

Segundo SAMEROFF (1978), o trabalho de Thomas Chess e seus colaboradores é o que trata mais explicitamente das diferenças individuais relacionadas com a qualidade da interação materno-infantil. Eles acompanharam um grupo de sujeitos desde a primeira infância até o início do primeiro grau, observando categorias comportamentais que compunham o estilo de reação da criança. A palavra "temperamento" foi utilizada para separar esses estilos de resultados relacionados às origens da individualidade. O temperamento da criança foi descrito a partir de nove categorias comportamentais a saber: nível de atividade; ritmicidade (regularidade de funcionamento biológico); aproximação-afastamento (resposta inicial positiva ou negativa a novos estímulos); adaptabilidade (facilidade com que o comportamento era modificado quando a situação modificava); qualidade positiva ou negativa de ânimo; intensidade de ânimo; limiar sensorial (intensidade de estímulo requerido para despertar uma resposta); desatenção; persistência (medida de atenção). Conforme BEE (1977), os autores a partir destas categorias, descreveram três tipos de crianças:

- a criança "fácil": tem rápida adaptabilidade, apresenta funcionamento biológico regular (alimenta-se em intervalos regulares; tem um bom ciclo de sono); tem comportamento de aproximação e ânimos positivos, sendo de intensidade moderada.

- a criança "difícil": tem funções corporais menos regulares; mostra reações negativas a coisas novas e à mudanças; é freqüentemente irritável; é altamente responsiva à estimulação, sendo comum reagir negativamente. Entretanto, quando se adapta a algo novo, fica geralmente muito feliz por isso; porém o processo de adaptação é bastante árduo.

- a criança de "aquecimento lento": não é negativa ao responder a coisas ou pessoas novas; contudo apresenta um tipo de resistência passiva. Mostra pouca reação intensa, seja positiva ou negativa. Todavia, quando se adapta a uma nova experiência ou pessoa, esta adaptação é positiva.

Como já foi bastante destacado, as diferenças individuais são muito significativas para o desenvolvimento da relação pais-filhos, pois as variações temperamentais dos recém-nascidos podem afetar sua interação com seus pais. Autores como SAMEROFF (1976), ELSAS (1981) e VISCOMI (1986) tem relatado que a mãe interage com o bebê a partir de suas próprias expectativas, confiança (ou falta dela), habilidades e personalidade, sendo que sua contribuição afeta bastante o relacionamento. Entretanto, a criança desempenha um papel singular e significativo nesta relação. A contribuição do bebê para a satisfação dos pais no seu papel de cuidar é a de ser reativa aos seus cuidados, indicando aos pais quando necessita de cuidados e sendo receptiva a estes. Deste modo, o bebê oferece aos seus pais subsídios para que confiem na sua competência para criar seu filho, cumprindo assim as expectativas sociais e culturais. Quando o temperamento do bebê nega a seus pais a experiência esperada, leva-os a um sentimento de incompetência, sendo que a aproximação é feita de modo mais difícil para eles.

Embora seja difícil focar apenas um de seus atores, quando se fala em interação; tentou-se até aqui destacar os aspectos mais específicos do recém-nascido que estão envolvidos na interação com sua família, visto ter sido ele o ponto de partida de toda uma caminhada que conduziu a este trabalho. Entretanto, obviamente foi impossível não abordar os demais atores desta interação (como pai, mãe, e outros membros da família), os quais a partir de agora serão discutidos, quando o foco passa a ser a interação na família do recém-nascido, propriamente dita.

LEBOVICI (1987) apresenta um valioso estudo sobre o papel e a função da interação humana no início da existência, não se limitando apenas a díade mãe-filho, mas envolvendo o pai, os irmãos e outros elementos da família, valorizando diferentes aspectos como o biológico, o social, o cultural e o cognitivo.

Os autores cujos estudos mais se destacam como contribuição aos aspectos interacionais na família do recém-nascido, segundo LEBOVICI (1987), são: Mahler, Brazelton, Stern, Ende, Crame,

Kreisler, David, Winnicott, Bowlby, Spitz, Klaus e Kennell. Algumas considerações serão feitas apenas sobre os últimos quatro.

BOWLBY, apud LEOVICI (1987), psicanalista que trabalhou depois da guerra em Londres, partindo de preocupações com um melhor conhecimento do desenvolvimento da criança no quadro da teoria da relação objetal, desenvolveu um certo número de trabalhos sobre os efeitos da separação da criança de sua mãe, chegando a propor a teoria da ligação. O autor achava que a confusão observada nos mamíferos separados da mãe podia ser comparada ao que se observava nos bebês. Assim, ele descreveu o comportamento de ligação em quatro espécies de macacos, verificando uma mudança evolucionária a partir das espécies mais inferiores, onde os filhotes tomam toda a iniciativa em manter o contato com a mãe, para espécies mais superiores, onde a mãe toma toda a iniciativa. Tentando demonstrar que o comportamento de ligação do bebê não difere dos laços sociais que se estabelecem entre o animal e sua mãe, BOWLBY (1982) observou que: os bebês gostam da companhia dos adultos, ou seja, adoram que sejam tomados ao colo, que os acaricie e que se converse com eles; as reações do tipo sorriso tomam toda a sua intensidade no bebê, quando o adulto reage a isso de modo "social" ou seja, prestando alguma atenção ao fato; a separação da mãe provoca angústia, tristeza e apatia, e, por fim, um desinteresse afetivo. Foram estas bases que possibilitaram BOWLBY (1982) desenvolver sua teoria da ligação e da separação.

Nos estudos realizados notou-se que podem existir diferenças culturais no desenvolvimento do comportamento de ligação (observou-se na África reações mais precoces pela separação da mãe do que no caso de crianças escocesas). Os bebês, muito cedo, são capazes de provocar respostas maternas, ou seja, o comportamento de "cuidar" da mãe tem correlação importante com o comportamento de "despertar cuidados" da criança. Os bebês sabem "obrigar" as mães a tomá-los no colo. Assim a ausência do comportamento de despertar cuidados diminui o comportamento de prestar cuidados das mães, enquanto a sua presença pode produzir comportamento "materno" mesmo em quem não é mãe.

BOWLBY (1982) descreveu o comportamento de ligação como uma tendência primária e não como o resultado secundário da relação oral. Para ele os comportamentos da ligação acompanham o ser humano desde o nascimento até a morte, não sendo caracterizados,

portanto, como regressivos quando aparecem durante outros estágios da vida que não sejam os primeiros meses de vida.

O autor, ao descrever a natureza do comportamento, sempre destacou que os bebês respondem facilmente aos estímulos sociais e se ligam rapidamente na interação social. Foi observado que quando o bebê experimenta uma interação social com um adulto, sua ligação a esta pessoa aumenta e, quando o bebê aprende a distinguir os rostos, percebe-se que ele fixou e escutou atentamente as pessoas visualizadas. Estes aspectos, para o autor, reforçaram a importância das relações sociais primárias. Para ele o comportamento de ligação representava uma conduta de aprendizagem em que a criança aprende de sua mãe quais são as atividades que lhe permitem a sobrevivência.

Nos sistemas de interação os comportamentos de ligação são mediatizados por vários tipos de comportamento como: os choros de apelo, o retraimento, o sorriso, o agarramento, a sucção, a locomoção utilizada na aproximação, o comportamento de seguir e de procurar, etc. Estes aspectos contribuem para manter a proximidade com a mãe que, para o bebê, é uma figura de ligação. Por outro lado, estes comportamentos também são sinais para a mãe, pois ela lhes dá um significado ou, antes ainda, ela antecipa sobre este significado. Exemplificando: o sorriso e os movimentos arcaicos que o precedem não parecem afetar a mãe nas primeiras semanas. A partir de uma dada ocasião, a mãe passa a sorrir, retribuindo ao que ela supõe ser um sorriso, o que a leva a aproximar-se do filho, a falar-lhe num tom diferente, a acariciá-lo, a tomá-lo nos braços. Deste modo, a interação social determinada pelo que a mãe denominou de sorriso de seu bebê prolonga a interação e, novamente, irá reforçar o sentido social dos movimentos do sorriso. Parece que esta primeira interação em relação ao sorriso tem efeitos duradouros sobre a mãe, tanto é assim que quando as mães estão irritadas ou estressadas são desarmadas pelo sorriso dos bebês (SAMEROFF, 1978, BOWLBY, 1982 e LBOVICI, 1987).

SPITZ (1979), a partir de estudos sobre as conseqüências da separação do bebê de sua mãe, descreveu os efeitos da depressão "anaclítica" e o hospitalismo. Seus trabalhos limitaram-se ao estudo que fez do primeiro ano da vida. Para o autor, o desenvolvimento do sistema psíquico do bebê está ligado a sua relação com sua mãe: da indiferenciação inicial ele é levado ao desenvolvimento de uma relação diferenciada. Deste modo tem-se: o

primeiro sorriso que se torna significativo quando o bebê percebe o rosto (materno); e a fobia do rosto do estranho que significa a distinção feita pelo bebê da presença e da ausência materna (angústia ligada "a separação" da mãe).

SPITZ (1979) demonstrou como a angústia do bebê podia se curar quando ele reencontrava sua mãe e quando não vivenciava as conseqüências dramáticas decorrentes da carência dos cuidados maternos. LEOVICI (1987) comenta que a teoria do hospitalismo levou à recomendação do prolongamento das licenças por maternidade, visto que para o desenvolvimento dos bebês eles tinham necessidade da mãe. O autor também coloca as posições divergentes que daí surgiram como foi o caso de Margareth Mead. Ela afirmava que os conselhos dados às mães, a partir dessas teorias, tinham por objetivo sabotar os progressos no reconhecimento do direito da mulher, já que as impedia de trabalhar, "confinando-as" no lar. Segundo LEOVICI (1987), outros autores criticaram o hospitalismo reconhecendo que a noção de carência de cuidados maternos é valorizada se for entendida através das mudanças da história das relações familiares do bebê.

KLAUS e KENNEL (1979/1985) descreveram o processo pelo qual os pais se ligam ao filho e sugeriram que seus achados fossem aplicados ao se assistir os pais seja de recém-nascido normal, pré-termo, ou mal formado. Assim eles destacaram como os laços entre os pais e o seu bebê surgem, crescem, desenvolvem-se e amadurecem; bem como que distúrbios, distorções ou excessos podem apresentar. Durante este período, a intensidade e o caráter do vínculo irá provavelmente influenciar a qualidade de todas as futuras relações e laços com outros indivíduos. Os autores referiram que, imediatamente após o nascimento, os pais ingressam em um período único no qual qualquer evento pode ter efeitos duradouros sobre a família.

KLAUS e KENNEL (1979) enfatizaram muito os laços que unem o bebê e sua mãe desde as primeiras horas de vida. Os autores observaram em seus estudos que recém-nascido prematuros ou precocemente hospitalizados, com freqüência, eram crianças maltratadas. Estes achados mostravam uma associação com separação precoce da mãe com filho, sendo que as situações vistas supunham efetivamente um certo retardamento do elo mãe-filho. Os autores, citando BUDIN, colocaram que as mães cedo separadas de seus filhos perdem o interesse neles, sendo que estão inaptas para cuidar

deles carinhosamente. Segundo LEOVICI (1989), estas evidências de que as mães separadas de seus bebês durante as primeiras horas ou dias após o nascimento apresentam dificuldades na formação do vínculo, defendidas por KLAUS e KENNEL (1974, 1985), é que levaram à execução da prática do alojamento conjunto nas unidades de internação obstétrica.

KLAUS e KENNEL (1979/1985) ainda afirmaram que as ações e respostas do pai e da mãe para seu bebê são derivadas de uma combinação complexa de sua própria bagagem genética, do modo como o bebê lhes responde; de uma longa história com suas próprias famílias e de um com o outro; de experiências com a gestação atual ou anterior; da assimilação de práticas e valores de sua cultura; e provavelmente, com grande importância, de como cada um foi criado por seus próprios pais. Estes aspectos praticamente não são possíveis de serem modificados, ao contrário de outros que também influenciam no comportamento dos pais, como por exemplo: as atitudes e práticas do pessoal do hospital, e o fato de haver separação entre a mãe e o bebê nos primeiros dias de vida.

Alguns autores têm abordado a questão da pouca importância que tem sido dada ao pai do recém-nascido e à sua interação com o bebê e família. WAECHTER (1976), por exemplo, em "Os bebês também necessitam de seu pai", destacou que ao atender as necessidades do recém-nascido e da mãe é fácil menosprezar o pai como um importante participante da vida da criança. De acordo com BANTON e LUM (1986), somente nos últimos anos é que o pai tem sido considerado como figura relevante no contexto familiar, tanto no que se refere a estudos como também nas abordagens assistenciais (participação em cursos pré-natais, no parto).

Conforme LEOVICI (1987), as pesquisas sobre a interação pai-bebê se desenvolveram apenas a partir da década de 80. GADOTTI (1987) atribui esta situação ao fato de pertencermos a uma sociedade onde o papel do pai tem sido identificado fundamentalmente como de "provedor econômico", enquanto os cuidados da criança sempre foram de responsabilidade materna.

Segundo CRONENWETT (1982), quando os pesquisadores começaram a demonstrar interesse pelo pai, após muitos anos de negligência, foi para estudar os efeitos de sua ausência. Entretanto mais recentemente a ênfase já está se modificando de forma significativa. Estão surgindo trabalhos que demonstram a preocupação com o pai; o papel e o comportamento paterno; a

participação paterna no cuidado do recém-nascido, ou seja, a interação pai-recém-nascido, e as conseqüências desta interação para o desenvolvimento da criança.

PINCUS (1981) defende que o novo pai também pode estar ansioso em desempenhar o papel de um bom pai e de um bom marido, já que vivencia sentimentos ambivalentes, ou seja, ciúme e culpa, num momento em que a esposa necessita de seu apoio. Segundo a autora, foi observado em alguns estudos sobre depressão puerperal que existe uma relação intensa entre a falta de apoio do marido à esposa e a freqüência e severidade da perturbação materna. Sobre estes pontos SAMEROFF (1978) refere que tem sido enfatizada a participação do pai na experiência psicológica do parto. Como o pai não experimenta os problemas somáticos da gravidez e parto, consegue manter uma perspectiva mais ampla da situação, auxiliando a mãe nos cuidados do filho, permitindo-lhe compartilhar suas inseguranças e, por fim, possibilitando-lhe o repouso em situação de estresse que pode perdurar por vários meses. De outro lado, entretanto, como é muito bem levantado por PINCUS (1981), o homem, enquanto marido, mesmo sendo relativamente maduro e cooperativo, reclama por sentir-se menosprezado por todos enquanto sua esposa está grávida. E mais, alguns até pensam que, quando o bebê chegar, este descaso será ainda maior. Como conseqüência, o que se observa são homens extremamente ocupados com suas atividades profissionais, reforçando assim a ambivalência materna com a situação de compartilhar o bebê com o pai, durante a gestação e os primeiros meses de vida da criança. Existem ainda outras reações paternas que foram observadas: alguns homens afastam-se, desaparecem da família quando o parto se aproxima; outros embriagam-se, procuram prostitutas, tornam-se delinqüentes; por outro lado, há aqueles narcisistas que falam constantemente no nascimento do filho, sem ao menos se referirem as suas esposas. Estas reações contraditórias demonstram como é grande a necessidade de ter a participação paterna reconhecida.

JONES (1981) coloca que a participação do pai no desenvolvimento da criança está recebendo maior atenção. Está claro que mais do que ser apenas um suporte para a mãe, o pai contribui como parte ativa e única no desenvolvimento da criança. A autora ainda coloca que há pesquisa para documentar o contato precoce na relação pai-bebê. Alguns achados dão suporte à hipótese de que a interação pai-recém-nascido, a percepção do pai, e os

cuidados prestados dependem do contato precoce. Este, segundo ela, parece aumentar a comunicação não-verbal entre pai e filho no primeiro mês de vida do bebê.

Um dos princípios fundamentais para KLAUS e KENNEL (1985) é o que postula que os eventos precoces exercem efeitos que perduram sobre a interação mãe-recém-nascido. Existem fortes evidências de que muitas destas interações precoces também se desenvolvem entre o pai e o filho recém-nascido. PARKE, apud KLAUSS e KENNEL (1985), tem demonstrado que "quando se dá ao pai a oportunidade de estar a só com seus filhos, passam exatamente a mesma quantidade de tempo que as mães mexendo, tocando e olhando o recém-nascido".

A maioria dos pais deseja assumir um papel vital na criação de seu filho e serem incluídos nos planejamentos da família nos primeiros estágios dos cuidados "maternais". A propósito, conforme lembra LEOVICI (1987), o desejo de maternidade não é algo exclusivo das mulheres, segundo ele, os meninos sempre declaram que querem ser mães. Observamos reflexo disto quando os meninos desejam brincar de bonecas. Muitos pais desejam participar do parto, o que favorece o seu sentimento de paternidade, promovendo um estreito e satisfatório relacionamento pai-filho.

CRONENWETT (1982), abordando estudos referentes à participação paterna no cuidado à criança, coloca mais alguns pontos importantes: o aumento na quantidade de tempo gasto pelo pai em cuidados com seus filhos é proporcional ao número de mulheres que entraram para a força de trabalho; quanto mais longo o trabalho de parto acompanhado pelo pai, maior a aproximação paterna à criança; quanto maior a multiparidade, menor o contato do pai com a criança; quanto menor o "machismo", mais aproximação física o pai tem da criança; quanto maior a escolaridade da esposa, mais o pai cuida da criança.

Segundo LEOVICI (1987), a interação pai/recém-nascido pode apresentar duas formas de abordagem: uma indireta e uma direta. A abordagem indireta considera a influência "indireta" que o pai exerce sobre o recém-nascido através da relação conjugal, pelo apoio que ele oferece à mãe do recém-nascido e pelos demais aspectos da relação do casal. Reciprocamente, a mãe também influencia a interação pai/recém-nascido (de forma até mais acentuada) quando permite ao pai de "ser pai" e ao bebê de entrar na relação com seu pai, através do que ela transmite ao filho a respeito do pai. Tem-se este aspecto reforçado por JONES (1981)

quando também nos diz que a mãe exerce influências sobre o pai e cita KEIBER (1976) que observou que a participação do pai no cuidado do bebê é tanto maior quanto aquela que a mãe permite.

A abordagem direta, referida por LEOVICI (1989), refere-se aos contatos e as trocas entre o pai e o recém-nascido sem intermediários, ou seja face-a-face. Conforme o autor, os estudos sobre a interação direta entre o pai e o recém-nascido tem mostrado que a interação pai/recém-nascido apresenta certos aspectos em comum com a interação mãe/recém-nascido, tratando-se pois, as duas situações, de um processo de trocas caracterizado pela reciprocidade e por processos de mútua regulação; entretanto, há características peculiares à interação pai/recém-nascido, tais como: - a interação pai/recém-nascido tem um caráter mais "físico" e mais estimulante do que a interação mãe/recém-nascido; - os "jogos" (entendidos aqui como séries de episódios de atenção mútua ao longo dos quais o adulto utiliza um conjunto repetitivo de comportamentos, simplesmente com variações menores ao longo de cada um dos episódios de atenção mútua") são mais freqüentes com o pai; - os tipos de "jogos" mais freqüentes com o pai são táteis, estimulando o bebê de modo mais lúdico, enquanto que com a mãe são mais intelectuais, didáticos, ou mediados por objetos.

Estamos vivenciando um momento muito importante para a interação familiar em nosso país por ocasião da aprovação da licença-paternidade pela nova constituição brasileira promulgada em 05 de outubro de 1988. Foi um árduo caminho a ser percorrido até sua aprovação definitiva. Neste caminho pudemos testemunhar risos e chacotas de um lado; emoção e choro de outro. Os risos e chacotas refletiam a pouca importância que é dada a participação do pai junto ao seu filho. Vimos que mesmo pessoas privilegiadas intelectualmente, como os parlamentares e alguns jornalistas, trazem enraizado dentro de si os frutos da educação machista, onde os cuidados do filho são de responsabilidade exclusiva da mulher. A emoção e o choro que referi por outro lado eram o reflexo de alguém, que como profissional de saúde, além de estudar, vivencia a importância da participação do pai junto ao filho no seu dia-a-dia; falo do pediatra autor da emenda "licença-paternidade". Felizmente, venceu a possibilidade de ter o pai mais próximo de seu filho. Ainda neste aspecto é oportuno ressaltar o excelente artigo "Uma ironia sem graça", redigido pelo professor Aloizio Mercadante Oliva, onde discute tão bem a questão da licença-

paternidade, colocando desde as suas razões mais práticas, como os aspectos burocráticos, até as mais significativas que foram vistas até aqui. Para ele a licença paternidade representa uma nova possibilidade: nascer a três (OLIVA, 1988; DIÁRIO CATARINENSE, 1988).

A chegada do recém-nascido traz consigo muitas mudanças para a família que entra em um novo processo de desenvolvimento. Papéis devem ser reestabelecidos, novas necessidades devem ser vistas de modo diferentes e valores familiares devem ser reorientados. Conforme BRIGGS (1979), estudos de centenas de casais ao longo de anos tem mostrado que o nascimento, com a conseqüente paternidade, representa uma experiência crítica. A transição para a paternidade é um período de considerável ansiedade e reaprendizagem; entrando a família neste período num estado de desorganização. O autor destaca muito bem que, entretanto, existe um mito de que este período de transição seja um período estável e feliz.

VISCOMI (1986), fazendo algumas reflexões sobre o significado do nascimento do bebê, refere que neste evento existe um "locus nascendi" de papéis (pai, mãe, filho, ...). Ou seja, na interação entre pais e filho, gradativamente, instala-se um conjunto de atos segundo o modelo prescrito por determinada sociedade. Deste modo, o modelo social para a mãe e para o pai vem de um denominador coletivo (sócio-cultural) e, também, de uma diferenciação individual como: desenvolvimento dos pais até aquele momento; situação econômica; relacionamento interno da família (esposo-esposa, destes com seus pais) e da família com o meio onde se insere.

A experiência da formação de papéis dentro de uma família é condicionante do comportamento da mãe e do pai. Como já foi colocado, a transição para o papel de "pai/mãe" é caracterizada como uma crise. ROSSI, apud BRIGGS (1979), identificou quatro fases para descrever esse processo de transição de papéis: fase antecipatória, fase da lua-de-mel, fase do platô e fase "terminal". As duas primeiras envolvem a aceitação inicial de papéis. A fase antecipatória começa quando dois adultos decidem se unir, formando um casal e termina com o nascimento do primeiro filho. Durante este período muitos aspectos estruturais que vão afetar a integração de um novo membro dentro da família são desenvolvidos, sendo que as experiências da infância de cada parceiro com seus respectivos pais devem ser consideradas. Segundo BRIGGS (1979), os pais encontram "ecos" de suas experiências da infância

dentro dos quais eles interagem com seus próprios filhos. Assim, a paternidade será influenciada pelo modo como os pais foram educados. Conforme PINCUS (1981), outro aspecto que sofre influências da infância refere-se ao modo como o casal elaborará a perda do exclusivo relacionamento a dois. Esta situação fará evocar sentimentos vivenciados ao ter que partilhar a mãe na infância. Enquanto a nova mãe pode reaver o sentimento de uma proximidade a dois em relação ao bebê, o novo pai poderá ter que lutar com o sentimento de perda até que a família consiga, ao encontrar um lugar para ele, criar um novo relacionamento a três. O grau com que cada parceiro tenha ou não sido bem sucedido na elaboração da perda durante a infância terá reflexos na capacidade do casal em se readaptar a nova situação. Convém ressaltar que a nova mãe também poderá se mostrar resistente a perda do relacionamento a dois.

A fase de lua-de-mel é definida por ROSSI, apud BRIGGS (1979), como o período após o nascimento da criança durante o qual, através de um contato íntimo e prolongado, um vínculo entre pais e filho é estabelecido. Nesta fase, os pais tem a oportunidade de comparar seus sonhos e fantasias com a criança real, que significa o início de algumas relações muito especiais e essenciais. O termo "lua-de-mel" descreve a intensidade que caracteriza esta fase e que está no desenvolvimento das relações mãe-filho e pai-filho. O estabelecimento da relação entre os parceiros não é menos importante nesta fase, entretanto a ênfase é colocada na formação de uma nova relação. Objetivando oferecer às crianças um ambiente sadio que favoreça o seu crescimento e desenvolvimento, os parceiros devem, enquanto pais e como casal, sentirem-se seguros, bem como estarem preparados a reconhecer seus sentimentos confusos e ambivalentes frente às novas situações que os aguardam. BRIGGS (1979) e PINCUS (1981) colocam que esta não é uma tarefa fácil para os pais em nossa sociedade onde o nascimento de uma criança representa um acontecimento maravilhoso onde sempre se tem pais radiantes de felicidade, representação esta que a todo momento vemos explorada e "vendida" através dos meios de comunicação. Deste modo, sentimentos ambivalentes, que normalmente são experienciados pelos pais, acabam por levá-los à culpa e ao ressentimento quando se sentem infelizes e estressados. E mais, ao verem a "típica nova família feliz", ficam se questionando sobre o que existe de errado com eles e com seu filho.

Outro aspecto que não se pode deixar de abordar refere-se ao papel do irmão nas famílias que já tem outras crianças e que estão vivenciando a chegada de um novo membro, o recém-nascido. Alguns autores como MARLOW (1975), PINCUS (1981), BANTON e LUM (1986) discutem este elemento. Tem sido relatado que a reação de um irmão ao novo membro dependerá de muitos fatores como: o tamanho da família, a diferença de idade e sexo, personalidade, preparação para a mudança e enfim, atitude dos pais. Além destes fatores existem também os aspectos inconscientes. Segundo PINCUS (1981), "a criança que tem a mesma posição na família como os pais tinham tido, ou cuja concepção e nascimento trazem à tona memórias alegres ou dolorosas, ou cujo sexo não é esperado e não é querido, terá significado especial para os pais provocando diferentes reações. As pessoas freqüentemente expressam o seu medo de que nada mudará, que as dolorosas experiências do passado inevitavelmente se repetirão. Na verdade, quanto mais conscientes estes medos são, menor a possibilidade de repetição compulsiva."

A preparação da criança para a chegada de um novo membro visa atenuar o impacto que essa experiência possa trazer. Se os pais incentivarem seus filhos a participarem do cuidado do recém-nascido e, ao mesmo tempo, lhe oferecerem amor e segurança individualmente, é pouco provável que as crianças considerem o recém chegado como um intruso.

O lugar que o recém-nascido divide com seus irmãos representa um papel muito significativo na sua capacidade de enfrentar a vida. O fato de ser mais novo ou mais velho, apesar de accidental, bem como o papel que cada um tem na família durante a infância continuarão afetando os futuros relacionamentos pelo resto da vida. A interpretação destes aspectos (se negativas ou positivas) dependerão muito das interações entre os pais e os irmãos, como também da sensibilidade e capacidade dos mesmos em modificar onde for necessário os padrões que foram desenvolvidos. A aceitação, o amor, a admiração ou o ressentimento e a inveja dos irmãos, poderão afetar de modo marcante a criança. Ou seja, os sentimentos de cada recém-nascido de pertencer à família dependerão fundamentalmente de como esta família criou o espaço para ele.

Apesar de observarmos que o padrão familiar predominante é representado pela família nuclear (pai, mãe e filhos), conforme DU GAS (1984), em muitas sociedades ainda prevalece a família extensa, sendo que os casais jovens mantêm-se muito próximos de

seus pais. Desta forma percebe-se que as crianças, desde o seu nascimento, convivem com seus avós, tios e primos.

Ampliando a interação na família pode-se falar um pouco sobre a figura dos avós neste cenário familiar. DU GAS (1984) coloca os avós, mais especificamente a avó, como um papel de apoio, principalmente na ocasião em que o recém-nascido e sua mãe são trazidos do hospital para o lar. Além disto, a autora também destaca a importância da avó nos cuidados da criança nas situações (tão comuns hoje em dia) em que as mães desejam/necessitam trabalhar fora a fim de contribuir para o sustento da família. De acordo PINCUS (1981), o relacionamento entre avós e netos geralmente ocorre sem tensões, que são inumeráveis no relacionamento pais-filhos. Conforme a autora, pais que se sentem culpados por estas tensões podem usar seus filhos para oferecer o prazer que não foram capazes de dar aos seus próprios pais. A autora também refere que avós que, enquanto pais, tinham expectativas irreais que os impediam de amar seus próprios filhos espontaneamente, recebem a chegada dos netos com alegria e alívio, tendo uma nova oportunidade de expressão de seu amor. Segundo ela, os sentimentos que foram reprimidos em relação a seus filhos, por serem muito disruptivos, podem ser expressos livremente na relação com netos.

- A Enfermagem e a Interação na Família do Recém-Nascido

A família, enquanto unidade, além de ser agente do cuidado de seus membros, também é objeto de cuidado dos profissionais de saúde. Percebe-se que sempre houve uma preocupação da enfermagem em assistir a família. GILLS et al.(1989) destacam uma recente revisão de literatura onde é revelado que a família como recipiente do cuidado tem sido identificada como um foco da assistência de enfermagem desde os primórdios da profissão, aparecendo já nos ensinamentos da própria Florence Nightingale.

Segundo DELANEY (1986), um importante aspecto da enfermagem de nossos dias está na ênfase de considerar a unidade familiar como cliente. Conforme a autora, a família serve como zona de impacto e agente neutralizador entre os indivíduos e a sociedade, fornece proteção psicossocial aos seus membros, sendo o maior veículo de transmissão de cultura. Acrescenta-se ainda que a saúde dos indivíduos possui estreita ligação com as crenças, valores,

relações, deveres e direitos do sistema familiar. A partir destes aspectos é que DELANEY (1986) defende a família como uma unidade de serviço para a enfermagem, sendo natural e necessária.

Constata-se que nos EUA a assistência de enfermagem à família, ou enfermagem familiar, tem recebido muita atenção. Os anos 80, conforme GILLIS (1989), tem representado uma importante década para a evolução da enfermagem à família, tendo sido promovidos vários encontros de enfermeiros interessados na área, tanto a nível regional, nacional, como internacional. Além disto, muitos trabalhos tem sido desenvolvidos para respaldar esta prática junto às famílias.

Dentro do contexto brasileiro, observa-se que a enfermagem teve sua prática fundamentalmente voltada para o indivíduo, apesar de haver uma proposta a nível de graduação de formar um enfermeiro para assistir não só o indivíduo, mas também a família e a comunidade. A comunidade, ainda que timidamente, vem sendo incluída na assistência, entretanto, no que se refere a família pode-se dizer que apenas fica no discurso ou na intenção dos planos curriculares.

Contudo, ainda na década de 80, começam a surgir trabalhos como de ELSEN (1984) que, mesmo seguindo a linha dos EUA, onde realizou seu doutoramento, logo buscou conhecer as famílias de sua realidade quando desenvolveu sua tese de doutorado com um estudo junto às famílias de uma vila pesqueira em Florianópolis, Santa Catarina, para compreender suas práticas em relação à saúde. Seguiram este estudo, ainda nos anos 80, os trabalhos de CARTANA (1988), ELSEN et al. (1987), ELSEN e PATRICIO (1989), mostrando sempre a preocupação em subsidiar e destacar a importância da assistência de enfermagem junto à família.

Já na década de 90, seguindo uma preocupação do Curso de Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina de desenvolver uma prática assistencial de enfermagem à famílias com base em uma fundamentação teórica definida e com uma metodologia a ser adotada pelos enfermeiros no seu dia-a-dia, surgiram alguns projetos como de GHIORZI (1988), NITSCHKE (1988), PATRÍCIO (1990), RIBEIRO (1990) e BOEHS (1990), sendo que os últimos três já foram concluídos.

ELSEN tem sido, na verdade, a grande incentivadora do desenvolvimento da assistência de enfermagem na área da família, pois desde a sua volta ao Brasil tem estimulado a realização de

diversos trabalhos como também a formação de grupo de trabalho onde integra-se a assistência, pesquisa e educação na área da saúde da família, sempre buscando desenvolver uma prática de enfermagem voltada para a realidade (ELSEN et al. 1987; ELSEN, ALTHOFF, NITSCHKE et al. 1990; ELSEN e DIAS, 1990; ELSEN, NITSCHKE, ALONSO et al. 1991).

Constata-se que, desde os primórdios da enfermagem, sempre existiu uma preocupação voltada para a importância da interação relacionada a assistência de enfermagem, mais especificamente à interação enfermeiro-cliente. No final dos anos 50, surgiram as teorias de interação na enfermagem nos EUA. Estes trabalhos tiveram início na Escola de Enfermagem da Universidade de Yale com a preocupação de focalizar o processo de interação. Esta escola foi chamada Interacionista, tendo como seguidores Peplau, Orlando, Travelbee, Paterson e Wiedenback, conforme destaca o trabalho de BAGNARA (1985). Entretanto foi KING (1981) que, apesar de se considerar como pertencente à linha sistêmica, definiu a enfermagem dentro de um enfoque interacionista. Segundo a autora, a própria enfermagem é um processo de ação, reação e interação pela qual enfermeiro e cliente compartilham informações sobre suas percepções numa situação de enfermagem.

Diversos autores tem abordado o que representa a figura do enfermeiro na interação da família do recém-nascido dos quais podem ser citados MARLOW (1975), WAECHTER (1976), KRAYBILL (1978), BRIGGS (1979), ELSAS (1981), PIZZATO e DA POIAN (1985) GENES, HOODS e MALDONADO (1986), NEIRA HUERTA (1986), BANTON e LUM (1986), entre outros.

PIZZATO e DA POIAN (1985) destacaram que a enfermagem "desempenha importante papel na adequada interação pais-bebê, no esclarecimento sobre seus cuidados e necessidades biopsicossociais da criança, a fim de prevenir problemas biológicos e distúrbios emocionais e efetivar a prevenção, a proteção, a recuperação e a reabilitação da saúde". As autoras, ao falarem especificamente da enfermeira neonatóloga, colocaram-na entre outros aspectos, como um "agente na prestação de assistência integral ao recém-nascido e aos seus pais", e um "agente de educação dos pais e outros membros da comunidade sobre os cuidados com o recém-nascido". Igualmente em seu estudo, NEIRA HUERTA (1986) defendeu o enfermeiro como o profissional qualificado para estabelecer e manter o relacionamento pais-filho.

Em contrapartida, enquanto estes autores defendiam uma abordagem de assistência de enfermagem integral à família do recém-nascido, na mesma época ainda eram encontrados trabalhos como o de GENES, HOOD e MALDONADO (1986) que ao especificarem a figura do enfermeiro atribuíram-lhe um papel onde era enfatizada a operacionalização dos procedimentos técnicos de maior complexidade. Por outro lado, segundo MARLOW (1973), enquanto os outros profissionais da equipe preocupam-se mais com a assistência física da família, é o enfermeiro, mais do que qualquer outro membro da equipe multiprofissional, que ajuda a família na adaptação a situação decorrente da chegada do recém-nascido, quando as novas relações familiares manifestam-se a todo momento, representando um novo aspecto no relacionamento familiar anterior; sendo que, à medida que ocorrem novos nascimentos na família, as relações vão se tornando mais e mais complexas.

WAECHTER (1976) ressaltou o papel do enfermeiro no apoio aos pais para que se adaptem a estas novas relações entre eles e seu filho. E mais, a autora colocou o enfermeiro como um "instrumento" na promoção de uma interação precoce entre pais-filho que pode ter efeito duradouro nas relações familiares, bem como no futuro desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança.

GOTTLIEB (1978), apud BANTON e LUM (1986), sugeriu quatro maneiras para facilitar o processo de formação de vínculo: 1) fornecer informações sobre as capacidades interativas do RN, 2) oferecer elogios para aumentar a confiança materna, incluindo o alívio de medos sobre as capacidades maternas e normalidade do bebê, 3) personalizar o contato mãe-filho de modo que as suas necessidades sejam atendidas; 4) oferecer bem-estar físico a mãe-filho, de modo que dores ou desconfortos não perturbem a relação sempre que possível. Acredita-se que estas quatro maneiras não devem se limitar apenas à mãe, devendo ser estendidas aos demais membros da família. Além disto, é preciso reforçar que nem sempre se encontra apenas a família nuclear, mas também toda uma rede social com a qual a mesma interage interferindo e muitas vezes dando-lhes apoio, conforme destacam BOEHS (1990) e PATRÍCIO (1990).

Ao se analisar o apoio à família durante sua fase de expansão depara-se com a questão das rotinas hospitalares em relação a este aspecto. MARLOW (1975) e KRAYBILL (1978) destacaram que as rotinas hospitalares, na sua maioria, impedem o objetivo de estimular uma

relação familiar saudável, não permitindo uma relação precoce dos pais com o recém-nascido ou, então, possibilitando um primeiro encontro entre os pais do recém-nascido tão insatisfatório emocionalmente que pode afetar o futuro relacionamento da família.

BANTON e LUM (1986), por sua vez, defenderam que o sistema de alojamento e a abertura da visita são importantes para a família do recém-nascido, pois os pais ganham confiança, encorajando-os inclusive ao "assumir o papel do outro" entre si. As autoras colocam ainda que o aspecto mais importante da estada do bebê no hospital refere-se à oportunidade que todos os membros da família tem de estabelecer relações com o bebê, o que nos leva a pensar que todos os familiares podem acompanhar o recém-nascido, durante o período que estiver no hospital, não havendo limites de visita.

No período que envolve a chegada do recém-nascido, algumas autoras como MARLOW (1975), BANTON e LUM (1986) preocuparam-se em chamar a atenção para figura da mãe. Segundo elas, é fundamental que o enfermeiro entenda as necessidades e reações da mãe do recém-nascido decorrentes do impacto emocional que pode sofrer em consequência do nascimento. A compreensão do ponto de vista da mãe e do significado que ela dá ao seu filho são essenciais. Assim, a partir destes aspectos é que o enfermeiro deveria planejar os cuidados a serem prestados. As autoras ressaltam também a importância de considerar que a mãe será mais participativa se tiver suas próprias necessidades atendidas.

BANTON e LUM (1986), baseadas em RUBIN (1961, 1984), citam que a mãe do recém-nascido passa por três fases após o parto. Na primeira fase, que pode durar apenas algumas horas, ou dois a três dias, a mãe tem suas preocupações centradas nela própria. Na segunda fase, quando seu conforto está satisfeito, a mãe começa a interessar-se pelo recém-nascido; fase esta que pode durar em torno de 10 dias. A terceira fase é a que continuará pelo resto da vida, quando a mãe vê seu filho como um indivíduo que nasce, desenvolve-se, e tem necessidades próprias.

MARLOW (1975), BANTON e LUM (1986) argumentam que não só os profissionais, mas também a família, devem ser auxiliados a entender as necessidades maternas de descanso, bem como o potencial para a depressão que a mãe do recém-nascido apresenta, visto que a compreensão de que estes aspectos são comuns e passageiros ajudam a enfrentar a situação mais facilmente.

O pai tem sido requisitado a assumir um papel mais ativo no período pré-natal e no processo do nascimento. Segundo WAECHTER (1976), o pai precisa ser auxiliado durante a gestação e no período pós-parto a reconhecer as alterações emocionais que acontecem com sua esposa. Ele também necessita acomodar-se aos deslocamentos em sua vida social e doméstica criados pelas últimas semanas de gestação e pelo período de hospitalização, isto sem mencionar os problemas de provisão para a nova criança.

BANTON e LUM (1986) sustentaram que as necessidades do pai sobre informação sobre seu filho e os cuidados práticos são maiores do que as da mãe, já que muitos pais não tem experiência prévia, como também não tem um modelo de papel para este tipo de paternidade, ou seja, a participante. Portanto, ao prestar-se assistência à família do recém-nascido todos os esforços devem ser feitos para preparar o pai para o seu papel.

WAECHTER (1976), GENES, HOOD e MAALDONADO (1986) defenderam que no período neonatal, durante a hospitalização, torna-se essencial que o enfermeiro ajude a construção da auto-confiança do pai, incentivando-o a pegar o recém-nascido ao colo, trocar roupas e fraldas, dar banho, mantendo assim um contato estreito com seu filho e facilitando a formação de laços. O pai, de acordo com WAECHTER (1986), também compartilha receios em relação à normalidade do filho e sua própria capacidade de funcionar como pai adequadamente. Complementando esta idéia, JONES (1981) afirma que o enfermeiro pode explorar prospectivamente as expectativas do pai a respeito do comportamento da criança ainda no período pré-natal, sendo que expectativas não realísticas indicam a necessidade de educação do pai (como também da mãe).

No que se refere à figura do irmão do recém-nascido, VERTAL (1979), apud BANTON e LUM (1986), considera que a reação de um irmão ao novo membro da família exerce influência direta no bebê e indireta nos pais. Deste modo, a preparação do irmão para o novo elemento é feita para atenuar o impacto desta experiência. Sendo assim, a preparação pré-natal também deve incluir o(s) irmão(s). BANTON e LUM (1986) relatam que existem grupos, tanto a nível pré como pós-natal que também integram o(s) irmão(s), onde são feitas demonstrações ou colocados filmes sobre recém-nascido e seus cuidados. Segundo as autoras, o enfermeiro também pode contribuir no estabelecimento de uma interação entre o recém-nascido e o(s) irmão(s) liberando a visita.

Existe um grande número de informações a serem oferecidas no pós-parto que contribuirão para facilitar uma interação mais positiva entre família e recém-nascido. KRAYBILL (1978) referiu a importância de utilizar o período que a mãe e o recém-nascido permanecem na maternidade para orientação, enfatizando esta atividade como função do enfermeiro. BOEHS (1990) destaca que no Brasil os enfermeiros também entendem que o papel da enfermagem é orientar a respeito do recém-nascido. Entretanto, a autora enfatiza que o foco desta orientação dirige-se ao binômio mãe-filho.

BANTON e LUM (1988), preocupados com a orientação a ser dada a família do recém-nascido, destacam em seu trabalho aspectos bem significativos referentes a esta questão. As autoras consideram que um bombardeio de ensinamentos podem confundir algumas famílias. A "dose" adequada de orientações é importante, especialmente por que a mãe passa por mudanças psicológicas nos primeiros dias pós-parto. Segundo as autoras, um grande cuidado deve ser tomado, contudo, para "otimizar" a aprendizagem sem diminuir a confiança da família. Recomendam que as orientações devem, sempre que possível, serem oferecidas a um número maior de membros da família. Ao discutirem sobre o conteúdo das informações, percebe-se uma preocupação das autoras relacionada à estimulação do recém-nascido, quando sugerem que o enfermeiro em sua interação diária com famílias ofereça informações sobre as capacidades interacionais do recém-nascido; a combinação adequada; frequência e variação de estímulos; ressaltando que estes aspectos são extremamente importantes para que a família crie um ambiente de interação que ajude o recém-nascido a se definir no mundo, facilitando o seu desenvolvimento.

Há autores que destacam a importância de avaliação do recém-nascido e de um planejamento de cuidados para o binômio pais/recém-nascido. BANTON e LUM (1986) defendem que avaliação do recém-nascido (que por sua vez serve de guia para planejar o cuidado tanto para o recém-nascido como para seus pais) é fundamental para que o enfermeiro possa fornecer informações sobre o comportamento do recém-nascido aos seus pais. BUCKNER (1983) utilizou a Escala de Averiguação do Comportamento Neonatal de Brazelton para planejar os cuidados para os pais e recém-nascido. A autora considerando quatro grupos de comportamentos (processos interativos, processos motores, processos de organização do estado de controle e processo de organização das respostas psicológicas

ao stress) classificou os recém-nascidos como "bom", "pobre" ou "médio" em cada um desses grupos, para posteriormente qualificar o binômio pais/recém-nascido como sendo de alto ou de baixo risco. A partir disto, a autora então propôs intervenções de enfermagem apropriadas para cada um dos dois grupos com o objetivo de estabelecer uma relação positiva entre pais e filho.

Outro ponto importante a ser destacado numa assistência que promova a interação pais/recém-nascido refere-se às visitas domiciliares. Segundo BANTON e LUM (1986), as visitas domiciliares são muito efetivas na assistência de enfermagem à família do recém-nascido. Em nosso meio, também aparecem trabalhos com a família do recém-nascido onde a assistência de enfermagem inclui o domicílio como de PATRÍCIO (1990) e de BOEHS (1990).

Quando a interação entre a família e o recém-nascido não é incentivada, podem surgir conseqüências como é o caso maltrato. ELSAS (1981) em seu trabalho, cujo foco era a identificação e a intervenção junto à famílias que tem o risco para o maltrato na infância e futuras disfunções, identificou características das crianças que tem risco de serem maltratadas por sua família como: prematuridade; baixo peso; defeitos congênitos; bebês que permanecem no berçário por mais de 40 dias; bebês visitados com pouca freqüência por seus pais. A autora alerta que para essas famílias é muito importante um apoio e recursos que possam ajudá-las e refere que dentro do hospital uma rede de suporte pode ser desenvolvida entre as próprias famílias. Entretanto, a autora ressalta que esse apoio entre os próprios pais não substitui os profissionais.

Um trabalho desenvolvido recentemente por RIBEIRO (1990) na nossa realidade junto a uma família maltratadora, em seu domicílio, durante sete meses, apresentou dados que confirmam aquelas características identificadas por ELSAS (1981) como: prematuridade*, hospitalização*, e a pouca interação entre mãe e filho durante este período, além do impacto causado na mãe devido ao aspecto físico do RN após sua internação no hospital. A autora critica a atuação da enfermagem que não estimulou a interação entre a mãe e seu filho prematuro, enfatizando que deve haver uma tomada de consciência dos enfermeiros sobre a importância da interação, a fim de detectar precocemente e prevenir a ocorrência de maltrato na família.

*Estas duas características (prematuridade e hospitalização) também foram observadas por KLAUS e KENNEL (1979).

III - ELABORANDO UM MARCO CONCEITUAL PARA ORIENTAR A ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO

Marco conceitual é um conjunto de conceitos e proposições integradas numa configuração significativa que proporciona direção à prática assistencial, à educação e à pesquisa. O marco conceitual deve representar idéias globais, crenças e valores sobre indivíduos grupos, situações e eventos que permeiam ou deverão permear a prática assistencial e educacional, assim como a pesquisa. No campo da prática, o marco conceitual atua como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que é vivenciado (PEIXOTO e SILVA, 1986, p.343; e SOUZA, 1984, p.104).

O marco conceitual aqui desenvolvido para orientar a assistência de enfermagem à família do recém-nascido foi baseado fundamentalmente na Teoria da Interação Simbólica. De acordo com HAGUETTE (1987), a escola da Interação Simbólica teve sua origem em clássicos da sociologia do fim do século XIX tais como Charles Horton Cooley (1864-1929), W.I. Thomas (1863-1947) e George Herbert Mead (1868-1931), embora o termo Interacionismo Simbólico tenha sido cunhado por Herbert Blumer somente em 1937. Estes autores tinham como pontos comuns as concepções de que: existe um estreito inter-relacionamento entre o indivíduo e a sociedade; o aspecto subjetivo do comportamento humano é parte necessária no processo de formação e manutenção dinâmica do "Self" social e do grupo social; a sociedade pode ser entendida como um processo. Entretanto, segundo a autora, a obra de George Mead foi aquela que mais contribuiu para a conceptualização da perspectiva

interacionista. George Mead não publicou uma obra completa e sistemática sobre sua teoria, sendo todos os seus livros póstumos e organizados por editores, a partir de palestras, aulas e notas manuscritas. Seu sistema de psicologia social é apresentado de modo completo em *Mind, Self and Society* (MEAD, 1972), um dos mais importantes e influentes trabalhos na área da interação simbólica. Neste livro é explorada a complexa relação entre a sociedade e o indivíduo, bem como a gênese do "self", o desenvolvimento de símbolos significantes e o processo de comportamento da mente. Mesmo exibindo uma orientação filosófica em seu trabalho, George Mead sempre se preocupou em ilustrar suas proposições a partir de fatos da vida cotidiana.

Opondo-se às posturas vistas em muitas abordagens na psicologia, o Interacionismo Simbólico dá um lugar de fundamental importância ao sentido que as coisas têm para o comportamento humano. Ou seja, o significado que as coisas têm para o homem é vital para que se compreenda o seu comportamento. Segundo BLUMER (1969), apud HAGUETTE (1987), se isto fosse ignorado, seria o mesmo que falsificar o comportamento que está em estudo. O Interacionismo Simbólico distingue-se das outras abordagens quando concebe o sentido como algo emergente do processo de interação entre as pessoas, ao invés de percebê-lo como algo intrínseco ao ser ou como uma expressão dos elementos que constituem a organização psicológica (HAGUETTE, 1987).

Conforme MAURIN (1983), as idéias do Interacionismo Simbólico foram inicialmente levadas para serem usadas nos problemas da família, através de Ernest Burgess na década de 20. Desde aquela época, esta teoria tem sido base para um grande número de pesquisas sobre os processos familiares.

De um modo geral, segundo SCHVANEVELDT (1981), o foco de estudo dos trabalhos sobre família que se fundamentam nesta perspectiva tem sido o funcionamento interno da família, destacando-se aspectos da interação familiar como: seleção do cônjuge; ajustamento/desajustamento conjugal e familiar; processo de socialização e desenvolvimento da personalidade; definições/conceitos/desempenho/troca de papéis; relações entre pais e filhos, entre outros. Os conceitos da Teoria da Interação Simbólica mais utilizados nos estudos da família tem sido: interação, ação social, ambiente simbólico, grupo de referência,

definição de situação; posição, papel, assumir papel, construir papel; família; integração familiar e self.

Na enfermagem brasileira há alguns trabalhos desenvolvidos utilizando a Teoria da Interação Simbólica, como de ELSÉN (1984/1988) e RIBEIRO (1990). ELSÉN (1984), em sua tese de doutorado "Conceitos de Saúde e Doença e Comportamento entre Famílias que vivem numa Vila Pesqueira Brasileira", adotou como quatro conceitos principais definição de situação; família; sociedade e cultura. A autora afirma que a utilização da teoria foi adequada e recomenda o Interacionismo Simbólico como guia para estudar famílias de outras etnias, dentro ou fora do Brasil, devido ao potencial da teoria para temas que envolvam cultura.

RIBEIRO (1990), ao trabalhar com maus tratos na família, aplica a Teoria da Interação Simbólica especificamente a assistência de enfermagem, tendo utilizado os conceitos de interação simbólica; ambiente simbólico; sociedade; família; ser humano e definição de situação. Ao concluir seu trabalho, a autora refere que a aplicação do marco conceitual através do Processo de Enfermagem, baseados no Interacionismo Simbólico, é viável para a assistência a família maltratadora.

Cabe ainda destacar que a Teoria da Interação Simbólica também empresta seus pressupostos à linha metodológica denominada de "Teoria Fundamentada em Dados" ("Grounded Theory"), dentro da qual alguns enfermeiros brasileiros realizaram suas pesquisas, tais como HENSE (1987); ANGELO (1989); MARCON (1989) e VARGENS (1989).

O fato da Teoria da Interação Simbólica possibilitar trabalhar relações familiares (principalmente entre pais e filhos), destacando também a questão dos papéis, os conceitos da teoria e os seus pressupostos que, por sua vez, refletem muito das minhas crenças e dos meus valores, foram os aspectos que me fizeram eleger o Interacionismo Simbólico para embasar o marco conceitual que guiaria minha prática assistencial junto à família do recém-nascido. Assim, os conceitos que adotei foram baseados em autores como MEAD (1972), BLUMER (1969), HILL & HANSEN (1960), ROSE (1980), SCHAVANEVELDT (1981), MAURIN (1983) e HAGUETTE (1987). Além desses autores, KING (1981) também me fundamentou principalmente nos conceitos de Enfermagem e Enfermagem na Família do Recém-Nascido.

Apresento agora os pressupostos da Teoria da Interação Simbólica e meus pressupostos pessoais, incluindo outras idéias

que se adaptam a situação (de assistência à família do recém-nascido). Logo a seguir, passo a expor os conceitos elaborados e sua compreensão específica para a família do recém-nascido.

- Pressupostos do Interacionismo Simbólico

X O ser humano age com relação as coisas na base dos sentidos que elas têm para ele. Estas coisas incluem todos os objetos físicos; outros seres humanos; categorias onde estes seres humanos são incluídos (amigos ou inimigos, por exemplo); instituições; idéias valorizadas; atividades que outros desenvolvem; e outras situações que o indivíduo encontra na sua vida cotidiana (BLUMER, apud HAGUETTE, 1987, p.31-2).

- O sentido das coisas é derivado, ou surge, da interação social que alguém estabelece com outros seres humanos. Estes sentidos são manipulados e modificados através de um processo interpretativo usado pela pessoa ao tratar as coisas que ela encontra (BLUMER, apud HAGUETTE, 1987, p.31-2).

- O ser humano é reflexivo. Ele tem capacidade de pensar e de introspecção, o que o capacita para uma distinção entre sua própria pessoa e aqueles objetos e experiências que não são seus próprios. Este processo o guia para uma definição de "self" que é dinâmico (ROSE, 1980, p.43-6 e MAURIN, 1983, p.94-5).

- O ser humano é um ator tão bem quanto um reator. O ser humano não apenas responde a estímulos, mas também inicia um comportamento. Ele seleciona e interpreta o meio ao qual ele responde. Isto acontece devido as variações no comportamento que tem lugar dentro da estrutura social complexa e porque a interação simbólica não pode ser interpretada como uma determinação cultural (ROSE, 1980, p.40-6 e MAURIN, 1983, p.94-5).

- O ser humano tem a capacidade de aprender grande número de significados e valores através da comunicação simbólica. Ele os aprende através da interação com outras pessoas, especialmente com membros de sua família. Deste modo os símbolos podem ser pensados como significados e valores que são comuns ou compartilhados. Esse é o processo de socialização no qual o indivíduo aprende os valores e normas culturais e subculturais que ele segue (ROSE, 1980, p.39-42, SCHVANEVELDT, 1983, p.109-10).

- O ser humano vive num ambiente simbólico, assim como num ambiente físico e é estimulado em situações sociais para agir através de símbolos, bem como através de estímulos físicos (ROSE, 1980, p.39).

- A sociedade precede o indivíduo. Os seres humanos nascem numa sociedade já existente e que desenvolveu uma cultura. Assim, eles são socializados para alguns significados de acordo com o comportamento esperado por esta sociedade. Contudo, isto não implica em determinismo cultural, devido às importantes pressuposições sobre a natureza humana (ROSE, 1980, p.46-7).

- Meus Pressupostos Pessoais

- A família existe a partir do momento em que dois seres humanos ou mais se consideram uma família (baseada em DELANEY, 1986, p.88).

- Cada ser humano, ou seja, cada membro da família do RN tem um papel a desempenhar tanto dentro de sua família como na sociedade.

- O enfermeiro para prestar assistência à família do RN deve conhecer suas percepções, expectativas, bem como suas crenças e valores culturais, ou seja, o significado que as coisas têm para ele.

- O enfermeiro só conseguirá desenvolver uma assistência de enfermagem efetiva à família se houver uma interação que possibilite a mesma crescer e desenvolver-se, definir, ajustar-se e desempenhar seus papéis.

- Conceitos elaborados para compor meu marco conceitual

Sociedade

A sociedade consiste de seres humanos que interagem, ou seja, seres humanos em ação que desenvolvem atividades diferenciadas que os colocam em diferentes situações. Essas atividades ocorrem predominantemente em resposta de um ser humano ao outro de acordo com significados e valores. A sociedade é um vasto processo de formação, sustentação e transformação de objetos, na medida que

seus significados se modificam, modificando o mundo dos seres humanos (HAGUETTE, 1987, p.33).

É nesta sociedade que encontramos a família do recém-nascido e o enfermeiro. A sociedade influencia a interação, o ser humano, o ambiente simbólico, o crescimento e desenvolvimento, a posição, os papéis e, portanto, a família do recém-nascido e cada um de seus membros, assim como a enfermagem. Neste marco, a sociedade é representada por todas as interações (relações) da família do recém-nascido e do enfermeiro, ou seja, familiares mais distantes, vizinhos, colegas de trabalho, amigos, instituições (de saúde, de educação, etc...); e equipe da unidade neonatológica.

O Ser Humano

O ser humano é um ser singular, histórico, em crescimento e desenvolvimento. Faz parte de uma família e de uma sociedade através da interação. Aprende, através da interação simbólica, significados que orientem suas ações. Ocupa uma posição dentro da família e da sociedade; percebe e desempenha papéis a partir de normas e expectativas, sustentadas individualmente ou coletivamente por outros membros da família e da sociedade para seus atributos e comportamentos. Sendo assim, cada ser humano é solicitado a integrar-se em múltiplos papéis, tanto dentro, quanto fora da família (SCHVANEVELDT, 1981, p.97-8).

O ser humano vive num ambiente físico e também simbólico, sendo considerado saudável quando é capaz de interagir com os demais seres humanos, família e sociedade, de modo a conseguir crescer e se desenvolver, definir, ajustar-se e desempenhar seus papéis.

Neste marco, o ser humano é o recém-nascido, cada membro da família do recém-nascido (pai, mãe, avô(ó), irmã(o), tio(a),...), o enfermeiro e cada pessoa que interage com o recém-nascido e sua família, como os amigos, colegas, vizinhos, membros da equipe de saúde, etc... Além disso, cada membro da família do recém-nascido (mãe, pai, avó(ô), irmã(o), tio(a), ...), com sua chegada, vivenciará um novo estágio em sua vida, havendo definição de novos papéis e redefinição de outros, a partir da interação.

Interação

Interação é o nome genérico para todo um conjunto de processos que toma lugar entre os seres humanos. A interação denota os comportamentos sociais envolvidos quando dois ou mais seres humanos estimulam-se entre si por diferentes meios de comunicação e conseqüentemente modificam o comportamento de outros. Na interação cada ser humano determina a ação do outro de acordo como ele interage com este outro. Ou seja, o comportamento de um ser humano é causa e efeito na relação com comportamento de outros (SCHVANEVELDT, 1981, p.103).

A interação origina-se de estímulos que tem um significado para os seres humanos e neles provocam uma resposta baseada naquele significado. Neste marco, a interação é todo o conjunto de processos que ocorrem entre o recém-nascido, cada membro de sua família (mãe, pai, irmã(o), avó(ô), tio(a), ...), o enfermeiro bem como entre cada um destes e o mundo que os cerca.

Pode-se dizer que o comportamento de cada um influencia o comportamento do outro, devido ao significado que lhe é dado. O recém-nascido determina ação de sua família (mãe, pai, irmã(o), avó(ô), tio(a), ...) e também do enfermeiro, de acordo como ele interage com eles e vice-versa. Assim, quando o recém-nascido chora (meio de comunicação) mobiliza a sua família e o enfermeiro, pois estes sabem, a partir de interações anteriores, que o bebê está necessitando de alguma coisa. Por outro lado, o recém-nascido percebeu que quando chora, sempre vem alguém para lhe atender. A partir da interação entre os seres humanos se constitui a sociedade na qual está inserida a família do recém-nascido.



A interação entre o recém-nascido, sua família e o enfermeiro, depende de aspectos psico-espirituais (símbolos), sócio-econômicos, bem como de aspectos físico-biológicos. Quando um membro da família do recém-nascido (mãe, pai, irmã(o), avó(ô), tio(a), ...), ou mesmo o enfermeiro, está ansioso ou estressado, isto irá refletir diretamente na interação com o recém-nascido, pois este percebe a situação; assim, neste caso, provavelmente ter-se-á um relacionamento tenso. Por outro lado, quando as pessoas com as quais o recém-nascido interage estão calmas, possivelmente observar-se-á uma interação tranqüila e de aproximação.

O contexto sócio-econômico da família do recém-nascido pode influenciar na sua interação. A medida que a família não tem recursos para visitar com freqüência seu recém-nascido no hospital, ver-se-á uma interação de pouca aproximação.

Igualmente, a situação de um recém-nascido que esteja com problemas de ordem biológica, como a necessidade do uso de incubadora e de soro, por exemplo, pode interferir na interação com sua família. Os pais e demais familiares, ao se defrontarem com a presença de uma agulha no escalpo do bebê, que está na incubadora, podem se assustar, angustiarem-se, amedrontarem-se e se afastarem do recém-nascido. Quando a mãe está com problemas físicos (dor no local da cesárea, por exemplo), também se observa

uma influência na interação entre ela e seu filho, caracterizada por um afastamento, já que não consegue ir ao berçário com tanta freqüência, nem receber seu filho no alojamento conjunto.

A interação tem relação com saúde e doença, à medida em que possibilite ou não à família do recém-nascido e a cada um de seus membros crescer e se desenvolver, definir, ajustar-se e desempenhar seus papéis.

Para que exista uma interação saudável e os símbolos sejam compartilhados através de seus significados, o "assumir o papel do outro" é condição "sine que non", visto que também facilita o crescimento e desenvolvimento, definição, ajuste e desempenho de papéis da família do recém-nascido e de seus membros que, por sua vez, fazem parte de uma sociedade. Se o marido/pai do recém-nascido conhecer e tentar compreender o que sua esposa/mãe do recém-nascido está sentindo e passando neste momento do puerpério, e, por outro lado, se a esposa/mãe do recém-nascido conhecer e tentar compreender os sentimentos do marido/pai do recém-nascido neste período, um "assumindo o papel do outro", haverá maiores condições para o crescimento e desenvolvimento de cada um, sendo mais fácil definir, ajustarem-se e desempenharem seus respectivos papéis; o mesmo ocorrendo na situação dos outros membros da família do recém-nascido (irmã(o), avó(ô), tio(a), ...), reciprocamente.

É através da interação que o enfermeiro desempenha seu papel, compartilhando com a família do recém-nascido e com seus membros significados (baseado em HAGUETTE, 1987, p.33).

Também é através da interação que o ambiente físico torna-se ambiente simbólico. Por outro lado, tanto o ambiente físico como o simbólico influenciam a interação.

Ambiente Físico

Ambiente físico representa todas as coisas naturais e materiais que circundam a família do recém-nascido, o enfermeiro, assim como a sociedade. É portanto, a terra, a água, o ar, o clima, a vegetação, os animais, os imóveis (tipo e condição de habitação, onde a família do recém-nascido reside; o próprio berçário) móveis e objetos.

O ambiente físico, por si só, tem a capacidade de influenciar a interação, o ser humano (recém-nascido, pai, mãe e demais

membros da família do recém-nascido, o enfermeiro), a família do recém-nascido, a sociedade, crescimento e desenvolvimento, saúde e doença. O frio, por exemplo, pode provocar alterações em aspectos físicos do recém-nascido, aparecendo cianose e pele marmórea. Estas alterações levam a uma interação onde o recém-nascido pode chorar muito, os pais ficarem muito ansiosos e não saberem o que fazer, sentindo-se impotentes como tal. Assim, o ambiente físico leva a alterações físicas que, por sua vez, levam a uma interação que pode dificultar a definição ou desempenho de papéis e conseqüentemente levar a doença familiar.

Ambiente Simbólico

Ambiente simbólico é o ambiente mediado através de símbolos significantes. Símbolos são estímulos que têm um significado para os seres humanos e neles provocam uma resposta baseada naquele significado. Deste modo, os símbolos podem estimular e influenciar comportamentos. O ambiente simbólico, portanto, baseia-se, na aprendizagem de significados e valores, através da interação. Apenas o ser humano tem um ambiente simbólico (baseado em STRYKER, 1959, p.114, apud SCHVANEVELDT, 1981, p.104, MAURIN, 1983, p.95 e HARDY, 1978, p.23).

O enfermeiro e a família do recém-nascido têm um ambiente simbólico no qual vivem, exercem e recebem influências. O ambiente simbólico, por sua vez, também influencia a própria interação e, conseqüentemente, saúde-doença, crescimento e desenvolvimento, posição, papéis. Neste marco, o ambiente simbólico do enfermeiro e da família do recém-nascido é traduzido pelo significado que o mundo que os cerca tem para eles, ou seja, é o meio físico, social, espiritual, cultural da família do recém-nascido e do enfermeiro, baseado nos símbolos (significados e valores) que, por sua vez, são influenciados pela interação da família do recém-nascido, do enfermeiro, e destes com a sociedade.

Família do Recém-Nascido

A família é uma unidade de seres humanos ligados por laços de casamento, afinidade/afeto, nascimento ou adoção que interagem

entre si. Os membros da família agem e reagem através do uso dos símbolos. Cada membro da família ocupa uma ou mais posições dentro da família para as quais um número de papéis são designados (baseado em SCHVANEVELDT, 1981, p.97 e HILL & HANSEN, 1960, p.302).

Cada família tem uma história, isto é, ela cresce e se desenvolve, varia e sofre mudanças através desta história, passando por estágios. A família do recém-nascido está vivenciando um diferente estágio de sua história, cujo início é demarcado pelo nascimento de um novo ser humano, o recém-nascido. Este diferente estágio caracteriza-se por mudanças, levando os membros da família a ocuparem novas posições (mãe, pai, irmã(o), tio(a), avó(ô), padrinho, ...), havendo definição de novos papéis e redefinição de outros já existentes.

A interação neste estágio determinará e dará direção nos períodos subseqüentes da família do recém-nascido. A família do recém-nascido está inserida numa sociedade que tem uma cultura, vivendo tanto num ambiente físico quanto simbólico dos quais recebe e também sobre os quais exerce influências.

Saúde/Doença Familiar

Saúde familiar é uma experiência dinâmica de vida resultante da interação que possibilita cada membro da família/família crescer, desenvolver-se, ajustar-se e desempenhar seus papéis. Esta interação é denominada de interação positiva.

Doença familiar é uma experiência dinâmica de vida resultante da interação que dificulta ou impossibilita cada membro da família/família crescer e se desenvolver, definir, ajustar-se e desempenhar papéis. Interação esta que pode ser chamada de perturbada, negativa, ou super-interação.

Saúde e Doença têm diferentes significados para os membros da família do recém-nascido, assim como para cada ser humano na sociedade. Além disso, assim como a interação, tanto a saúde quanto a doença são influenciadas pelo ambiente físico e pela sociedade, dependendo, de aspectos físico-biológicos, sócio-econômicos e psico-espirituais.

A promoção e a manutenção da saúde, assim com a prevenção e a recuperação da doença da família do recém-nascido e de seus membros são objetivos do enfermeiro ao desempenhar seus papéis.

A família do recém-nascido será considerada saudável quando houver uma interação positiva caracterizada por um relacionamento direto; de respeito; liberdade e sem tensões, no qual os membros tentam se colocar um no lugar do outro e expressam sentimentos de afeto, idéias, crenças, valores e conceitos, possibilitando-os, crescerem, desenvolverem-se, definirem, ajustarem e desempenharem seus papéis. Assim, através da comunicação verbal e não verbal pode-se observar comportamentos como: afago; carinho; pegar no colo; segurar; levar pela mão; beijos; abraços; apertos de mão; aproximação; postura relaxada; sorriso; choro (demonstrando preocupação tristeza em situações desconfortáveis); movimentos de cabeça que transmitam ternura e reforçam situações positivas; olhares; tom afetivo na fala; palavras de amor e carinho. Estes aspectos sempre dependerão da cultura na qual a família do recém-nascido está inserida (baseado em ARGYLE, 1976, p.109-137, e LEBOVICI, 1987).

A família do recém-nascido será considerada doente quando houver uma interação onde há afastamento, hostilidade, agressividade, indiferença, desrespeito, situações tensas e de sofrimento, caracterizando uma interação perturbada ou negativa; ou falta de liberdade, super-proteção/sufocamento, incentivo a dependência, caracterizando a super-interação, que dificulte ou impossibilite a seus membros crescerem, desenvolverem-se, definirem, ajustarem-se e desempenhar seus papéis. Nesta situação, observa-se, através da comunicação verbal e não verbal alguns comportamentos como: falta de contato físico; ou contato físico denotando agressividade; distanciamento; postura tensa; sorrisos irônicos; movimentos com as mãos demonstrando indiferença; não há troca de olhares; tom emocional da fala denotando desespero; agressividade; ironia; palavras agressivas e que mostrem desprezo. Ao se abordar estes aspectos, a cultura também deverá ser levada em consideração (baseado em ARGYLE, 1976, p.109-137; e LEBOVICI, 1987).

Crescimento e Desenvolvimento

É o processo de mudança que ocorre na vida do ser humano e da família que os ajuda a mover-se no sentido de alcançar a maturidade (KING, 1981, p.31; ALBUQUERQUE & BARBOSA, 1986, p.10).

A família, assim como seus membros, passa por estágios no crescimento e desenvolvimento. Estes estágios vão desde a formação da família até a contração. A demarcação entre um estágio e o seguinte é determinada por um evento particular que ocorre no interior da família.

Neste marco, a família do recém-nascido passa por um estágio que tem seu início delimitado pelo nascimento de um novo ser, o que acarreta ao pai, a mãe e aos demais membros da família (avó(ô), irmã(o), tio(a), ...), definirem, ajustarem-se, redefinirem-se seus papéis.

O crescimento e o desenvolvimento sofrem influências do ambiente físico, simbólico, e da sociedade além da própria interação, ou seja, a interação pode possibilitar, dificultar, ou ainda, impossibilitar o crescimento e o desenvolvimento dos membros da família do recém-nascido e da própria família. Quando o crescimento e o desenvolvimento (junto com definição, ajuste e desempenho de papéis) são possíveis a partir de interação, a família do recém-nascido e seus membros vivenciam uma experiência dinâmica que é denominada de saúde familiar.

✓ Posição

As posições servem para classificar as pessoas dentro de categorias sociais (por exemplo, uma mãe, um pai, um enfermeiro). Estas categorias, por sua vez, servem para organizar comportamentos para as pessoas categorizadas. Deste modo, esperamos certos comportamentos de pessoas que são classificadas em uma dada categoria e nos comportamos em relação a estas pessoas fundamentados nestas expectativas aprendidas através da interação (baseado em MAURIN, 1983, p.96).

O pai do recém-nascido, a mãe do recém-nascido, o próprio recém-nascido (assim como os demais elementos que possam ser incluídos na família: avó, avô, tio, tia, ...) são posições dentro da família. O enfermeiro também é uma posição dentro da sociedade.

✓ Papel

Papel é um conjunto mais ou menos integrado de expectativas, sentidos e valores relativos a comportamento atribuído a uma posição.. O papel (assim como a posição) é, por natureza, social.

Cada posição assume uma contra-posição, assim como cada papel pressupõe algum contra-papel (MAURIN, 1983, p.96).

O ser humano define suas expectativas de papéis numa dada situação, de acordo com um grupo de referência e por sua própria concepção de "self" (SCHVANEVELDT, 1981, p.97-8). As funções recíprocas de papéis são acompanhadas através do processo de "assumir o papel do outro" e "construir o papel".

Dentro da família, cada membro ocupa uma posição ou posições para as quais um número de papéis são designados. Cada membro da família do recém-nascido (pai, mãe, avó, ...) percebe ou tem expectativas de papéis assegurados individual e coletivamente pelos outros membros da família, para seus atributos e comportamentos (SCHVANEVELDT, 1981, p.97).

Cada membro da família do recém-nascido (a mãe, o pai, o recém-nascido, ...) desempenha papéis; e mais, cada membro familiar é requisitado para integrar-se em múltiplos papéis, construindo-os, tanto dentro, como fora da família (SCHVANEVELDT, 1981, p.97-8).

A possibilidade de definir, ajustar-se e desempenhar papéis decorrente da interação é elemento que proporciona à família do recém-nascido e seus elementos (junto com a possibilidade de crescimento e desenvolvimento) uma experiência dinâmica que é denominada de saúde familiar.

✓ O enfermeiro também desempenha papéis e ao fazê-lo tendo como objetivo a promoção e a manutenção da saúde familiar, ajuda os membros da família do recém-nascido a definirem, ajustarem-se e desempenharem seus papéis.

Assumir o Papel do Outro

É um processo de antecipação de respostas de outros envolvidos com alguém numa ação social, com subsequente modificação de comportamento à luz de tal antecipação. Esse processo envolve percepção seletiva das ações de outros e imaginação de como alguém vê pelo ponto de vista de outro. É uma habilidade empática na qual o ser humano imagina-se no lugar de outro e/ou imagina como o outro entende determinado aspecto (baseado em SCHVANEVELDT, 1981, p.106 e MAURIN, 1983, p.96).

O assumir o papel do outro é condição "sine qua non" para que exista uma interação saudável, sendo também um aspecto fundamental

para que o enfermeiro, no desempenho de seus papéis, atinja seus objetivos junto à família do recém-nascido.

Neste marco, o enfermeiro "assume o papel" dos membros da família do recém-nascido, estimulando-os a desenvolver a sua habilidade de "assumir o papel do outro", visando assim, manter e promover a saúde familiar, bem como prevenir e recuperar a doença familiar.

Grupo de Referência

Grupo de referência é "... aquele grupo real ou imaginário, cujo ponto de vista está sendo usado como o marco da referência pelo ator." (SHIBUTANI apud SCHVANEVELDT, 1983, p.104)

Neste marco, o grupo de referência será representado por todo aquele grupo cujo ponto de vista é usado como guia pela família do recém-nascido e pelos seus membros, como por exemplo, os vizinhos, comunidade, amigos, colegas, e outros.

Definição de Situação

A definição da situação é a representação de uma situação para o ser humano e a família em termos simbólicos (SCHVANEVELDT, 1981, p.104). É a ação social pela qual um ator interpreta um estímulo num ambiente. Deste modo, cada ator percebe, faz julgamentos e inicia uma ação baseada em sua definição do estímulo no ambiente. O ser humano define a situação antes de agir.

A família do recém-nascido age de acordo com sua representação, em termos simbólicos, da situação que está vivenciando durante o diferente estágio de sua história, cujo início é delimitado pelo nascimento de um novo ser. Assim, também o enfermeiro age de acordo com sua representação simbólica da situação que vivencia. Para atingir seu objetivo de promover e manter a saúde familiar, bem como prevenir e recuperar a doença familiar, o enfermeiro precisa conhecer como a família do recém-nascido está definindo a situação do período neonatal.

Self

"Self é aquilo que é um objeto para si mesmo" (MEAD, 1972, p.118).

O "Self" é o modo como alguém se define para si mesmo, sua relação com os outros num processo social. É tudo que sou; é o que eu penso de mim e o que sou capaz de ser e fazer. Pode ser definido como uma interação do ser humano com o ambiente, o qual está influenciado pelo "feed-back" das interações com outros e que dá padrões consistentes de relações do "eu" ou de "mim" (baseado em STRYKER, 1959, apud SCHVANEVELDT, 1981, p.107 e KING, 1981, p.27).

Os elementos da família do recém-nascido, assim como o enfermeiro, possuem um "self" que é definido a partir da interação de cada um com o seu ambiente. O "self", por sua vez, irá influenciar as interações da família do recém-nascido e entre esta e o enfermeiro, pois é a partir da concepção de "self" de cada um que as expectativas ou papéis são estabelecidas.

Enfermagem à Família do Recém-Nascido

É profissão, ciência e arte que implicam um processo de interação entre enfermeiro e a família do recém-nascido, onde o profissional, ao desempenhar seu papel, busca compartilhar significados, símbolos, crenças, valores junto à família do recém-nascido, visando a promoção e a manutenção da saúde familiar, bem como a prevenção e a recuperação da doença familiar, no estágio determinado pelo nascimento de um novo ser.

O enfermeiro ocupa uma posição dentro da sociedade e desempenha seus papéis de acordo com a expectativa de papéis desta, da família do recém-nascido, e de sua própria concepção de "self". Para atingir seus objetivos "assume o papel da família do recém-nascido", estimulando a família do RN a desenvolver sua habilidade de "assumir o papel do outro" (baseado em SCHVANEVELDT, 1981, p.97; HILL, 1960, p.303; KING, 1981, p.34; MAURIN, 1983, p.104 e HAGUETTE, 1987, p.33).

Representando Graficamente o Marco Conceitual

Na figura abaixo pode-se visualizar a representação gráfica dos conceitos que integram o marco conceitual desenvolvido para a assistência de enfermagem à família do recém-nascido, fundamentado na Teoria da Interação Simbólica.

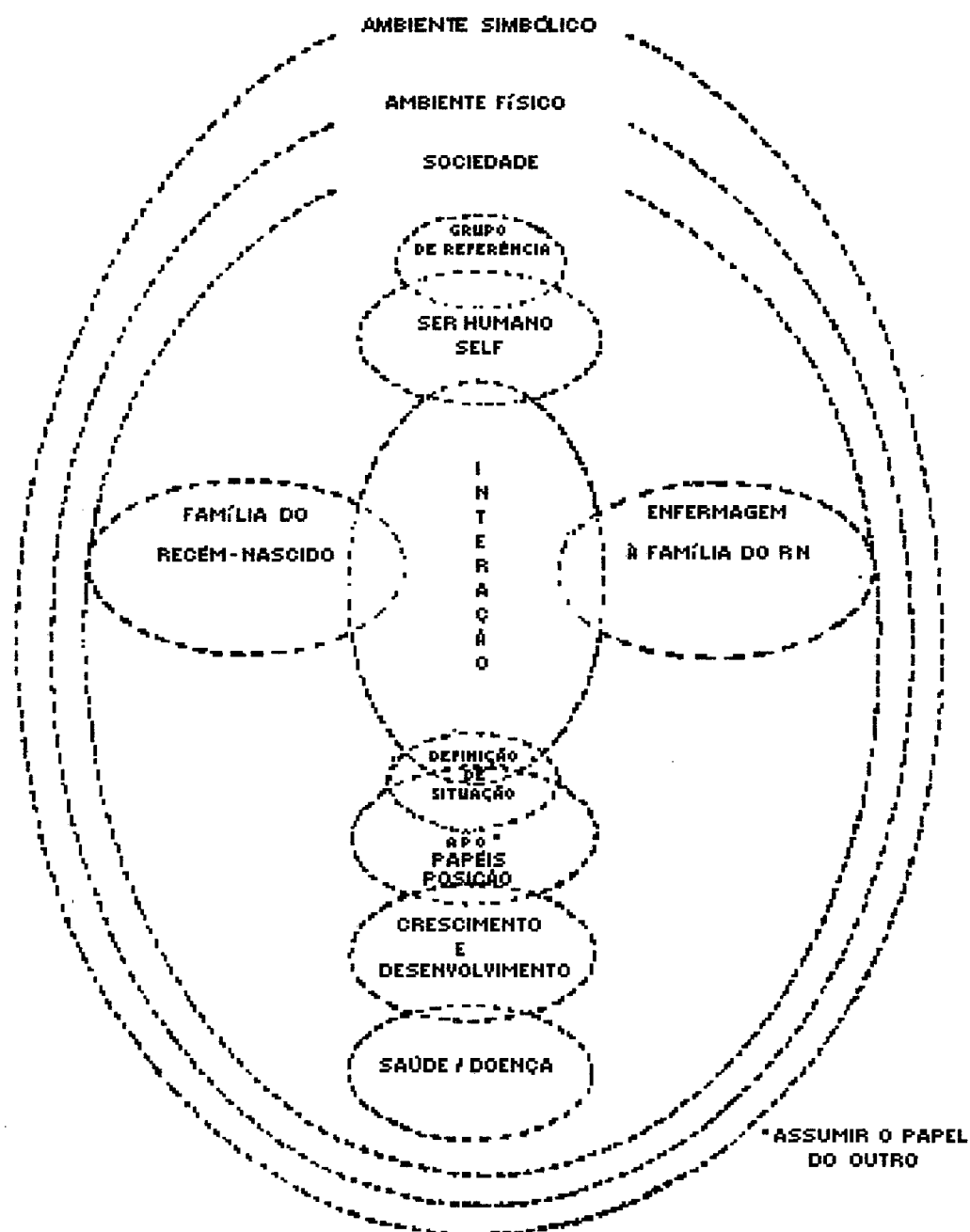


Figura 1 - Representação gráfica do marco conceitual.

IV - DESENVOLVENDO UMA METODOLOGIA PARA APLICAR O MARCO CONCEITUAL: O PROCESSO DE ENFERMAGEM

Neste trabalho, a metodologia de assistência de enfermagem desenvolvida para aplicar o marco conceitual elaborado é caracterizada como um processo dinâmico e interativo de resolução de problemas a ser usado pelo enfermeiro para manter e promover a saúde familiar, bem como para prevenir e recuperar a doença familiar. Nesta metodologia denominada de processo de enfermagem, o enfermeiro e a família levantam informações, identificam problemas, estabelecem e implementam ações e meios para resolver estes problemas, compartilhando significados (baseado em KING, 1981, p.144, SILVA, 1987, p.16).

O processo de enfermagem aqui apresentado foi baseado em KING (1981) pelo fato de considerar seu processo coerente com o Interacionismo Simbólico, já que trabalha fundamentalmente com a interação. Entretanto, respaldada por minha prática profissional anterior, não seguimos rigorosamente as fases propostas por KING, adotando etapas mais adequadas a nossa realidade. Neste posicionamento, a interpretação de GEORGE (1985) sobre o processo de enfermagem de KING (1981) muito me auxiliou, pois o descreveu com mais clareza, explicitando melhor os seus passos, ou seja, a coleta de dados; o diagnóstico de enfermagem; o planejamento; e a evolução.

O modelo de Processo de Enfermagem aqui proposto inclui as seguintes fases:

- Averiguação dos Dados
- Lista de Problemas
- Diagnóstico de Enfermagem

- Plano Assistencial
 - a) Lista de Objetivos
 - b) Prescrição de Enfermagem
- Avaliação.

Utilizo o tempo verbal no presente para caracterizar melhor como foi feita a proposta das diferentes fases da metodologia adotada.

- Averiguação dos Dados

A Averiguação de Dados proposta consiste na sistemática coleta de dados sobre a família, constituindo-se a primeira fase do processo de enfermagem. Esta fase conduz ao levantamento dos problemas e diagnóstico de enfermagem. Assim, um levantamento de dados incorreto e insuficiente pode conduzir a um incorreto diagnóstico de enfermagem, implicando num plano assistencial, e avaliação inapropriados (STANTON et al. 1985, p.17). Esta primeira fase do processo de enfermagem é a que marca o início da interação (enfermeiro-família do recém-nascido).

Visando levantar dados que fossem de encontro aos conceitos elaborados, desenvolvi um trabalho de "operacionalização dos conceitos" onde, para cada, conceito identifiquei: a) os seus componentes, b) os aspectos significativos a serem identificados (o que levantar), c) os meios para levantar esses aspectos (como levantar), conforme pode ser observado no Quadro III

QUADRO III OPERACIONALIZAÇÃO DOS CONCEITOS

CONCEITOS Sociedade

COMPONENTES

- Seres humanos que interagem;
- Seres humanos em ação;
- Seres humanos que desenvolvem atividades diferenciadas que se colocam em diferentes situações;
- Atividades ocorrem em respostas de um ser humano a outro de acordo com significados e valores;
- Vasto processo de formação, sustentação de objetos, na medida que seus significados se modificam, modificando o mundo dos seres humanos.

O QUE LEVANTAR

- Interações (relações)
- .Interações (relações da família do recém-nascido com outros familiares, vizinhos, colegas de trabalho, amigos, instituições de saúde, de educação, etc.
- .Interações (relações) da família do recém-nascido com a equipe.

COMO AVALIAR

- Entrevista semi-estruturada;
- Observação;
- Conversas informais com a família e equipe;
- Genograma interacional;
- Mapa das interações;
- Consultas a prontuário.

Interação

- Conjunto de processos que toma lugar entre os seres humanos;
- Denotam comportamentos sociais envolvidos quando o recém-nascido estimulam-se para diferentes meios de comunicação;
- Comportamento de um ser humano é causa e efeito na relação com comportamento do outro;
- Origina-se através do uso de símbolos que tem sentido para os seres.

- Relações entre os familiares do recém-nascido e entre a família e a sociedade.
- Comportamentos da família do recém-nascido.
- Tipo de comunicação utilizada pelos familiares do recém-nascido:
 - .comunicação verbal : fala (existência, o que é h) dito, quando, quem diz)
 - Comunicação não verbal
 - a) Contato físico:
 - Ocorre ou não;
 - Como ocorre (afago, carinho; o segurar, aperto de mão, beijo, abraço; o levar pela mão ou cotovelo; empurrão; beliscão; o bater.
 - Que partes do corpo são tocadas;
 - Intensidade;
 - Quando ocorre;
 - Aonde ocorre;
 - b) Proximidade:
 - Distância entre as pessoas -aproximam-se -afastam-se
 - Quando ocorre;
 - Onde ocorre;
 - c) Postura:
 - Que postura (em pé, sentado, ajoelhado)
 - Como (relaxado, tenso, braços cruzados ou não, ...)
 - Quando;
 - Onde;
 - d) Aparência física: (tipo, higiene)
 - e) Movimentos faciais:
 - Quais (sorriso, choro, enrubescimento, palidez, ...)
 - Duração;
 - Quando;
 - Onde.
 - f) Movimentos das mãos:
 - Quais;
 - Quando;
 - Onde.
 - g) Posições e movimentos da cabeça:
 - Quais: -aceno
 - permissão
 - reforço
 - negação
 - Quando;
 - Onde.
 - h) Ocorrência do olhar:
 - Ocorre ou não;
 - Direção;
 - Quando;
 - Onde;
 - Quanto tempo.
 - i) Duração da fala:
 - Qual;
 - Quando;
 - Onde;
 - Com quem.
 - j) Tom emocional da fala:
 - Alta;
 - Perda de fôlego;
 - Qualidade - rápida
 - lenta
 - l) Ocorrência de erros da fala
 - m) Choro do recém-nascido:
 - Frequência;
 - Intensidade;
 - Duração;
 - Situação - quando
 - onde
 - com quem
 - Significado das coisas.

- Entrevista semi-estruturada;
- Observação;
- Genograma interacional;
- Mapa interacional;
- Conversa informal com a família e equipe;
- Consultas ao prontuário.

Ambiente físico/Ambiente simbólico

- Coisas naturais que circundam o ser humano/família do recém-nascido
- Ambiente Simbólico
- a) terra
- b) água
- c) ar
- d) vegetação
- e) animais
- Coisas materiais que circundam o ser humano:
- f) imóveis
- g) móveis
- k) objetos
- Influencia o ser humano/família do recém-nascido/sociedade/saúde-doença/crescimento e desenvolvimento a interação;
- Sofre influência do ser humano/família do recém-nascido/sociedade pela interação

Naturais

- a) Terra - Existência de terreno;
- Condições do terreno (úmido, seco, ...);
- Aproveitamento do terreno (recreação, jardim/horta - vegetação);
- b) Água - Existência;
- Significado;
- Procedência (chuva, poço, bica, rede pública);
- Condições de tratamento (filtrada, fervida, nenhum);
- Quantidade;
- Acesso (distância, condições);
- Significado;
- c) Ar - Qualidade do ar;
- Significado;
- d) Animais - Existência;
- Tipo (doméstico, criação, insetos, roedores)
- Quantidade
- Mediado por símbolos toma-se ambiente simbólico.
- Tratamento (se doméstico/criação - vacinas; se insetos/roedores-extermínio);
- Significado
- Materials**
- f) Imóveis - Tipo de habitação;
- Iluminação;
- Incidência de sol;
- Instalação de luz;
- Existência e tipo de esgoto;
- Significado;
- j) Berçário - Sala onde a criança está;
- Local onde o recém-nascido está (berço comum, berço aquecido, incubadora);
- Aparelhagem usada;
- O que significa;

- Entrevista semi-estruturada;
- Observação "in loco" (se necessária);
- Conversas informais com a família e equipe;
- Consultas ao prontuário;

Família do recém-Nascido

- Unidade de seres humanos
- Ligados por laços de casamento, afinidade, nascimento ou adoção que interagem entre si;
- Agem através de símbolos;
- Cada uma ocupa uma ou mais posições;
- Tem uma história;
- Varia e sofre mudanças;
- Passa por estágios;
- Interação num estágio determina a dos seguintes estágios;
- Definição de novos papéis;
- Redefinição de outros papéis existentes;
- Vive num ambiente físico e simbólico.

- Quem é a família?
- Quais os laços da família?
- Relações entre os membros da família (ver "o que levantar" em interação);
- Tipo de comunicação - verbal
- não-verbal
- Símbolos (significado das coisas);
- Quais as posições existentes na família?
- Quem ocupa as posições? Quando?
- Que papéis possuem estas posições? (qual o comportamento esperado de quem está na posição x?)
- O nascimento fez surgir novos papéis?
- O nascimento modificou outros papéis já existentes?
- Qual é a história da família?
- O nascimento trouxe mudanças na família?
- Relações da família com a sociedade (ver "o que levantar" em sociedade).

- Entrevista semi-estruturada;
- Observação;
- Conversas com família/equipe;
- Prontuário;
- Genograma Interacional;
- Mapa das interações.

Saúde/Doença Familiar

- Saúde**
- Experiência dinâmica resultante da interação que:
- . Possibilitar nascer e se desenvolver
- . Possibilitar definir, ajustar-se e desempenhar seus papéis.
- Doença**
- Experiência dinâmica de vida resultante da interação que:
- . Dificulte ou
- . Impossibilite crescer e se desenvolver, definir, ajustar-se e desempenhar papéis.
- Interação esta que ocorre quando há qualquer alteração nos aspectos psicopsíquicos, sociais e biológicos.

- Interação (ver "o que levantar" em interação)
- A interação depende de:
- . Aspectos biológicos:
- a) Sistema sensorial (tato, visão, audição, olfato, paladar);
- b) Sistema nervoso (motor);
- c) Sistema circulatório;
- d) Sistema respiratório;
- e) Sistema digestivo;
- f) Sistema urinário;
- g) Sistema endócrino;
- h) Sistema termorregulador;
- i) Sistema imunológico.
- . Aspectos psicológicos;
- . Aspectos sociais (ver "o que levantar" do conceito sociedade);
- . Aspectos espirituais (símbolos);
- . Significado de saúde/doença para membros da família do recém-nascido/sociedade

- Entrevista semi-estruturada;
- Exame físico;
- Observação;
- Conversas informais com equipe, família e sociedade;
- Prontuário;
- Método de Capurro;
- Tabela Bataglia e Lubchenco;
- Genograma interacional;
- Mapa das interações.

Crescimento e desenvolvimento

- Processo de mudança;
- Ajuda a mover-se no sentido de alcançar a maturidade;
- Família passa por estágios (formação - contração);
- Influenciados por:
- . Interação
- . Ambiente físico e simbólico
- . Saúde/doença
- . Sociedade

- Peso do recém-nascido;
- Idade gestacional do recém-nascido;
- Altura do recém-nascido;
- Sistemas sensorial mais motor - (ver "o que levantar" em saúde);
- Qual é a história da família (ver "o que levantar" em família do recém-nascido);
- Como se formou? (ver "o que levantar" em família do recém-nascido);
- (ver "o que levantar" em interação)
- (ver "o que levantar" em ambiente físico e simbólico)
- (ver "o que levantar" em saúde e doença)

- Tabela de Lubchenco;
- Método de Capurro;
- Exame físico;
- Entrevista semi-estruturada;
- Observação;
- Prontuário;
- Conversas informais com família e equipe.

Posição

- Classifica pessoas dentro de categorias sociais;
- Categorias organizam comportamentos;
- Espera-se comportamentos de pessoas de uma dada categoria;

- Quais as posições na família:
- Pai; - Mãe; - Filho; - Irmão; - Tio; - Tia; - avô(ô); - Padrinho; - Madrinha; - Primo(a); - Cunhado(a)
- (ver "o que levantar" em família do recém-nascido)
- Quem as ocupa?
- O que (que comportamentos) é esperado de cada um?
- Que comportamento é esperado do enfermeiro e da equipe de enfermagem? (ver "o que levantar" em família do recém-nascido).

- Genograma interacional;
- Entrevista semi-estruturada;
- Observação;
- Prontuário.

Papel	<ul style="list-style-type: none"> - Conjunto de expectativas, sentidos e valores relativos a comportamento atribuídos a uma posição; - É social; - Cada papel pressupõe um contrapapel; - Cada posição possui papéis designados; - Cada membro percebe expectativas de papéis assegurados pelos outros para seus atributos; - Cada membro desempenha papéis; - Cada membro é requisitado para desempenhar múltiplos papéis dentro e fora da família. 	<ul style="list-style-type: none"> - Que comportamento você acha que cada membro da família deve ter? (ver "o que levantar" em família do recém-nascido e posição) - Quais as posições de cada um desses membros? (ver "o que levantar" em posição) - O que (que comportamentos) você percebe que os outros membros da família esperam de você. - Que outras posições têm fora da família. - Quem as ocupa? - Que comportamentos são esperados para essas posições fora da família? 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semi-estruturada; - Observação; - Conversa informal com família e equipe.
Assumir o papel do outro	<ul style="list-style-type: none"> - Antecipação de respostas de outros; - Subseqüente modificação de comportamento; - Como alguém vê pelo ponto de vista do outro. 	<ul style="list-style-type: none"> - Costuma se colocar no lugar do outro; - Quando se coloca muda de comportamento? - O que muda? 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semi-estruturada; - Observação; - Conversa informal com família e equipe.
Grupo de referência	<ul style="list-style-type: none"> - Grupo real ou imaginário, cujo ponto de vista está sendo usado como marco de referência pelo ator. 	<ul style="list-style-type: none"> - Existe algum grupo ou pessoa cujo ponto de vista é usado como guia para a família; - Qual é (ou quem é)? - Descreve o ponto de vista que serve de guia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semi-estruturada; - Observação; - Conversa informal com família e equipe.
Definição de situação	<ul style="list-style-type: none"> - Representação de uma situação para si mesmo em termos simbólicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - O que representa o momento para você; - O que representa estar no berçário. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semi-estruturada; - Conversa informal com família e equipe.
Self	<ul style="list-style-type: none"> - Modo como alguém se define para si mesmo; - Sua relação com outros no processo social; 	<ul style="list-style-type: none"> - Como você se define para si mesmo? - O que você pensa de seu comportamento com outros na sociedade? 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevista semi-estruturada; - Observação; - Conversa informal com família e equipe.
Enfermagem família do recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> - Profissão; - Ciência; - Arte; - Implica processo de interação; - Profissional e família compartilham significados; - Visa promoção saúde familiar; - Visa manutenção saúde familiar; - Visa prevenção doença familiar; - Visa recuperação doença familiar; - No estágio determinado pelo nascimento do novo ser; - Possibilita aos membros: <ul style="list-style-type: none"> . crescimento e desenvolvimento; . definirem papéis; . ajustarem papéis; . desempenhar papéis; - Desempenhar papéis a partir das expectativas da família e de sua concepção de self; - O enfermeiro "assume o papel da família". 	<ul style="list-style-type: none"> - Relação enfermeiro-família (ex.: fale sobre a relação entre família e enfermeiro) (ver "o que levantar" em interação); - Tipos de comunicação - comunicação verbal - comunicação não-verbal (ver "o que levantar" em interação) - O que a família espera do enfermeiro e da equipe de enfermagem; - Quais as expectativas do enfermeiro quanto ao seu desempenho; - O que o enfermeiro faz. 	<ul style="list-style-type: none"> - Entrevistas semi-estruturadas com família e equipe; - Observação; - Conversa informal com família e equipe. - Prontuário; - Mapa das interações; - Reflexões do enfermeiro.

Os dados, como pode ser visto no Quadro III são obtidos através de: entrevista semi-estruturada e observação direcionada (Anexo 1); observação livre; genograma interacional, que é a representação diagnóstica das genealogias e do tipo de interação existente entre os membros da família (Anexos 2, 4 e 5); mapa das interações, que representa diagramaticamente o tipo de interação existente entre a família do recém-nascido e a rede social (Anexos 3, 4 e 5); conversas informais com a família e a equipe; prontuário; e, ainda, através de outros instrumentos como: Método Capurro, pelo qual se calcula a idade gestacional (Anexo 6); e a Tabela de Bataglia e Luchenco pela qual se classifica o recém-nascido, segundo o peso, idade gestacional e crescimento intra-uterino (Anexo 7).

No primeiro contato com a família, é prevista a apresentação do enfermeiro, procurando fornecer informações básicas sobre quem é, o que faz, porque está ali, deixando espaço aberto para a família falar e fazer as perguntas que deseje.

Os dados inicialmente levantados num primeiro encontro podem emergir tanto da entrevista semi-estruturada, como de: conversa informal, observação, informações do prontuário, genograma interacional e mapa interacional.

Os dados devem ser coletados de forma gradativa. O roteiro que orienta a entrevista, por exemplo, não tem uma ordem rigorosa, devendo-se deixar a que as perguntas surjam da situação, pois uma preocupação em segui-lo rigidamente pode comprometer seriamente a interação enfermeiro-família.

O significado dos dados obtidos deve ser compartilhado entre o enfermeiro e a família, através de discussão e exploração, para da mesma forma identificarem os problemas e estabelecerem um plano de ação para resolução dos mesmos.

O aprofundamento das questões levantadas pode, em muitas situações, necessitar de vários contatos/encontros, dependendo fundamentalmente da qualidade de interação enfermeiro-família.

O enfermeiro deve sempre buscar o respeito da privacidade da família (baseado em SILVA, 1987, p.16-8).

- Lista de Problemas

A identificação de problemas é a segunda fase deste processo de enfermagem. Entende-se por problemas todos os aspectos

detectados pelo enfermeiro e pela família que possam levar a perturbação da interação, interação negativa ou super-interação, dificultando ou impossibilitando o crescimento, desenvolvimento, a definição, o ajustamento e desempenho de papéis da família/sociedade, podendo ser atendidos pela competência do enfermeiro. Os problemas podem ser atuais ou potenciais. Os problemas servem de guia para identificar o diagnóstico de enfermagem e para planejar a assistência. O problema deve, preferencialmente, ser redigido de modo a relacioná-lo com sua causa que, por sua vez, também pode ser um outro problema.

Ex. Distanciamento físico dos pais com o recém-nascido decorrente da simbolização da UTI neonatal para o pai ("a UTI com todos esses aparelhos para nós significa que nosso filho está muito grave e/ou vai morrer").

- Diagnóstico de Enfermagem (DE)

O Diagnóstico de Enfermagem consiste na interpretação e na avaliação ou conclusão que ocorrem como resultado do levantamento de dados, sendo elaborado a partir da identificação de problemas que podem, por sua vez, serem relacionados com suas causas (baseado em RISNER, 1986, p.151-2, citando a 1a. Conferência Nacional sobre Classificação do Diagnóstico de Enfermagem, 1975).

O Diagnóstico de Enfermagem é a terceira fase deste processo, sendo categorizado em Interação Positiva, Interação Negativa, Interação Perturbada e Super-Interação. Interação Positiva ocorre quando há um relacionamento direto e livre de tensões que possibilita o crescimento e desenvolvimento da família, de seus membros e da sociedade, a definição, o ajuste e o desempenho de seus papéis. Interação Negativa ocorre quando há um relacionamento conflituoso, de tensão, impossibilitando o crescimento e desenvolvimento da família de seus membros e da sociedade; a definição, o ajuste e o desempenho de seus papéis. Interação Perturbada ocorre quando não se observa algum ou alguns dos itens da interação positiva e/ou se observa algum ou alguns dos itens que caracterizam a interação negativa, dificultando o crescimento, o desenvolvimento da família, de seus membros e da sociedade; a definição, o ajuste e o desempenho de seus papéis. Super-Interação ocorre quando se observa um relacionamento com as mesmas características da interação positiva, mas que, por sua vez, é tão

intenso que dificulta o crescimento e desenvolvimento da família, de seus membros e da sociedade; a definição, o ajuste e o desempenho de seus papéis. O Diagnóstico de Enfermagem pode ser realizado tanto a nível intra-familiar como a nível extra-familiar. O detalhamento da sua categorização encontra-se nos Quadros IV e V, a seguir.

QUADRO IV

Diagnóstico intra-familiar

I - INTERAÇÃO POSITIVA	II - INTERAÇÃO NEGATIVA	III - INTERAÇÃO PERTURBADA	IV - "SUPER" INTERAÇÃO
<p>Quando a família possui um relacionamento direto, expressando sentimentos de afeto idéias, crenças, valores e conceitos, livre de tensões, possibilitando à seus membros crescerem, desenvolverem, ajustarem-se e desempenharem seus papéis.</p> <p>Quando se observa na comunicação verbal não-verbal comportamentos (que denotem afeto), tais como:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contato físico: afago; carinho, pegar ao colo, segurar, levar pela mão ou cotovelo, guiando (sem agressividade); apertos de mão, beijos, abraços. (Verificar cultura) 2. Proximidade: ficam próximos uns dos outros. 3. Postura: estão relaxados; livre de tensões. 4. Movimentos faciais: sorriem, dando carinho, amor: duram demonstrando afeto, ou preocupação/tristeza com a situação negativa/morte, problemas graves, ... 5. Movimentos da cabeça: que denotem ternura, reforço de situações positivas e desaprovacão de situações negativas. (Ver cultura) 6. Ocorrência do olhar: os indivíduos se olham demoradamente? Incidência de troca de olhar 7. Tom emocional da fala: que denote afeto; não há gritos. (Ver cultura) 8. Fala palavras de afeto. 	<p>Quando se observa na família comportamentos que denotem hostilidade, agressividade, indiferença, desrespeito, situações tensas e de sofrimento, impossibilitando seus membros de crescerem, se desenvolverem, definirem, ajustarem e desempenharem seus papéis.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Contato físico: não existe contato físico que denote afeto/existe contato físico denotando agressividade/não existe contato 2. Proximidade: ficam distantes, não se aproximam. 3. Postura: estão tensos/braços 4. Movimentos faciais: sorriem ironicamente: choram demonstrando raiva. 5. Movimento das mãos: denotando agressividade/indiferença. 6. Ocorrência do olhar: os indivíduos não se olham ou evitam se olhar. 7. Tom emocional da fala: grita (ver cultura); que denote ironia, agressividade, desespero(?) 8. Fala (linguagem): palavras agressivas, que denotem desprezo. 	<p>- Quando não se observa na família algum ou alguns dos itens da interação positiva, e/ou de observar algum ou alguns dos itens que caracterizam a interação negativa, dificultando assim seus membros se desenvolverem, definirem ajustarem-se e desempenhar seus papéis.</p>	<p>Quando se observa na família um relacionamento com as mesmas características da Interação Positiva, basicamente mas que se dá de uma forma tão intensa que dificultem seus membros de crescerem, se desenvolverem, definirem, ajustarem e desempenharem seus papéis.</p> <p>Pode levar a uma dependência entre os membros da família.</p> <p>Quando se observa na comunicação verbal e não verbal comportamentos tais como, entre outros:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Contato físico: algum(ns) membro(s) da família só conseguem agir/enfrentar uma situação se estiverem sendo pegos ao colo, guiados; levados pela mão/cotovelo por outro(s) membro(s) da família (considerar idade). -Proximidade: estão sempre próximos uns dos outros que não permitem a aproximação de outros e/ou criam uma situação que fica insuportável a distância por mais breve ou longa que seja. -Movimentos de cabeça e faciais que denotem reforço ou desaprovacão/ocorrência de olhar de outro(s) membro(s) da família. -Postura: podem estar relaxado somente na presença de algum(ns) membro(s) da família; ou, paradoxalmente, estão tensos na presença daquele(s) elemento(s) que tem uma ligação muito estreita e apresenta características descritas acima no contato físico/proximidade/movimentos da cabeça e faciais e ocorrência de olhar.

Baseado no Projeto de Assistência de Enfermagem à Família, UFSC (ELSEN et al., 1985): ARGYLE (1976, p.109-137); LBOVICI (1987).

QUADRO V
Diagnóstico extra-familiar

I- INTERAÇÃO POSITIVA

Quando existe um relacionamento direto e livre de tensões da família com o ambiente e sociedade no qual se insere (comunidade, vizinhos, igreja, trabalho, educação, transporte, hospital), possibilitando tanto a família como a sociedade crescerem e se desenvolverem, definirem, ajustarem-se e desempenhar seus papéis

II- INTERAÇÃO NEGATIVA

Quando existe entre a família, o ambiente e sociedade onde se insere um relacionamento conflituoso de tensão, observando-se atitudes de desrespeito, indiferença, agressividade, hostilidade, competitividade, situações tensas e de sofrimento, impossibilitando tanto a família como sociedade crescerem e se desenvolverem, definirem, ajustarem-se e desempenharem seus papéis

III- INTERAÇÃO PERTURBADA

Quando não se observa entre a família e a sociedade algum ou alguns dos itens da interação positiva, ou se observa algum ou alguns dos itens da interação negativa, dificultando assim tanto para a família como para a sociedade, crescerem, definirem, ajustarem-se e desempenhar seus papéis.

IV- SUPER-INTERAÇÃO

Quando se observa um relacionamento entre a família e a sociedade com as mesmas características da interação positiva, mas que, por sua vez, e de tão intensa, dificulta/impossibilita tanto a a família como a sociedade crescerem, desenvolverem-se, definirem, ajustarem-se e desempenharem seus papéis. Pode levar a relação de dependência entre a família e sociedade

Baseado no Projeto Assistência de Enfermagem à Família - UFSC (ELSEN, 1985)

A redação do DE deve procurar sempre apresentar: categorização do DE mais o(s) problema(s) ao(s) qual(is) está(ão) relacionado(s). Exemplo: Interação perturbada relacionada a distanciamento físico da família com recém-nascido (decorrente da simbolização da UTI neonatal para os pais).

- Plano Assistencial

De acordo com STANTON (1985), considera-se o plano assistencial como a determinação daquilo a ser feito para assistir a família. Envolve o estabelecimento, preferencialmente, mútuo entre a família e o enfermeiro de metas e objetivos; o julgamento de prioridades e a idealização dos meios para resolver os problemas atuais (reais) e/ou potenciais (STANTON, 1985, p.21). Deste modo, a quarta fase deste processo de enfermagem, ou seja, o plano assistencial é composta por duas etapas: a) lista de objetivos e b) prescrição de enfermagem.

a) Lista de Objetivos

A primeira etapa do plano é o estabelecimento de objetivos que, por sua vez, são decorrentes do diagnóstico de enfermagem e propostos preferencialmente para cada problema de enfermagem.

Os objetivos devem ser realísticos e mutuamente estabelecidos com a família, sendo redigidos em termos de comportamento final esperado da família. Este, por sua vez, é atingido através das ações de enfermagem e da própria família levadas a efeito de acordo com o diagnóstico de enfermagem. Tanto os objetivos como as ações de enfermagem e da família devem, em última análise, buscar a promoção e a manutenção da interação positiva, bem como prevenção e recuperação da interação negativa, da interação perturbada e da "super interação" (baseado em STANTON, 1985, p.23-4 e NEVES, 1984).

Exemplo de objetivo: Aproximar-se do filho recém-nascido na UTI.

Junto com os objetivos, procura-se tentar estabelecer prioridades mutuamente. Além disso, recomenda-se que na redação do objetivo seja colocado o tempo dentro do qual se pretende atingi-lo. Exemplo: Aproximar-se do filho na UTI até o final desta semana (20/11).

b) Prescrição de Enfermagem

A segunda etapa do plano assistencial é a prescrição das ações de enfermagem e da família para cada problema de enfermagem, visando atingir cada objetivo. As ações de enfermagem são baseadas numa cuidadosa reflexão e em conhecimentos científicos. Assim como os objetivos e as prioridades, as ações são mutuamente estabelecidas com a família, buscando promover e manter a interação positiva, bem como prevenir e recuperar a interação negativa, perturbada e a "super" interação. Recomenda-se que a redação da prescrição de enfermagem seja o mais completa possível, sem ser redundante. O verbo da ação pretendida deverá ser usado no infinitivo. Exemplo de prescrição de enfermagem: - Conversar com família do recém-nascido sobre o que representa a UTI e suas aparelhagens, tentando modificar o significado.

O plano assistencial reflete as mudanças que ocorrem nas condições da família, por isto necessita ser constantemente

revisto e modificado. O plano, portanto, é um processo contínuo baseado na evolução, avaliação e em novos dados que surgem (baseado STANTON, 1985, p.24).

- Avaliação

A avaliação é a quinta fase do processo de enfermagem proposto. A avaliação pode ser definida como uma apreciação das mudanças da família decorrentes da ação de enfermagem e da própria família, devendo ser desenvolvida considerando-se o alcance dos objetivos.

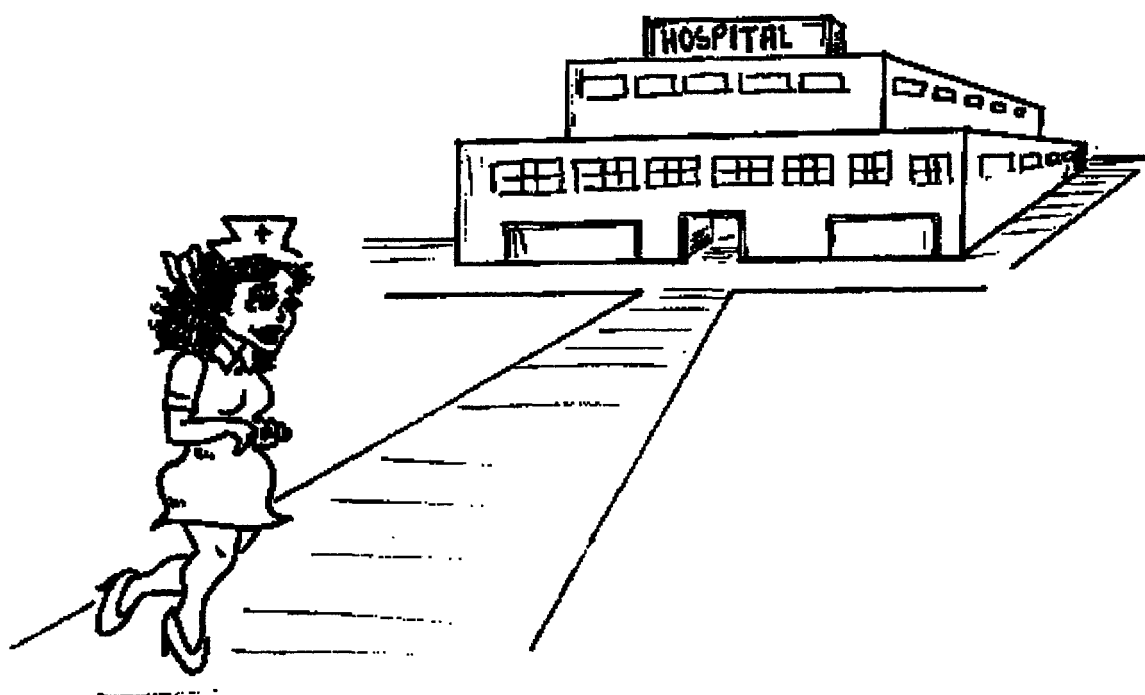
A avaliação é registrada pelo enfermeiro em um item (Análise) da Evolução diária das famílias. Esta evolução, por sua vez, é redigida sob forma de "SOAC", onde o item "S" representa os dados subjetivos que são as informações e observações da família (ou de seus amigos, colegas, ...) sobre ela mesma, incluindo seus sentimentos; o item "O" caracteriza os dados objetivos que são as observações ou dados mensuráveis, obtidos pelo enfermeiro e pelos demais elementos da equipe de saúde e/ou enfermagem; o item "A" representa a análise do enfermeiro onde explica e interpreta o significado dos dados objetivos e subjetivos; é neste item que aparece a quinta fase do processo, ou seja, a avaliação, onde se aprecia a evolução das ações adotadas em função das respostas da família através de mudanças ou não e o alcance dos objetivos; neste item podem ainda estar incluídas as razões para manter, mudar ou abandonar alguma conduta; o item "C" caracteriza a conduta já tomada, podendo, também, representar a decisão do enfermeiro e família para tomarem uma nova conduta específica, ou ainda de manter a mesma conduta, baseada em novos dados e na análise (baseado em SILVA, 1987, p.16-20, STANTON, 1985, p.27 e NEVES, 1984; WEED apud HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE, 1983 e KING, 1981).

— Considero importante ressaltar que apesar de ter apresentado as etapas deste processo de enfermagem, seguindo esta ordem, a mesma pode ser alterada, pois, como já disse, o processo caracteriza-se por ser dinâmico. A etapa de Averiguação dos Dados pode ocorrer no momento de qualquer uma das outras etapas, reiniciando-se toda a seqüência novamente. Exemplificando, ao estar traçando os objetivos a serem alcançados, podem surgir novos

dados que fazem voltar e levantar novos problemas, levando a um novo diagnóstico ou confirmando um diagnóstico anterior e, assim, traça-se outro objetivo, prescreve-se ações de enfermagem e, finalmente, faz-se a avaliação.

Um resumo do processo de enfermagem, assim como um outro exemplo de cada etapa encontram-se nos Anexos 8 e 9, respectivamente.

V - ENTRANDO NO CAMPO



Ao elaborar o projeto desta dissertação acreditava que a aplicação de marco conceitual desenvolvido só seria viável em um hospital que possuísse uma unidade neonatal onde fosse permitida a entrada dos pais do recém-nascido (e se possível, dos demais familiares), preferencialmente, a qualquer hora dia, além de também possuir um sistema de alojamento conjunto. Considerando estes aspectos, elegi como campo de estágio um hospital da Grande Florianópolis, onde eu já havia trabalhado anteriormente e, sendo assim, sabia que suas características eram favoráveis ao trabalho a que me propunha.

Ao iniciar o projeto, o hospital havia completado dois anos de funcionamento. Inaugurado em março de 1987, o hospital, foi sendo ativado gradativamente, tendo iniciado seu funcionamento com a

"Maternidade" que incluía a Unidade de Internação Obstétrica, com Alojamento Conjunto; Centro Obstétrico; Emergência Obstétrica e a Unidade de Internação Neonatal. Na ocasião deste estudo estavam em funcionamento a Emergência Médica, Cirúrgica e Pediátrica; a Unidade de Internação de Clínica Médica; a Unidade de Internação de Clínica Cirúrgica; e o Centro Cirúrgico.

Na época da inauguração do hospital, enquanto chefe de enfermagem

da unidade de internação neonatal (UIN), fui responsável pela sua implantação junto com outros profissionais. Por acreditar na importância da participação do pai junto ao recém-nascido introduziu-se como rotina a entrada do pai na UIN em qualquer horário. Na ocasião, encontraram-se diversas barreiras como a inadequação da área física; a pouca familiaridade da equipe com a idéia de o pai entrar em berçários; desconhecimento da importância da participação do pai junto ao recém-nascido o mais precocemente possível e, sendo assim, a conseqüente rejeição à idéia da entrada do pai na UIN.

Tentando minimizar alguns problemas foram realizadas modificações na área física para facilitar a entrada do pai na UIN. Além disto desenvolveu-se um trabalho visando a conscientização junto a equipe, tentando mostrar-lhes a importância do contato precoce do pai com o recém-nascido para a interação de ambos. Fui, então, observando uma mudança de comportamento por parte da equipe. Via-se a própria equipe estimulando o contato precoce do pai com o filho, incentivando-o a tocar e a pegar o recém-nascido ao colo, quando isto fosse possível. Observou-se também a cobrança da presença de algum pai que ainda não tivesse vindo ver seu filho. Acredito que tal mudança de comportamento pode ser atribuída ao fato de a própria equipe ter observado as conseqüências que o contato precoce traz para a interação pai/recém-nascido, já nas primeiras horas de vida.

Outro aspecto importante a destacar, refere-se à metodologia da assistência de enfermagem. Desde a implantação da UIN, iniciou-se a trabalhar com uma metodologia de assistência de enfermagem, ou seja, o Processo de Enfermagem baseado em Wanda Horta e no Sistema Weed. As etapas da metodologia utilizada eram fundamentalmente duas; evolução (seguindo o esquema SOAC) e prescrição de enfermagem. Dispunha-se na época de duas enfermeiras exclusivas da UIN para a implementação da metodologia. No momento em que iniciei

o desenvolvimento do projeto, segundo informações da colega da UIN, existia muita dificuldade para desenvolver o processo de enfermagem, visto que então havia apenas uma enfermeira que, por sua vez, não trabalhava exclusivamente na UIN atendendo outras unidades também.

Dando continuidade, passo a descrever algumas características da referida unidade que interessam a este relatório, objetivando situar melhor a UIN. A Unidade de Internação Neonatal (UIN) atende principalmente famílias de recém-nascidos da Grande Florianópolis, sendo a maioria das famílias de baixo nível sócio-econômico.

A UIN localiza-se no segundo andar do hospital, tendo uma comunicação interna com o Centro Obstétrico (CO). Fica distante do Alojamento Conjunto (AC), que está situado no quarto andar, o que dificulta o transporte tanto da gestante/puérpera como do recém-nascido. Quando iniciei o desenvolvimento do projeto, a área física era composta de: Sala de Cuidados Mínimos (capacidade 03 leitos destinada a recém-nascido que necessitem fazer fototerapia, ou que precisem ficar em observação após intercorrência no (AC); Salas de Isolamento (três salas, cada uma com 1 leito, destinadas a recém-nascido com suspeita de infecção ou com infecção comprovada); Sala de Admissão (capacidade de 04 leitos, destinada a receber os recém-nascidos vindos do CO e que não apresentem intercorrência ou problemas); Sala de Cuidados Especiais (capacidade de 04 leitos, destinada a recém-nascidos com sofrimento respiratório/baixo peso; com síndrome hemorrágica/distúrbios/cardiopatias/mal formações; e recém-nascidos pré-termo); Sala de Amamentação e/ou Sala de Entrada para os pais; Sala de Transferência do recém-nascido; Sala de Prescrição; Posto de Enfermagem; Expurgo; Vestiário; Rouparia e Depósito. O esquema desta área física encontra-se no Anexo 10. Cabe salientar que durante o desenvolvimento do projeto iniciaram-se as obras de reforma, ficando a UIN provisoriamente em uma parte da área destinada à Unidade de Terapia intensiva (UTI) para adultos, separada por uma parede.

Quanto aos recursos humanos de enfermagem da UIN, havia um quadro de 20 funcionários, sendo 01 enfermeiro, 07 técnicos de enfermagem; 03 auxiliares de enfermagem e 09 atendentes de enfermagem.

Desde minha aprovação na seleção do Curso de Mestrado, havia uma expectativa geral (minha e da equipe) de que eu faria o

desenvolvimento do meu projeto de dissertação nesta UIN. Assim, após aprovação do mesmo pela banca examinadora, entreguei uma cópia do projeto a diretora de enfermagem do hospital e à enfermeira chefe da UIN para que tomassem conhecimento da minha proposta de trabalho em sua instituição. A diretora demonstrou-se muita aberta e receptiva; a enfermeira-chefe disse que eu poderia começar a desenvolver o projeto assim que o desejasse.

Chegando na UIN, fui bem recebida por parte das funcionárias que ali estavam. Expliquei-lhes, então, que estava começando a desenvolver o projeto, falando rapidamente sobre ele e dizendo que deixaria uma cópia disponível para quem tivesse interesse em conhecê-lo melhor. Conversei também com a médica-chefe da UIN, sendo que ela se mostrou igualmente receptiva, colocando que falaria sobre minha proposta de trabalho na próxima reunião com os médicos do serviço.

Eu estava bastante ansiosa. Percebi que adiava minha entrada no campo, com receio de iniciar o estágio. E eu me perguntava "por que este fuga? "Naquele momento, entretanto, achava que já havia dado um passo a frente, pois tinha tomado consciência de que estava querendo fugir (ou fugindo). Mas do quê? Eu me questionava: Este "voltar ao antigo local de trabalho" era muito complexo, o que mobilizava uma série de sentimentos dentro de mim. Na verdade, eu temia que minha volta poderia interferir no funcionamento da unidade. Ainda analisando meus sentimentos, percebi que eu também não gostava da idéia de, talvez, ter que enfrentar novamente (como na época que lá trabalhei) a resistência, quanto ao fato de enfermeiro evoluir e prescrever no prontuário. Caso ocorresse esta situação, tinha receio de que também poderia haver barreiras em relação ao meu projeto.

Outra questão era o medo de enfrentar a volta ao campo prático da neonatologia, isto porque desde que iniciei o curso de mestrado passei também a desenvolver atividades na área de hemoterapia, tendo implantado um serviço de enfermagem em um hemocentro, o que vinha me gratificando muito profissionalmente. Tinha então duas áreas em que me realizava e a volta a UIN fazia-me pensar que em algum momento da minha vida profissional seria necessário optar por uma ou outra.

VI - INICIANDO A INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO PARA
IMPLEMENTAR O MARCO CONCEITUAL: AS PRIMEIRAS QUESTÕES



Certo dia, enquanto conversava com o pessoal da UIN, comecei a observar esporadicamente uma mãe que ali estava amamentando seu filho. Naturalmente, iniciei a conversar com aquela mãe. Ela perguntou-me se eu já havia trabalhado ali; respondi que sim, e lhe expliquei sobre o meu atual papel na UIN. Seguimos conversando sobre ela e o recém-nascido. Ela então me informou que seu bebê estava melhor. Tentei não perturbar o momento da amamentação, deixando-os a sós. A mãe olhava o tempo todo para o filho enquanto amamentava-o. A criança sugava tranqüila, parecendo dormir às vezes. Voltei a conversar com o pessoal da unidade. Quando a mãe terminou de amamentar e se levantou, perguntei-lhe se poderíamos conversar; ela respondeu-me que teria que subir, pois senão perderia o horário do jantar. Convidou-me então para ir visitá-la no Alojamento Conjunto (AC), dizendo que me esperaria lá. Além

disto, também me informou que o seu companheiro sempre vinha visitar o filho no final de tarde durante o intervalo do trabalho.

O convite pegou-me "de surpresa", pois não pensava em trabalhar no Alojamento Conjunto, tentando seguir a realidade do enfermeiro de UIN que atua dentro da sua unidade especificamente. Entretanto, achei melhor subir, pois considerava que poderia estar colocando barreiras na interação entre os pais e eu.

Tentei dar um tempo necessário para que não atrapalhasse o jantar da mãe. Enquanto isto, conversei com o pessoal da unidade sobre a família. Soube que o recém-nascido tinha 3 dias e estava na Sala de Cuidados Especiais por apresentar hipoglicemia e icterícia.

Subi ao AC, procurei a enfermeira de lá para me apresentar e pedir-lhe permissão para conversar com a mãe do recém-nascido. A enfermeira foi muito receptiva. Ao entrar no quarto da puérpera percebi que ainda estava jantando; conversei um pouco e saí, voltando em seguida. Neste momento, o pai do recém-nascido havia chegado. Eles conversavam com outra puérpera; o pai dizia que a companheira do quarto da sua esposa havia "perdido logo a barriga", enquanto ela não. Comentei que cada uma reagia e evoluía de modo diferente. Eles falaram então que iriam descer para ver o filho, pois o pai teria que voltar logo para o trabalho. O meu plano de entrevistá-los então ficaria transferido.

Deixei-os descer sozinhos, pois achei que estaria "roubando" os poucos momentos que teriam juntos e a sós. Tentei dar-lhes "um tempo" para que os três (pai, mãe e filho) se "reunissem". Ao dirigir-me de volta ao berçário, encontrei o casal retornando para o AC. Os dois caminhavam de mãos dadas, sorrindo um para o outro. Encontrando-os, expliquei ao pai o meu papel e disse-lhe que os deixaria "se curtindo".

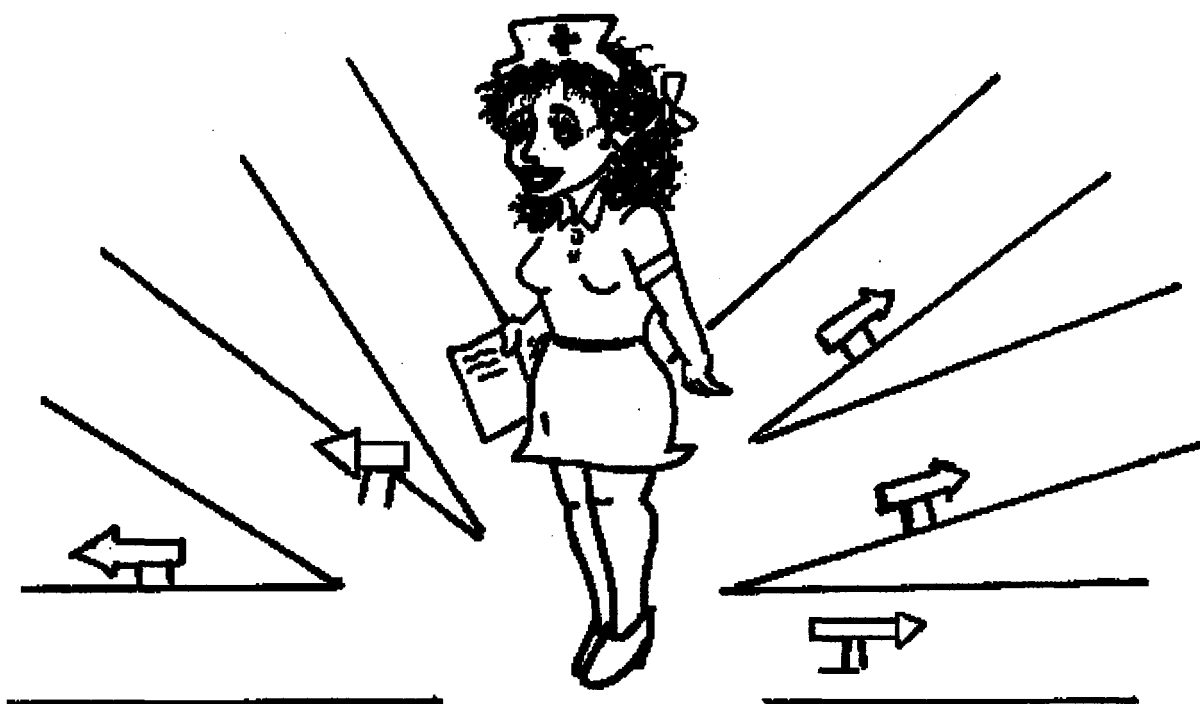
Este primeiro contato com a família do recém-nascido fez-me levantar algumas questões, algumas das quais já haviam surgido anteriormente, inclusive quando da elaboração do projeto, como:

- "quantas e quais famílias eu iria assistir?"
- "como assistir a família enquanto unidade?"
- "onde registrar o processo de enfermagem?"

O convite da mãe do recém-nascido para eu ir entrevistá-la no Alojamento Conjunto, fez surgir uma dúvida sobre um aspecto que já estava, a princípio, definido com muita tranquilidade; o local de implementação. Assim passei a ter uma nova questão:

- "onde assistir?" (só na UIN? ou estenderia minha atuação ao Alojamento Conjunto e para o domicílio?)

VII - BUSCANDO RESPOSTAS E DESCOBRINDO CAMINHOS:
ALGUNS ASPECTOS METODOLÓGICOS



Iniciei o desenvolvimento do projeto com questões que já haviam surgido na sua própria elaboração. Desde então havia me proposto a buscar respostas na própria realidade onde trabalharia. Deste modo, vivenciei um processo onde cada família assistida representou novos subsídios para assistir outras famílias. Ou seja, buscando respostas fui descobrindo caminhos.

Tendo por objetivo preservar o anonimato das famílias que aparecem neste relato, utilizei nomes ligados à natureza para identificar cada família como uma forma de homenagem tanto às famílias, como a própria natureza. Assim, denominei a primeira

família assistida de Família Terra; a segunda de Família Flores; a terceira, de Família Sol; a quarta, de Família Mares. A quinta família acompanhada, emprestei o nome de Família Lua.

- Quais famílias assistir?

Cheguei no campo sem uma definição de critérios de seleção sobre quais famílias eu iria assistir, permitindo assim que emergissem da própria situação.

A partir de minha interação com a Família Terra, decidi utilizar como critério de seleção famílias cujo recém-nascido tivesse maior probabilidade de permanecer mais tempo na UIN, permitindo deste modo um acompanhamento mais prolongado seu e de sua família. Cabe aqui destacar que não tinha a concepção de que a interação dependa de um tempo maior de contato. Mas naquele momento, sentia a necessidade de um tempo ampliado para poder conhecer as famílias, vivenciar melhor a aplicação do processo e assim conseguir fazer uma avaliação mais fidedigna.

Considerando este critério que surgia, ou seja, um provável tempo maior de internação, decidi escolher famílias cujos recém-nascidos estivessem na Sala de Cuidados Especiais. Além disto, pensei que seria interessante, quando possível, eleger um recém-nascido pré-termo (RNPT), pois geralmente sua permanência é mais longa na UIN devido às suas características. Segundo KLAUS e KENNEL (1985), os pré-termos são crianças que tem potencial para serem maltratadas; ao considerar este aspecto, reforçava-se mais a importância de aplicar meu marco, visto que sua essência é a interação.

Outro critério emergente foi o da seleção de famílias de recém-nascido que estivesse na Sala de Cuidados Especiais e/ou fosse um pré-termo, encaminhadas pela equipe da UIN e, em especial, pela equipe de enfermagem. Esta situação fornecia-me um certo "feed-back" sobre o entendimento da equipe quanto ao meu projeto, além de me permitir conhecer sua percepção sobre interação. Geralmente a equipe me sugeria trabalhar com famílias que tivessem problemas de interação, percebidos por ela, tais como: a falta de visita dos pais ao recém-nascido (na maioria das vezes); mãe que não estivesse amamentando ou que demonstrasse resistência para tal.

As possibilidades de problemas de interação também preocupavam a equipe. Certa vez, a escriturária da unidade encaminhou-me uma família cuja mãe tinha recebido alta do Alojamento Conjunto enquanto seu filho iria permanecer na UIN. A preocupação da escriturária residia na possibilidade de a mãe diminuir o número de visitas ao filho, deixando de amamentá-lo, visto que ela era de outro município. A mãe ficaria hospedada na casa de outro familiar que morava muito distante do hospital e não teria recursos financeiros para transporte e alimentação, sendo impedida de visitar diariamente o filho no hospital. Assumi o cuidado desta família.

Outro critério utilizado foi a idade da criança. As famílias cuja a criança já tinha completado 28 dias de vida (ou seja, já não era mais recém-nascido, conforme classificação de MONETTI, apud PIZZATO e DA POIAN, 1985) foram assistidas, mas não foram incluídas neste relatório (como, por exemplo, o caso descrito no parágrafo anterior).

Um outro aspecto que havia discutido com minha orientadora era o de acompanhar uma família de cada vez para que assim fosse possível trabalhar e refletir melhor cada situação. Entretanto, a prática colocou-me em momentos em que precisava assistir mais de uma família concomitantemente. Exemplificando, numa ocasião já havia concluído o acompanhamento com a Família Flores e estava assistindo a Família Sol quando chegou o resultado de exames da mãe do recém-nascido acusando positivo para Sífilis e Hepatite. Sendo, assim, voltei a assistir a Família Flores.

A partir da experiência vivenciada com a Família Sol, acrescentei mais um critério de seleção para as próximas famílias a serem incluídas no projeto, ou seja, o de escolher famílias cujas mães de recém-nascido ainda estivessem internadas no Alojamento Conjunto. Isto porque eu teria uma possibilidade maior de trabalhar precocemente com as famílias e um tempo mais longo, visando promover uma interação familiar saudável. Este critério era respaldado por autores que referem a importância do contato precoce para a futura interação da família como KLAUS e KENNEL (1985) e JONES (1981).

Resumindo, a partir dos contatos com as famílias e a equipe de saúde identifiquei como critérios de seleção: a) probabilidade de um tempo mais prolongado de internação do recém-nascido; b) indicação da equipe da UIN de famílias com problemas de interação ou em risco para tal; c) criança internada na UIN com menos de 28

dias de idade; d) assistir preferencialmente uma família de cada vez; e) mães de recém-nascido que ainda estivessem internadas no Alojamento Conjunto.

- Como assistir a família enquanto unidade?

Durante minha trajetória no curso, passei a compreender que a família não era apenas a soma de seus elementos, mas algo mais do que isto, com características totalmente peculiares. Em síntese, a família era uma unidade (um todo) a ser assistida. Mas como assistir esta família enquanto unidade?

Fui buscar respostas nas discussões com colegas e professores, nos seminários e em leituras. Além disto, resolvi participar de um "Curso de Terapia Familiar" (ministrado pelo médico André Souza Rego e pelo psicólogo Carlos Eduardo Zuma). Gostaria de salientar que participei do curso não com a idéia de que eu desenvolveria terapia familiar, mas para encontrar caminhos para melhor assistir as famílias. A participação no curso foi uma experiência muito rica. Identifiquei uma grande inter-relação do projeto que eu estava iniciando a desenvolver com o curso, pois este abordava a Teoria Geral dos Sistemas destacando a Interação (visto que "as coisas estão sempre em interação"); a relação entre a parte e o todo; ou seja, a importância de um todo integrado, não sendo este caracterizado pelo aglomerado de suas partes; a relevância da busca do equilíbrio dinâmico, ou seja, focalizar a individualidade, bem como a integração ao todo. Além disto, o curso ainda abordou: aspectos da teoria da comunicação (onde a interação novamente aparecia); o ciclo vital; e o processo de mudança.

Assim, o curso trouxe respostas para alguns dos meus questionamentos, mostrando-me caminhos para interagir com a família enquanto unidade, através da abordagem dada pela Teoria dos Sistemas à família. Segundo esta deve-se buscar o respeito à individualidade, o crescimento e o desenvolvimento de cada membro da família, bem como a manutenção da família como uma unidade que tem necessidades próprias. Mais um aspecto significativo aprendido para o trabalho que eu iria desenvolver referia-se importância a ser dada à história das relações da família, visto que o sistema sempre é considerado em função da sua história.

- Onde assistir a família do recém-nascido?

O contato com a Família Terra trouxe-me dúvidas sobre um aspecto que já estava definido anteriormente: o local onde assistiria as famílias. O convite da mãe para conversar com ela no Alojamento Conjunto surpreendeu-me, levando-me a questionar se eu iria expandir minha situação para o AC e também para o domicílio. Naquele momento tive que decidir entre realizar o trabalho dentro da realidade do enfermeiro da Unidade Neonatal ou adotar uma proposta de trabalho inovadora. A opção pela primeira alternativa limitaria minha atuação à UIN, pois o enfermeiro não consegue sair para o AC, e muito menos para o domicílio das famílias, visto o número reduzido deste profissional no hospital.

A escolha por uma nova proposta estenderia minha atuação ao AC e até mesmo ao domicílio. Entretanto, corria o risco de fazer um trabalho que estaria em desacordo com a realidade do enfermeiro da UIN.

Naquele momento, pensei em optar pela situação da realidade do enfermeiro, ou seja, limitar-me à UIN. Entretanto, ao interagir com a Família Flores, colocando quem eu era e o que me propunha a fazer, a mãe do recém-nascido perguntou-me se eu poderia ir ao AC conversar com ela. Fiquei constrangida de dizer não (o não, era em função de seguir a proposta de limitar-me à UIN), ainda mais que a mãe logo foi dizendo que me aguardaria lá. Assim, novamente mudei minha metodologia, saindo da UIN e interagindo com a família no AC.

Ao assistir a Família Terra no Alojamento Conjunto, tive o sentimento de estar invadindo o espaço de outro profissional que lá trabalhava, mesmo frente à boa receptividade da colega da internação obstétrica. Já com a Família Flores, senti-me mais à vontade e segura. Inclusive eu já estava até inserindo no plano assistencial, "ir ao AC", quando não encontrava algum familiar do recém-nascido na UIN. No terceiro dia de contato com a Família Flores, conversando com os pais do recém-nascido, expliquei-lhes que eu iria visitar minha família no final de semana em outro estado e quando retornasse, na segunda-feira, talvez já não estivessem mais no hospital, pois sua filha estava com uma excelente evolução. Eles disseram que seria "uma pena" eu não estar ali até a alta do bebê e que gostariam que eu continuasse a

acompanhá-los mesmo em sua casa. Convidaram-me para ir ao seu domicílio quando eu quisesse e disseram que seria muito bom se almoçasse com eles, podendo inclusive levar minha família.

Realmente quando retornei na segunda-feira a filha do casal já havia recebido alta no final de semana. Aquele convite para eu ir até a casa deles havia ficado "ecoando". Aquela situação era interessante, pois sentia que as famílias estavam me "puxando" para fora do berçário; inicialmente para o Alojamento Conjunto, depois para o domicílio. Refleti muito sobre o convite e questionava-me se sua conotação era profissional ou se era apenas social.

Dezenove dias após meu último contato com a família, casualmente presenciei um telefonema para a médica na qual informavam o resultado positivo de um exame da mãe do recém-nascido da Família Flores. Falei que gostaria de continuar acompanhando a Família e que inclusive estava mesmo pensando em visitá-los já que haviam me convidado. A médica considerou que isto seria muito bom. Mais uma vez ocorria um fato que me fazia fugir da proposta inicial: primeiro o convite dos pais para visitá-los em casa; após o resultado positivo. Porém, ao mesmo tempo, eu considerava que seria muito válido visitá-los. Preocupava-me muito como eu iria chegar na casa da família, pois enquanto enfermeira neonatal, sempre limitei-me ao berçário e, durante meus (então) nove anos de vida profissional, nunca tinha assistido à domicílio (somente o fizera quando ainda era estudante).

A rotina do hospital nestes casos em que chegava um exame positivo após a alta de algum paciente era a de enviar uma assistente social ao domicílio contactar com a família fornecendo as devidas orientações. Conversei com a assistente social que provavelmente seria encarregada do caso e falei-lhe que teria interesse em acompanhar a evolução da Família Flores. Sendo assim, ela convidou-me para irmos juntas fazer a visita domiciliar.

Fizemos a visita domiciliar, tendo havido excelente receptividade pela Família Flores. Quando o pai da recém-nascida me viu demonstrou satisfação expressando que, de alguma forma, esperava que eu fosse visitá-los, aceitando o convite feito. Durante a visita questioneei sobre o estado da mãe do recém-nascido, a rede e o suporte social da família; examinei a menina e orientei sobre os cuidados com o banho e a dermatite das fraldas,

principalmente. Junto com a assistente social também orientei os pais sobre exames.

Ao interagir com a Família Sol, no primeiro contato com a mãe (que já tinha recebido alta hospitalar), recebi um convite para ir visitá-los em sua casa quando o recém-nascido saísse do hospital.

Todo este caminho fez com que ao assistir a Família Mares e a Família Lua eu, naturalmente, o fizesse incluindo o Alojamento Conjunto e o domicílio. Eu mesma já ia discutindo com as famílias sobre o que achavam de eu acompanhá-los em casa.

- Onde e como registrar o Processo de Enfermagem?

Desde a elaboração do projeto questionava-me sobre como e principalmente sobre onde seria feito o registro do processo de enfermagem. Decidi então ir para a prática, vivenciar a realidade, buscando uma solução para este problema.

Inicialmente, ao interagir com a Família Terra, os dados coletados foram registrados sob forma de evolução proposto no projeto, utilizando o "SOAC". Naquela ocasião, não utilizava nenhum impresso para o registro, fazendo-o em folhas comuns tipo "ofício" que permaneciam comigo, não deixando nenhuma via no prontuário do recém-nascido ou de sua mãe.

Percebendo a necessidade de deixar um registro no prontuário, comecei a pensar em anotar o processo de enfermagem num impresso do hospital denominado "Ficha Clínica". Acreditava que utilizando um impresso próprio da instituição existia uma probabilidade maior de que o registro fosse lido, visto a familiaridade da equipe com o mesmo. Entretanto, sabia que se fizesse esta opção estava sujeita a possíveis problemas, já que o impresso era utilizado apenas pela equipe médica para registrar a evolução sobre os pacientes.

Tentando-se solucionar o problema, houve a sugestão de minha orientadora para que eu mesma elaborasse um impresso para registrar o Processo de Enfermagem. Deste modo, eu poderia deixar uma cópia no berçário, evitando possíveis dificuldades.

A partir disto, elaborei um impresso para registrar cada fase do processo: AVERIGUAÇÃO DOS DADOS (ANEXO 12); LISTA DE PROBLEMAS E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (ANEXO 13); LISTA DE OBJETIVOS (ANEXO 14); PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM (ANEXO 15); EVOLUÇÃO (ANEXO 16); além de destinar um impresso apenas à IDENTIFICAÇÃO da Família

(ANEXO 11). Este conjunto foi denominado de "Prontuário da Família", a semelhança daquele elaborado pelo Departamento de Enfermagem da UFSC (ELSEN et al., 1987). Todos estes registros foram testados com a Família Sol antes de adotá-los definitivamente.

Quando iniciei a assistir a Família Mares, os impressos já estavam prontos podendo ser utilizados. Apliquei-os, então a duas famílias, usando-os sempre em duas vias, permanecendo uma no prontuário do recém-nascido e a outra comigo. Estes impressos foram utilizados enquanto o recém-nascido permanecia internado.

Paralelo a este problema dos registros a serem deixados na unidade, havia ainda a questão dos registros que retratassem de modo mais completo e fidedigno toda a situação que eu estava vivenciando ao desenvolver o projeto, visando o relato para minha futura dissertação de Mestrado.

Adotei então anotações à semelhança daquelas desenvolvidas na Disciplina "Métodos Qualitativos" do Curso de Mestrado e também baseada em LUDKE (1988), utilizando "Notas de Observação", "Notas do Observador ou do Enfermeiro", "Notas Metodológicas" e "Notas Teóricas". Nas "Notas de Observação" eu relatava minha interação com a família, novos dados que surgiam, além do genograma interacional e o mapa das interações. Nas "Notas do Enfermeiro" eu relatava meus sentimentos, percepções e reflexões. Nas "Notas Metodológicas" eu anotava aspectos referentes à metodologia do meu trabalho. E, finalmente, nas "Notas Teóricas" eu registrava minhas reflexões sobre os conceitos, os pressupostos do marco e sobre o próprio Processo de Enfermagem.

Este tipo de registro também foi adotado quando estendi minha atuação ao Alojamento Conjunto e para o domicílio das famílias.

- Outras questões: privacidade, visita domiciliar multiprofissional, duração do acompanhamento

Durante as visitas sempre me questionava se eu não estaria desrespeitando a privacidade da família ao ir no seu domicílio. Sendo assim discuti este ponto com as famílias que expressaram não se sentirem invadidas, vendo a visita domiciliar como uma consequência e um aspecto natural da assistência, "você acompanha aqui (na UIN) e depois vai na casa para ver como tudo está" (colocação da mãe do recém-nascido da Família Lua).

Outra questão que emergiu ao interagir com a Família Flores foi a de fazer a visita domiciliar acompanhada da assistência social. Considerando meu marco, perguntava-me se a presença de outro profissional interferiria na minha interação com a família, e se isto ocorresse, que tipo de conseqüências iriam advir. A experiência com a Família Flores foi bastante positiva, pois cada profissional deteve-se a sua área de abrangência permitindo uma assistência mais global. Os contatos posteriores com a Família demonstraram que a presença de outro profissional interferiu de modo positivo. Entretanto percebe-se que este aspecto depende de cada profissional, ou seja, de como cada um interage com a família.

A interação com a Família Flores fez-me refletir que se adotasse a extensão da assistência ao domicílio talvez tivesse que colocar um limite no que se refere a duração do acompanhamento. Pensei então em estabelecer como limite para o momento em que a criança completasse um mês de vida.

VIII - IMPLEMENTANDO O MARCO CONCEITUAL ATRAVÉS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

Neste capítulo descreverei como foi implementado o marco conceitual através da aplicação do processo de enfermagem na prática assistencial, junto as famílias de recém-nascido desenvolvida no período de 12 de abril a 25 de agosto de 1989. Durante este tempo de 4 meses e 13 dias, assisti a um total de 05 famílias que compuseram a amostra deste relato, pois contribuíram efetivamente para este processo de "aprender a trabalhar com a família". Estas famílias foram selecionadas conforme os critérios já descritos no capítulo anterior. Entretanto, cabe lembrar que além destas famílias também assisti outras encaminhadas pela própria equipe da UIN que, entretanto, não foram incluídas neste relato devido ao fato de não atenderem a todos os critérios estabelecidos.

- Respeitando os Direitos Humanos

O respeito aos direitos humanos sempre representou uma preocupação minha enquanto profissional. Uma vez selecionada a família com a qual iria interagir, apresentava-me à mãe e/ou ao pai do recém-nascido, explicando-lhes quem eu era, o que eu fazia, e porque eu estava ali. Esclarecia sobre minha proposta de trabalho, falando sobre os objetivos, o modo como a metodologia seria desenvolvida e sua importância. Ressaltava a garantia do anonimato da família, bem como do sigilo dos dados obtidos. Além disto, alertava sobre a possibilidade de acesso às informações no momento que desejassem. A seguir, deixava espaço aberto para que

falassem e fizessem seus questionamentos. Isto posto, solicitava autorização para incluí-los no trabalho, sendo que todas as famílias aqui abordadas fizeram sua autorização verbalmente. Cabe ainda salientar que sempre procurava estender todas estas explicações ao maior número de elementos da mesma família.

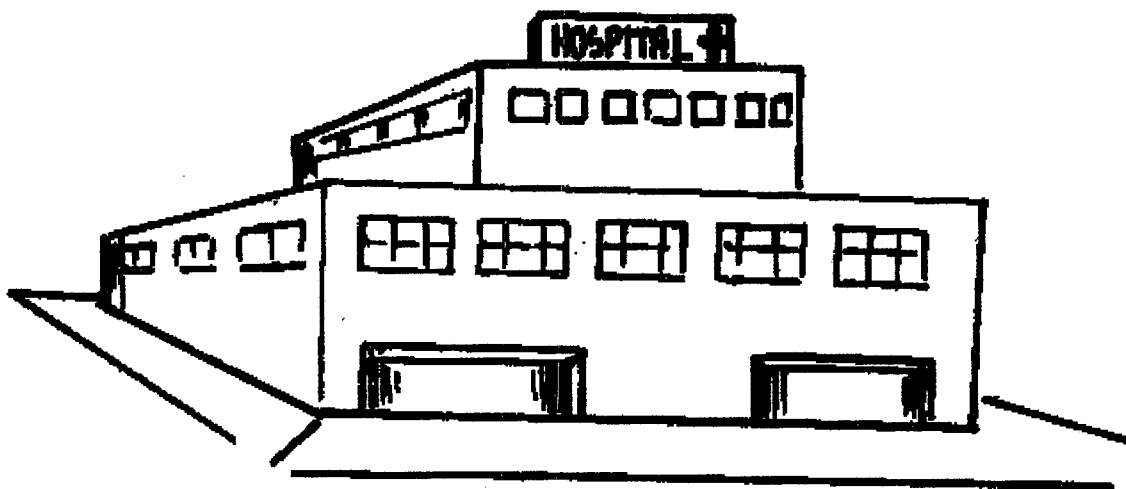
Neste relato, além de garantir o anonimato das famílias, através de nomes fictícios para cada um de seus membros, outra medida adotada para a proteção da identidade das famílias foi a manutenção dos registros exclusivamente comigo.

Optei por descrever detalhadamente apenas uma das cinco famílias assistidas, por entender que desta forma poderia traduzir de modo mais minucioso como o processo de enfermagem se desenvolveu efetivamente na prática. As demais famílias assistidas serão apresentadas de maneira esquemática.

- Interagindo com a Família Mares...

Elegi descrever a situação da Família Mares por considerá-la a experiência mais rica para ilustrar as diferentes etapas do processo de enfermagem tanto no hospital como no domicílio.

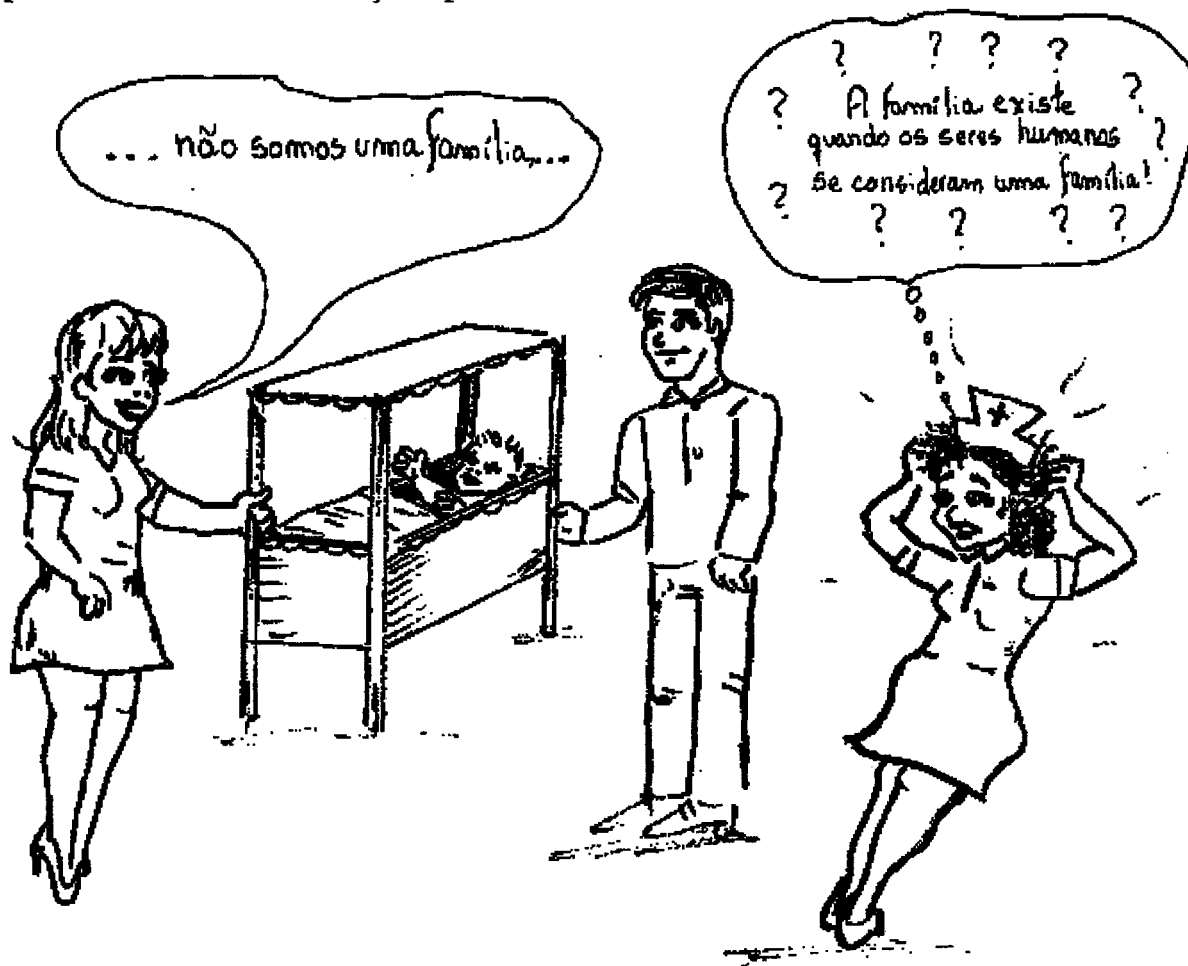
"No Hospital..."



O 1º Encontro: Dia 24/7/89, à tarde

a) Averiguando Dados

Neste dia, eu estava com dúvidas sobre qual a família que eu iria acompanhar pois havia duas famílias que se enquadravam nos critérios estabelecidos. Resolvi, então, conversar com as duas para realizar a escolha. Naquele momento, tanto numa família como na outra, estavam presentes no berçário o pai, a mãe e o recém-nascido. Aproximei-me de um dos casais, apresentei-me, expus a minha proposta de trabalho e fiquei aguardando alguma reação. A jovem então respondeu: "achamos muito interessante o teu trabalho, só que nós não somos uma família, pois não moramos juntos". Quando ouvi tal resposta, fiz minha opção por trabalhar junto a esta família. Aquela colocação causou-me um impacto muito grande pois, a princípio, se contrapunha a um dos meus pressupostos. "A família existe quando os seres humanos se consideram como uma família". Deste modo, fiquei muito curiosa em interagir com uma família que não se considera como tal. Esta declaração da família me fez pensar que eles poderiam estar com algum problema na interação (interação negativa ou perturbada), despertando-me o interesse em promover uma interação positiva.



Minha curiosidade ainda levou-me a perguntar ao casal o que era família para eles; Marcelo respondeu-me que "família é compartilhar tudo, acordar juntos", "nós ainda somos dependentes de nossos pais, não podemos morar sozinhos".

Disse aos dois que gostaria de trabalhar com aquela que é a família do recém-nascido e que o fato de eles não se considerarem uma família não impedia meu trabalho. Desta forma, ambos aceitaram fazer parte do meu projeto. Iniciei então levantando seus dados de identificação; registrando-os no impresso apropriado.

PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO

Família do RN: Marcus Vinícius Mares

Registro: NNNNNN/89

Endereço: R.S.A., nº 100, Campinas - SJ

Leito (mãe):

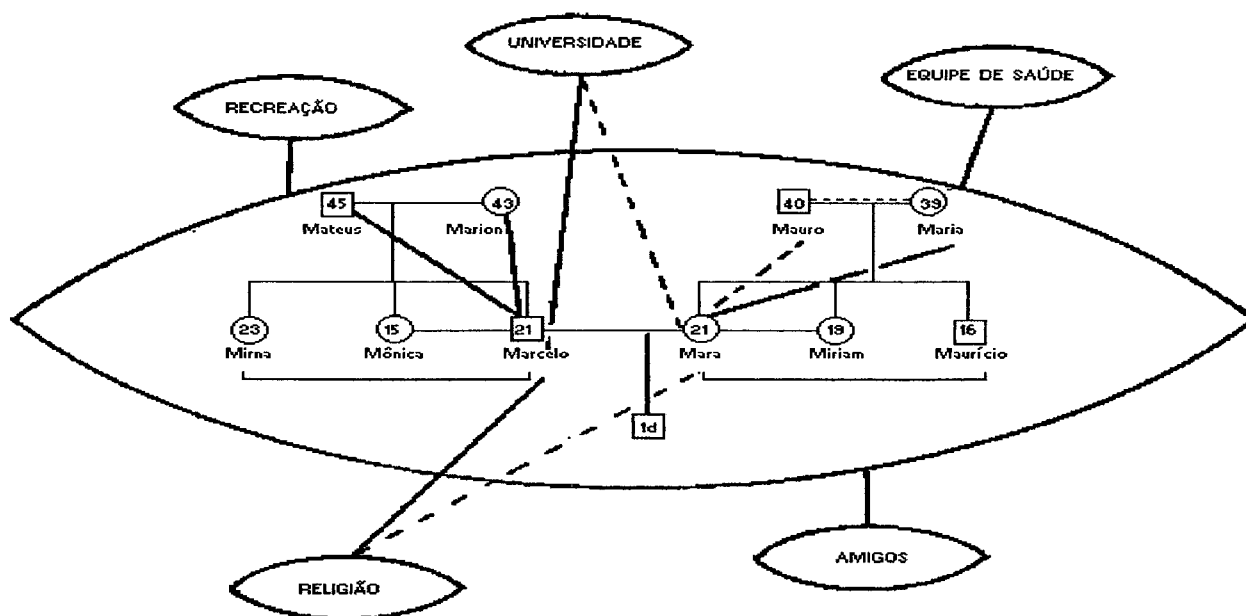
NNN

Composição da Família

Nome e Apelido	Sexo	Cor	Parentesco ou afinidade	Data de Nasc.ou idade	Escolari- dade	Profissão/ Ocupação	Naturali- dade	Proce- dência	Religião	Estado Civil
1 Marcus	M	B	Filho	23/7/89	-	-	São José	-	-	-
2 Marcelo	M	B	Pai RN	21 anos 8ª fase	Eng	Estudante	Fpolis	Fpolis	Catól	Solt
3 Mara	F	B	Mãe RN	21 anos 3ª fase	Letras	Estudante	Cascavel	Fpolis	Catol	Solt

A seguir, perguntei-lhes sobre a composição de suas famílias de origem e sobre o tipo de relações existentes tanto dentro da família como entre a família e alguns elementos da sua rede social. Os amigos, a religião, a recreação, a universidade e a equipe de saúde foram os elementos destacados por Marcelo e Mara dentro da sua sociedade. A partir das colocações de ambos esbocei o genograma interacional e um mapa das interações da Família Mares com a sociedade (segundo sua percepção), que apresento a seguir:

Genograma Interacional e Mapa das Interações da Família Mares com a sociedade, segundo sua percepção em 24/7/89.



Código da natureza das interações e símbolos utilizados

==== Super-aproximação/forte/super/interação

—— Aproximação/tênue/interação positiva

..... Distanciamento/interação perturbada

~~~~ Stress/conflicto/interação negativa

Preto/azul: Percepção da família

Vermelho: Percepção da enfermeira

□ Sexo masculino

○ Sexo feminino

◇ Sexo indefinido

□—○ Casal matrimônio legal

□—○ Casal consanguíneo

□.....○ Casal com matrimônio não legal

■●◇ Natimorto

☐⊖◇ Pré-termo

☒⊗◇ Abortamento

☒⊕◇ Pós-termo

□—○ Gemelar

(Baseado em HOLMAN (1986) e no Prontuário da Família do Projeto de Assistência de Enfermagem à Família do Departamento de Enfermagem da UFSC, ELSEN et al., 1987)

Minha experiência anterior de desenvolver o genograma e o mapa das interações com a Família Flores no contato inicial foi produtiva e proporcionou um clima de aproximação entre eu e a família. Assim, decidi utilizar o mesmo esquema com a Família Mares.

### **História da Família**

O passo seguinte foi solicitar que me contassem a sua história. Marcelo e Mara namoravam há três anos, com aprovação das famílias, quando Mara engravidou. A gestação não fora planejada. Segundo Marcelo, seu pai não queria que ele se casasse, já que era muito jovem; mas sua mãe era a favor do casamento, por causa da criança. Marcelo referiu que não era possível casar pois gostava de "sair muito", viajar e, desta forma, Mara ficaria sozinha. Disse que, às vezes, ela ficava com ciúmes e que discutiam, "mas todo mundo discute, isto faz parte, não é?"

Mara relatou que sua família a apoiou quando soube de sua gravidez. Referiu não ter contato com seu pai; segundo ela, existe um "distanciamento total" entre ambos. Quanto a sua aceitação da gestação, referiu que "a gente sempre acha que não era a hora". Mara disse ter tido uma gravidez normal, "indo a todos os lugares". Entretanto, conforme o prontuário, havia referência de pré-eclampsia. Além disto, nos seus registros também constava que era a sua segunda gestação, tendo inclusive um aborto, que Mara não comentou naquele momento.

### **Dados Observados pela Enfermeira**

De acordo com o prontuário do hospital, Marcus nasceu de parto cesárea, com peso de 3.220 gramas, estatura de 48 cm, perímetro cefálico igual a 34,5 cm e torácico de 32 cm, sendo considerado a termo e adequado para idade gestacional (RNTAIG). Seu APGAR foi 9, tanto no primeiro quanto no quinto minuto. Estava na Sala de Cuidados Especiais da UIN para investigar distensão abdominal.

Ao examinar Marcus este se apresentava rosado com mucosas úmidas e coradas. Encontrava-se ativo, reagindo bem aos estímulos ambientais. Estava com venóclise no escalpo, recebendo soro. Tinha prescrição médica para receber 5 ml de leite humano oral (LHO) de

2/2h. Seus sinais vitais eram: Temperatura Axilar (Tax) = 36,8°C; Frequência Cardíaca (FC) = 120bpm e Frequência Respiratória (FR) = 48 mpm. Havia urinado e evacuado uma vez. Seu peso era de 3.040 gramas.

Observei que a mãe pegou o filho ao colo para amamentá-lo, sendo que o bebê dormiu junto ao seio materno. Percebi que os pais observavam bastante a criança. O pai ao tocar o filho, assustou-se com o reflexo (de Moro) apresentado pelo recém-nascido.

#### **b) Levantando os Problemas**

Neste primeiro contato com a família os problemas levantados foram:

- Recém-nascido em berço aquecido;
- Recém-nascido com uso de venóclise;
- Recém-nascido com uso de fluidoterapia;
- Recém-nascido com história de vômitos;
- Recém-nascido com pouca estimulação;
- Pai não tocava no recém-nascido.

Os problemas, embora apareçam separados por questões didáticas, estavam inter-relacionados. Tudo era cíclico e dinâmico. Um problema ora era causa, ora era efeito de outro problema. Por exemplo, o recém-nascido estando em berço aquecido, com venóclise e fazendo uso de fluidoterapia, já não era pego no colo com tanta frequência. Isto porque, por um lado, o bebê não podia sair do berço a toda hora, pois se resfriaria; o uso de fluidoterapia, por sua vez, requeria atenção para evitar problemas (como extravasamentos, sobrecarga hídrica, entre outros). Por outro lado, toda esta "parafernália" de equipamentos e materiais assustava os pais, deixando-os temerosos de segurarem seu bebê. O recém-nascido sendo pego no colo esporadicamente, estava sendo pouco estimulado. Todos estes problemas foram categorizados como atuais.

#### **c) Elaborando uma Hipótese de Diagnóstico de Enfermagem**

Em virtude deste ser meu primeiro contato com a Família Mares, não ousei utilizar o termo Diagnóstico de Enfermagem naquele momento; decidindo considerar minha interpretação inicial da

situação de Hipótese de Diagnóstico ou ainda Diagnóstico Provisório para, posteriormente, confirmá-la ou não.

Os pais de Marcus pareceram-me interessados pelo filho. Julguei que o pai ainda tinha receio em tocar o recém-nascido. Percebi também que Marcelo e Mara não se tocavam. Estes dados me fizeram levantar a hipótese de Diagnóstico Intra-Familiar (DIF) de uma Interação Perturbada (IP). Quanto ao Diagnóstico Extra-Familiar (DEF), não levantei nenhuma hipótese, pois gostaria de observar e coletar mais dados. Se eu fosse usar apenas as informações fornecidas pelo casal, neste primeiro contato poderia considerar que existia uma Interação Positiva (I+) entre a família e a equipe de saúde, seus amigos e a recreação. Quanto à interação entre eles e a universidade e a religião (elementos estes citados por eles próprios), existia uma diferença entre Mara e Marcelo. Entre Mara, a religião e a universidade havia uma Interação Perturbada (IP); já entre estes elementos e Marcelo, a interação era Positiva (I+).

#### d) Propondo Objetivos

A partir dos problemas levantados e da hipótese diagnóstica, propus os seguintes objetivos, que foram estabelecidos preferencialmente para cada problema, conforme o determinado no projeto. Entretanto, estes objetivos foram unilaterais, isto é, estabelecidos apenas pela enfermeira. Os objetivos propostos, os prazos e os passos (ou seja, as estratégias) para atingi-los foram os seguintes:

| OBJETIVOS                                                      | PASSOS                                            | PRAZO        |
|----------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------|--------------|
| - Prestar cuidados ao recém-nascido em berço aquecido          | - Manter Temperatura Axilar entre 36,4 e 36,8°C   | 25/7         |
| - Controlar a temperatura (T) do berço.                        |                                                   | 25/7         |
| - Prestar cuidados ao recém-nascido, venoclise e fluidoterapia | - Observar fluxo e refluxo<br>- Registrar infusão | 25/7<br>25/7 |

|                                                             |                                                                                                                                                               |      |
|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|
| - Prestar cuidados ao recém-nascido com história de vômitos | - Observar e comunicar vômitos                                                                                                                                | 25/7 |
| - Estimular recém-nascido                                   | - Incentivar pais e equipe, explicando-lhes meios e importância de estimulação                                                                                | 28/7 |
| - Pai tocar recém-nascido                                   | - Incentivar pai a tocar o recém-nascido, explicando-lhe a importância do toque para o desenvolvimento do recém-nascido e para sua futura relação com o filho | 28/7 |

---

### **e) Prescrevendo e Implementando Ações de Enfermagem**

A partir dos problemas levantados e dos objetivos e passos propostos, desenvolvi a seguinte prescrição das ações de enfermagem:

Data: 24/7

#### **PRESCRIÇÃO**

- Controlar sinais vitais de h/h.
- Manter Temperatura Axilar entre 36,4 e 36,8oC.
- Controlar Temperatura do berço.
- Observar local de venopunção, fluxo, refluxo.
- Controlar e debitar gotejo de h/h.
- Observar vômitos e comunicar aspecto, volume etc.
- Estimular recém-nascido (conversar, acarinhar, pegar ao colo).
- Estimular o pai a tocar recém-nascido.
- Incentivar aleitamento materno.
- Registrar ingesta e eliminações.
- Cuidados com coto umbilical.

A ordem das ações não está relacionada à prioridade de uma ação em relação a outra. Tentou-se seguir a ordem de ações que rotineiramente são prescritas na unidade de internação.

#### **Notas Metodológicas**

Nas notas metodológicas fiz referências a necessidade de, no próximo encontro, tentar investigar mudanças decorrentes do nascimento de Marcus, além das posições e papéis na família. Além disto, referi não estar conseguindo escrever tudo que ocorria no mesmo momento, na própria Unidade, pois ainda elaborava o "prontuário" em casa. Finalmente, estava tendo dificuldades em traçar os objetivos relativos aos aspectos biológicos como venopunção, fluidoterapia, berço aquecido e história de vômitos, pois parecia estar colocando algo que era óbvio e também estar sendo redundante.

### Notas Teóricas

Achei curioso que Mara e Marcelo não se considerassem uma família. Cheguei a questionar se realmente seriam ou não, já que não se apreciavam como tal. Para Marcelo, família era "compartilhar tudo/acordar juntos..." Seu conceito, em parte, concordã com interação saudável, visto que implica compartilhar significados. Por outro lado, sua definição pressupõe que para ser família deve existir um "morar junto na mesma casa". Penso que eles realmente são uma família, conforme o conceito proposto no marco. Acredito que são ligados por laços de nascimento (o de Marcus).

Os conceitos envolvidos nos problemas levantados eram interação, crescimento e desenvolvimento, papéis, saúde-doença.

O fato do bebê estar em berço aquecido, com venoclise e em fluidoterapia, apresentando história de vômitos, não sendo pego no colo, e sendo pouco estimulado envolvia também o conceito de crescimento e desenvolvimento. isto porque um recém-nascido pouco estimulado pode vir a apresentar problemas tanto de ordem biológica, como psicossocial.

Estes problemas também envolviam o conceito de interação. Todo aquele "aparato" de equipamentos e materiais acabaram por colocar uma barreira para o contato entre Marcus e as pessoas de seu meio, afastando-os. Este distanciamento, principalmente no que se refere à relação pais-filho poderia levar a uma dificuldade na definição, ajuste e no desempenho de papéis de pai, mãe, ..., já que estavam afastados fisicamente. Esta interação, por sua vez, dificultando o crescimento e desenvolvimento, a definição, ajuste e desempenho de



papéis, levava a caracterizar o conceito de saúde-doença, mais especificamente de doença.

### **Notas da Enfermeira**

Percebi que Mara participou pouco da conversa neste primeiro encontro que tivemos. Seria pela dor da cesárea? Ou seria por não lhe agradar falar em família? Marcelo, por sua vez, foi muito participativo. Não falamos sobre o bebê, especificamente, sendo que os pais também não fizeram questão de colocá-lo no assunto.

### **2º Encontro: Dia 25/7/89, pela manhã**

#### **a) Averiguando Dados**

Mara recebeu alta hospitalar, mas ainda permanecia internada no Alojamento Conjunto (AC) aguardando a evolução de Marcus. No AC, conversei com Mara sobre o que a gestação lhe representou. Ela me falou que tudo tinha corrido bem, pois sua gravidez fora normal; "ia a todos os lugares, menos na Universidade, pois os professores estavam em greve". Perguntei-lhe então sobre o que significava o nascimento do seu bebê. Mara referiu que "ainda não deu para ver"; "o nenê não está aqui, não dá para sentir"; "fica eu aqui, e ele lá"; "não senti o que é ser mãe". Indaguei-lhe, então, o que era "ser mãe". Segundo Mara, "mãe não é só colocar o filho no mundo; é sustentar; é 'por' o filho em primeiro lugar"; "quero só me ver como mãe! Às vezes acho que vou fazer tudo sozinha sem ninguém (mãe) para se meter, mas às vezes fico pensando se saberei cuidar; aí terei que pedir ajuda!" Disse para Mara que deveria tentar cuidar de seu filho e quando precisasse poderia solicitar ajuda de sua mãe. Falei também em aproveitar o tempo de permanência no hospital para aprender, e perguntar ao "pessoal" o que não soubesse sobre o cuidado do bebê.

Neste dia, Mara relatou-me que sua mãe era dona-de-casa e que "fazia bordados para fora". Referiu que sua família vivia do trabalho de sua mãe (no qual todos os filhos ajudam) e da pensão que seu pai lhes paga.

Perguntei a Mara como ela percebia o enfermeiro e seu papel. Segundo ela, "todos os enfermeiros só ajudam; o médico é mais

especializado, mais importante; não pode perder tempo fazendo curativo, pois deixa de atender alguém. O enfermeiro faz coisas mais simples, menos especializadas como o curativo, ver o material". Quanto a sua expectativa em relação ao enfermeiro, Mara disse que "o enfermeiro deve ter preocupação social". Referiu achar estranho eu trabalhar "este lado psicológico", pois sempre via o enfermeiro "só fazendo coisas". Expliquei-lhe sobre o que considerava ser o enfermeiro, e que este também poderia se especializar.

Perguntei-lhe então sobre Marcelo. Ela ficou pensativa e disse "... o Marcelo... o que estará fazendo a esta hora?" Mara referiu não saber o que seu filho tinha. Expliquei-lhe sobre a situação da criança e a orientei para conversar com o pediatra para solucionar suas dúvidas. Mara ainda relatou conhecer pouco sobre recém-nascido. Falei-lhe que havia vários trabalhos sobre os bebês e que talvez fosse interessante para ela tomar conhecimento. Perguntei-lhe se gostaria que eu trouxesse algo sobre as capacidades interacionais do recém\_nascido. Mara gostou da idéia e combinamos que eu tentaria também conseguir um filme sobre o assunto, uma vez que sua tia possuía vídeo.

Neste dia, Marcus ao ser examinado estava ativo e chorou durante a infusão do antibiótico. Suas mucosas estavam úmidas e coradas. Havia apresentado distensão abdominal, tendo sido submetido a RX de abdome. Foi necessário puncionar nova veia. Havia também urinado duas vezes. Seus sinais vitais eram: Tax: 37°C; FC: 140 bpm e FR: 44 mpm. Estava com 3 kg, tendo perdido 40 gr desde o dia anterior. Sugava o seio materno com vigor e quando levado ao colo, Marcus aconchegava-se. Observei que a mãe olhava o recém-nascido enquanto o amamentava.

#### **b) Levantando os Problemas**

Neste dia acrescentei à Lista de Problemas os seguintes:

- Mãe confusa quanto ao diagnóstico de seu filho;
- Recém-nascido com uso de injeção intra-muscular (IM);
- Recém-nascido com história de distensão abdominal.

Considerarei estes três novos problemas como atuais pois estávamos vivenciando-os naquele momento.

### c) Mantendo a Hipótese do Diagnóstico de Enfermagem

Mesmo com os novos dados, minha Hipótese Diagnóstica de uma Interação Intra-Familiar Perturbada (IP), não se alterou; quanto ao Diagnóstico Extra-Familiar (DEF), permaneci com a mesma posição do dia anterior, isto é, havia uma Interação Positiva (I+) entre a família e a equipe de saúde, seus amigos, a recreação; e especificamente entre Marcelo, a universidade e a religião. Entre Mara e estes dois últimos a interação era perturbada (IP).

### d) Propondo Objetivos

A partir dos problemas levantados neste dia, e da hipótese diagnóstica estabeleci os seguintes objetivos com seus respectivos passos e prazos:

| OBJETIVOS                                                               | PASSOS                                      | PRAZOS |
|-------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--------|
| 1. Esclarecer mãe sobre diagnóstico médico a respeito do recém-nascido. | - Orientar a mãe sobre diagnóstico.         | 25/7   |
|                                                                         | - Discutir diagnóstico com médico.          | 25/7   |
|                                                                         | - Encaminhar mãe ao pediatra.               | 25/7   |
| 2. Prestar cuidados ao RN que recebeu IM (injeção intramuscular).       | - Fazer rodízio de IM.                      | 25/7   |
|                                                                         | - Observar local da IM.                     | 25/7   |
| 3. Prestar cuidados ao recém-nascido com distensão abdominal.           | - Observar distensão abdominal e registrar. | 25/7   |

### e) Prescrevendo e Implementando Ações de Enfermagem

Com base no exposto fiz a seguinte prescrição das ações de enfermagem:

Data: 25/7      Hora: 12:30

#### PRESCRIÇÃO

- Controlar sinais vitais de h/h.
- Manter Tax entre 36,4 e 36,8oC.
- Controlar T do berço.
- Cuidados com venóclise e fluidoterapia:
  - . Observar fluxo/refluxo;

- . registrar infusão de h/h;
- Observar vômitos registrando características.
- Registrar distensão abdominal, se observada.
- Estimular recém-nascido (conversar, acarinhar, pegar ao colo).
- Fazer rodízio de IM.
- Incentivar aleitamento materno.
- Registrar ingesta e eliminações.
- Cuidados com coto umbilical.
- Oferecer esquema das capacidades interacionais do recém-nascido aos pais.

### **Notas Metodológicas**

Neste dia, consegui fazer a evolução e a prescrição de enfermagem na própria unidade, deixando uma via no prontuário. Questionava-me ainda sobre a forma de registrar os dados que havia coletado. Devia registrar o que coletei na folha de "Averiguação de Dados" em forma de diálogo, ou simplesmente descrever as respostas da família? Igualmente, tinha dúvidas se deveria anotar no impresso "Averiguação dos Dados" as orientações que eu havia realizado. Uma outra preocupação dizia respeito ao fato de que eu não estava discutindo os objetivos com a família.

Este fora o primeiro caso em que eu mesma havia me convidado para ir ao domicílio. Também fui ao Alojamento Conjunto sem que Mara tivesse me feito um convite. Tudo ocorreu de forma muito espontânea. Percebi então que minha prática estava naturalmente se desenvolvendo a nível de unidade neonatal, alojamento conjunto e domicílio, e que de alguma forma, eu estava incorporando esta estratégia de assistência a partir de minha experiência anterior com as outras famílias.

### **Notas da Enfermeira**

Neste dia, saí mais gratificada do hospital, pois havia conseguido trabalhar com Mara. Interagi com Marcus na UIN e depois fui ao Alojamento Conjunto conversar com sua mãe. Nesta ocasião, Mara referiu que estava esperando chamarem-na para descer e amamentar seu filho. Ela pareceu-me ter entendido melhor a situação da criança, sendo que a percebi interessada em amamentar seu bebê. Liguei para o berçário para verificar se Marcus já havia

retornado do RX e saber se o médico se encontrava lá para conversar com Mara e esclarecer suas dúvidas quanto à evolução e o diagnóstico de seu filho. Descemos juntas; conversei com o médico e lhe propus que dialogássemos os três. Ele aceitou.

O fato de ter conseguido evoluir e prescrever na unidade, deixando uma via no prontuário também me trouxe satisfação.

Chamou-me atenção o significado de enfermeiro para Mara, dando ênfase ao "fazer" e sua surpresa com o fato de me ver trabalhando o aspecto psicológico. Na sua expectativa aparece que o enfermeiro deve ter uma preocupação social. Será que os enfermeiros têm-se limitado apenas ao biológico?

### Notas Teóricas

Os problemas identificados estavam relacionados com os conceitos de interação, saúde/doença, crescimento e desenvolvimento e papel. Considerei que a confusão da mãe quanto ao diagnóstico do filho tinha uma relação com o conceito de interação. A mãe não sabendo o que seu bebê apresentava, ficava ansiosa, fantasiando (muitas vezes até situações mais complexas e graves do que a realidade) e isto, certamente interferia no seu relacionamento com o filho. Acrescentando-se a isto, havia o fato de que o bebê, sendo muito sensível, capta sentimentos em seu meio, principalmente os de sua mãe. Em relação à criança, pode-se dizer que o uso de injeção intramuscular (IM) e a história de distensão abdominal do recém-nascido eram situações que traziam desconforto ao bebê. Este poderia ficar choroso e irritado, afetando seu relacionamento com a mãe e com todos aqueles que o cercavam.

No que se refere ao conceito de papel, percebia que a mãe, não entendendo o que o filho tinha, poderia se sentir incapaz e impotente, ficando impedida de desempenhar adequadamente o seu papel. O "não senti o que é ser mãe" me fez pensar que realmente o afastamento da mãe de seu recém-nascido, ela no Alojamento Conjunto e ele no berçário, leva à dificuldade de definição e desempenho de papéis.

O "ser mãe" também pode ser considerado parte do desenvolvimento da mulher. E estando o desempenho deste papel afetado, como consequência tinha-se o conceito de crescimento e desenvolvimento incluído. Por outro lado, a situação vivenciada

pela criança (como por exemplo, a separação da mãe, as injeções, o uso do soro, e a distensão abdominal) poderia prejudicar seu crescimento e desenvolvimento.

O conceito de doença também estava envolvido, já que se tinha uma interação que dificultava o crescimento e desenvolvimento, e o desempenho de papéis.

### 3º Encontro: Dia 26/5/89, à tarde, no hospital

#### a) Averiguando Dados

Marcus recebera alta do berçário e estava junto com a mãe no Alojamento Conjunto desde às 10 horas. Não tinha mais apresentado vômitos ou distensão abdominal, sendo suspensos o soro e a medicação já na noite anterior. O recém-nascido estava ativo, alerta, rosado, apresentando mucosas úmidas e coradas. Seus sinais vitais eram: Tax: 36,4oC, FC: 140 bpm: FR: 40 mpm. Estava com 2.950 gramas, tendo perdido 50 gr. Persistia mamando em seio materno. Marcus havia feito RX e o diagnóstico médico continuava em aberto, havendo suspeitas de rolha meconial, megacolon, ou ainda de algum distúrbio apenas funcional, devendo repetir o Rx no dia seguinte.

No horário de visita, no Alojamento Conjunto, conheci Maria e Maurício, respectivamente, avó e tio maternos de Marcus. Apresentei-me expondo meu trabalho e lhes perguntei se tinham alguma objeção a fazer. Maria falou que não e questionou se era eu quem iria na sua casa. Mara disse que sim. A avó então referiu que sua "função era cuidar do Marcus e quem decidia as coisas era sua filha. Mara falou que não se importaria se eu fosse lhes visitar. Perguntei sobre qual o melhor horário e Mara disse que seria pela tarde ou à noite. Indaguei Maria sobre como estava vendo toda a situação e ela, olhando para o neto que estava no seu colo, respondeu: "é mais um filho".

Maurício, irmão de Mara, quis pegar o sobrinho no colo. Estava um pouco desajeitado, mas se mostrava sorridente ao estar com Marcus. Perguntei para Mara se o pai do bebê havia pego o filho no colo. Mara exclamou "nem quero, pois Marcelo está resfriado!" Questionei sobre o seu relacionamento com Marcelo. Ela falou que ainda não tinham conseguido tempo para os dois.

Mara relatou sentir-se melhor, pois estava sem dor no local da cesárea. Contou que havia trocado as fraldas do filho pela primeira vez, e fez a seguinte colocação: "fiquei atrapalhada, mas consegui". Aproveitando o momento, fiz algumas orientações sobre os cuidados para evitar correntes de ar ao trocar o bebê; e também sobre a importância de medidas para prevenção de assaduras. Quando conversávamos sobre isto, Mara disse que este assunto seria "coisa para sua mãe", pois não sabia agir nestas situações. Estava iniciando a orientar os cuidados para assadura, mas fui interrompida pela chegada de Marcelo. Ao conversar com o pai do neonato indaguei-lhe sobre o significado do nascimento de Marcus para ele. Marcelo respondeu: "mudou, está diferente; estou preocupado!". Mara e Maria ofereceram o RN para que Marcelo o segurasse, mas ele não quis, justificando que estava com cheiro de cigarro.

Mara referiu que Mateus, avô paterno da criança; esteve visitando o neto e pegou-o no colo. Disse também que Marion, a avó paterna de Marcus, ainda não o conhecia, porém já havia tentado vê-lo quando ainda estava no berçário.

O pediatra do recém-nascido, que tinha ido visitá-lo no Alojamento Conjunto, comentou comigo que Marion estava muito preocupada com o estado de seu neto, telefonando-lhe para solicitar informações com frequência.

#### **b) Levantando os Problemas**

Neste dia, não levantei novos problemas, sendo que aqueles relacionados aos cuidados especiais como o uso de berço aquecido, venóclise, fluidoterapia e uso de intra-muscular foram considerados resolvidos, pois o recém-nascido recebera alta do berçário.

Embora não tenha identificado outros problemas, aprofundei meu conhecimento sobre as interações como: mãe-filho; companheiro-companheira.

#### **c) Confirmando a Hipótese de Diagnóstico de Enfermagem**

Neste momento do processo, considerei que a hipótese levantada se confirmava no Diagnóstico de Enfermagem Intra-Familiar (DIF) de "Interação Perturbada" (IP). O distanciamento entre alguns membros

da família levavam-me a reforçar tal idéia. No caso de Mara e Marcelo, até então, nunca havia observado qualquer contato que denotasse afeto como, por exemplo, tocarem-se, beijarem-se. Além disto, Marcelo continuava a não pegar seu filho no colo.

#### d) Propondo Objetivos

Os objetivos anteriormente propostos permaneciam inalterados, exceto aqueles relativos aos problemas resolvidos, que por sua vez, foram considerados objetivos atingidos.

#### e) Prescrevendo e Implementando Ações de Enfermagem

Data: 26/7/89

Hora: 17:10

##### PRESCRIÇÃO

- Manter Tax entre 36,4 e 36,8oC.
- CSV 4X/dia.
- Cuidados com coto umbilical.
- Incentivar aleitamento materno.
- Incentivar pai tocar RN; pegá-lo ao colo.
- Incentivar mãe a prestar cuidados ao RN (pegar ao colo, trocar, ninar...).
- Registrar ingesta e eliminações.
- Observar vômitos, distensão abdominal.
- Comunicar qualquer intercorrência relacionada ao recém-nascido.
- Estimular RN (conversar, pegar ao colo ...).
- Suspender cuidados com berço aquecido, fluidoterapia, venóclise e IM.

Neste dia, além das ações aqui prescritas, entreguei o esquema das capacidades interacionais e dos reflexos do recém-nascido para Mara, orientando-a sobre tal.

#### Notas Metodológicas

Quanto ao Processo de Enfermagem, ainda existiam algumas situações em que eu ficava em dúvida sobre quais informações deveriam ser registradas na "Averiguação dos Dados", na "Evolução", ou mesmo, nas "Notas".



Sentia que o aprofundamento das questões levantadas junto à família necessitavam de vários encontros/contatos, conforme havia sido referido em meu projeto (NITSCHKE, 1988, p.88).

As situações que eu estava vivenciando faziam-me pensar que uma interação mais positiva entre enfermeiro e em família implicaria num tempo maior de contato.

Finalmente, considerava ser necessário que eu me disciplinasse para realmente compartilhar o Processo de Enfermagem com a família, desde a coleta dos dados, o que representava adotar uma nova postura frente ao cliente, bem diferente daquela que me acompanhava desde a minha formação.

### **Notas da Enfermeira**

Às vezes considerava Mara um pouco "fechada" comigo. Contudo, ponderava que esta poderia ser uma característica própria de sua personalidade. Quando Mara referiu que "nem queria que o pai do bebê o pegasse no colo, pois estava resfriado", questionei-me se seria isto mesmo que estava ocorrendo, ou se Mara percebia o bloqueio de Marcelo para se aproximar do filho e preferia pensar que era ela que não o permitia.

### **Notas Teóricas**

Neste dia, eu estava me sentindo muito satisfeita de acompanhar esta família. Talvez porque estava tendo a real sensação de experiência de estar trabalhando com interação, e também com família de uma forma mais palpável. Constatava, além disso, que assistir uma família significava estar algumas vezes com apenas um membro, e em outras com 2, 3, 4, ..., ou ainda com todos os membros reunidos.

### **O 4º Encontro: Dia 27/7/90, pela manhã, no hospital**

#### **a) Averiguando Dados**

Quando cheguei no Alojamento Conjunto encontrei Marcus, Mara e Marcelo no quarto. Estavam aguardando o pediatra para que fosse

dada a alta ao bebê. Marcus estava ativo, e suas mucosas, úmidas e coradas. Não havia mais apresentado distensão abdominal, ou episódios de vômitos. Estava urinando sem qualquer alteração, evacuado fezes amarelas, pastosas e não apresentando hiperemia perineal. Seus sinais vitais eram: Tax: 36,5oC; FC: 140 bpm; FR: 56 mpm. O neonato estava sugando bem ao seio materno.

Perguntei a Marcelo se ele já havia pego o filho no colo e ele me respondeu que não, justificando porque estava gripado. Mara referiu que não deixaria Marcelo pegar o bebê, enquanto estivesse espirrando.

Indaguei se Marcelo já havia registrado o filho e se o nome tinha permanecido Marcus Vinicius. O pai respondeu que sim. Conversei sobre a universidade e a prova que havia me referido no último encontro. Marcelo falou que não tinha feito a prova ainda e que precisava pedir ao seu professor para adiá-la, devido ao nascimento de seu filho. Aproveitei a oportunidade para lhe falar sobre a licença-paternidade.

Perguntei a Mara se tinha acertado, sua situação na universidade, alertando-a sobre seus direitos. Ela referiu que "estava tudo certo!".

Marcelo disse que gostaria de levar Mara e Marcus para casa, porém teria de ir embora, pois já estava atrasado para um compromisso. Solicitei-lhe que aguardasse um pouco, pois eu iria tentar localizar o neonatologista.

Saí à procura do médico, porém nos desencontramos, pois eu havia ido pela escada e ele subira pelo elevador. Quando retornei ao quarto, Mara informou que os "três" (Marcelo, Marcus e o médico) tinham descido até o setor de Rx.

Chegando "no Rx", encontrei Marcelo segurando seu filho para que fosse possível realizar o exame. Marcelo demonstrava-se bastante assustado. Ao terminar o Rx, o neonatologista colocou Marcus nos braços do pai dizendo: "Pega!! É para já ir acostu-mando!" Marcelo ficou mais assustado ainda, segurando o filho desajeitadamente. Permaneci conversando com ele, incentivando-o e dizendo que "levava jeito". Marcelo sorriu.

O médico relatou que o Rx de abdome m estava normal, sendo que Marcus poderia receber alta. Retornamos (Marcelo, Marcus, o médico e eu) ao Alojamento Conjunto, deixando que o pai levasse seu filho no colo. Quando Marcelo entrou no quarto segurando Marcus, Mara ficou observando com admiração.

Fui conversar com a enfermeira do Alojamento Conjunto para verificar a rotina de alta e também para avisar que Mara solicitara a troca de seu curativo.

Voltando ao quarto e conversando com Mara, esta me referiu que seria a avó (sua mãe) quem iria cuidar de Marcus em casa. Questionei-lhe se tinha alguma dúvida sobre os cuidados com o bebê, pois era muito importante que ela realizasse estes cuidados, principalmente para a sua relação com o filho. Neste instante, Marcus evacuou. Deixei que Mara o trocasse para observar a situação e poder lhe orientar sobre suas dificuldades, já que havia referido estar "atrapalhada" para "trocar" o filho. Observei que Marcus se agitava bastante enquanto suas fraldas eram trocadas. Entretanto, quando aconchegado ao colo, logo ficava tranquilo. Percebi também que gostava de "batidinhas" nas nádegas, ou seja, ritmicidade. Chamei a atenção da mãe para esta ritmicidade e o colo, lembrando-lhe que estes assuntos eram abordados no material sobre "capacidades interacionais do recém-nascido e sua estimulação" que eu havia lhe entregue. Neste momento, uma funcionária entrou no quarto e falou: "com a tia (no caso eu) o bebê fica mais calmo; com a mãe é que se agita".

Colocamos Marcus no berço. Enquanto Mara fazia seu curativo e a higiene ajudei Marcelo a arrumar os pertences para irem embora. Perguntei-lhe sobre ele e Mara. Ele respondeu: "é, não dá para casar; sou dependente, quero viajar!" Eu não havia falado em casamento, mas a partir de sua colocação disse-lhe que mesmo que eles não se casassem, ou não vivessem juntos, a participação dele junto ao Marcus era importante para o desenvolvimento do bebê e para a futura relação dos dois (explicando-lhe porque). Além disto, dei a Marcelo as mesmas orientações de alta que posteriormente faria para Mara como: cuidados com o coto umbilical, higiene, banho de sol, alimentação, vacinação, "teste do pezinho", consulta com pediatra e outros.

Tudo já estava pronto para a família ir embora. Falei para Mara e Marcelo que poderia ajudá-los com suas coisas. Acompanhei os três até a porta do elevador e já ia me despedindo, quando Mara falou: "Ué! não vais até o carro?" Compreendi que ela estava me convidando para acompanhá-los até a porta do hospital. Ao nos despedirmos, na entrada do hospital, Mara e Marcelo fizeram-me o convite para ir visitá-los.

**b) Levantando Problemas**

Neste dia, considereei como resolvidos os seguintes problemas:

- História de vômitos e distensão abdominal;
- Pouca estimulação;
- Pai não toca o recém-nascido;
- Mãe confusa quanto ao diagnóstico médico do recém-nascido;

Tinha esta posição, pois o bebê não apresentou mais episódios de vômitos ou distensão abdominal. Além disto, com a alta do recém-nascido do berçário e, neste dia, do hospital, percebi que a criança vinha sendo estimulada, sendo tocado inclusive pelo pai. Mara não relatou mais dúvidas quanto ao diagnóstico do filho.

**c) Mantendo o Diagnóstico de Enfermagem**

Persisti com o Diagnóstico de Enfermagem Intra-Familiar (DIF) de Interação Perturbada (IP). Apesar de Marcelo ter pego o filho no colo, ainda não se observava, qualquer afetividade entre ele e Mara, mas também não se percebia existência de hostilidade.

Mantive Diagnóstico Extra-Familiar (DEF) de Interação Positiva (I+) e também Interação Perturbada (IP), pois não houve modificação observada ou relatada nas interações entre a família e sua rede social.

**d) Propondo Objetivos**

Neste dia, estando envolvida com a alta hospitalar, não estabeleci formalmente nenhum novo objetivo. Entretanto, havia implícito em minhas ações o objetivo de "fornecer orientações de alta hospitalar" que, na verdade, representavam o reforço de muitas orientações dadas durante a internação.

**e) Prescrevendo e Implementando Ações de Enfermagem**

Em virtude da alta hospitalar, não foi feita uma nova prescrição de enfermagem que fosse permanecer no prontuário do recém-nascido e de sua mãe.

As ações de enfermagem desenvolvidas já foram descritas na parte "Averiguando os Dados" deste 4º Encontro.

### **Notas Metodológicas**

Pretendia investigar mais sobre a família de Marcelo, tentando aproximar-me.

Considerava que era necessário eu me informar se a licença-paternidade já estava em vigor.

### **Notas da Enfermeira**

Fiquei satisfeita de chegar no quarto e encontrar Marcus, Mara e Marcelo juntos. Quando Marcelo disse que gostaria de levar sua namorada e seu filho para casa, tentei logo localizar o médico para providenciar a alta, pois pensei que não poderia perder esta oportunidade de promover uma maior aproximação entre os três (ainda mais que Mara e Marcelo estavam sozinhos, assumindo-se). Estava considerando ótimo o pai estar se envolvendo mais na situação junto ao seu bebê e sua companheira.

Neste dia, não senti Mara "fechada" como anteriormente. O momento em que nos despedimos, e o casal me convidou para ir visitá-los, foi muito gratificante, pois percebi que o convite viera não por educação, mas por haver uma interação positiva entre nós: enfermeira e família. Havia ocasiões em que me sentia "inútil" acompanhando uma família de cada vez. Entretanto, agora percebia a importância de estar trabalhando com um caso de cada vez, para que eu pudesse desenvolver melhor o aspecto interacional.

Marcus talvez chore mais junto de sua mãe devido à ansiedade que Mara estava apresentando ao realizar os cuidados e naturalmente transmitia a seu filho. Todavia observei que Mara executava os cuidados de modo correto.

### **Notas Teóricas**

Refletindo sobre o conceito de papel, percebi que existia tanto por parte de Marcelo e de Mara, como da própria Maria (avó materna) uma expectativa de que a avó é quem deveria desempenhar o papel de cuidar do recém-nascido.



A reflexão sobre os conceitos envolvidos no levantamento de problemas continuou a ser colocada nas "Notas Teóricas".

O 5º Encontro: Dia 04/08/89, à tarde, no domicílio (...inicialmente)

**a) Averiguando Dados**

Neste dia, fui visitar a Família Mares. Havia pensado inicialmente em ir na segunda-feira logo após a alta. Entretanto, além de ter planejado outras atividades (como iniciar o acompanhamento com outra família), eu tinha dúvidas sobre qual o melhor dia para realizar a visita. Coloquei então o prazo de uma semana pós-alta, indagando-me, ao mesmo tempo, se eu não estaria deixando de dar apoio no momento mais crítico, como os primeiros dias em casa. Revisei o prontuário da família, e programei alguns aspectos para serem trabalhados durante a visita, de acordo com o roteiro de entrevista. Foi fácil achar a casa, porém ao chegar encontrei-a fechada. Fiquei decepcionada, pois havia pensado tanto no dia de ir, e agora não encontrava a família em casa.

Estava quase indo embora, quando percebi que um dos portões estava aberto. Entrei, e bati; em seguida, a porta dos fundos foi aberta e o irmão da Mara apareceu convidando-me para entrar. A avó estava com Marcus no colo e quando me viu disse que tinha pensado em mim e se perguntado se eu não iria lá. Tanto o irmão quanto a avó demonstraram muita receptividade ao me ver. Maria e Maurício pareciam estar prontos para sair. Cumprimentei a avó beijando-lhe, e fiquei observando o Marcus. Estava muito bonito "uma gracinha", e mais gordo. Brinquei com a avó, perguntando se tinham dado fermento para ele. Indaguei sobre Mara, enquanto pedia para segurar Marcus. A avó respondeu que Mara "estava lá". "Lá aonde"? questionei. "No hospital", disse ela. "Consultando?" perguntei. "Não, está internada". E contou que Mara na noite de quarta para quinta-feira começou com sangramento no local da cesárea. "Foi consultar, e a médica indicou nova cirurgia que foi hoje (sexta-feira) às 8 horas. "Agora, estamos indo para lá", falou Maria.

"Então, vamos!" disse eu. "Não quero atrasá-los ou atrapalhá-los. Aceitam uma carona?", indaguei. Maria respondeu que não

precisavam, pois estavam de carro e ainda tinham que colocar gasolina. Combinamos então que eu iria ao hospital. Maria solicitou-me para avisar Mara que eles já estariam chegando.

Perguntei a Maria como estava o relacionamento entre Marcelo e Mara. A avó sorriu dizendo que estava "indo" e contou que Marcelo estava assumindo as coisas, inclusive acompanhara Mara ao hospital; e ao registrá-la colocou-se como responsável por ela. Maria comentou que Mara ficou internada em apartamento e que "as duas famílias" (a dela e a do Marcelo) iriam dividir os custos. Conta ainda que o coto de Marcus estava quase caindo, "estava por um fio". Aproveitei para reforçar a orientação do banho após a queda do coto.

Cheguei no hospital e fui procurar a enfermeira do Alojamento Conjunto para saber sobre o estado de Mara. Quando a enfermeira me viu, já foi logo dizendo que a paciente que eu havia acompanhado estava de volta. Achei bom ela logo ter relacionado a paciente a assistência prestada por mim. Ela explicou-me que Mara tinha feito cirurgia, pois estava com hematoma no local da incisão da cesárea. Acrescentou que Mara estava se recuperando muito bem. Ao olhar o prontuário percebi que o "prontuário da família" continuava junto com os demais registros, o que me deu satisfação. Conversamos ainda sobre o recém-nascido. Perguntei se ele realmente poderia ficar com a mãe no hospital e a enfermeira disse que não só podia como deveria; o que considerei excelente.

Entrei no quarto de Mara. Quando ela me viu sorriu parecendo estar satisfeita, e demonstrando receptividade. Chamou-me pelo nome. Brinquei com ela que "parecíamos gato e rato, uma fugindo da outra, pois havia ido na sua casa e ela estava ali". Ela sorriu. Beijei-a. Estava acompanhada da irmã (Miriam). Cumprimentei-a. Perguntei à Mara sobre como ela estava se sentindo. Ela referiu que estava bem e contou o que tinha acontecido. Disse a ela que Marcus, Maria e Maurício estavam vindo e tinham ido colocar gasolina. Ela falou que estava preocupada com a amamentação e que gostaria de continuar a amamentar o filho. Disse que seu "seio estava cheio e dolorido" e que já tinham vindo esgotá-lo. Também tinha medo de que o leite "secasse".

Aconselhei-a a acalmar-se, pois era só estar tranqüila, ter vontade de amamentar, e o bebê sugar para que o leite voltasse. E contei-lhe que já havia acompanhado casos em que a mãe tinha ficado até dois meses sem amamentar, porque o bebê estava inter-



nado e depois voltou a dar somente leite "do peito". Perguntei sobre Marcelo, Mara referiu que ele havia passado a noite ali com ela. Perguntei como os dois estavam entre si. E ela disse que não tinha dado para pararem ainda". Indaguei sobre como Marcelo estava com o filho. E ela falou que ele ficava "super-preocupado", "qualquer coisinha que vê, já fica todo preocupado".

A irmã de Mara continuava na janela esperando sua mãe, irmão e sobrinho chegarem. Quando viu o carro avisou e desceu para ajudá-los. Enquanto isto, eu e Mara ficamos conversando sobre diversas coisas. Mara referiu que ficava confusa, pois cada um chegava lá e dava um palpite diferente. Falei que quando orientávamos no hospital, também tínhamos como objetivo deixá-la mais tranquila e segura sobre os cuidados do bebê, principalmente frente às diferentes opiniões. Conversamos sobre o coto de Marcus, que estava quase caindo, e aproveitei para orientá-la sobre o banho do bebê após a queda do coto.

Maria chegou no quarto com o neto no colo, os dois tios vinham atrás. Mara pareceu ter ficado contente ao ver o filho. A avó trouxe Marcus para perto da mãe para mostrá-lo. Mara ficou "emocionada". Maria contou sobre o coto que estava por "um fio". A avó logo saiu a caminhar pelo quarto com o bebê no colo.

Percebi que Mara estava com expressão de quem estava com dor. Perguntei-lhe como estava; e se estava sentindo alguma coisa. Ela disse que estava com dor. Olhei como estava o soro e a venóclise. Estava tudo correto. Entretanto, havia vazamento no local da "torneirinha", revisei a adaptação e coloquei uma gase em baixo para proteção para observarmos melhor o vazamento. Perguntei-lhe se havia tomado alguma coisa há pouco tempo. Ela disse que não sabia.

Maria perguntou sobre Marcelo e se ele iria dormir de novo ali. Mara respondeu que provavelmente sim. A avó parece ter comentado que então dormiram todos ali. Digo parece, pois não entendi direito e naquele momento não quis me intrometer. A avó disse que estava com dor nas costas de ficar segurando o bebê. Ofereci-me para pegá-lo, mas ela disse que não precisava. A avó solicitou que o tio pegasse a mamadeira que já estava pronta. "Pára aí que eu vou esfriar a mamadeira", falou ela para o filho.

Pedi-lhe para pegar o Marcus no colo. Maria falou sorrindo que eu só queria pegá-lo no colo, ou que eu gostava de pegá-lo no colo (ou qualquer coisa assim). Brinquei com ela dizendo-lhe que ela

estava com ciúme. Falei brincando, mas na verdade estava achando a avó muito possessiva em relação ao bebê. E pareceu-me também que ela estava desconfiada comigo. Logo em seguida o bebê começou a chorar e a avó disse: "Viu! ele só quer ficar com a avó".

☪ Comecei a caminhar com o bebê embalando-o e ele parou de chorar. Levei-o perto da mãe para ela também poder vê-lo. Maria foi então esfriar a mamadeira que já estava pronta, enquanto eu pegava o bebê no colo. Logo depois, Maria segurou Marcus e começou a dar mamadeira a ele.

Começamos a conversar sobre a mamadeira. E ela disse que a mamadeira estava sendo ótima para o bebê, pois ele ficava mais tranquilo. Falou que seria bom se Marcus "pegasse" a mamadeira, pois a mãe está com pouco leite, ou melhor, com leite fraco que não é suficiente ao bebê.

Quando ouvi aquilo, meu impulso foi maior do que a razão. E o "não", fluiu naturalmente como um reflexo. Disse-lhe que não era bem assim e expliquei-lhe que o pouco leite depende de fatores como à sucção, por exemplo. Falei também sobre a questão do "leite fraco". Abordei a importância do leite materno, colocando inclusive que já havia conversado sobre isto com Mara. A avó disse que Mara havia mamado ao seio, e seus irmãos na mamadeira e "estão aí fortes e todos iguais". No mesmo instante que falei, dei-me conta que aquele "não", e aquela posição contrária, poderiam atrapalhar a interação entre eu e a avó (a qual já me parecia estar duvidosa). Mas, como já relatara, tudo fluiu muito espontaneamente.

Mara continuava com dor, e resolvi sair para conversar com a enfermeira para ver o que havia sido prescrito para dor e quando tinha sido ministrado. A enfermeira disse que já estava indo para o quarto fazer o curativo e pediu para um auxiliar aplicar a medicação para dor. Avisei-lhe sobre o vazamento na torneirinha. A auxiliar comentou que Mara era "muito boazinha"; "não reclama; tivemos que puncioná-la várias vezes e ela não reclamou".

Voltei para o quarto e avisei Mara que iriam lhe aplicar uma medicação para dor, e a seguir lhe fariam o curativo. Referi que assim seria melhor, pois a possibilidade de sentir dor seria menor.

Conversamos mais um pouco e resolvi sair para deixar a família à vontade, e para não cansar Mara. Perguntei-lhe se havia previsão de alta e ela disse que seria para domingo. Expliquei-lhes que

iria viajar para Porto Alegre a trabalho, e que ao voltar iria visitá-los.

Maria disse para eu não deixar de ir, pois assim já tomaria um café com eles. Questionei se preferiam que eu telefonasse com antecedência para avisá-los e disseram que não. Despedi-me de todos, beijando-os. Saí do quarto e fui falar com a enfermeira para relatar-lhe o ocorrido. Iniciamos a conversar sobre a família, mas ela foi chamada para atender uma intercorrência, e então me despedi.

#### **b) Levantando Problemas**

Neste dia, acrescentei aos problemas anteriormente identificados os seguintes:

- Reinternação hospitalar de Mara;
- Hematoma na cesárea;
- Nova cirurgia de Mara;
- Mãe preocupada com amamentação do filho;
- Mãe com medo de que o leite seque;
- Mamas túrgidas e doloridas;
- Mara referindo dor devido à cirurgia;
- Vazamento no local da "torneirinha";
- Uso de mamadeira;
- Avó incentivando uso de mamadeira, pois considera leite materno fraco e insuficiente para o bebê;
- Avó trazendo mamadeira pronta de casa para o hospital.

Os problemas grifados no texto foram considerados como atuais, pois a família estava vivenciando-os naquele instante.

#### **c) Diagnóstico de Enfermagem**

O Diagnóstico de Enfermagem Intra-Familiar (DIF) continuava como de Interação Perturbada (IP). Além dos aspectos anteriores que respaldavam tal diagnóstico, os problemas levantados neste dia vieram reforçar esta definição.

O Diagnóstico Extra-Familiar (DEF) permanecia inalterado, existindo uma Interação Positiva (I+) entre a família e a equipe de saúde, recreação e seus amigos. Em relação à universidade e à

religião Mara mantia uma Interação Perturbada (IP), enquanto Marcelo apresentava uma Interação Positiva (I+).

#### d) Propondo Objetivos

Os objetivos propostos mais uma vez foram definidos apenas pela enfermeira, pois ainda era muito forte de minha parte o modelo unilateral de tomada de decisão.

| OBJETIVOS                                                                                                                   | PASSOS                             | PRAZO |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------|-------|
| - Oferecer apoio à família, visando promover a interação positiva e evitar interação perturbada, negativa e super-interação |                                    | 04/08 |
| - Recém-nascido ser amamentado.                                                                                             | - Discutir o assunto com mãe e avó | 11/08 |

#### Notas Metodológicas

Neste dia, refleti sobre alguns aspectos como os registros, o diagnóstico extra-familiar, dia da visita domiciliar e a disponibilidade de um telefone para contatos.

Eu já havia conseguido organizar os registros, na situação do recém-nascido internado. Porém com a nova situação da visita domiciliar, surgiu a dificuldade do "como registrar". Além das alterações anteriormente referidas, adotei o uso de "Notas de Observação", "Notas da Enfermeira" (reflexões), "Notas Metodológicas" e "Notas Teóricas", baseada na Disciplina Métodos Qualitativos e em LUDKE (1988).

A dificuldade em fazer o Diagnóstico Extra-Familiar (DEF) ficava mais evidente à medida que o tempo avançava. Isto porque percebia que cada elemento da família tinha um relacionamento com a sociedade (amigos, universidade, equipe de saúde, religião, ...) e, deste modo, tornava-se difícil chegar a uma conclusão diagnóstica para a família, entendida como uma unidade.

Quanto a visita domiciliar, ficava questionando-me sobre qual o melhor dia de fazê-la. Fiquei pensando se quando Mara mais precisou, eu não deixei de estar junto a ela. Entretanto, por outro lado, perguntava-me se isto não seria uma atitude muito maternalista?

Desde a alta hospitalar, tive o impulso de oferecer o número do meu telefone para a família, mas acabei não fazendo. Pensava muito sobre o assunto. Depois lembrei-me de que havia lido que alguns serviços colocam um telefone à disposição das famílias de recém-nascido para auxiliá-las no caso de apresentarem dúvidas sobre os cuidados com o bebê.

### Notas Teóricas

Um dos pressupostos adotados no marco era de que "a família existe quando os seres humanos se consideram uma família" (DELANEY, 1986, p.88). Diante da colocação de Mara eu me perguntava "e agora como fica?"

Ao avaliar a situação frente ao marco interacionista concluí que a família que eu estava acompanhando realmente se apresentava de acordo com meu conceito de família do recém-nascido. No caso, como já mencionei em outro momento, estavam ligados no mínimo por laços de nascimento (o de Marcus); estavam vivenciando um diferente estágio de sua história, cujo início é demarcado pelo nascimento de um novo ser. Os membros da família estavam passando a ocupar novas posições (pai, mãe, avô, avó, tio, tia, ...), havendo definições de novos papéis.

Analisando os dados, considerei que o problema da reinternação envolvia basicamente os conceitos de interação, saúde-doença, crescimento e desenvolvimento, e desempenho de papéis. Acreditava que a reinternação interferiria na interação de Mara com sua família, e sendo assim o crescimento e o desenvolvimento de seus membros seriam afetados, podendo haver dificuldade na definição, ajuste e desempenho de papéis de seus membros. O fato de Mara estar hospitalizada devido a uma cirurgia dificultava seu contato com Marcus (interação), pois ela sentia dor e não podia pegá-lo ao colo. No momento em que Mara estava com limitações, tornava-se mais difícil desempenhar o seu papel de mãe. Ao mesmo tempo, a avó passava a desempenhar o papel de mãe. Havia, deste modo, dificuldade na definição e também no ajuste de papéis.

Quanto ao problema "Recém-Nascido não está sendo amamentado", os conceitos considerados envolvidos foram os de interação; saúde-doença; crescimento e desenvolvimento; e desempenho de papéis. O fato do bebê não estar sendo amamentado afetava a interação já que a amamentação é um instante onde existe uma aproximação maior entre mãe e filho. O neonato alimentado com leite artificial tem seu crescimento e desenvolvimento afetados, quer nos aspectos físicos, como também nos psicológicos. O "não amamentar" afetava também o desempenho de papel de mãe de Mara, e conseqüentemente, o desempenho de papel de filho, pois segundo meu marco cada papel tem sempre um contra-papel. Finalmente, o conceito de saúde/doença também é incluído, sendo mais especificamente doença, visto que existia uma interação que dificultava o desempenho de papéis, o crescimento e o desenvolvimento da família.

#### ⌋ Notas do Enfermeira

Fiquei preocupada com minha atitude impulsiva com a avó, porém ela também deveria conhecer minha opinião sobre o assunto. Discuti com colegas sobre minha atitude, e levantamos que essas situações realmente ocorrem na prática da enfermagem. Fiquei em conflito por desrespeitar a opinião e crenças da família, porém enquanto profissional da saúde tenho obrigação de transmitir os conhecimentos que vão em benefício das pessoas. E elas por sua vez fazem sua opção.

Chamou-me atenção o que é uma paciente "boazinha", para os profissionais de saúde, ou seja, aquela que não reclama, mesmo que tenha sido puncionada e sentido dor/desconforto várias vezes. Temos que investigar e repensar isto junto com nossa equipe de trabalho.

#### O 6º Encontro: Dia 11/8/89, à tarde

##### a) Averiguando Dados

Após ter voltado de viagem a Porto Alegre, preparei-me para fazer uma nova visita. Antes disso, entretanto, passei no

Alojamento Conjunto para conversar com a enfermeira e verificar como havia se desenvolvido o restante da internação de Mara. O primeiro aspecto que a enfermeira levantou foi o fato de a avó ter determinado que Marcus iria tomar leite em pó, dificultando o aleitamento materno. Para piorar mais ainda a situação a avó trazia a mamadeira pronta de casa. A enfermeira referiu que achou uma "pena", "logo o caso que a Rosane estava acompanhando". Disse que tentou orientar a mãe, mas achava que não iria adiantar, pois a avó já tinha "pré-determinado e montado todo o esquema, desestimulando o aleitamento materno, sendo difícil reverter a situação".

Coloquei para a enfermeira que este aspecto estava me perturbando bastante. E que, desde a última visita, a minha preocupação era como trabalhar com a avó, visto que ela desempenhava um papel de influência na família e conseqüentemente na interação. Conte-lhe ainda que havia conversado com a avó e com a própria Mara (importância do aleitamento materno, relactação, ...). Quanto aos demais aspectos da interação, a enfermeira disse que "correu tudo bem", sendo que Mara teve alta dia 7/8/89. Perguntei se o bebê tinha permanecido todo o tempo e a enfermeira disse que achava que sim, porém havia folgado no final de semana. Na segunda-feira, quando recebeu o plantão Mara estava com alta, mas ainda a viu saindo no corredor acompanhada pelo... Então perguntou-me: "o que eles são?" Respondi que eram namorados. "Ah! isto também atrapalha a interação!", comentou a enfermeira.

Despedi-me da enfermeira e fui para a residência de Mara. No caminho estava bastante apreensiva com a questão da avó. Como trabalhar com ela? Será que ela realmente é desconfiada comigo? Pensei que deveria novamente explicar a ela qual é o meu trabalho. Como será que iriam me receber? Quando cheguei tudo estava novamente fechado, mas o carro deles estava na frente. "Será que saíram?" pensei. Entrei no pátio, bati na campainha. Logo abriram a porta dos fundos.

Era Mara. Quando me viu seu rosto "se abriu", sorriu e me chamou rápido: "Vem! Vem!", disse ela. A receptividade de Mara fez-me sentir muito bem, afastando alguns receios. Ela me transmitiu a idéia de que havia chegado em boa hora. Quando entrei na casa, Miriam, a tia do bebê estava segurando-o. Beijei Mara e Miriam. Dei três beijinhos como Miriam me alertou "3 para casar". Olhei para Marcus e comentei que estava uma "gracinha"; estava de

gorro. Perguntei se poderia pegá-lo, elas disseram que sim; então pedi para antes lavar minhas mãos. Mara disse que sua mãe estava trabalhando. Quando fui lavar as mãos, vi que tinha um salão de beleza anexo à casa. Então exclamei: "tua mãe também é cabeleireira?". "É faz unhas, faz... tudo!", respondeu Mara. "Minha mãe também é cabeleireira", disse para Mara. "Ah! É?!", respondeu.

Peguei Marcus ao colo, e perguntei para Mara como ela estava. Ela disse que tinha corrido tudo bem. "Ontem", segundo ela, foi "tentar 'tirar' os pontos, mas ainda não foi possível". Perguntei se ainda tinha dor e ela disse que não, que só estava tomando um "monte de antibióticos, injeções, e que "estava com a bunda igual a uma peneira de tanta injeção". Brinquei com ela dizendo que então tudo iria vazar pelos furinhos e orientei os cuidados com injeção intra-muscular.

Marcus começou a chorar, achei que era devido a luz que estava nos seus olhos, troquei ele de lado e sentei à esquerda de Mara para que ela conseguisse ver o bebê. Ela relatou que ele estava chorando por que queria o colo da avó. Em seguida Marcus parou de chorar. Ela contou que Marcus tem chorado muito; segundo ela, devido a dor de barriga e assim não deixa a avó dormir. Disse que ele está manhoso e só quer ficar no colo com embalo. Quando é colocado na cama chora. E sua mãe, por sua vez, não a está deixando pegar Marcus por causa da cirurgia; evitando assim outras complicações. "A mãe não está deixando eu fazer nada", disse ela sorrindo. Contou ainda que para "dor de barriga" e os flatos está colocando 2 gotinhas de Nujol aquecido na mamadeira. Disse que assim o bebê melhorou.

Perguntei sobre o leite e ela disse que estava muito preocupada com isso, pois devido aos antibióticos não estava amamentando e o leite estava secando. Acrescentou ter lido na bula da Garamicina que não é indicado amamentar enquanto se faz uso. Perguntei que outras medicações ela estava tomando. Ela informou que era Garamicina injetável, Quemicetina e Voltaren. Lembrei a ela a história da relactação. Pensei em revisar sobre amamentação e antibióticos.

Mara disse que estava preocupada com a amamentação. Como iria fazer para amamentar com a universidade? Disse que não adiantava nada amamentar, ficar parada, atrasar-se nos estudos e não ter como sustentar o bebê. Conversei que ela poderia conciliar as



coisas, que teria que montar um esquema. Sugeri alguns esquemas que já tinha visto com colegas e alunas minhas que amamentavam enquanto estudavam. Lembrei-lhe de seus direitos de licença gestação e licença-amamentação. Ressaltei-lhe novamente a importância do leite materno. Ela falou do leite de cabra. Comentei sobre a especificidade do leite para a espécie e sobre o aspecto imunológico. Então perguntei-lhe: "Mara, estou te explicando todas estas coisas, mas há um fato primordial: queres amamentar?" Ela se espantou com a pergunta, sendo pega de surpresa. "Claro, disse ela!" Falei que não adiantaria todos aqueles aspectos serem discutidos se a mãe não quisesse amamentar.

Ela contou que uma auxiliar ou técnica de enfermagem que é sua vizinha está indo aplicar as injeções. E "é a maior correria, vai lá, busca ela, ..." "Ela ainda está aí, está fazendo as unhas com a mãe".

Perguntei sobre Marcelo. Mara disse que ele anda sempre correndo, "estou até com pena, é final de semestre e ele está cheio de provas..." "E como ele está com Marcus?" indaguei. "Fica super-preocupado, qualquer coisinha que vê já se assusta e faz um 'avê', (o 'avê' é por minha conta)". Perguntei se Marcelo pegava Marcus no colo. E Mara disse que não; pois tinha medo. Mara perguntou se Marcus já estava dormindo no meu colo. Eu disse-lhe que sim, mas com "os olhinhos entreabertos". Mara me chamou até o quarto do Marcus para colocá-lo na cama. O quarto era todo enfeitado: cortinas verde e branco com babados e estampa miúda fazendo "composê" igual a colcha do berço. Via-se que a chegada do bebê foi preparada. Ao lado do berço do bebê, estava uma cama de solteiro, que supus ser de Mara.

Quando coloquei Marcus no berço ele começou a chorar, peguei-o novamente no colo e ele parou no mesmo momento. "Mas está manhoso mesmo", comentei com Mara. "Assim ele faz com a avó a noite inteira", ela falou.

Olhei para a porta do quarto e observei um enfeite muito bonito, azul clarinho, desses de "chegada do bebê". Falei "que lindinho". Mara então disse, "ah! deixa eu ver se tem uma lembrancinha para te dar". Pegou um potinho e ali estavam lembrancinhas do nascimento do bebê, feitos por ela mesmo. Ela disse para eu escolher a cor. Então peguei a de cor lilás. Aquilo me fez pensar que realmente houve toda uma preparação para o nascimento de Marcus. Ela falou qualquer coisa tipo "quando vi já

tinham terminado tudo". Não sei se os dizeres ou os detalhes. Na lembrancinha dizia o seguinte: "Eu, Marcus, papai e mamãe agradecemos sua visita, 23/7/89". Quando li lembrei que eles haviam dito que não se consideravam uma família. Pretendo retomar este assunto.

Perguntei a ela se estava observando no Marcus aqueles aspectos que eu havia colocado no papel sobre capacidades interacionais do RN. Ela disse que leu tanto aquilo que já sabe até "de cor". "Não sei se sou coruja... mas acho Marcus tão espertinho. A avó é que está louca para ver se ele ri. Ali diz que ele não foca, mas parece que ele olha com tanta atenção para mim". Comecei a explicar a questão dos contornos e dos alvos complexos, como o rosto humano. Neste momento bateram na campainha. "Ó! deve ser Marcelo" falou Mara. E era. Entrou correndo, e falando. Quando me viu, sorriu e veio me cumprimentar com um aperto de mão. Para Mara só deu um abano. Perguntou sobre o menino e olhou-o de longe. Perguntei a ele se queria pegar o filho. E ele falou que não, pois estava com pressa.

Disse a Marcelo que há pouco havia perguntado por ele. "E a universidade?" perguntei. "Tenho seis provas". "Quantas?" perguntei. "Seis", respondeu ele. Disse que estava correndo, perguntou se estava tudo bem, e disse que tinha que ir.

Mara disse: "De noite a gente se fala". "Acho que hoje não venho à noite", disse ele. "Não?!", perguntou ela. "Ah! vou ficar aqui triste" falou Mara sorrindo. Ele se despediu e foi saindo. Tocou no ombro de Mara. Quando saiu brincou com a irmã de Mara dizendo que estavam precisando dela na sala.

Mara olhou para mim e disse: "Viu!. Assim é que ele anda, sempre correndo". "Coitado, está trabalhando com o pai, além da universidade!", falou e levantou para ir na janela espiar. "Perguntei em que o pai do Marcelo trabalhava". "Com peças", respondeu. "E Marcelo, o que faz?", perguntei. "Ajuda nas cobranças, anda atrás dos cheques voadores", respondeu Mara.

Mara contou-me que Marcelo a convidara para passar o fim-de-semana com Marcus e a família dele. Ela disse que agora não dava, mas num outro momento iria. Referi que achava muito interessante ela ir, caso se sentisse bem, pois isto poderia ajudar na relação entre todos e poderia aproximar mais a família de Marcelo de Marcus e o próprio Marcelo.

Em outro momento falei sobre a sogra, indagando-lhe se tinha ido ver Marcus. Mara disse que havia ido vê-lo duas vezes apenas; além disto, telefonou perguntando como estava seu bebê, como "se fosse uma criança qualquer, e não o seu neto", falou Mara, cerrando os dentes.

Mara disse que não gosta muito de pediatra, pois apertam os bebês e eles choram muito. Perguntei o que o médico falara sobre a "barriguinha" de Marcus. Mara disse que o médico informara que estava tudo bem e que poderia levar de volta para o exame somente com 1 mês de vida. Mara contou que quando chegou em casa foi apertar a barriguinha de Marcus para saber o que era estar bem.

Logo em seguida a irmã de Mara veio com uma fralda para nos atender, mas logo viu que era trote de Marcelo. A avó e uma vizinha entraram na sala. Eu e a avó nos cumprimentamos. A avó brincou comigo, falando que eu já estava com o neto no colo. Brinquei com ela dizendo que a avó era coruja e ciumenta também. Perguntei se queria pegá-lo. Ela disse que não, pois tinha bastante oportunidade, principalmente à noite. Rimos e comentei com ela que havia ficado sabendo dos "bailes" que ela vinha levando com o Marcus; disse-lhe que ele estava manhoso mesmo, e contei do episódio de tê-lo colocado no berço e ele ter chorado.

Falei-lhe que não sabia que tinha salão de beleza e contei-lhe que minha mãe também é cabeleireira. "Ah! é?!", falou. "Aqui?". "É", respondi, "ela veio atrás da filhinha adorada, sabe como são essas mães corujas?", falei sorrindo. "Não sei, não!", respondeu ela brincando; "não sou coruja", ainda mais que tenho três". Rimos, todas juntas.

Mara apresentou-me a outra senhora (Lúcia), dizendo que também era da enfermagem. Levantei com Marcus no colo, e apertei sua mão. "És técnica?" perguntei. "Não, sou auxiliar de enfermagem; há 20 anos", completou. Aí contou que trabalhava na "recuperação pós-anestésica de um hospital, com crianças". Apresentei-me a ela, disse quem eu era; que já tinha trabalhado num hospital da mesma instituição que o dela, e que agora estava fazendo mestrado e trabalhando em um serviço de hemoterapia. Falei que estava trabalhando com famílias de recém-nascido. Aí Lúcia começou a falar das famílias na Sala de Recuperação (SR), que atrapalham, se intrometem nos casos de outras crianças, e falou, falou... monopolizando totalmente a conversa.

A avó nos chamou para tomar café. Fomos até a cozinha, a mesa estava posta, com bolo de chocolate feito em casa, e bolachinhas salgadas. A avó pegou Marcus dos meus braços. Sentamo-nos eu, Mara, a avó, com Marcus no colo, e Lúcia. Lúcia falou quase que o tempo inteiro, parecendo querer mostrar que era bastante entendida em temas relativos à saúde. Falou dos hospitais, perguntando porque estava havendo tanta infecção. Achei que isto só assustou Mara e sua mãe. Mara perguntou sobre infecção e antibióticos, e lhe expliquei. Surgiu o assunto de gêmeos; e eu comentei que gostaria de ter. Lúcia então contou a história de sua família, abarcando o assunto novamente. Dei-lhe toda a atenção. Mas estava preocupada em também conversar com Mara e principalmente com a avó. Mas a vizinha não deixava. Cada vez que eu abordava um novo ponto, ela trazia algo de sua experiência ou de sua família e monopolizava a conversa outra vez. Levantou a questão sobre quando falamos que somos da área da saúde somos melhor atendidos, e relatou um caso envolvendo sua família como exemplo. Contou uma história sobre feto morto...

Surgiu o assunto de banho. Perguntei a avó como tinha sido o banho de Marcus depois da queda do coto. Ela contou que chamou uma amiga para ajudar e quando viu a amiga já tinha dado o banho. "Melhor!", falou a avó. Contaram que colocam 1-2 gotinhas de pinga na água do banho do bebê, pois faz bem para ele. Disse a elas que achava isto interessante e que não conhecia esta prática. Perguntei quando os pontos de Mara seriam retirados, e disseram que a médica não tinha informado ainda. Comentei que depois dos pontos "retirados", Mara já poderia pegar Marcus no colo, sentada. "Bem depois, falou" com autoridade a avó". Referi que seria aos poucos e lembrei a importância de a mãe pegar o bebê no colo. Entendi o comentário da avó, pois Mara já havia me contado que a avó se alterou com a obstetra quando esta disse que a cirurgia tinha complicado talvez pelos movimentos feitos por Mara. Disse que a avó perguntou: "Por que não avisaram então? Assim não teria deixado Mara fazer nada!"

Quando Lúcia deu uma pausa, levantei-me para ir embora, dizendo "Vou fazer o papel do cachorro gordo, gordo porque comi demais". Todas riram. Durante o café já havia elogiado o bolo que estava excelente.

Ao me despedir da avó, ela me perguntou sobre o meu trabalho, se teriam que pagar alguma coisa. Disse-lhe que não teriam que

pagar nada. E que eu realmente estava preocupada com ela, questionando-me se ela estava entendendo o meu trabalho, pois eu achava que ela me olhava meio desconfiada. Lembrei que havia lhe explicado rapidamente o que eu fazia quando ainda estavam no hospital, durante uma visita no AC. Como não queria atrapalhar e tomar o horário de visita que é curto, expliquei-lhe sucintamente.

Explanei-lhe então (novamente) sobre o trabalho, esclarecendo-lhe sobre meus objetivos... Ela disse que eles estavam tentando fazer tudo, mas não sabia se estavam fazendo direito. Conversei com ela sobre isto, e perguntei o que achava do trabalho e se eu estava atingindo o objetivo. Ela disse que sim, e "que era muito importante vir alguém em casa, pois todos ficavam muito perdidos, sem apoio". Falou que seria ótimo eu trabalhar e envolver Marcelo, "pois ele está muito desligado; vem e só olha para o filho... daqui a pouco, nem vai saber e lembrar dos traços do menino..."

Comentei que estava pensando em conversar melhor com Marcelo e sua família, talvez indo até sua casa. Maria e Mara então disseram que era bom eu esperar terminar o semestre, pois Marcelo está com muita coisa. A auxiliar já entrou no assunto, lamentando que sua cunhada e irmão não tinham sido atendidos por mim, pois achava que haviam precisado muito e que este trabalho era bastante importante.

A avó comentou qualquer coisa sobre um trabalho escolar que Maurício precisava fazer sobre doenças na infância. Coloquei-me à disposição para ajudá-lo, ofereci livros... Entretanto, ele não sabia bem o que precisava, pois não tinha ido à aula. Disse-lhe então que poderia me telefonar, e dei meu número do telefone. Falei para Mara e Maria que já havia pensado em deixar meu telefone caso precisassem e depois esqueci. Elas acharam ótimo. Mara disse que era bom, pois ficava mais tranquila e também achava chato estar toda hora ligando para o médico. Reforcei que qualquer coisa poderiam me telefonar. A avó deu a entender que eu poderia ligar antes de ir visitá-las. Despedi-me, beijando a todos, e fui embora. Mara acompanhou-me até a porta.

#### **b) Levantando os Problemas**

Os problemas detectados neste dia foram:

- Mara fazendo uso de antibióticos;

- Mãe refere que não está amamentando o bebê (devido ao uso de antibióticos);
- Mãe refere que leite está secando;
- Mãe colocando a universidade como impedimento para amamentar (e vice-versa);
- Pai não toca no recém-nascido, não pega-o ao colo (segundo Mara porque tem medo);
- Mara, e Marcelo não se tocam;
- Afastamento entre família de Marcelo, Marcus e Mara;
- Mãe não está segurando recém-nascido ao colo;
- Avó decidindo toda a situação:
  - . desestimulando aleitamento materno;
  - . não deixando Mara pegar recém-nascido no colo para protegê-la;
- Recém-Nascido com "dor de barriga", (referida pela mãe do recém-nascido).

Estes problemas foram categorizados como atuais.

#### **c) Diagnóstico de Enfermagem**

Os problemas levantados neste dia: recém-nascido não sendo amamentado; pai não tocando o recém-nascido; mãe não pegando recém-nascido ao colo; Mara e Marcelo não se tocando e o afastamento entre a família de Marcelo, Mara e Marcus vieram a fortalecer o Diagnóstico Intra-Familiar (DIF) de Interação Perturbada (IP) feito anteriormente. As atitudes de Maria também levaram-me a começar pensar na existência de uma Super-Interação (SI) entre ela e Mara, mais especificamente. Persisto com o mesmo Diagnóstico Extra-Familiar (DEF).

#### **d) Propondo Objetivos**

Os objetivos continuavam sendo definidos apenas pela enfermeira, mostrando que eu ainda tinha dificuldade em abandonar o modelo onde o profissional determina o que é melhor para o cliente.

| OBJETIVOS                                                                    | PASSOS                                                  | PRAZO |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|
| - Pai tocar RN, pegá-lo no colo. Olhá-lo                                     | - Conversar com Marcelo                                 | 18/8  |
|                                                                              | - Conversar com a família sobre o assunto               | 18/8  |
| - Promover contato entre mãe e RN                                            | - Incentivar o contato entre Mara e Marcus              | 23/8  |
| - Conhecer percepções da família de Marcelo                                  | - Entrar em contato com a família de Marcelo            | 18/8  |
| - Entender a dinâmica de família (questão da participação da avó, pai e mãe) | - Discutir questão dos papéis com Maria, Mara e Marcelo | 18/8  |
| - Conhecer a dinâmica do casal                                               | - Discutir com Mara e Marcelo sobre seu relacionamento  | 18/8  |
| - Investigar implicações ao uso do ATB para amamentação                      |                                                         | 18/8  |

### Notas Metodológicas

Reverendo meu trabalho até então, refleti sobre algumas questões como: registro no prontuário do hospital sobre o último dia que lá estive; visita domiciliar, o exame do recém-nascido; fita de vídeo sobre recém-nascido; aborto; interação familiar; aleitamento materno (e sua relação com antibióticoterapia); uso de Nujol; casa fechada; colocações da enfermeira do Alojamento Conjunto.

Tentei relatar a situação da família para a enfermeira da unidade obstétrica, mas ela teve que atender uma intercorrência. Penso que falhei em não ter deixado tudo registrado para que pudesse ser lido.

Acreditava que era preciso revisar a literatura sobre visita domiciliar. Continuava refletindo sobre qual o melhor dia para

realizá-la. Pensava que seria oportuno questionar junto às famílias sobre isto.

Quando saí da casa da Família Mares, percebi que não havia examinado o neonato, embora tivesse ficado com ele o tempo todo no colo. Logo que cheguei pensei em realizar o exame, entretanto Mara falou que fazia pouco tempo que tinha "trocado" Marcus; assim, achei que iria expô-lo sem necessidade. Fiquei aguardando uma nova troca de fraldas, como isto não ocorreu, e muitas coisas aconteceram, acabei por não examiná-lo.

Antes da primeira visita que fiz, procurei em minha casa a fita que havia prometido, entretanto não a encontrei, sendo que talvez tenha sido desgravada.

Pensava em conversar com Mara sobre o fato de Marcelo não tocar Marcus, nem pegá-lo ao colo. Também queria falar-lhe sobre o fato dos dois nunca terem tempo para si. Outro ponto que gostaria de abordar com ela era sobre o aborto referido no prontuário do hospital.

Pretendia discutir com a avó a questão do aleitamento materno, abordando os aspectos imunológicos e afetivos.

Queria ainda pesquisar sobre outros tópicos como: o uso de antibióticos e seus efeitos na amamentação; a relação entre a reintervenção na cesárea e o pegar o bebê no colo; e o uso de nujol na mamadeira.

Percebi que a casa toda estava fechada. Planejava então investigar porquê daquela situação. Seria por causa do recém-nascido? Se fosse, precisaria esclarecer, pois era correto que o bebê não podia ficar exposto a correntes de ar, mas isto não significava que a casa deveria ficar totalmente fechada. Além disto, ainda havia o problema do surto de meningite no estado.

Fiquei pensando porque a enfermeira achou "uma pena", "logo no caso que ..." Penso que seja pelo aspecto da interação. A enfermeira considera que a amamentação é importante para interação mãe-filho? Pretendia averiguar isto. Outro aspecto que queria discutir com ela era sobre sua percepção de que Mara e Marcelo sendo namorados atrapalharia a interação.

Tinha a intenção de conversar com Mara sobre os dizeres da lembrancinha e ver a questão de não se considerarem uma família. Planejava também investigar a sua origem e a de Marcelo para verificar se os aspectos culturais não influenciavam na sua



expressão de afeto. Além disto, era pertinente averiguar se minha presença não os inibia.

Acreditava que sempre deveria explicar meu trabalho a todos os elementos da família e certificar-me se foi compreendido ou não, pois isto poderia afetar a interação enfermeiro-família.

### **Notas do Enfermeiro**

A própria equipe achava difícil reverter o quadro onde a mãe não amamentava mais. Como falar em relactação à família se a própria equipe de saúde não acredita?

No dia 26/9 a avó disse que quem tomava as decisões era Mara, mas não é o que estava acontecendo. Entretanto, também já haviam aparecido ocasiões que tanto o pai quanto a mãe atribuíam a avó o cuidado de Marcus. Se a avó tomava as decisões, era porque os pais do bebê assim estavam permitindo. Julguei que seria interessante trabalhar este aspecto com os três (avó, pai e mãe).

Pensei que se eu tivesse acompanhado Mara diariamente, na reinternação, talvez eu pudesse ter ficado responsável por suas injeções. Isto seria bom para a interação e também ao que diz respeito ao papel de enfermeira. Mas, por outro lado, existe o aspecto de ver como a família utiliza os recursos disponíveis de sua rede social.

O quarto enfeitado e a lembrancinha me fizeram pensar que a chegada do Marcus foi esperada e preparada. Percebia que Mara sempre procurava justificar o afastamento de Marcelo. Será para mim, para ela, ou para nós duas?

Esta era a segunda vez, desde que eu começava a desenvolver este projeto, que me perguntavam se tinham que pagar ou quanto teriam que pagar. A outra ocasião foi com o pai de uma família que acabei por não incluir neste relato, pois a criança já tinha mais de um mês de vida. Inclusive este pai também havia me perguntado se por acaso eu era testemunha de Jeová. Quanto ao pagamento, perguntava-me se um serviço que dê uma atenção maior ao cliente está necessariamente ligado a um pagamento extra? Por quê? Quanto a "testemunha..." penso que talvez esta indagação fosse pelo fato de eu ter falado na palavra religião duas vezes em um curto espaço de tempo.

Tanto a avó como Mara achavam necessário estimular Marcelo a se aproximar mais do filho. Entretanto, quando referi que estava

pensando em ir conversar com ele em sua casa, elas disseram que era melhor esperar terminar o semestre. Por quê? Seria só preocupação com o semestre? Será que sentiram alguma ameaça devido ao fato de me aproximar mais de Marcelo e, conseqüentemente, de sua família?

### **Notas Teóricas**

Considerarei que todos os problemas identificados neste dia incluíam os conceitos de interação, saúde-doença, crescimento e desenvolvimento, definição e desempenho de papéis. Cabe lembrar que os problemas assim como os conceitos neles contemplados estão extremamente inter-relacionados. Vi que os problemas: pai não toca o seu filho; Maria e Marcelo não se tocavam; e o afastamento entre a família de Marcelo. e o bebê e Mara, envolvem o conceito de interação. Este afastamento, por sua vez, não permite que os diferentes elementos da família desempenhem seus respectivos papéis (e contra-papéis), de pai, mãe, filho, avó, avô, tio, tia. Além disso há também o crescimento e desenvolvimento dos diferentes membros da família que se encontram afetados, como o de Marcus, por exemplo. Cabe ressaltar, que no caso da relação da avó materna com Mara e Marcus, a interação é de uma aproximação muito grande o que também acaba por interferir no desempenho dos papéis. Ora Maria é avó, ora é mãe. Assim, Mara não sabe se é irmã ou mãe do Marcus. Esta interação entre Mara e Maria faz com que a primeira não pegue o menino no colo, nem o amamente, influenciando assim no seu crescimento e desenvolvimento, tanto físico quanto psicossocial. No momento em que temos uma interação que dificulte ou impossibilite a família crescer e desenvolver, ajustar-se e desempenhar seus papéis, podemos falar no conceito de saúde-doença, e mais especificamente em doença.

### **O 7º Encontro: Dia 18/8/89, à tarde**

#### **a) Averiguando Dados**

Quando cheguei na frente da casa da Família Mares, Miriam, tia de Marcus, estava varrendo o quintal da casa. Cumprimentamo-nos, (com 3 beijinhos), perguntei se Mara estava em casa e se eu não

estava atrapalhando. Miriam disse que Mara estava; que eu não atrapalhava, e já estavam me esperando. Convidou-me para entrar, e foi me acompanhando para o interior da casa.

Encontrei com Maurício que recebeu-me sorridente. Cumprimentamos-nos e lhe disse", "esperei que ligasse para lhe dar o material solicitado". Ele disse-me que ainda não tinha ido "à aula daquele professor". Coloquei-me à disposição novamente.

Encontramos Mara segurando Marcus ao colo. Mara estava muito receptiva comigo. Seu aspecto era ótimo e comentei isto com ela. Parecia estar feliz com o filho ao colo. "Estou esperando ele arrotar! Às vezes ele demora tanto, que eu fico preocupada!", disse Mara.

Ela estava com o bebê semi deitado em seus braços. Orientei-lhe para colocá-lo numa posição mais vertical.

Perguntei por Maria. Mara falou que ela estava no Salão de Beleza e pediu para irmos até ali. Ao entrar beijei Maria, a qual me apresentou a sua freguesa. Perguntei a Maria como ela estava. Ela falou que estava bem. Brinquei com ela, indagando se agora a estavam deixando dormir. Ela sorriu e disse que sim. Contaram-me que Marcus estava dormindo mais durante à noite. Maria falou que emagreceu dois quilos. Comentamos que "ser avó deixava esbelta."

Logo que cheguei havia dito para Mara que na última visita eu tinha deixado de examinar Marcus, pois havia ficado esperando que fosse "trocado" e como isto não aconteceu, acabei não fazendo. Disse-lhe, então, que gostaria de examiná-lo naquele dia.

Mara chamou-me para o quarto dela e de Marcus. Comentei sobre a decoração do quarto, salientando que as cores escolhidas (verde escuro com branco) eram estimulantes para Marcus.

Marcus estava com aspecto excelente, procurando estar atento a tudo. Iniciou com náuseas. Questionei se ele vinha apresentando vômitos. Ela falou que ele já tinha vomitado duas vezes em dias alternados.

Mara colocou Marcus em decúbito lateral esquerdo. E disse: "não esqueci que tenho que colocá-lo do lado direito após a mamada". Chamei sua atenção dizendo-lhe que estava certa, que era do lado direito que o bebê deveria ser colocado, mas que ela estava colocando-o do lado esquerdo. Aí ela se deu conta que ela colocara o bebê do seu lado direito e ela estava de frente para o bebê, não sendo portanto o lado direito do recém-nascido. Mara riu bastante, dizendo que era "tansa". Falei-lhe que isto era comum

acontecer e contei o exemplo das aulas de ginástica onde o professor fala em lado direito e a turma se atrapalha, pois o está vendo de frente para eles. Reforcei o porquê do decúbito lateral direito após a mamada.

Mara colocou Marcus em decúbito lateral direito e sentou-se atrás dele. Marcus virava a cabeça para acompanhá-la. Chamei atenção dela, para isto. Mara sorriu parecendo estar contente. Marcus começou a fazer força como se estivesse evacuando. Perguntei para Mara como estava se sentindo e disse-me que estava bem. Indaguei-lhe sobre os pontos e Mara contou que havia retirado. "Como ficou?" perguntei-lhe. "Ficou bem", respondeu.

Lembrei que no dia 23/8 Marcus já estaria fazendo um mês de vida. Mara sorriu. Questionei-lhe sobre os antibióticos. Ela disse-me que havia parado na segunda-feira anterior. Falei-lhe que pelos meus cálculos ela realmente pararia neste dia. Perguntei-lhe o que a sua gineco-obstetra havia lhe orientado em relação a amamentação! "Nada!", respondeu Mara. "E tu o que pretendes fazer?", indaguei. "Pois é, isto tem me preocupado! Tenho que decidir isto logo! Falei para a mãe sobre o que tu havias dito de repente até levar Marcus à Universidade para ser amamentado. Mas aí a mãe falou, "de que? de ônibus?".

"Marcelo não poderá te levar?" perguntei. E disse à Mara que esta havia sido apenas uma entre outras possibilidades que havíamos levantado na outra visita. Lembrei-a das outras alternativas, e disse que eles deveriam ver qual seria a melhor. Lembrei-a dos seus direitos (por causa da universidade) para amamentar. Mara disse que por sua mãe ela dava mamadeira. Reforcei sobre os aspectos imunológicos e psicológicos da amamentação e da possibilidade da relactação e coloquei que a decisão em amamentar ou não seria somente dela.

Marcus começou a apresentar náuseas novamente. Mara foi buscar um outro paninho para limpá-lo, caso vomitasse. Peguei-o no colo, ele regurgitou um pouco"; limpei sua boca. Em seguida, começou com soluços.

Mara retornou com o pano. Falei-lhe dos soluços do bebê. Ela pegou um fiapinho de cobertor de lã que envolvia o bebê e colocou na testa de Marcus dizendo que aquilo fazia desaparecer o soluço. (Outra vez, já haviam feito isto e eu, como não conhecia esta crença, havia achado que o fiapo estava ali na testa do recém-nascido por acaso).

Mara pegou Marcus no colo para trocá-lo. E levou-o até a banheirinha. Perguntei-lhe sobre a lembrancinha, querendo saber quem havia escrito os dizeres? Mara disse que ela preparou tudo, mas quem escreveu os dizeres fora sua cunhada (irmã de Marcelo), pois teve que ir para o hospital.

Mara começou a trocar Marcus. Falou que sempre o "cocô vem um pouquinho verde no início". Observei as fezes do bebê e estavam normais. Mara fez corretamente a higiene do períneo. Orientei-a sobre a retração do prepúcio, sobre a qual tinha dúvidas. Observei também que o períneo estava discretamente eritematoso e reforcei a orientação sobre o banho de sol e banho de luz a fim de prevenir assaduras.

Examinei o recém-nascido. Observei presença de secreção seca no nariz. Questionei Mara sobre isto. O abdômem de Marcus não estava distendido.

Perguntei a Mara sobre Marcelo. Mara disse que estava bem, e que os visitava todos os dias. Disse que tem pego Marcus no colo, e quando questionei sobre isso falou: "Fica com ele no colo até chorar. Chorou, ele já passa (o bebê) para nós".

Indaguei como estavam entre os dois? "Bem, nem temos tido tempo!" disse ela. Falei-lhe que tenho me preocupado com isto, pois sempre refere que não tinham tempo para eles. Mara contou que Marcelo falou que agora "perdeu o trono", pois Mara dividia a atenção que dava a ele com Marcus.

Comentei que isso era uma coisa que pode acontecer, era uma possibilidade de reação de pai de recém-nascido (conforme PINCUS, 1981).

Mara contou que Marcelo quer que ela vá passar um fim-de-semana, ou alguns dias na casa dele. Mas ela (Mara) disse que não queria ir, pois ninguém a ajudaria lá. Falei-lhe que era interessante ela pensar se isto não seria uma forma de aproximar mais Marcelo e a família dele de Marcus e dela própria. Mara ficou pensativa. Perguntei pelos pais de Marcelo. Mara disse que tinham se visto, pois haviam ido visitar Marcus. Contou que ela sempre ia almoçar nos finais de semana na casa deles. Indaguei se Marcus também tinha ido. Ela disse que não, pois a avó (Maria) não havia deixado. "Por quê?" perguntei. "Medo de Marcus se resfriar", respondeu.

Mara contou também que Marcelo queria sair no fim-de-semana para passear com Marcus. "Quero só ver!" disse Mara.

A avó entrou no quarto falando para Mara ir olhar o cabelo da freguesa que tinha feito papelotes e agora estava se estranhando.

Conversei com Maria, comentando com ela sobre o discreto eritema observado em Marcus e o banho de sol ou de luz. "O sol é tão bom", falou Maria.

Maria pegou Marcus no colo e já começou a embalá-lo. Era muito afetiva com o neto.

Fomos os 3 também olhar o cabelo da freguesa. Mara estava ajudando a freguesa a se ajeitar com o novo penteado. Maria comentou: "Só sei fazer cabelo solto. Quando tem que prender, quem tem jeito é a Mara."

Mara convidou-me para tomarmos café. Cheguei na cozinha e a mesa estava posta para três. Miriam estava cortando um bolo de chocolate. Brinquei dizendo que já "tinha virado freguesa; toda sexta, bolo maravilhoso de chocolate". "Isto é no inverno!", comentou Miriam. "No verão, é torta de morango!", concluiu. "Meu Deus, minha fruta predileta, adoro torta de morangos" comentei. Todas nós rimos. Começamos a conversar sobre morangos, folhagens, plantação, horta. Comentei que minha mãe também gostava de plantar. Maria falou-me que morangos "dão" com facilidade.

Um vidro da janela estava quebrado e estava entrando vento. Maria tentou bloquear o vento. Maria brincou, "a fresta é para prevenir meningite". Ela mesmo foi falando da importância do ambiente arejado. Aproveitei para reforçar os aspectos colocados por ela; mas sem comentar que tinha achado a casa muito fechada.

Sentamos para tomar café eu, Mara e Maria (sempre com Marcus no colo). Mara disse que depois queria que eu a examinasse e desse minha opinião. Falei que a examinaria em seguida.

Surgiu novamente o assunto do ciúme de Marcelo. "Isto é, assim mesmo Rosane?", perguntou a avó. Falei que esse comportamento pode ser observado em alguns pais de recém-nascido, e que inclusive era relatado na literatura. Reforcei que também por este fato (ciúme) era importante a participação de Marcelo junto a Marcus; pois quando Mara estivesse com o bebê, ele também estaria, não se sentindo "à parte". Falei que eu tinha ficado satisfeita em saber que Marcelo já tinha pego o bebê no colo. "É mas é só Marcus chorar e a mãe logo tira ele do colo de Marcelo" disse Mara. "Não gosto de ver criança chorando", falou Maria olhando para mim. "... e Marcelo é tão desajeitado! Ele fica todo duro, e acho que a criança sente e começa a chorar" continuou. Falei que ela mesma

poderia então ensiná-lo a segurar o filho", que seria muito bom. Ela concordou.

Surgiu o assunto sobre a pouca participação dos homens no trabalho de casa e no cuidado dos filhos. Em algum momento comentei que achava que a culpa disto, em grande parte, era das próprias mulheres, pois somos nós que os educamos assim, e depois continuamos a agir de modo a manter esta situação. Todas concordaram. Maria falou que seu filho já era bem mais participante.

Parece que foi Miriam que trouxe o assunto de que Marcelo gostaria de levar Marcus para passear. Mara perguntou se eu achava que Marcus já poderia sair no "moisés". Falei que sim; que deveria agasalhá-lo de acordo com a temperatura e que deveria protegê-lo do vento. Disse que achava muito positivo o fato de Marcelo querer sair com o filho, sendo interessante incentivar isto.

Conversamos sobre o namoro de Miriam. Maurício apareceu na cozinha arrumado para sair. Brinquei com ele: "Hum, sexta-feira! Alguém já está pronto para começar o final-de-semana!" Todos riram. Aí Maria falou que ele ia para aula. Reforcei que poderia me solicitar material sobre o trabalho das doenças quando quisesse.

Trouxe o assunto do aleitamento materno. Maria disse que seria difícil Mara amamentar. Falei-lhe então sobre o que já havia conversado com Mara. Disse-lhes que a decisão sobre o aleitamento seria "de vocês". Falei-lhes ainda que, entretanto, enquanto profissional da saúde eu tinha o dever de orientá-los sobre a importância do aleitamento. Falei da especificidade, ressaltando sobre aspectos imunológicos e psicológicos. Comentei que me preocupava principalmente com estes dois últimos aspectos, mas que a decisão seria "de vocês".

Maria disse que era muito bom eu falar sobre isto e "achava" ótimo que eu as alertasse para as coisas. "Estou aprendendo, posso até não fazer", disse ela. Reforçou o que eu havia dito sobre o aspecto psicológico do aleitamento. "É, é bem assim; Mara é mais apegada comigo que os outros dois que eu dei mamadeira".

A freguesa entrou na cozinha; foi convidada para tomar café, mas não quis. Brincou com Maria: "para quem nem queria olhar muito para o neto, hem??" Maria, com Marcus no colo, sorriu: "Eu não queria me apegar muito!" Falaram mais alguma coisa sobre o trabalho; a freguesa pagou e saiu.

Sáimos da cozinha e fomos para a sala. Ligaram a TV; sentamos no sofá. Mara trouxe o carrinho e colocou Marcus ali. Abordei o assunto de Mara ir passar alguns dias na casa de Marcelo. Maria disse que não achava bom, pois Mara não iria se sentir bem lá. "Eles são muito diferentes de nós, Rosane"! Nós somos simples como tu viste. Eles são todos sofisticados, cheios de etiqueta!. A gente já viu isto!" Mara disse que quando vai lá almoçar já não se sente bem. Contou que uma vez tinha um amigo da família que ficou perguntando sobre ela; de qual família era, qual seu sobrenome, quem era seu pai, quem era sua mãe. Disse que se sentiu muito mal, logo quis sair de lá. Contou que, em outra ocasião, seu sogro não sabia como apresentá-la (se como mulher, ou como namorada...), pois já estava grávida.

"Não quero que Mara sofra o que eu sofri no meu casamento, Rosane", disse Maria. "A família do meu marido era a mesma coisa". Disse que a entendia em não querer que sua filha sofresse.

Maria falou: "para mim só importa é que os dois se gostem; não estou ligada em casamento de papel passado; mas sinto que a família de Marcelo já se preocupa com isto. Casaram a filha, tudo direitinho e, de certo, queriam que o filho também casasse assim, mas se não deu, não deu, não é?".

Mara contou que sua sogra, certa vez, ao referir-se ao seu outro neto, comparando-o com Marcus, disse: "o nosso não é assim". "Rosane, parecia que Marcus não era neto dela também!", falou-me Mara.

Maria contou que quando precisou que ajudassem a ficar com Marcus, quando Mara esteve hospitalizada, não conseguiu. Disse que foi assim que assumiu totalmente a situação.

Mara, logo que chegamos na sala de TV, referiu que estava tão feliz com Marcus que deu um susto no seu sogro dizendo que queria ter outro filho.

Pedi para examiná-la. A cicatriz estava muito bem, havendo apenas um discreto eritema no lado esquerdo. Orientei para continuarmos observando. Mara perguntou se depois de dois meses poderia fazer ginástica. Disse-lhe que sim, e que isto seria muito bom. Maria também falou que gostaria de fazer, mas que não tinha tempo. Incentivei-a a fazer, explicando-lhe sobre os benefícios não só para o corpo, mas também em termos de saúde mental. Referi que muitas vezes usamos a falta de tempo como desculpa. Ressaltei



que as academias oferecem diferentes horários desde de manhã cedo (7h) até a noite (20:30/21:30).

Surgiu o assunto da piscina da casa. Maria contou-me como foi o negócio; que era um antigo sonho dela, mas que não fez um bom negócio naquela época. Disse-lhe que era importante "batalharmos pelos nossos sonhos, e nos permitirmos o direito de realizá-los".

Mara então perguntou-me se poderia levar Marcus à praia no verão. Falei que sim e orientei-a sobre os horários de sol indicados e sobre a hidratação do bebê. Mara contou sobre os horários de praia dela e de Marcelo.

Comecei a me preparar para ir embora. Maria foi buscar um vidro pintado por Mara para me dar de presente. Maria disse que era para eu continuar aparecendo. Disse para eu também levar minha mãe para tomar café. Agradei muito o convite. E expliquei que a coisa mais difícil era minha mãe visitar alguém. Comentei que minha sogra que mora em Porto Alegre me visitava mais que minha mãe. Fiquei muito feliz e as agradei.

Mara disse qualquer coisa como: "gostaria de ver o teu trabalho!". Falei-lhe que tenho como proposta mostrar-lhes o que tinha escrito sobre eles. Disse-lhes também que gostaria de que me falassem como estão vendo meu trabalho. Maria disse que achava ótimo; que gostava das coisas que lhes explicava. "Posso até não fazer. Mas acho importante pois está me abrindo os olhos". Mara também falou que estava gostando.

Comecei a me despedir, beijei a todos. Maurício já havia saído. Anotei o telefone para ligar antes de ir, pois podiam ter saído de casa. Mara acompanhou-me até a frente da casa e fui embora.

## **b) Lista de Problemas**

Os problemas que destaquei neste dia foram:

- Mãe preocupada com eructação do bebê;
- Mãe confundindo decúbito lateral direito e esquerdo;
- Mãe continua não amamentando;
- Recém-nascido com náuseas;
- Períneo do recém-nascido discretamente eritematoso;
- Recém-nascido com secreção no nariz;
- Mara continua referindo que o casal não tem tempo para si;
- Marcelo com ciúmes de Mara e Marcus;

- Avó continua interferindo na relação do casal, na relação de Mara com a família de Marcelo, e na relação de Marcelo com Marcus, visando proteger Mara de algum sofrimento;
- Afastamento entre Família de Marcelo e Mara persiste (apesar de irem visitar Marcus);
- Discreto eritema na cicatriz da cesárea.

Todos os problemas foram categorizados como atuais, pois a família os estava vivenciando naquele momento.

### **c) Diagnóstico de Enfermagem**

O comportamento de Maria tentando proteger Mara de um possível sofrimento, ao que se refere à relação de Mara e Marcelo; Marcelo e Marcus; Mara e Família de Marcelo; a Família de Marcelo e Marcus, levou-me a confirmar o Diagnóstico Intra-Familiar (DIF) de uma Super-Interação (SI), entre Maria e Mara mais especificamente.

Apesar de os pais de Marcelo terem ido visitar Marcus, ainda persistia para mim o Diagnóstico Intra-Familiar (DIF) de Interação Perturbada (IP), devido aos sentimentos existentes entre Mara e Maria em relação à família de Marcelo. Mantinha ainda o mesmo o Diagnóstico Extra-Familiar (DEF).

### **Notas Metodológicas**

Neste dia refleti sobre algumas questões como avaliação do meu trabalho; objetivos alcançados, alguns pontos e autores a serem revisados; e o aniversário de Marcus.

Pretendia rever meu trabalho junto com a equipe de saúde, buscando uma avaliação. Pensava que aquelas colocações feitas pela enfermeira do AC, deviam ser discutidas com ela.

Julgava, além disso, oportuno revisar e/ou aprofundar junto à literatura alguns assuntos como: soluços, eliminações (fezes/vômitos), exame físico, relectação, visita domiciliar, papéis, família da adolescente grávida (questão da avó do bebê).

Antes da próxima visita que será no dia 25/8/89, pretendo telefonar para a família para parabenizá-la pelo aniversário de um mês de vida de Marcus.

Quanto aos objetivos propostos nas últimas notas metodológicas, pensava que tinham sido atingidos, pois consegui:

realizar o exame do bebê; discutir o aleitamento materno com Mara e Maria; abordar os temas sobre ambientes fechados e meningite; falar sobre o significado da lembrancinha de Marcus; o relacionamento de Mara com Marcelo ("nunca tem tempo para si"); e sobre a importância de Marcelo pegar Marcus no colo.

### Notas Teóricas

Refletindo sobre a relação entre os problemas identificados neste encontro e os conceitos do marco conceitual, considereei que os problemas: mãe preocupada com eructação do bebê/recém-nascido com náuseas/RN apresentando secreção no nariz e discreto eritema no períneo envolviam o conceito de interação, porque a preocupação da mãe interferia na sua interação com o filho, pois ficava insegura e ansiosa, sendo que o bebê percebia estes sentimentos, mas não os compreendia. Além disto, o recém-nascido por estar com náuseas, secreção no nariz, e períneo eritematoso ficava desconfortável. Esta situação podia deixá-lo inquieto, choroso, irritado, o que afetava sua interação com sua mãe (e demais membros da família também), deixando-os ansiosos.

O problema "mãe preocupada..." também envolvia o conceito de papel (desempenho de papel), pois a mãe estando insegura e ansiosa, podia sentir-se frustrada e incapaz para desempenhar seu papel de mãe (WAECHTER, 1976, p.139). Todos estes problemas ainda envolviam os conceitos de crescimento e desenvolvimento e saúde-doença.

O problema "Marcelo apresentando ciúme da relação entre Mara e Marcus" envolvia os conceitos de interação, papel (ajuste e desempenho de papéis), crescimento e desenvolvimento, saúde-doença. O ciúme de Marcelo fazia mudar sua interação com Mara anterior ao nascimento do bebê. Seu afastamento de Marcus não permitia a Marcelo ajustar-se ao papel de pai e desempenhá-lo. Deste modo, tanto o seu desenvolvimento, como o de Marcus, no que se refere aos aspectos psicossociais também ficavam afetados. No momento em que há uma interação que dificulte o crescimento e desenvolvimento, e o ajuste e desempenho de papéis, pode-se falar em doença familiar. Os demais problemas que persistiram já foram explorados nos encontros anteriores.

Neste dia também resolvi fazer um confronto entre a revisão de literatura apresentada em meu projeto e a minha experiência com a Família Mares.

Inicialmente, em relação ao meu pressuposto: "A família existe quando os seres humanos se consideram uma família" (DELANEY, 1986, p.88), verifiquei ser o mesmo verdadeiro também para os Mares. Pensava que realmente é válido, pois este é apenas um dos fatores que pode ser considerado para uma definição de família; sendo, no caso, um fator psicológico, conforme refere DELANEY (1986, p.87-8); além disto, não estou dizendo que é só assim, mas que também é assim.

No que se refere a família passar por etapas, constatei que os Mares estavam passando pela fase de expansão (etapa II) e com filhos adolescentes (etapa V), segundo DUVALL (1973) e DELANEY (1986). Conforme DUVALL (1973), as etapas da família seguem a idade do filho mais velho. Todavia, não considerei que seria uma família com centro de "saída", pois tanto Mara, como Marcelo permaneceram em casa.

Conforme BOWLBY (1982) e SAMEROFF (1978), "Os bebês, muito cedo, são capazes de provocar respostas maternas, ou seja, o comportamento de 'cuidar' da mãe tem correlação importante com o comportamento de 'despertar cuidados' da criança. A presença deste comportamento pode produzir comportamento 'materno' mesmo em quem não é sua mãe". Poderia aplicar isto a Maria, avó de Marcus, quando enfocamos a questão de ela estar assumindo também o papel de mãe em relação a Marcus. Marcus poderia estar provocando respostas maternas. Entretanto a dúvida repousa no fato de ela já ser mãe, mas no caso, não mãe do bebê em questão, ou seja, de Marcus.

Outro ponto a confrontar com a situação da família Mares refere-se à afirmação: "Foi observado que quando o bebê experimenta uma interação social com um adulto, sua fixação a esta pessoa aumenta..." (BOWLBY, 1982 e SAMEROFF, 1978). Parece que já é possível perceber isto entre Marcus com Mara e com Maria.

Segundo KLAUS e KENNEL (1985), "quando as mães são separadas de seus bebês durante as primeiras horas ou dias, após o nascimento, elas apresentam dificuldades na formação do vínculo". No caso de Mara, ela reforça isto com a colocação que fez no nosso segundo encontro, quando referiu "não senti o que é ser mãe"; "o nenê não está aqui (AC), não dá para sentir"; "fica eu aqui (AC) e

ele lá (UIN)". Inclusive neste dia coloquei nas Notas Teóricas: "'não senti o que é ser mãe' me faz pensar que realmente o afastamento da mãe do recém-nascido, ela no AC e ele no berçário, leva à dificuldade de definição e desempenho de papéis". A partir disto, acredito que o enfermeiro deve estar mais atento àquelas famílias cujos recém-nascidos ficam na unidade neonatal por tempo mais prolongado.

Na revisão de literatura do projeto encontra-se o respaldo para o que vinha vendo e discutindo quando colocava que a assistência estava sendo desenvolvida a nível de UIN/AC/domicílio, conforme a necessidade da própria família. "O papel do enfermeiro no cuidado à família depois do nascimento do bebê não deve estar baseado nas necessidades do hospital ou de seu pessoal, mas nas necessidades do recém-nascido e de sua família" (NITSCHKE, 1988, p.59, e WAECHTER, 1974, p.139). As famílias que assisti chamavam-me ao AC e ao domicílio, já que é neste momento que surgem as dúvidas, e além disto, acham importante terem a quem recorrer.

Penso que minha prática está de acordo com o que WAECHTER (1974) refere: "O enfermeiro deve apoiar os pais para que se adaptem a estas novas relações entre eles e seu filho". E mais, conforme a autora, "o enfermeiro deve servir de 'instrumento' na promoção da interação precoce entre pais-filho, a qual poderá ter efeito duradouro nas relações familiares, bem como no futuro desenvolvimento psicológico e cognitivo da criança".

Minha preocupação em fornecer orientações a mais de um membro da família (por exemplo, sempre procurava transmitir as orientações dadas a Mara, também para Marcelo, durante a internação hospitalar, e para Maria, no domicílio) é reforçada por BANTON e LUM (1986), quando referem que as orientações devem, sempre que possível serem oferecidas a um número maior de membros da família.

### **Notas do Enfermeiro**

Minhas anotações deste dia continham as seguintes colocações:

"Fiquei satisfeita, quando Miriam disse que Mara estava me esperando. Outros aspectos significativos para mim, em termos de interação referem-se ao fato de me chamarem pelo nome e também terem discutido comigo pontos levantados em visita anterior (como o aleitamento, por exemplo).

Porque será que Maria convidou minha mãe? Pela identificação? (as duas são cabeleireiras).

Quando falo que é positivo Marcelo querer sair com o filho (e, também em outros momentos), será que estou sendo muito autoritária?

Qual seria o significado do presente que recebi?

Não fiquei satisfeita com a avaliação realizada junto à família. Espero fazer uma nova avaliação em outro momento, tentando aprofundá-la um pouco mais.

Se eu não havia examinado o recém-nascido por bloqueios meus; na última visita, penso que tive um avanço.

Tenho necessidade de ir conversar com a família de Marcelo (e obviamente com Marcelo). Entretanto, toda vez que comento isto com Mara e Maria, elas desviam o assunto dizendo que Marcelo está muito ocupado, e que é difícil sentar e conversar com ele, pois está sempre correndo. Sinto, às vezes, que se for procurar a família de Marcelo, existe a possibilidade de isto interferir em termos negativos na minha interação, principalmente com Maria. Pensarei como proceder".

#### O 8º Encontro: Dia 25/8/89, à tarde (a última visita)

##### a) Averiguando Dados

Na quarta-feira (dia 23) havia telefonado para os Mares para cumprimentá-los pelo aniversário de 1 mês de vida de Marcus. Foi Maria quem atendeu o telefone. Parabenizei-a pelo neto. Ela agradeceu parecendo ter-se surpreendido de eu ter me lembrado. Pedi para falar com Mara. Cumprimentei-a pelo aniversário do filho e ela pareceu ter ficado satisfeita. Aproveitou para contar que ia fazer o banho de luz e questionou sobre algumas dúvidas como tempo e distância. Orientei-a novamente. Disse-me que estava "louca para pesá-lo", mas que só nesta próxima semana iria consultar. Comentou que em algumas farmácias há balanças que pesam bebê. Conversamos

mais alguma coisa e perguntei se poderia ir lá na sexta-feira. Ela disse "claro, que sim!". "Então até sexta-feira!", falei. Despedimo-nos.

Cheguei à casa da Família Mares por volta das 17 horas. Quem atendeu a porta desta vez foi Maria. Recebeu-me com um sorriso. Cumprimentamo-nos com um beijo. Fui-me explicando que havia me "prendido" no trabalho e só havia conseguido chegar lá naquela hora. Ela recebeu-me muito bem e me levou para a cozinha onde estava fritando pastéis de queijo. Maurício embalava o carrinho com Marcus. Cumprimentamo-nos com um beijo. Olhei para Marcus que estava com um aspecto ótimo. Pedi para pegá-lo no colo. Maria falou que Mara estava no banho. Dei a Maria o presente (um bichinho sonoro) que havia levado para Marcus. Ela agradeceu, dizendo que não deveria me preocupar: "... se cada mês que ele fizer aniversário tu deres um presente, onde vais parar?...", perguntou. Contou que Marcus havia ganho vários presentes. Perguntei como Mara estava. Maria falou que a filha estava com dor no abdômem. "Mas é por causa da chuva, que dói", completou. Perguntei por Marcelo e pelo que falou as coisas continuavam na mesma. Eu já estava com Marcus no colo, quando ele começou a chorar. Parecia querer mamar, pois sugava o bico e inicialmente ficava calmo, mas quando passava um tempo e não sentia nada (leite), começava a chorar. A avó que estava fazendo os pastéis logo largou tudo para pegá-lo no colo. Contou que Marcus a pouco tempo havia tomado banho, e estava com pés e mãos frios.

Mara saiu do banheiro e sorridente veio me cumprimentar, beijando-me. Perguntei a ela como estava e ela disse que estava bem.

Eu já estava com Marcus no colo novamente. Maria falou para Mara do presente. Mara foi logo abrir para ver o que era e ficou muito feliz. Já foi contando sobre os outros presentes que ele havia ganho.

Referi que antes do bebê mamar ou dormir gostaria de examiná-lo. Ela disse que não tinha problema. Enquanto íamos para o quarto do Marcus a avó disse para eu não reparar como havia arrumado o neto e a combinação de cores da roupinha.

Pedi para lavar as mãos antes de examiná-lo. Na luz da cozinha (que é fluorescente) havia achado Marcus com a mucosa oral hipocorada; entretando, na outra luz não parecia tanto. Conversei sobre isto, esclarecendo que a criança poderia receber suple-

mentação de ferro e vitaminas, por indicação médica. No exame físico nada encontrei de novo, ou fora dos padrões normais. Quanto ao discreto eritema, havia regredido totalmente.

Perguntei a Mara sobre Marcelo, e ela me respondeu que estava bem. "Ontem apareceu rápido dizendo que voltava, e não apareceu mais". Ressaltei que ela sempre colocava que os dois não tinham tempo para o casal e que deveriam pensar sobre isto; alertarem-se para tal. Perguntei como havia sido o passeio deles (Mara, Marcelo e Marcus). Mara disse que não haviam ido, pois Maria não havia deixado devido ao mau tempo.

Mara perguntou-me sobre a BCG e a época para aplicação. Orientei-a sobre o assunto.

A avó entrou no quarto e pediu para terminar de vestir Marcus. Disse-lhe que não precisava. Ela brincou que ficava com ciúmes. Também brinquei com ela dizendo: "Estou vendo!" Terminamos de vesti-lo. Mara quis marcar consulta com o pediatra. Pediu telefone, mas o que eu tinha era de sua residência.

Voltamos para a cozinha. Marcus estava no colo da avó. Pela primeira vez sentei à mesa junto com todos que moravam naquela casa. Falei que assim iria engordar mesmo, ainda mais que tinha pastel e cuca feita por Mara. Mara achou o telefone do pediatra e ligou para marcar a consulta.

Durante a conversa Maria perguntou sobre o meu trabalho; indagando se eu era remunerada e se para visitá-los ganhava adicional. Expliquei-lhe como tudo funcionava. Disse-lhes que tinha dúvidas se realmente estavam entendendo meu trabalho. "Estão?", perguntei. Maria e Maurício disseram que mais ou menos. Mara disse que sim e Miriam disse que "sinceramente, não". Falei-lhes que imaginava isto, pois para Maria havia explicado rapidamente, quando estavam no alojamento conjunto. Nesta ocasião, Maurício também estava. Para Miriam então, eu nem havia explicado mesmo; o que era uma grande falha minha. Mara referiu saber que eu também trabalhava para o pai se aproximar do bebê.

Comecei então a esclarecê-los, dizendo que eu fazia mestrado e que meu trabalho (minha proposta) era prestar uma assistência de enfermagem visando promover a interação da família. "Mas tem a história do pai, não é?" perguntou Mara. "Isto, exato!" falei. "Existe também o objetivo de incentivar o contato precoce do pai com o recém-nascido, pois a futura relação entre pai e filho dependerá de como a interação se estabelece nesta etapa. A relação



de agora terá efeito mais tarde, e isto também se aplica a toda a família. Eles comentaram que isto era muito bom e necessário. Continuei a explicar: "a família nesta fase passa por um diferente momento de sua vida que é marcada pelo nascimento de um novo ser que, no caso de vocês é o Marcus. Com este nascimento, algumas mudanças ocorrem (todos sacudiram à cabeça, confirmando), inclusive de papéis. Existe papel de mãe, pai, tio, tia, irmão, irmã. Com o nascimento, todos passam a desempenhar novos papéis. Antes Maurício e Miriam eram somente irmãos e filhos. Agora, são tio e tia; e assim por diante. Com o meu trabalho tenho por objetivo a interação da família que possibilite-os crescer e se desenvolver, pois todos aqui estão crescendo e se desenvolvendo; não é só o Marcus", falei-lhes. "Ah! Isso é verdade!" falaram. "Além de visar possibilitar isto, eu também trabalho por uma interação que permita que todos consigam definir, ajustar e desempenhar seus papéis". "Eu, por exemplo", disse Maria, sorrindo, "não estou conseguindo definir meu papel! Às vezes, não sei se sou mãe ou avó!" "Eu já havia percebido isto, Maria e queria conversar sobre este aspecto contigo" comentei. "Eu também me confundo toda" falou Mara. "Esses dias peguei Marcus no colo e disse: vem cá com a vovó. Aí me dei conta e disse, o que é isto?!", continuou Mara sorrindo. "Ela fica braba, e com ciúmes", falou Maria, esboçando um sorriso. "Eu também", falou Miriam, "às vezes me confundo toda". "Eu tento me controlar, mas quando vejo, estou trocando, tudo", falou Maria. "Percebi isto em relação as decisões. Lá no hospital quando te expliquei o que fazia e te perguntei se poderia vir a domicílio, tu falaste que quem tomava as decisões era a mãe do bebê, ou seja, Mara, entretanto não é o que tenho observado", disse para Maria. Maria sorriu.

"Realmente é importante que seja definido quem é quem, para mais tarde não haver conflitos. Pois se Maria, por exemplo, assume o papel de mãe de Marcus, seguindo a lógica, Mara então poderia ser sua irmã. E tudo isto deve ser avaliado por vocês. Nesta história toda tem que ser visto o que vai ser melhor para Marcus; ver as necessidades dele. Ele tem necessidades como alimentação, amor e afeto. Necessidades estas que precisam ser atendidas. Existe também a necessidade da identificação da criança; dos modelos. O pai, por exemplo contribui para a criança criar seu modelo do masculino", falei. "É quando não há o pai, e o menino é só criado por mulheres?", perguntou Maria. "Muitas vezes, não é

somente o pai que desempenha este papel; pode ser um outro homem, um tio por exemplo", disse a eles. "É, eu era super apegado com o meu tio", falou Maurício. "É mesmo", falou Maria. "Ele era super apegado ao tio; uma vez se cortou todo porque foi imitar o tio a fazer a barba", continuou Maria. Todos riram.

"Pois é, gostaria de aproveitar que estamos falando sobre estes assuntos e conversar mais com vocês, aproveitando que estão juntos. Gostaria de conversar sobre família". Levantei e fui pegar meus papéis, pedindo licença. Enquanto conversamos tínhamos terminado de "tirar a mesa".

Voltei a mesa para continuarmos. Relembrei a todos e principalmente a Mara quando, como e porque comecei a trabalhar com eles. A dúvida que tive em selecionar entre eles e a outra família, a resposta que deram "não somos uma família" e o meu interesse, então, em trabalhar com eles, exatamente por esta resposta.

Maria perguntou se a outra família havia se negado a participar. Expliquei-lhe que não, nem havia chegado a conversar com a outra família, pois eu os havia escolhido pela sua resposta. Contei-lhes sobre minha crença "de que a família" é família quando se considera como tal e que a resposta me chamou a atenção. Falei-lhes que até hoje nenhuma família se negou a participar. Continuamos conversando e contei-lhes que inicialmente meu plano era só trabalhar no hospital e que as 3 primeiras famílias me convidaram para ir a domicílio e isto acabou modificando minha proposta. "Com vocês, eu mesma me convidei, a partir de meu contato com as outras famílias".

Maria referiu que tinha que se convidar mesmo, pois isto era importante. Perguntou se eu estava com outras famílias. Disse-lhes que estava acompanhando mais uma família simultaneamente.

Falei-lhes que gostaria de conversar com eles sobre como eles viam a si próprios. Disse que andei pensando sobre eles e gostaria de colocar estas percepções no papel. Comecei então rabiscando no papel para que junto a eles pudesse captar sua visão. Para provocar a discussão coloquei o seguinte esquema, conforme figura 2.

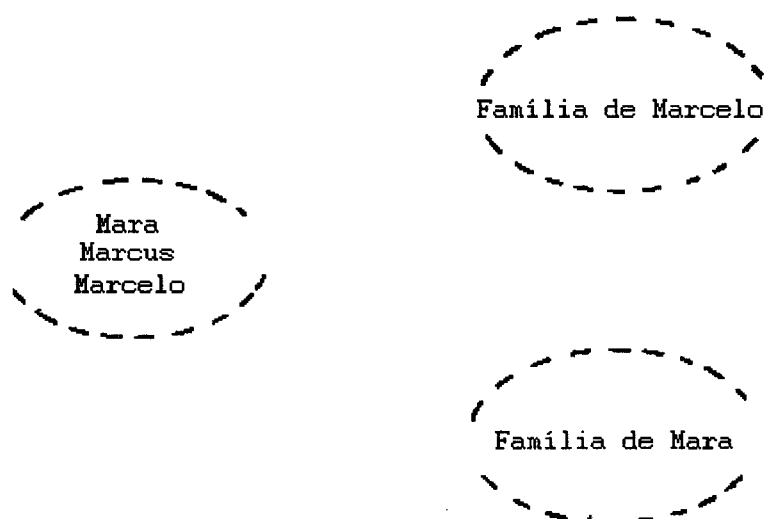


Figura 2 - Esquema para provocar discussão sobre percepção da família sobre si mesma.

Esta figura já suscitou discussão, cada um dizendo que percebia sua família de modo diferente. Pedi-lhes então que cada um desenhasse a forma como via a situação. Maria pediu para eu colocar no papel a sua percepção. Os outros desenharam sua própria percepção, de acordo com as figuras 3, 4, 5 e 6, a seguir.

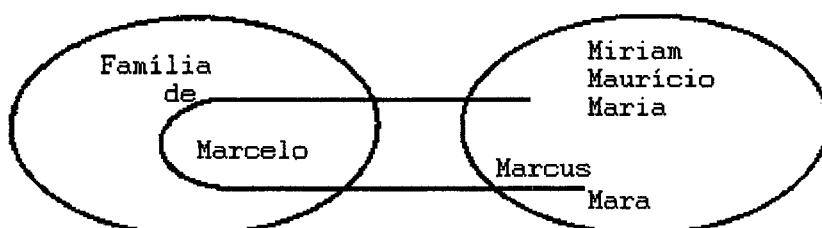


Figura 3 - Percepção de Maria sobre sua família.

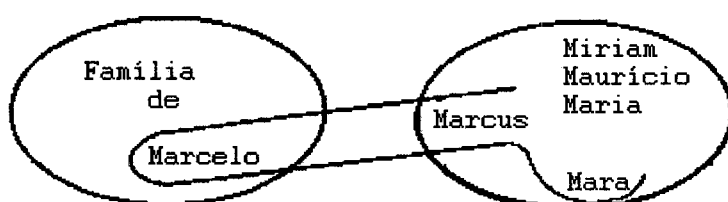


Figura 4 - Percepção de Maurício sobre sua família.

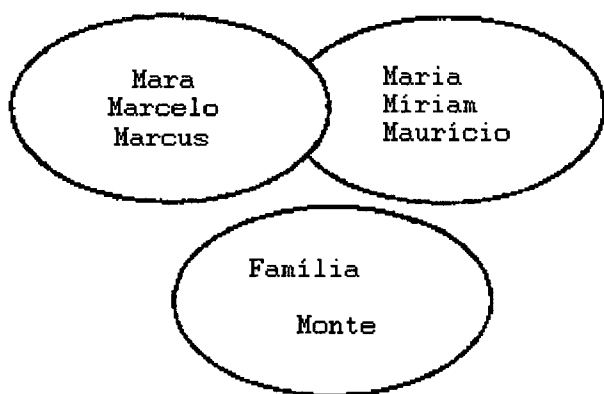


Figura 5 - Percepção de Mara sobre sua família.

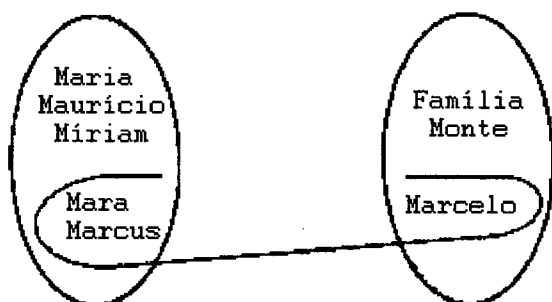


Figura 6 - Percepção de Miriam sobre sua família.

A seguir, pedi a eles que me dissessem o que é família para cada um deles. Maria falou que: "Pai, mãe, filho; é sustentar a família, e vamos à luta, unidos e quando não unidos. Acho que somos uma família. Tem que ser unidos. O juramento da igreja deveria ser seguido... a união... a participação. Nem por estar longe, deixamos de estar unidos (como é o caso de eu e meus 5 irmãos). Tendo união enfrenta tudo!".

Maurício disse que família para ele: "é a união; família tem que ter uma base, todos tem que participar. Não é só gerar, mas 'tá' ali todo o dia. Às vezes, não é preciso ter os dois, minha mãe desempenhou o papel de pai... e não sinto falta... o tio era modelo".

Maria começou a chorar, estava com Marcus no colo, dando-lhe mamadeira. Levantei e fui até ela, passei a mão na sua cabeça e toquei firme seu ombro. Percebi que Maurício também se emocionou. Maria falou qualquer coisa como "isto é a vida".

Mara disse que: "família é a que tem parentesco biológico ou não; que convive. Acima de tudo é conviver na mesma casa, com os mesmos ideais... Não necessariamente biológico... Não precisa ser aquela coisa de pai, mãe, filho". Miriam foi vestir-se pois ia trabalhar numa festa e já estava atrasada.

Perguntei a eles sobre a avaliação. Disse-lhes que não havia ficado totalmente satisfeita com a avaliação feita na última vez e gostaria de saber mais. Mara disse: "A visita é importante... Toda semana não precisa; de quinze em quinze dias. Teve muita coisa que preferi falar contigo. Acho importante, ajuda a gente".

Indaguei qual seria o melhor dia para fazer a primeira visita. "Dois dias depois", respondeu Maria. "E depois uma vez por semana. Não que vá ajudar a criar, mas principalmente quando é o primeiro filho", complementou. "Se Mara estivesse sozinha... com Marcelo, precisaria mais...", disse Maria, e Mara concordou. Segundo elas deveria haver acompanhamento a domicílio até os seis meses. No primeiro mês, uma vez por semana. A partir do segundo mês, uma vez por mês até o sexto mês.

Falei para Mara sobre a fita de vídeo; que eu não havia encontrado a gravação. Ela falou então, que não conseguiu "pegar" as palestras para as mães no hospital e só soube que existiam quando voltou para ser submetida a nova cirurgia. Falou que deveria haver palestras no período pré-natal.

Maria levantou-se e foi colocar Marcus no carrinho. Comecei a mostrar os registros que havia feito durante a hospitalização para Mara, conforme havia prometido. Li tudo para ela e fomos discutindo. Na lista de problemas, quando li o item avó desestimulando aleitamento materno, Mara discordou dizendo que não era só pela sua mãe; ela também não estava muito estimulada. Disse-lhe, então, que o problema não significava que ela não amamentou só por causa de sua mãe, mas que houve desestímulo de sua parte para amamentar. Mara concordou. Discutimos também sobre a minha percepção em relação a ela e a Marcelo. Mara então validou no Diagnóstico Intra-Familiar (DIF) de Interação Perturbada (IP). Coloquei também minha percepção sobre a interação entre ela e Maria como sendo de Super-interação (SI); expliquei o que isto significava e ela concordou. Maria estava presente. Ao tentar esclarecer melhor para Maria em vez de definir como "de modo tão intenso..." disse-lhe "de modo exagerado". A expressão foi tão espontânea que não pude contê-la; tentei esclarecer melhor para não haver mal entendido, mas não sei se consegui. Aparentemente, não houve problemas e elas concordaram. Expliquei a Super-Interação (SI) no caso delas, como uma relação com afeto, contato, mas de modo tão exagerado/intenso que pode impedir o outro de crescer, se desenvolver-se, definir e desempenhar seus papéis. No

caso delas, Mara está com dificuldade de definir e desempenhar seu papel.

Ofereci para Mara dois "xerox" de manuais de estimulação de crianças. Ela pareceu ter gostado muito. Expliquei-lhes (Maurício já havia saído) que agora me afastaria, mas que poderiam me telefonar caso necessitassem. Maria disse-me que não era para eu desaparecer, que poderia ir visitá-los sempre para ver Marcus, ver seu crescimento. Falou que daí uns vinte dias era para dar ao menos uma "ligadinha". Mara falou, "qualquer coisa vou te ligar mesmo, pode te preparar". Despedimo-nos nos beijando. Mara foi me levar até o carro. Eram 20 horas.

#### **b) Lista de Problemas**

Os problemas destacados neste dia foram:

- Mãe com dúvidas sobre o banho de luz;
- Maria relatou que Mara apresentou dor no abdome;
- Relação entre Marcelo e Mara persistindo da mesma forma;
- Marcus com mucosa oral hipocorada;
- Maria não permitiu que Mara e Marcelo passeassem com Marcus por causa do tempo;
- Família apresentando dúvidas sobre meu trabalho.

Os problemas foram categorizados como atuais.

#### **c) Diagnóstico de Enfermagem**

Mantive o Diagnóstico Intra-Familiar (DIF) de Interação Perturbada (IP) e de Super-Interação (SI); e Diagnóstico de Interação Extra-Familiar (DEF) de Interação Positiva (I+) e Interação Perturbada (IP), sendo, inclusive, respaldada, pela validação da própria família.

#### **Notas Teóricas**

O problema "família apresentando dúvidas sobre meu trabalho" envolvia o conceito de interação, pois no momento em que não compreendiam o que eu estava fazendo, podiam ficar inseguros, desconfiados, podendo fantasiar, o que obviamente interferiria na nossa interação, podendo perturbá-la. Envolve também o conceito de papel, pois se a interação estivesse perturbada, isto poderia

afetar meu desempenho profissional, ou seja, o desempenho de meu papel como enfermeira. Se meu desempenho de papel de enfermeira estava afetado, meu desenvolvimento (no mínimo, enquanto profissional) também poderia estar; assim, tinham-se os conceitos de crescimento e desenvolvimento também envolvidos.

Os problemas "Mara com dúvidas sobre o banho de luz" e "Marcus com mucosa oral hipocorada", envolviam os conceitos de interação, crescimento e desenvolvimento, papel, seguindo o mesmo raciocínio que os justificava, desenvolvido no dia anterior com os problemas "mãe preocupada..." e "recém-nascido com náuseas, períneo eritematoso...". Demais problemas continuaram mantidos.

### **Notas Metodológicas**

Nestas notas metodológicas, refleti sobre alguns aspectos como diagnóstico de enfermagem, o espaçamento das visitas e os objetivos que foram atingidos. Partia do pressuposto de que o diagnóstico de enfermagem era de competência do profissional.. Mas pensava que talvez isto não impediria que eu o discutisse com a família.

Quanto aos objetivos anteriormente propostos considerei que atingi os seguintes: telefonar para a família pelo aniversário de Marcus; ter feito uma nova avaliação com a família sobre meu trabalho; discutir com Mara sobre seu relacionamento com Marcelo; debater com a família sobre desempenho de papéis; falar com Maria sobre Super-Interação; validar meu diagnóstico com Mara. Além disto, podia afirmar que discutir com a família sobre o "significado de família para eles" e fazer a representação gráfica da família, segundo a visão de cada um, apesar de representarem itens da minha Averiguação de Dados, na verdade, para mim também eram objetivos a serem atingidos e acreditava que os tivesse alcançado.

### **Notas do Enfermeiro**

Quando estávamos falando sobre o que é família para cada um e Maria iniciou a chorar, comecei a me questionar até que ponto poder-se-ia avançar com o trabalho nestes aspectos psicológicos, visto a nossa formação e conseqüente competência para trabalhar tal aspecto.

No momento em que expliquei "Super-Interação" e usei a palavra exagerada fiquei "meio chateada". Mas por outro lado, se ela saiu tão espontaneamente era porque assim percebia o fato, ou seja, era assim que eu definia a situação.

Esta visita foi para mim um momento de grande satisfação. Senti que tinha avançado em termos de qualidade de interação com esta família, visto que havia conseguido sentar e discutir com mais de um elemento, simultaneamente, sobre o significado de família; o meu trabalho; e a questão dos papéis de cada membro na família.

Nas representações gráficas de Maria, Miriam e Maurício sobre a família, era interessante observar que Marcus sempre estava incluído na Família Mares. Por outro lado, a Família de Marcelo sempre era considerada uma outra família. Maria via Marcelo dentro da família dele, ligado a Marcus que está na sua família. Interessante observar que Maria não ligou Marcelo a Mara, mas somente a Marcus. Teria sido erro meu de interpretação? Maurício, por sua vez, ligava os três: Marcelo, Marcus e Mara, sendo que Marcus estava no meio. Teria sido proposital o fato de Marcus estar no meio? Miriam também unia os três, só que Marcus não estava no meio, e sim no mesmo nível que Mara e os demais membros de sua família. Interessante é que nem Mara, nem Maurício, nem Miriam fechavam o círculo que unia os elementos provenientes das duas famílias. Mara, por sua vez, colocou os três (Mara, Marcus, Marcelo) unidos de forma bem delimitada (colocando limites), mas ligados a Maria, Miriam e Maurício. A Família Monte (como chamam a família de Marcelo) estava bem à parte. Interessante é que ela não colocava Marcelo ligado a sua família de origem.

A percepção de Maria, Maurício e Miriam assemelhava-se à minha percepção já discutida com a orientadora. Só que eles não fechavam a intersecção e nós sim; conforme pode ser observado na Figura 7.

Quanto ao desempenho de papel da avó, se ela estava cuidando do recém-nascido, também era porque os pais já tinham-lhe atribuído este papel (vide dia 27/7). Existia esta expectativa e ela apenas a atendeu (Ver dia 11/8).



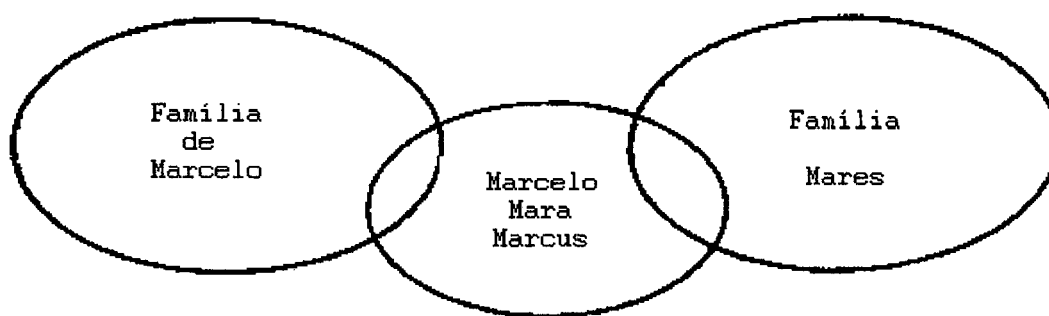


Figura 7 - Minha percepção sobre a família (discutida com orientadora em 23/8/91).

## **IX - APRESENTANDO AS FAMÍLIAS ASSISTIDAS ATRAVÉS DO "PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA"**

Neste item apresentarei de modo esquemático as famílias com as quais desenvolvi minha prática assistencial. Para tal utilizo os impressos do "Prontuário da Família" como Identificação, Averiguação de Dados, Lista de Problemas e Diagnóstico de Enfermagem e Lista de Objetivos. Na Averiguação dos Dados apresentarei o Genograma Interacional e Mapa das Interações, pois assim pode-se ter uma idéia da dinâmica familiar, principalmente quanto as suas interações. Trazendo a Lista de Problemas e o Diagnóstico de Enfermagem, penso que consigo transmitir os caminhos que percorri e também a linha de raciocínio quanto a minha percepção sobre a família. Ao exibir a Lista de Objetivos, apresento as metas a serem atingidas, traduzidas através do comportamento esperado pelos membros da família. Além disto, quando exponho os passos, na verdade estou apresentando as ações de enfermagem e da própria família pelas quais estes objetivos serão atingidos.

Devido a isto, suprimi trazer a Prescrição de Enfermagem, visto que as ações de enfermagem já foram apresentadas de forma objetiva, nos "passos", não sendo necessário repeti-las como foram prescritas dia após dia.

Cabe destacar que, sendo uma apresentação resumida, não aparecerão: o impresso Evolução; as Notas de Observação; do Enfermeiro; Metodológicas e Teóricas.

**PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA FLORES**  
**IDENTIFICAÇÃO**

Família do RN: Fernanda Flores

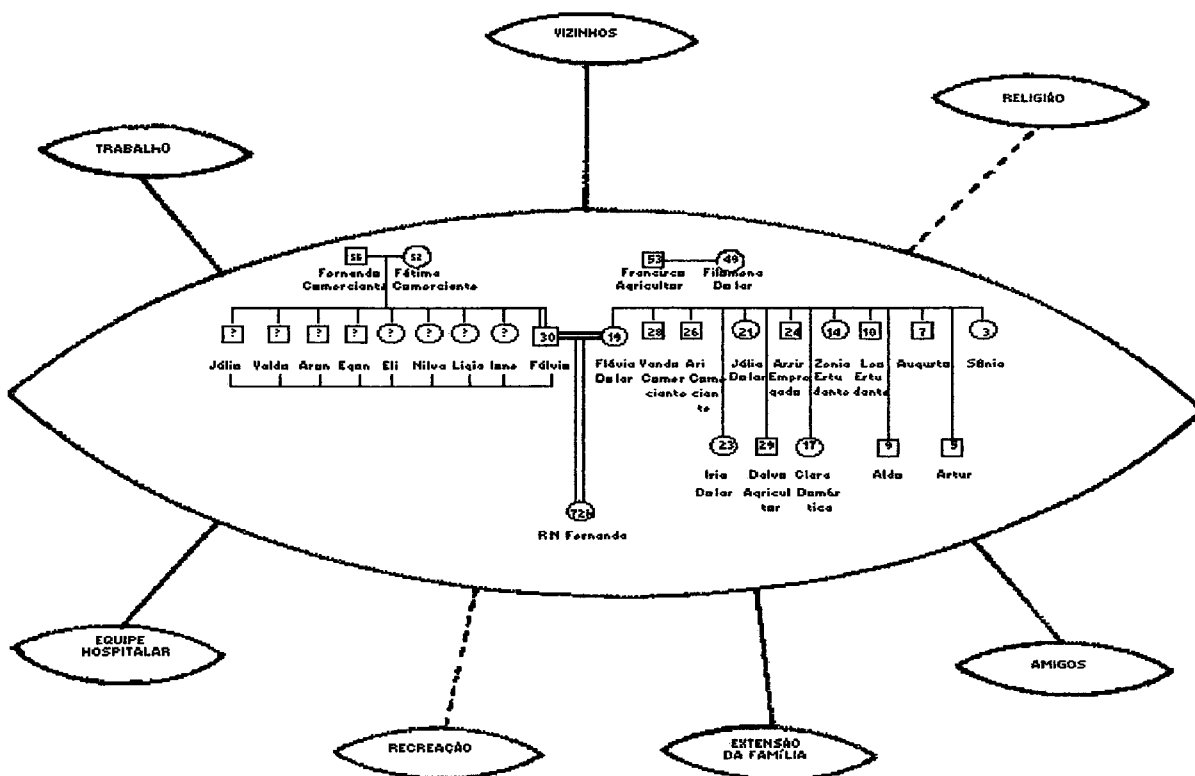
Registro: 7007

Leito (mãe) 12A

**Composição da Família**

| N | Nome e Apellido | Sexo | Cor | Parentesco ou afinidade | Data de nasc. ou idade | Escolaridade | Profissão/Ocupação | Naturalidade | Procedência   | Religião | Estado Civil |
|---|-----------------|------|-----|-------------------------|------------------------|--------------|--------------------|--------------|---------------|----------|--------------|
| 1 | Fúlvio          | M    | B   | Pai/Esposo              | 30a                    | -            | Comerciante        | Paraná       | São José (SC) | -        | Solteiro     |
| 2 | Flávia          | F    | B   | Mãe/Esposa              | 19a                    | -            | do lar             | Paraná       | São José (SC) | -        | Solteira     |
| 3 | Fernanda        | F    | B   | Filha                   | 72h                    | -            | -                  | -            | -             | -        | -            |

**Genograma Interacional e mapa das interações da Família Flores**



## LISTA DE PROBLEMAS E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Categorias de Problema Conceitos

Envolvidos

A: Atual C: Crescimento DFP:

Definição de papéis

P: Potencial D: Desenvolvimento AP:

Ajustamento de papéis

DSP: Desempenho de papéis

I: Data de Identificação do Problema

R: Data da Resolução do Problema

DIF: Diagnóstico Intra-Familiar

DEF: Diagnóstico Extra-Familiar

I+: Interação Positiva

IP: Interação Perturbada

I-: Interação Negativa

SI: Super-Interação

| Nº<br>Problema | Categoria<br>do problema                             | Conceitos<br>envolvidos | I            | R | DIF  | DEF  |       |
|----------------|------------------------------------------------------|-------------------------|--------------|---|------|------|-------|
| 1              | RN em berço aquecido                                 | A<br>AP, SP             | I,CD,DFP,DSP |   | 8/5  | 13/5 |       |
| 2              | Uso de respirador                                    | A                       | Idem         |   | 3/5  | 13/5 |       |
| 3              | Presença de média secreção sanguinolenta na cânula   | A                       | Idem         |   | 3/5  | 13/5 |       |
| 4              | Uso de venóclise                                     | A                       | Idem         |   | 3/5  | 13/5 |       |
| 5              | Uso de fluidoterapia                                 | A                       | Idem         |   | 3/5  | 13/5 |       |
| 6              | Pele seca com descamação                             | A                       | Idem         |   | 8/5  | 31/5 |       |
| 7              | Eritema na região inguinal e grandes lábios          | A                       | Idem         |   | 8/5  | 31/5 |       |
| 8              | Escalpo parcialmente tricotomizado                   | A                       | I, DSP       |   | 8/5  | 13/5 |       |
| 9              | SNG fechada                                          | A                       | Idem         |   | 8/5  | 13/5 |       |
| 10             | Barreiras para interagir                             | A                       | Idem         |   | 8/5  | 13/5 |       |
| 11             | Estimulação prejudicada                              | A                       | Idem         |   | 8/5  | 13/5 |       |
| 12             | Secreção abundante hialina em vias aéreas superiores | A                       | Idem         |   | 9/5  | 31/5 | I+ IP |
| 13             | Lábios ressecados                                    | A                       | Idem         |   | 0/5  | 31/5 |       |
| 14             | Equimoses nos locais de venopunção                   | A                       | Idem         |   | 10/5 | 31/5 |       |
| 15             | Exames sorológicos positivos para Lues e Hepa-       | A                       | I,CD,SD      |   | 29/5 |      |       |

| tite |                                               |   |                      |      |       |    |
|------|-----------------------------------------------|---|----------------------|------|-------|----|
| 16   | Mãe não informou nascimento do filho aos avós | A | I,CD,DFP,AP<br>DP,SD | 31/5 |       | IP |
| 17   | Mãe faz uso de calça plástica                 | A | Idem                 | 31/5 |       |    |
| 18   | Mãe faz uso de amaciante para lavar fraldas   | A | Idem                 | 6/6  |       |    |
| 19   | Casal não fez exames                          | A | I,CD,SD              | 6/6  | I+ I+ | IP |

### LISTA DE OBJETIVOS

ME: Mutuamente Estabelecido  
 NME: Não Mutuamente  
 Estabelecido (pela enfermeira)

| Data/<br>Hora   | Nº do<br>Problema | Objetivo                                                                               | Caracte-<br>rística                                                                                     | Prazo | Passos |
|-----------------|-------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 08/05/89<br>12h | 1                 | Manter temperatura corporal do RN                                                      | NME<br>- controlar Tax de h/h<br>- manter Tax entre 36,4 e 36,8°C<br>- controlar temperatura do berço   | 08/05 |        |
|                 | 2                 | Manter RN oxigenado                                                                    | NME - verificar concentração de O2<br>- checar tubulações do respirador<br>- fazer troca das tubulações |       |        |
|                 | 3                 | Manter RN com vias aéreas permeáveis                                                   | NME - aspirar canula endotraqueal com técnica asséptica<br>- registrar aspecto da secreção              | 08/05 |        |
|                 | 4                 | Manter RN com via de acesso venoso para infusão                                        | NME - verificar fluxo e refluxo<br>- verificar gotejo                                                   | 08/05 |        |
|                 | 5                 | Manter RN hidratado, com equilíbrio hidroeletrólítico e recebendo medicação parenteral | NME - registrar infusão                                                                                 |       |        |
|                 | 6                 | Manter RN com pele lubrifi-                                                            | NME - lubrificar pele com óleo                                                                          | 08/05 |        |

|                  | cada |                                                       | de amendoas                                                                                                                                    |       |
|------------------|------|-------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
|                  | 7    | Manter RN com períneo livre de eritema e/ou lesões    | NME - fazer banho de luz (se possível)<br>- fazer aeração do períneo                                                                           | 08/05 |
|                  | 8    | Manter pais tranquilos quanto à situação do filho     | NME - orientar pais sobre a tricotomia                                                                                                         | 08/05 |
|                  | 9    | Manter RN alimentado                                  | NME - verificar resíduo gástrico antes da alimentação<br>- lavar SNG após alimentação<br>- trocar SNG de 3/3 dias<br>- oferecer bico a criança | 08/05 |
|                  | 10   | Interagir com RN positivamente                        | NME - orientar familiares para aparelhagem e equipamentos                                                                                      | 08/05 |
|                  | 11   | Estimular RN                                          | - orientar sobre a importância da estimulação do RN<br>- incentivar estimulação do RN                                                          | 08/05 |
| 09/05/89<br>12 h | 12   | Ter secreção em vias aéreas superiores (VAS) reduzida | NME - observar secreção em VAS<br>- aspirar quando necessário<br>- fazer higiene das VAS                                                       | 08/05 |
| 10/05/89<br>12 h | 13   | Manter lábios lubrificados                            | NME - lubrificar lábios com óleo de amendoas                                                                                                   | 08/05 |
|                  | 14   | Manter RN com pele sem agressões                      | NME - aplicar compressas mornas nos locais de venopunção                                                                                       | 10/05 |
| 29/05/89<br>12 h | 15   | Sensibilizar família para realizar exames sorológicos | NME - orientar família sobre importância dos exames sorológicos e consequências da não realização<br>- incentivar realização dos exames        | 29/5  |
| 31/05/89<br>12 h | 16   | Interagir positivamente com família de Flávia         | NME - investigar causa da omissão de formação                                                                                                  | 06/06 |

---

|                  |                                              |                                                                                                                                                                               |       |
|------------------|----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 17               | Eliminar e prevenir dermatite das fraldas    | NME - orientar sobre os benefícios de banho de luz e de sol, da troca frequente das fraldas e da aeração do períneo<br>- orientar sobre os malefícios da calça plástica       | 06/06 |
| 06/06/89<br>17 h | 18 Eliminar e prevenir dermatite das fraldas | NME - orientar sobre os malefícios do uso do amaciante<br>- reforçar orientações sobre banho de sol e luz, troca frequente de fraldas, aeração do períneo                     | 06/06 |
| 19               | Realizar exames sorológicos                  | NME - investigar causa da não realização dos exames<br>- reforçar orientação sobre importância dos exames e consequências da não realização<br>- entregar requisições prontas | 06/06 |

---

## PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA SOL

### IDENTIFICAÇÃO

Família do RN: Sílvio Sol

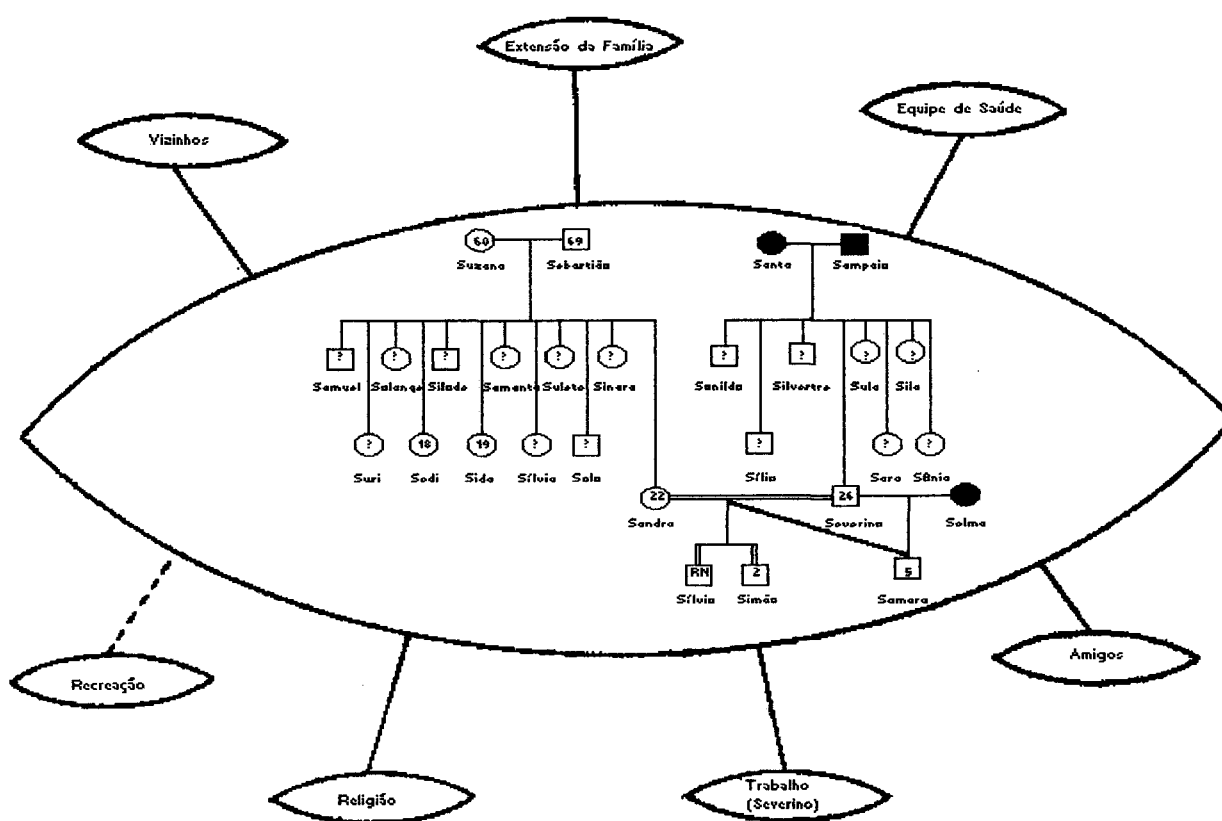
Registro: 8008

Leito (mãe) 14B

Composição da Família

| N | Nome e Apellido | Sexo | Cor | Parentesco ou Afinidade | Data de Nascimento ou Idade | Escolaridade | Profissão ou Ocupação | Naturalidade    | Procedência      | Religião | Estado civil |
|---|-----------------|------|-----|-------------------------|-----------------------------|--------------|-----------------------|-----------------|------------------|----------|--------------|
| 1 | RN Sílvio       | M    | B   | Filho                   | 23/5/89                     | -            | -                     | -               | -                | -        | -            |
| 2 | Sandra          | F    | B   | Mãe                     | 22 a                        | Analf.       | -                     | Alfredo Wagner  | Colônia Santa-na | Católica | Casada       |
| 3 | Severino        | M    | B   | Pai                     | 26 a                        | 4ª série     | Serve-te              | Colônia Santana | Colônia Santa-na | -        | Casado       |
| 4 | Simão           | M    | B   | Filho                   | 2,4 a                       | -            | -                     | -               | -                | -        | -            |

### GENOGRAMA INTERACIONAL E MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA SOL







|                  |         |                                                                                                        |     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                 |
|------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 12 h             |         |                                                                                                        |     | - entrar em contato com a família<br>- incentivar visita                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                 |
|                  | 2, 3, 4 | Compreender o que/porque de: RN pré-termo/ incubadora/ fototerapia<br>Prevenir pouca estimulação do RN | NME | - orientar sobre RN pré-termos, incubadora e fototerapia<br>- estimular RN tocando-o, conversando                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 30/05<br>29/05                                                                                  |
|                  | 2, 3    | Manter temperatura corporal do RN                                                                      | NME | - controlar temperatura incubadora<br>- manter Tax entre 36,4 e 36,8°C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 29/05<br>29/05                                                                                  |
|                  | 4       | Eliminar icterícia do RN<br>Evitar problemas visuais                                                   | NME | - manter proteção ocular<br>- umidificar olhos com água destilada<br>- proteger gonadas<br>- mudar decúbito<br>- observar hidratação<br>- oferecer água<br>- observar funcionamento do aparelho<br>- pesar 2 vezes ao dia<br>- observar aspecto das eliminações<br>- observar condições da pele e esclerótica<br>- retirar proteção antes e levar ao colo quando houver visita familiar | 29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05<br>29/05 |
|                  | 5       | Detectar precocemente alterações respiratórias                                                         | NME | - observar apnéias, cianose, batimento de asa de nariz, retração sub-intercostal                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 29/05                                                                                           |
|                  | 6       | Manter-se tranquilo quanto ao aspecto do filho<br>Ter equimoses reduzidas                              | NME | - orientar pais sobre tricotomia e equimose no couro cabeludo<br>- aplicar compressas mornas nas equimoses                                                                                                                                                                                                                                                                              | 29/05                                                                                           |
| 30/05/89<br>17 h | 7       | Ser estimulado                                                                                         | NME | - orientar pais e equipe de enfermagem sobre a importância do RN ser estimulado<br>- incentivar o contato com o RN                                                                                                                                                                                                                                                                      | 30/05                                                                                           |

---

|          |          |                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |       |
|----------|----------|-------------------------------------------------------------------|-----|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 31/05/89 | 8, 9, 10 | Visitar o RN                                                      | NME | - investigar horário de visita da família                                                                                                                                                                                                              | 31/05 |
| 12:30 h  |          | Encontrar alternativas para o irmão do RN ficar bem assistido     |     | - entrar em contato com a família e investigar motivo das poucas visitas<br>- buscar e encontrar alternativas para o problema que impede pais de visitar o RN<br>- investigar suporte social<br>- discutir situação do irmão do RN com equipe de saúde |       |
| <hr/>    |          |                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |       |
| 05/06/89 | 11       | Ter evolução da icterícia controlada                              | NME | - observar icterícia                                                                                                                                                                                                                                   | 05/06 |
| 16:30 h  |          |                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |       |
| <hr/>    |          |                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |       |
| 06/06/89 | 12       | Ter problemas respiratórios precocemente detectados e controlados | NME | - observar cianose ao mamar                                                                                                                                                                                                                            | 06/06 |
| 17 h     |          |                                                                   |     |                                                                                                                                                                                                                                                        |       |

---

## PRONTUÁRIO DA FAMÍLIA LUA

### IDENTIFICAÇÃO

Família do RN: Luciano Lua

Registro: 9009

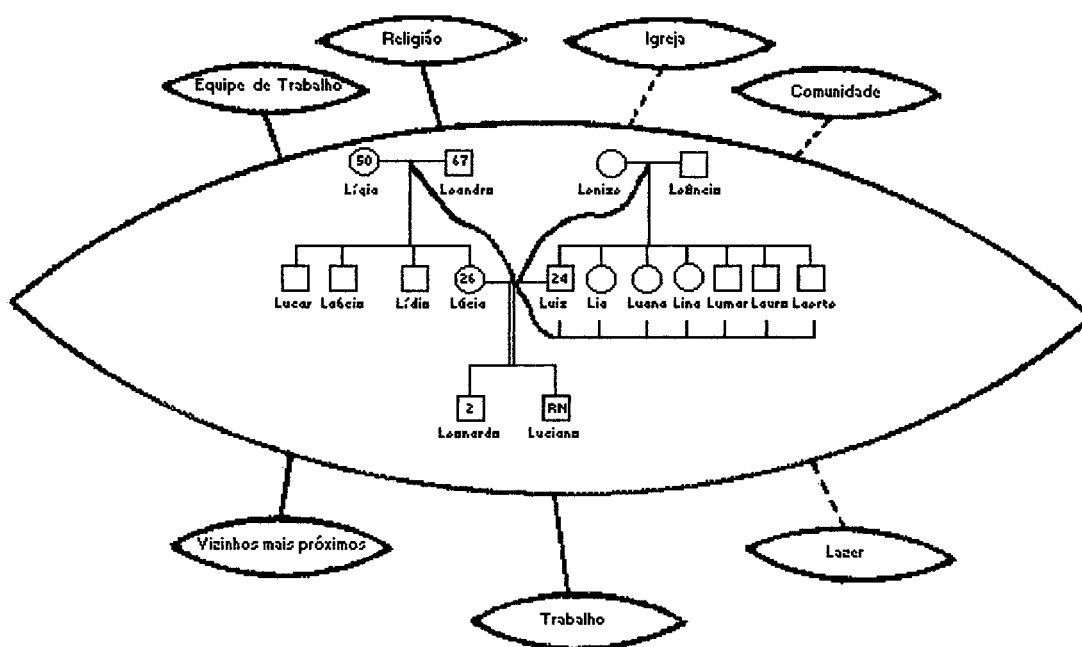
Leito (mãe)

16C

### Composição da Família

| N | Nome e<br>Apelido | Sexo | Cor | Parentes-<br>co ou<br>Afinidade | Data de<br>Nascimen-<br>to ou Idade | Escolari<br>dade    | Profissão<br>/Ocupa-<br>ção | Naturali<br>dade | Proced<br>ência | Religião | Estado<br>Civil |
|---|-------------------|------|-----|---------------------------------|-------------------------------------|---------------------|-----------------------------|------------------|-----------------|----------|-----------------|
| 1 | Luiz              | M    | B   | Pai                             | 9/12/64                             | 3ª série<br>I Grau  | Caminho<br>neiro            | São<br>José      | Palhoça         | Católica | Casado          |
| 2 | Lúcia             | F    | B   | Mãe                             | 21/4/63                             | 2ª série<br>II Grau | Do lar                      | Caça-<br>dor     | Palhoça         | Católica | Casada          |
| 3 | Leonar-<br>do     | M    | B   | Filho                           | 14/2/87                             | -                   | -                           | Fpolis           | Palhoça         | Católica | -               |
| 4 | Luciano           | M    | B   | Filho                           | 30/7/89                             | -                   | -                           | São<br>José      | -               | Católica | -               |

### GENOGRAMA INTERACIONAL E MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA LUA



\*Lúcia fez questão de separar Religião de Igreja.

## LISTA DE PROBLEMAS E DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

## Categorias de Problema      Conceitos Envolvidos

A: Atual                              C: Crescimento                      DFP: Definição de papéis

P: Potencial                        D: Desenvolvimento              AP: Ajustamento de papéis

DSP: Desempenho de papéis

I: Data de Identificação do Problema

R: Data da Resolução do Problema

DIF: Diagnóstico Intra-Familiar

DEF: Diagnóstico Extra-Familiar

I+: Interação Positiva

IP: Interação Perturbada

I-: Interação Negativa

SI: Super-Interação

| Nº | Problema                                                            | Categoria do problema | Conceitos envolvidos | I | R    | DIF  | DEF |
|----|---------------------------------------------------------------------|-----------------------|----------------------|---|------|------|-----|
| 1  | RN pequeno para idade gestacional (PIG)                             | A                     | CD, DSP              |   | 31/7 |      |     |
| 2  | Uso de venóclise e fuidoterapia                                     | A                     | Idem                 |   | 31/7 | 1/8  |     |
| 3  | Uso de Berço Aquecido                                               | A                     | Idem                 |   | 31/7 | 1/8  |     |
| 4  | RN com pele seca                                                    | A                     | Idem                 |   | 31/7 | 3/8  |     |
| 5  | Pouca estimulação                                                   | A                     | Idem                 |   | 31/7 | 1/8  |     |
| 6  | Pouco contato dos pais                                              | A                     | Idem                 |   | 31/7 | 18/8 |     |
| 7  | Pai não aceitou gestação desconfiando que filho poderia não ser seu | A                     | Idem                 |   | 31/7 |      | IP  |
| 8  | Mãe apresentando fissura no mamilo                                  | A                     | Idem                 |   | 2/8  | 18/8 |     |
| 9  | Mãe com dúvidas sobre cuidados e desenvolvimento do filho           | A                     | Idem                 |   | 3/8  | 18/8 |     |
| 10 | Mãe triste e ansiosa pela alta do RN                                | A                     | Idem                 |   | 3/8  | 18/8 | I+  |

## LISTA DE OBJETIVOS

ME: Mutuamente Estabelecido

NME: Não Mutuamente

Estabelecido (pela enfermeira)

| Data/<br>Hora | Nº do<br>Problema | Objetivo                                                        | Caracte-<br>rística | Passos                                                                                                                                                  | Prazo |
|---------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------|---------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|
| 31/07/89      | 1                 | Controlar crescimento e desenvolvimento                         | NME                 | - pesar RN, registrando alterações<br>- manter Tax entre 36,4 e 36,8°C<br>- incentivar aleitamento materno                                              | 31/7  |
|               | 2                 | Manter-se hidratado, com equilíbrio hidroeletrólítico           | NME                 | - verificar fluxo e refluxo<br>- controlar gotejo<br>- observar sintoma                                                                                 | 31/7  |
|               | 3                 | Manter temperatura corporal                                     | NME                 | - controlar Temperatura do berço                                                                                                                        | 31/7  |
|               | 4                 | Manter pele umidificada e íntegra                               | NME                 | - umidificar pele do bebê                                                                                                                               | 31/7  |
|               | 5 e 6             | RN ser estimulado<br>Pais contactarem mais com RN               | NME                 | - orientar equipe e família sobre importância da estimulação (contato) para crescimento e desenvolvimento<br>- conversar com RN, pegar ao colo, tocá-lo | 31/7  |
|               | 7                 | Pai aceitar RN e ter interação positiva                         | NME                 | - conversar com a mãe sobre situação                                                                                                                    | 31/7  |
|               | 8                 | Eliminar fissura em mamilo                                      | NME                 | - orientar banho de luz e sol<br>- investigar terapêuticas alternativas                                                                                 | 4/8   |
|               | 9                 | Manter tranquila quanto aos cuidados e características do filho | NME                 | - orientar sobre temperatura, alimentação, crescimento, desenvolvimento, cuidados para prevenir assaduras, icterícia                                    | 3/8   |
|               | 10                | Obter tranquilidade quanto à alta do RN                         | NME                 | - agilizar processo de alta hospitalar                                                                                                                  | 3/8   |

## X - CONFRONTANDO COM A REALIDADE: ANÁLISE E DISCUSSÃO



### - O que foi trabalhar com um marco conceitual

Ao parar e analisar o que foi trabalhar com um marco conceitual, percebi que o mesmo realmente atuou como uma referência para que eu pudesse interagir com a família do RN, auxiliando-me a identificar o que era significativo observar, relacionar, planejar, além de me fornecer subsídios para refletir e interpretar o que estava vivenciando.

O fato do marco conceitual representar idéias globais, crenças e valores sobre indivíduos, grupos e situações que permeiam a

prática assistencial fez com que eu parasse e refletisse sobre estes aspectos, tentando transportá-los para o papel. Posso dizer que foi um momento único experienciado em minha vida profissional que não foi representado por um instante apenas, mas por todo um processo vivido durante vários anos.

Mesmo não refletindo ou escrevendo, desenvolvemos, ao longo de nossa vida, muitas idéias, crenças, valores e até conceitos sobre o que nos cerca. Estes aspectos, por sua vez, com o passar do tempo, vão amadurecendo e passam a nos acompanhar de forma implícita, a exemplo de nossa própria alma que está sempre conosco, porém muitas vezes não tomamos consciência dela, pois não a vemos. Elaborar um marco conceitual foi como "vestir" esta alma.

As reflexões sobre minhas crenças, valores, o que é o ser humano, a sociedade, o meio que nos cerca, a enfermagem, a família, recém-nascido, a família do recém-nascido, papéis, interação e sua importância para a vida das pessoas, entre outros aspectos, foram definindo algumas de suas características que eram como peças de indumentária da alma.

Ao entrar no universo dos autores com suas idéias e suas teorias, fui então também identificando estas características em alguns. Ou seja, eram idéias, crenças, valores e conceitos que mesmo sendo de outro (como LEININGER, 1985; KING, 1981; e os autores do Interacionismo Simbólico), traduziam o que eu acreditava. Desta forma, ter elaborado o marco conceitual foi como ver a alma com sua indumentária, materializada, para que eu mesma e todos pudessem visualizá-la. Quando temos um marco conceitual, as pessoas sabem o que pensamos e sobre quais pressupostos estamos desenvolvendo nossa assistência. E, pinçando este ponto, afirmo que foi e é importante trabalhar com um marco conceitual, respaldada por SOUZA (1984) quando nos diz que o marco facilita a comunicação entre os profissionais, fornecendo uma abordagem mais unificada para a prática.

Outro ponto positivo a ser destacado refere-se a percepção da interligação existente entre a prática que eu já desenvolvia, a elaboração do marco conceitual e a experiência vivenciada junto à família do recém-nascido, durante a aplicação deste marco conceitual. A idéia desta interligação pode ser representada por uma espiral conforme a figura abaixo.



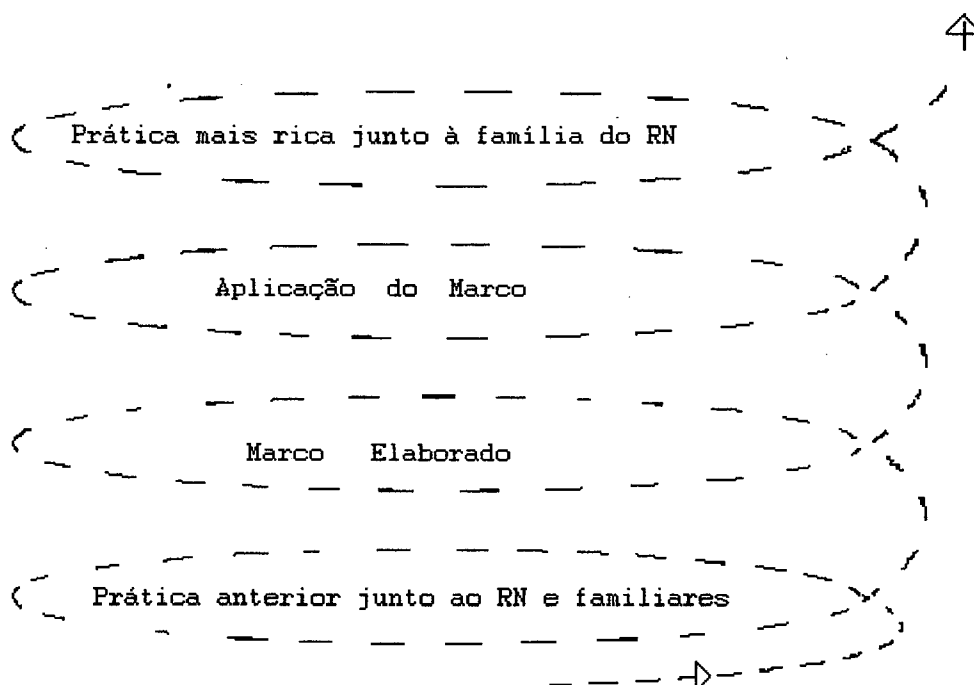


Figura 7 - Representação Gráfica da Interligação entre a Prática e o Marco Conceitual

Ou seja, o marco conceitual emergiu de uma prática assistencial anterior junto à família do recém-nascido ao longo de alguns anos, na qual eu já valorizava alguns aspectos como: a interação entre a família e seu recém-nascido; a participação do pai; o impacto da chegada do recém-nascido sobre os papéis já existentes, provocando sua reestruturação e fazendo surgir novos papéis na família. Assim, ao elaborar o marco conceitual, busquei idéias que contemplassem estes elementos por mim valorizados e que caracterizavam de certa forma, um marco implícito. O marco conceitual elaborado, deste modo, veio representar uma síntese entre conhecimentos novos adquiridos e outros conhecimentos, idéias e crenças que vinham num processo de amadurecimento há algum tempo. A aplicação deste marco na prática, por sua vez, refletiu o marco previamente elaborado. Como resultado, a prática junto à família do recém-nascido já não é mais a mesma, pois agora está mais enriquecida.

## - O que foi trabalhar com um marco conceitual interacionista

O desenvolvimento de uma prática assistencial de enfermagem junto a família de recém-nascido, tendo como referência um marco conceitual embasado fundamentalmente na Teoria da Interação Simbólica foi uma experiência rica, gratificante e única para mim. No meu entendimento, de um modo geral, houve facilidade em aplicar o marco conceitual elaborado, o que pode ser atribuído a vários fatores. O primeiro aspecto refere-se ao fato de que houve uma afinidade com a teoria, especialmente com seus pressupostos, pois ela respaldava uma crença minha de que o enfermeiro para prestar assistência aos seus clientes e, no caso específico à família do recém-nascido, deve conhecer suas percepções, expectativas, bem como suas crenças e valores, ou seja, o significado que as coisas tem para eles; seus símbolos. Isto porque entender seus símbolos, é conhecer seu mundo, sua realidade, sua história, e acredito que somente assim é possível prestar uma assistência efetiva.

Falei de minha afinidade com os pressupostos do Interacionismo Simbólico, todavia cabe destacar que discordo do pressuposto de que o recém-nascido é "associal" ou não tem predisposição para agir, respaldada por todas aquelas características e capacidades interacionais do recém-nascido já exploradas na revisão da literatura deste trabalho. Entretanto, poderiam questionar-me: "como é possível trabalhar com uma teoria que tem exatamente estas concepções sobre o recém-nascido?" A consideração que fiz sobre este aspecto é a de que estes pressupostos refletem um pensamento do início do século, e conforme MERCER (1989), precisa ser revisto, já que estudos (sobre temperamento e atividade fetal e neonatal) tem provado o contrário.

Em segundo lugar, o embasamento na Teoria da Interação Simbólica ajudou consideravelmente a trabalhar os processos internos da família do recém-nascido, enquanto pequeno grupo, principalmente na questão dos papéis. Este ponto de facilitar o estudo de processos internos da família inclusive tem sido apontado por MERCER (1989) como uma grande força da teoria.

Outro aspecto, estreitamente relacionado com o anterior, diz respeito à interligação observada entre os pressupostos e conceitos, os pontos encontrados na Revisão da Literatura e a realidade. Ou seja, percebia que certas situações eram referenciadas na literatura, que, por sua vez, podiam ser

explicadas pelos próprios pressupostos do marco. Por exemplo, BANTON e LUM (1986) referem que o alojamento conjunto e a abertura da visita são importantes para os pais do bebê para tornarem-se confiantes e além disto encorajá-los a "assumir o papel do outro" entre si. Aí encontramos nos conceitos do marco que "o enfermeiro para atingir seus objetivos 'assume o papel da família do recém-nascido', estimulando a família do bebê a desenvolver sua habilidade de 'assumir o papel do outro'", idéia esta baseada em MAURIN (1983) e HAGUETTE (1987). Acrescentando-se a isto, ainda temos que "o 'assumir o papel do outro' é condição 'sine qua non' para que exista uma interação saudável..."

Um último aspecto que facilitou minha aplicação do marco na prática refere-se ao fato de ele ter emergido de uma prática assistencial anterior junto ao recém-nascido e sua família.

Quanto a dificuldade encontrada na aplicação deste marco conceitual baseado no Interacionismo Simbólico posso dizer que ela surgiu naqueles momentos em que tentei trabalhar os aspectos sociais mais profundamente, como por exemplo a definição de um diagnóstico extra-familiar. Trago aqui este problema de uma etapa do processo de enfermagem, pelo fato de que ele é fundamentado no marco conceitual elaborado, que agora está em questão. Percebo que minhas próprias limitações devem ter contribuído para esta dificuldade. Entretanto, refletindo um pouco mais, identifiquei que as limitações da teoria referidas nas críticas de autores como MERCER (1989) tinham uma relação muito estreita com minha própria dificuldade, pois afirmam que o Interacionismo Simbólico interpreta a família em termos de dinâmica interna, mas nem sempre considera o impacto do meio social e a força que este exerce sobre a família e seus membros. Forças estas que, segundo MERCER (1989), constituem-se em parte importante na compreensão de papéis, respostas, adaptação e organização da família. Por outro lado, já que falo aqui destas críticas, gostaria de abordar dois pontos levantados pelos autores, dos quais discordo fundamentada na minha prática assistencial aplicando este marco.

GHIORZI (1988), ao realizar sua bem feita crítica à linha interacionista à luz da perspectiva do materialismo histórico, referiu que os interacionistas não tem uma abordagem histórica. MERCER (1989), por sua vez, afirmou que a visão interacionista, apesar de estudar o ambiente simbólico, nem sempre considera o impacto cultural na família. E então pergunto: como posso conhecer

o ambiente simbólico da família do recém-nascido sem conhecer o significado que as "coisas" têm para ela? Quando conheço o significado que as "coisas" têm para a família Mares, Lua, Sol ou Flores, estou também conhecendo sua própria história, pois estes símbolos são o resultado desta história, já que são aprendidos através da interação com outras pessoas e, enfim, com a sociedade, ao longo da vida.

Quando Maria Mares (avó do recém-nascido Marcus) não queria que sua filha, Maria Mares (mãe do bebê) fosse visitar a família de seu namorado, Marcelo (pai do bebê), era para evitar que sua filha viesse a sofrer humilhações como ela própria já havia sofrido com a família de seu esposo. Como se pode observar, havia toda uma história por trás desta situação. Maria, a partir de suas interações ao longo da vida, havia atribuído este significado a esta situação definindo-a deste modo. Além disto, esta história de Maria não é algo isolado, ela representa um reflexo de um contexto histórico-social maior no qual a sociedade não só a nível de Brasil, mas mundial, impôs normas muito rígidas em relação ao comportamento da(s) mulher(es), reproduzindo a existência de um sistema de dominação.

Já na Idade Média, conforme CORADINI e BARBIANI (1983), a repressão contra as mulheres começava a ser exercida através da caça às bruxas, por influência principalmente da Igreja. Esta repressão, ligada à determinação da inferioridade da mulher, veio percorrendo séculos até chegar nos nossos dias, tanto em países socialistas como nos capitalistas, estando sempre respaldada pelo sistema familiar vigente. Quando Maria tinha a idade de Mara, há 20 anos, no Brasil em plena época do "Milagre Brasileiro", onde o governo mostrava toda a força do seu autoritarismo, a mulher sofria muito mais discriminações, havendo uma grande repressão, e ser mãe "solteira" significava recriminação e isolamento na maioria dos casos.

Estes significados também são resultados da cultura onde estas famílias vivem; pois é impossível haver uma desvinculação. Através da própria socialização, aprende-se os valores e normas culturais que o indivíduo e sua família irão seguir. MAURIN (1983), ao falar sobre o Interacionismo Simbólico na família, destaca como ponto importante da natureza humana o aspecto de que o ser humano quando nasce entra num mundo que inclui uma cultura.

Todavia, como é muito bem colocado nos pressupostos por ROSE (1980), "isto não implica em determinismo cultural, devido às importantes pressuposições sobre a natureza humana". Ou seja, como o ser humano é capaz de pensar, agir e reagir, ele também faz suas próprias interpretações, escolhendo aquilo que lhe parecer melhor e mais conveniente para a sua vida dentro de sua própria cultura, podendo inclusive vir a introduzir modificações nesta cultura.

Feitas estas considerações falemos então propriamente sobre os conceitos e pressupostos do marco. Quando elaborei o projeto de dissertação, havia desenvolvido 19 conceitos: sociedade, ser humano, interação, ambiente físico, ambiente simbólico, saúde/doença, família, família do recém-nascido, enfermagem, enfermagem à família do recém-nascido, crescimento e desenvolvimento, posição, papel, assumir o papel do outro, construir o papel, grupo de referência, símbolo, definição de situação e self. Durante o desenvolvimento de todo o trabalho, a partir da aplicação do marco à prática e das discussões com a orientadora, permaneci com 15 conceitos basicamente, isto porque haviam conceitos como família e família do recém-nascido; enfermagem e enfermagem à família do recém-nascido que podiam ser agrupados em um só, já que um conceito era decorrente do outro.

Quanto ao conceito "construir o papel", havia sido decidido que ele seria suprimido, já que durante a aplicação ele havia sido pouco trabalhado. Entretanto, continuando com um permanente processo de reflexão, percebi este conceito espelhado na situação que a Família Mares estava vivenciando. Deste modo ele permanece, entretanto integrado ao conceito de papel.

O conceito de símbolo ficou integrado ao conceito de ambiente simbólico. No conceito interação, os aspectos referentes ao conceito de símbolo, propriamente dito também foram suprimidos, por considerar que assim haveria uma melhor compreensão, além de não ficar repetitivo.

O conceito de ambiente simbólico teve algumas modificações em sua redação, como o acréscimo do que é símbolo e a supressão dos aspectos do ambiente físico, refletindo uma maior compreensão de seu sentido mais amplo. Penso que retirando "é mais do que ambiente físico" evitar uma vinculação limitante do ambiente simbólico com o ambiente físico.

Considero que os conceitos de "self", grupo de referência, e ambiente físico foram pouco trabalhados durante a prática

assistencial, mas devem permanecer no marco, pois penso, em algumas situações, poderão ser mais utilizados.

As modificações de redação de alguns conceitos, como ser humano, ambiente físico, saúde/doença, "assumir o papel do outro", definição de situação, "self", enfermagem à família do recém-nascido ocorreram com objetivo de esclarecer e melhorar seu entendimento, não tendo havido modificação de sentido e compreensão por parte da autora.

Neste relatório final, apresentei os conceitos acrescentando sua compreensão específica para a família do recém-nascido, por acreditar que esta forma seria mais inteligível, principalmente à situação neonatal; sendo mais objetiva para outros profissionais que possam querer utilizá-la de algum modo.

Passarei agora a fazer um paralelo entre alguns conceitos e pressupostos deste marco conceitual com a realidade das famílias de recém-nascido com as quais interagi na sua aplicação. Cabe salientar, entretanto, que não tenho o objetivo aqui de esgotar todos os aspectos que esta comparação poderia trazer, devido à extensão que isto representaria, visto que a interação ocorreu com mais de uma família. É importante destacar que mesmo uma família pode ter vários aspectos que ilustram muito bem como um conceito pode ser visto na realidade. Além disto, deve ser lembrado que já houve uma discussão sobre os conceitos quando abordei os problemas levantados nos encontros junto à Família Mares nas "Notas Teóricas" do capítulo "Implementando o Marco Através do Processo de Enfermagem". Neste caso, foram discutidos basicamente os conceitos de interação, crescimento, desenvolvimento, papel (definição, ajuste, desempenho), por constituírem a própria definição de problema. Por outro lado, eles também fazem parte do conceito de saúde/doença que, assim, também acaba sendo abordado.

### **Ser Humano**

O conceito de ser humano pode muito bem ser ilustrado pela avó do recém-nascido da Família Mares. Maria é única, tem sua história de vida e está se desenvolvendo. Faz parte da Família Mares e da sociedade (onde estão suas vizinhas, suas clientes, por exemplo) com a qual interage. Dentro de sua família, agora ocupa a posição de avó, mas às vezes desempenha também o papel de mãe do recém-nascido tomando decisões, cuidando dele. Entretanto, ela percebe e

desempenha este papel como seu, respaldada pela expectativa dos próprios pais do bebê: "conversando com Mara, ela me referiu que seria a avó (sua mãe) quem iria cuidar de Marcus em casa" (dia 27/7/89, no hospital). Ou seja, os atributos e comportamento de Maria são sustentados pela própria família.

Maria com o nascimento de Marcus vivenciou um novo estágio com definição de um novo papel "ser avó" e redefinição de outros como "ser mãe", "ser cabeleireira", ...).

#### **- Interação e Enfermagem à Família do Recém-Nascido**

O conceito "interação" realmente foi central podendo ser considerado o "coração" deste marco conceitual, já que se inter-relacionava com os outros conceitos, determinando-os inclusive. A partir dele, foi possível perceber que existem diferentes tipos de interação, o que resulta em determinar saúde/doença. Observou-se que o comportamento de cada membro das famílias de recém-nascido era causa e também efeito na relação com o comportamento de outros.

No sétimo encontro que eu tive com a Família Mares, já em sua residência, pude constatar através da cliente de Maria (avó do bebê) a seguinte situação. Ao saber da gravidez de sua filha Mara, Maria referia que não queria nem olhar muito o neto. Quando comecei à interagir com a família a situação era a de que a avó havia assumido totalmente o neto, inclusive demonstrando muito apego e carinho por ele. Quando o bebê chorava à noite, permanecia acordada, cuidando dele. Ficava com o neto ao colo, embalando-o durante um grande espaço de tempo. "... ele está manhoso e só quer ficar no colo com embalo..." (Mara contando sobre o bebê para mim). Este episódio mostra claramente que o comportamento do recém-nascido (e também de Mara, Marcelo, ..., mas principalmente do bebê) levou ao comportamento de Maria (havendo até mudança de uma postura anterior). Maria, por sua vez, também contribui para que o recém-nascido tivesse um comportamento "manhoso, só querendo ficar no colo".

Cabe ressaltar que aqui enfoquei mais diretamente a avó e o bebê, entretanto não podemos esquecer que esta interação também foi/é influenciada pelos outros membros da família e também pelo próprio meio onde vivem.

A afirmação de que a interação entre o recém-nascido e sua família depende de aspectos sócio-econômicos, espirituais, bem como de aspectos físico-biológicos e psicológicos pode ser observada na prática assistencial.

A Família Sol apresentava uma interação perturbada, pois ficou alguns dias afastada de seu bebê não indo visitá-lo no berçário. Após interagir com os pais do recém-nascido, constatou-se que eram muito interessados e carinhosos com o seu bebê; entretanto espaçavam a visita porque seu outro filho tinha episódios convulsivos e estava muito febril, o que poderia desencadear novas crises. Somando-se a esta situação, havia o fato de que não tinham com quem deixá-lo; não podiam pagar ninguém para cuidá-lo; o pai era o único provedor econômico da família, não podendo também faltar ao serviço para cuidar do filho e sua esposa ir visitar o recém-nascido no hospital. Além disto, o filho mais velho do casal só ficava com a tia paterna, mas nem sempre ela tinha disponibilidade de ajudar, já que também tinha seus próprios compromissos. Esta situação ilustra como os aspectos sociais e econômicos podem interferir na interação.

A interação nesta família pode ainda elucidar como os aspectos espirituais influenciam a interação. Num certo dia, Sandra Sol (mãe do bebê) informou-me que no dia seguinte não viria também porque seria o nono dia após o parto, e "o nono dia após o parto é muito perigoso;.. todo mundo fala! A gente tem que se resguardar ..."

A influência de aspectos físico-biológicos na interação pode ser ilustrado com o caso da Família Lua. Luciano (o bebê) estava no berçário porque era Pequeno para a Idade Gestacional (PIG). Quando encontrei à Família Lua na Unidade Neonatal, em Cuidados Especiais, Lúcia e Luiz (pais do bebê) estavam parados em frente ao berço aquecido, olhando Luciano que ali estava com uso de venóclise e recebendo soro. Observavam atentamente o seu bebê, mas não o tocavam. Após o recém-nascido passar para o setor de "Cuidados Mínimos", não estando mais em berço aquecido e sendo suspensas a venóclise e a fluidoterapia, observou-se-se que tanto a mãe, quanto o pai de Luciano o pegavam ao colo, acariciando-o. Mais tarde, já em casa, Lúcia, ao ser questionada sobre o assunto, referiu que o fato de seu filho estar no berçário, em berço aquecido e "no soro" atrapalhava o seu contato e de seu esposo com



o bebê "... muitas vezes não sabíamos se podíamos tocar nele ou não..."

A relação entre os aspectos psicológicos e a interação pode ser exemplificada com a situação da Família Mares. Mara Mares (mãe do bebê) não pegava seu filho no colo, após sua cirurgia, mesmo depois de estar em sua casa. Isto porque Maria (avó do recém-nascido) não permitia "... a mãe não está deixando eu fazer nada..." Este comportamento de Maria era efeito de uma conversa sua com a obstetra de sua filha na qual lhe falou que a complicação da cesárea de Mara provavelmente era decorrente de movimentos feitos por ela. Maria desta forma sentiu-se culpada, pois, segundo ela, se a tivessem avisado antes não teria deixado Mara fazer nada naquele período. Entretanto, sua conduta afastava Marcus (o bebê) de sua mãe, afetando assim a interação entre os dois. Como falei, esta situação é apenas uma pequena ilustração, pois cada momento vivenciado junto à Família Mares e as outras famílias documentaria muito bem este conceito.

A partir da prática assistencial, senti que a enfermagem realmente implicava um processo de interação, onde ao desempenhar meu papel buscava compartilhar significados, entender os símbolos, que englobavam as crenças e também os valores das Famílias Terra, Flores, Sol, Mares e Lua. Isto porque sempre tive a crença de que somente deste modo, conhecendo seu mundo (interno e externo), sua compreensão das coisas e da vida, é que eu, na verdade, poderia assisti-los, visando a promoção e a manutenção da saúde familiar (traduzida aqui como interação positiva/saudável), bem como a prevenção e a recuperação da doença familiar (entendida como interação perturbada, interação negativa e super-interação)). Tudo isto no estágio em que a família está em expansão, isto é, naquele momento de sua história iniciado pela chegada de um recém-nascido ao seu meio. A partir da minha experiência profissional, sempre acreditei que a interação vivenciada neste estágio tinha reflexo na interação dos períodos subseqüentes da vida familiar, o que pode ser respaldado também pela literatura. Daí, tanta preocupação em promover e manter a saúde familiar, (traduzida aqui como uma interação positiva/saudável), bem como prevenir e recuperar a doença familiar (entendida aqui como a interação perturbada, negativa e a super-interação), neste período da vida de uma família, visando, deste modo, uma vida futura onde haja um relacionamento direto no qual se expresse sentimentos de afeto,

sendo livre de tensões, evitando-se assim uma relação familiar de hostilidade, indiferença, desrespeito e agressividade.

RIBEIRO (1990) reforça muito bem esta relação que existe entre a interação no período neonatal, a interação que se desenvolve posteriormente na história familiar e o papel da enfermagem. "Esta situação de maltrato, talvez não ocorresse se a enfermagem tomasse consciência da importância da interação mãe/filho, desde a concepção e, principalmente, no nascimento da criança. Se a enfermagem tivesse agido de outra forma, talvez não encontrássemos esta situação tão agravada. Mas ela não promoveu a interação desta mãe com seu filho prematuro" (RIBEIRO, 1990, p.248).

Creio que meu desempenho de papéis esteve de acordo com o marco, pois estava buscando possibilitar o crescimento e o desenvolvimento da família, assim como a definição, o ajustamento e o desempenho de papéis de seus membros. Fiz isto quando investiguei o que é ser mãe/ser pai/ser avó, como se sentiam; quando procurava situações para refletirem sobre sua realidade; quando orientava sobre: a importância da presença e da participação dos pais; as capacidades interacionais do recém-nascido; a situação de seu bebê no berçário e em casa, bem como os cuidados de seu filho.

#### **- Família do Recém-Nascido/Crescimento e Desenvolvimento/ Posição/Papel**

Apresento os conceitos de crescimento e desenvolvimento/posição/papel em conjunto com o conceito de família do recém-nascido, por considerá-los bastante inter-relacionados e por acreditar que se os apresentasse separadamente correria o risco de ficar muito repetitivo.

Penso que o conceito de família proposto para o marco conceitual, na realidade "traduziu" as famílias de recém-nascido com as quais interagi.

Na situação da Família Mares, julguei que realmente pode ser considerada uma família, segundo o meu marco conceitual. Incluindo Marcelo (e talvez até sua família de origem), Marcus, Mara, Maria, Miriam e Maurício, penso que são ligados no mínimo por laços de nascimento (no caso, o de Marcus). Digo no mínimo, porque através da interação com eles, pude sentir que entre Maria, Mara, Marcus,

Maurício e Miriam, além do laço de nascimento existe ainda o de afinidade/afeto.

Percebeu-se que os membros da família agem e reagem através do uso dos símbolos. O episódio no qual Maria impediu que sua filha visitasse a família de Marcelo, para evitar que ela sofresse, como ela própria já havia sofrido com a família de seu ex-marido pode elucidar esta afirmação.

A Família Mares tem sua história e o nascimento de Marcus veio demarcar um novo estágio nesta história, onde mudanças aconteceram. Pode-se dizer que a família está crescendo e também se desenvolvendo, visto que esta nova situação provocou uma série de adaptações, reflexões, tomadas de decisão, posicionamentos, embora com dificuldade.

Viu-se que cada membro da família ocupa uma ou mais posições para as quais um número de papéis são designados. Além disto, cada membro familiar desempenha diversos papéis, não só dentro da família, mas também fora dela.

Com a chegada do recém-nascido Marcus, Maria, Miriam, Maurício, Mara e Marcelo passaram a ocupar novas posições, havendo definição de novos papéis e redefinição de outros já existentes. Maria passou a ser avó, tendo que redimensionar seu papel de mãe, sogra e cabeleleira, entre outros. Miriam e Maurício tornaram-se tios, redefinindo seus papéis de irmãos, estudante e cunhado(a). Mara e Marcelo passaram a ser mãe e pai, respectivamente, tendo que redeterminar seus papéis de filhos, namorados, irmãos, cunhados, nora/genro, estudantes e amigos.

Percebeu-se que cada posição tem uma contra-posição, bem como cada papel pressupõe algum contra-papel. Além disto, observou-se também que cada membro da família percebe seu(s) papel(éis), assegurado pelos demais membros da família. A situação relatada por Maria e Mara quanto aos seus papéis, curiosamente, ilustra bem a situação, apesar de caracterizar uma confusão. Maria tem a posição de mãe de Mara, Miriam e Maurício e avó de Marcus; Mara, por sua vez, tem a contra-posição de filha de Maria e a posição de mãe de Marcus. Marcus tem a contra-posição de filho de Mara e neto de Maria. Quando Maria diz: "Eu, por exemplo, não estou conseguindo definir meu papel! Às vezes, não sei se sou mãe ou avó". Mara está assumindo um contra-papel de ser irmã de Marcus, assim como Miriam, que também relatou às vezes ficar confusa. Toda esta

situação se mantinha porque o comportamento de Maria e Mara eram respaldados pelos outros membros da família e entre elas mesmas.

### **Assumir o Papel do Outro**

O processo de "assumir o papel do outro" foi mais experienciado por mim, enfermeira. Ao desempenhar meu papel junto às famílias Terra, Flores, Mares e Lua, interagia com elas sempre buscando compreendê-las e, com este objetivo, colocava-me no lugar de seus membros, tentando sentir a situação como eles. Percebia que isto me aproximava mais destas famílias.

Tinha a finalidade de estimular os elementos das famílias com as quais interagi a "um assumir o papel do outro". Ilustrando, fiz isto quando expliquei as reações prováveis e esperadas de um pai de recém-nascido a Mara e Maria, por ocasião do relato de ambas de que Marcelo estaria com ciúmes de Marcus e Mara.

### **Saúde/Doença Familiar**

Revedo este conceito, observa-se que não houve uma interação saudável (positiva) na Família Mares. Detectou-se que existia uma dificuldade de crescimento e desenvolvimento, havendo também dificuldade de definir, ajustar-se e desempenhar seus papéis, principalmente no caso de Mara, Marcelo e Maria. Pode-se dizer que a família estava "doente", pois vivenciou-se uma interação onde havia situações tensas; de sofrimento, afastamento, super-proteção e incentivo à dependência, caracterizando, desta forma, uma interação perturbada e uma super-interação.

Deste modo, coube a mim, enfermeira, desenvolver ações que objetivassem a recuperação deste tipo de interação, buscando promover uma interação positiva, bem como a prevenção de uma possível interação negativa.

### **Ambiente Físico**

O ambiente físico imediato das famílias com as quais interagi, visando o desenvolvimento deste trabalho pode ser representado principalmente pelo berçário (com todos os seus equipamentos), o alojamento conjunto e o domicílio das famílias. Considero como imediato o ambiente físico representado por aqueles elementos que

estavam mais presentes, mas obviamente podem ser incluídos, a terra, a água, o clima, a vegetação, os animais, móveis, objetos, local onde habitam (rua, bairro, cidade, ...).

A afirmação de que o ambiente físico, por si só, tem a capacidade de influenciar a interação, a família do recém-nascido e cada um de seus membros, a sociedade, crescimento e desenvolvimento, saúde-doença pode ser constatada na prática assistencial.

### **Ambiente Simbólico e Definição de Situação**

Estes conceitos estiveram muito presentes na prática assistencial. Foi possível perceber que tanto as famílias de recém-nascido, como eu própria, enquanto enfermeira, temos um ambiente simbólico, onde vivemos e do qual recebemos influências sobre o nosso comportamento e vice-versa.

O fato de eu ter bloqueios e receios de expandir minhas atividades para o Alojamento Conjunto e para o domicílio das famílias pode elucidar o meu ambiente simbólico. Ora, sempre trabalhei dentro das paredes do berçário e o Alojamento Conjunto para mim simbolizava outra área de atuação, apesar de o recém-nascido também ser assistido lá. Através da interação vivenciada durante minha formação e também atividades profissionais na área de neonatologia e alojamento conjunto, pude desenvolver todo um significado de que as duas áreas eram bem distintas. Existiam limites geográficos bem definidos, com equipes de enfermagem específicas para cada setor. Os enfermeiros e equipe de cada área dificilmente penetravam no outro espaço. Geralmente, encontravam-se na porta do berçário para trocar informações sobre o recém-nascido e sua família, ou então faziam isto por telefone.

No caso de minha expansão para o domicílio das famílias, eu havia criado um ambiente simbólico em que eu saía dos "meus domínios", para entrar "nos domínios da família". Ora, a interação anterior, dentro do berçário, trazia-me uma certa segurança, era o meu "ambiente familiar", pois eu conhecia todos os cantos daquele lugar; toda aquela "parafernália" de equipamentos, e todos que ali trabalhavam. Além disto, quer eu queira ou não, eu tinha também o respaldo de chefiar aquele meio. Mas ir até a casa das famílias? Lá era o seu lar, o seu mundo, como eu iria entrar lá? Eu não conhecia nada de lá! Será que havia algo para me respaldar?

Tudo isto me levou a definir esta situação como "invasão". Eu estava invadindo tanto no caso do alojamento conjunto (invasão de outra área profissional), como no caso do domicílio, pois sentia-me invadindo a privacidade daquelas famílias.

Na cultura a qual vivo quando se espera um bebê (e, é claro, se tem condições econômicas), é comum realizar preparativos para a chegada do recém-nascido, como por exemplo, arrumar um espaço para ele, fazer lembrancinhas. Estes aspectos, com os quais interagi durante minha vida, fizeram-me criar um ambiente simbólico que, ao conhecer o quarto de Marcus (todo enfeitado) e ganhar uma lembrancinha de seu nascimento, levaram-me a definir a situação da chegada do recém-nascido como um momento importante realmente esperado pela família. Isto também me fez compreender porque Mara, Maria, Maurício e Miriam demonstram tanto amor e carinho, preocupação e dedicação por Marcus, já que a família do recém-nascido age de acordo com sua representação em termos simbólicos da situação que está vivenciando com a chegada do novo ser.

Quando perguntei a Maria sobre como ela estava vendo a situação do nascimento de Marcus, ela, olhando para o neto, respondeu: "é mais um filho". E como pode ser visto, ela agiu conforme definiu a situação, desempenhando com frequência o papel de mãe de Marcus, confundindo-se muitas vezes e confundindo Mara. É importante frisar que eu, enfermeira, também agi de acordo com a representação simbólica da situação que experienciei. Além disto, visando a saúde familiar, busquei conhecer como a família do recém-nascido definia a situação do período neonatal.

## **Sociedade**

Os elementos da sociedade com os quais as famílias de recém-nascido aqui abordados mais interagiam eram seus familiares mais distantes, seus vizinhos, colegas de trabalho, amigos, instituição de ensino e na situação específica, a equipe de saúde. Apareciam ainda elementos ligados à religião e ao lazer, com os quais mais da metade das famílias referiram ter uma interação de distanciamento. No caso dos elementos da sociedade ligados à recreação, acredito que o distanciamento seja devido às condições sócio-econômicas das famílias com as quais interagi, visto que a Família Mares que tinha melhor situação foi a única a referir uma relação de aproximação. Quanto aos elementos ligados à religião,

não pude definir bem ao que estaria relacionado este distanciamento. Entretanto, a Família Lua fez questão de separar a religião da igreja referindo então o afastamento somente a esta. Isto me levou a pensar que no caso das outras famílias também poderia haver esta distinção.

Foi possível perceber que a sociedade influencia a família do recém-nascido e cada um de seus membros, sua interação, ambiente simbólico, seu crescimento e desenvolvimento, posição e papéis. Isto aparece muito na Família Mares, quando a vizinha (auxiliar de enfermagem) conta seus casos no hospital; quando o médico disse que a Mara teve complicações na cesárea porque se movimentou bastante. Na Família Flores, as vizinhas ajudavam Flávia (mãe do bebê) logo que voltou para casa, possibilitando, assim que ficasse mais tranqüila e descansada, para interagir com o seu bebê, definindo, ajustando-se e desempenhando seu papel de mãe e redefinindo seu papel de esposa e dona-de-casa. Na Família Sol pode-se elucidar a influência da sociedade na interação com seu filho, resgatando a situação em que Sandra Sol não foi visitar, seu bebê no hospital porque era o nono dia após o parto e as pessoas do meio no qual vive têm a crença de que o nono dia após o parto é perigoso, devendo haver resguardo.

Apesar das limitações que a Teoria da Interação Simbólica traz, segundo os autores, quando se quer trabalhar profundamente aspectos sociais, pode-se afirmar que este conceito de sociedade contempla a situação vivenciada ao interagir junto às famílias de recém-nascido, devido ao fato de que a família nesta etapa passa por um momento em que está muito voltada para o seu mundo interno.

Analisando ainda o meu conceito de sociedade, quando digo que "neste marco a sociedade é representada por todas às interações, da família do recém-nascido...", penso que, fundamentada no trabalho de CARTANA (1988), estou na realidade falando na rede social da família do recém-nascido, pois a autora define o termo rede social como "contatos pessoais mantidos com determinada frequência pelos membros de uma família ou pela família como grupo, com indivíduos ou grupos externos. Estes contatos proporcionam à família algum tipo de suporte". Entretanto, o conceito permanece válido já que a rede social existe em uma sociedade. Além disto, já havia usado este termo quando apresento o "Genograma Interaçional e Mapa das Interações da Família do RN com a Rede Social" (anexo 4).

Os pressupostos deste marco conceitual, tanto do Interacionismo Simbólico como os pessoais, já foram abordados ao longo da discussão deste capítulo, principalmente nos conceitos. Entretanto, cabe ressaltar o pressuposto cujo conteúdo foi emprestado de DELANEY (1986), pelo fato de traduzir uma idéia na qual muito eu acreditava "A família existe a partir do momento em que dois seres humanos ou mais se consideram uma família". Quando conheci a Família Mares cheguei a me questionar quanto a este pressuposto, pois Marcelo e Mara referiram "não ser uma família". Mesmo assim resolvi trabalhar com esta família. Na verdade devo confessar que fiquei bastante curiosa em conhecer quem "não se considera uma família". Refletindo durante muito tempo, fui percebendo que quando coloco o pressuposto não pretendo afirmar que a família só é família quando se considera como tal, mas que este também é um fator que deve ser considerado, não podendo ser esquecido. Segundo DELANEY (1986) seria um fator psicológico. Deste modo penso que o pressuposto ficaria mais adequado assim: "A família também existe a partir ..."

#### **- O que foi Trabalhar com um Processo de Enfermagem**

No item anterior falei sobre o que foi trabalhar com o marco conceitual, agora passo a abordar como foi a concretização desse marco na prática assistencial, ou seja, o processo de enfermagem. Isto porque segundo ELSEN e PATRÍCIO (1989) "na realidade, o marco se concretiza na prática, através da metodologia" e o processo de enfermagem, de acordo com STANTON et al. (1985) é essa metodologia a ser utilizada na prática de enfermagem.

Conforme já havia colocado em NITSCHKE (1988), o processo de enfermagem sempre foi um assunto polêmico entre os enfermeiros, observando-se no dia-a-dia uma dicotomia. Enquanto nas escolas de enfermagem ensina-se e se estimula o desenvolvimento e a aplicação do processo de enfermagem, no campo da prática percebe-se uma verdadeira ojeriza coletiva por parte dos enfermeiros quando se sugere sua aplicação. As colocações mais freqüentes que se ouvem sobre o processo são: "é muito extenso!"; "gasta muito tempo!"; "não temos número de enfermeiros suficiente para aplicá-lo!"; "isto é coisa para os tempos de acadêmico!"; "é fora da realidade!". E é na contradição deste último ponto que,



justamente, vejo o caminho para que a aplicação do Processo de Enfermagem seja algo palpável.

Tendo trabalhado com o Processo de Enfermagem baseado em Wanda Horta, desde os tempos de estudante até ingressar no curso de Mestrado, sempre acreditei (a partir de minha experiência) que o Processo de Enfermagem deva estar direcionado para a realidade que vivenciamos, levando-se em conta não só a clientela, a qual assistimos, mas também "as prioridades, necessidades, disponibilidade de tempo e de recursos materiais e humanos", conforme afirma WALDOW (1988). Penso que somente assim teremos êxito e poderemos afirmar que o processo de enfermagem é viável. Assim como foi viável o processo de enfermagem desenvolvido a partir da realidade já vivenciada anteriormente em diferentes unidades hospitalares e junto as famílias de recém-nascido, ao longo de minha vida profissional. Ao trabalhar com o processo, sentia-me respaldada para interagir com as famílias, havendo uma direção para assisti-las. Além disto, tinha a crença de que estava desenvolvendo um método científico de trabalho; o que vai de encontro com NEVES (1985) que concluiu que o processo de enfermagem segue o processo de pesquisa, sendo "que ambos utilizam sistematicamente o método científico de resolução de problemas". Meu sentimento de respaldo também pode ser amparado pelo trabalho da autora, quando cita outros autores que referem o método como um "conjunto das atividades sistemáticas e racionais que com maior segurança e economia permite alcançar o objetivo (conhecimentos válidos e verdadeiros), traçando o caminho a ser seguido, detectando erros e auxiliando as decisões..."

**- O que foi trabalhar com um processo de enfermagem à partir de um marco conceitual baseado no Interacionismo Simbólico**

No momento em que me identifiquei com a Enfermagem como um processo de interação entre o enfermeiro e a família do recém-nascido, concebendo-a como tal, baseada em KING (1981), pude concretizar tal crença através da metodologia que propus para desenvolver minha prática assistencial. A partir da aplicação do processo de enfermagem pude perceber que ele realmente era um processo interativo onde eu buscava resolver problemas, tendo por

objetivo promover e manter a saúde familiar decorrente de uma interação positiva e prevenir e recuperar a doença familiar resultante de uma interação que poderia ser perturbada, negativa, ou mesmo uma super-interação.

O processo de enfermagem proposto incluiu fases como Averiguação de Dados; Lista de Problemas; Diagnóstico de Enfermagem; Plano Assistencial que, por sua vez, era composto de duas etapas como a Lista de Objetivos e Prescrição de Enfermagem. A outra fase era a de Avaliação.

O aspecto mais significativo de ter trabalhado com o processo de enfermagem na prática assistencial interagindo com famílias de recém-nascido foi perceber na realidade a sua dinamicidade. Quando propus que o processo seria "caracterizado como um processo dinâmico", não imaginava a força desta característica na prática, pois as fases se sobrepunham, sendo algumas vezes difícil delimitá-las, visto sua interligação e complementariedade.

Visando a melhor compreensão do que foi trabalhar com o processo de enfermagem proposto, abordarei a análise de cada fase, incluindo também o seu respectivo instrumento de registro.

### **Averiguação dos Dados**

A fase de Averiguação de Dados foi fundamental para o desenvolvimento de todo o processo, visto que dela dependiam as outras fases. Assim como este aspecto, outros pontos propostos no projeto também foram possíveis de serem vivenciados na prática.

No projeto, propus que o enfermeiro deveria se apresentar à família no primeiro contato com ela. A partir da sua aplicação, penso que sempre devo explicar meu trabalho a todos os elementos da família, e se isto não for viável, a um número maior possível de seus membros. Isto porque não se pode esquecer que um membro sempre interage com o outro provocando influências no comportamento deste outro e vice-versa.

Além disto, é importante certificar-me se minhas colocações foram realmente compreendidas, pois esta compreensão interfere na interação enfermeiro-família. Interagindo com a Família Mares, por exemplo, sentia Miriam mais distante de mim do que os outros membros da família. Ao checar se estavam compreendendo realmente meu trabalho, ela referiu que "sinceramente, não". Naquela ocasião já havia percebido o fato. "Falei-lhes que imaginava isto... Para

Miriam então, eu nem havia explicado mesmo; o que era uma grande falha minha".

O desenvolvimento da "operacionalização dos conceitos" facilitou muito o meu trabalho, visto que desta forma foi possível direcionar o levantamento de dados de acordo com os conceitos do marco, integrando-se assim a teoria à prática.

Os dados foram coletados basicamente através de entrevista semi-estruturada e observação direcionada (Anexo 1); genograma interacional e mapa das interações, entre a família e a rede social (Anexos 2, 3 e 4); prontuário, além da observação livre e de conversas informais com a família e a equipe que eram bastante utilizadas.

O roteiro da entrevista semi-estruturada e da observação direcionada contemplou a prática. Apesar de considerá-lo muito extenso, penso que ele representa um amplo universo que pode guiar a coleta de dados do enfermeiro nas mais diferentes situações junto às famílias de recém-nascido. As partes mais trabalhadas do roteiro para entrevista e observação foram aquelas relacionadas com os conceitos de família; crescimento e desenvolvimento; definição de situação; interação e saúde/doença. As partes relacionadas à sociedade e aos papéis também foram trabalhadas. As partes ligadas aos conceitos de ambiente físico; ambiente simbólico; posição; self; grupo de referência e assumir o papel do outro foram pouco trabalhadas. O Exame Físico do recém-nascido foi realizado mais detalhadamente no hospital, sendo que o da mãe foi pouco trabalhado, talvez devido minha prática anterior mais centrada no recém-nascido e no paciente pediátrico mais especificamente.

O roteiro não teve sua ordem seguida rigorosamente, procurando-se deixar que emergisse da própria situação, visando não comprometer a interação enfermeiro-família. Nos momentos em que tive o roteiro em mãos, percebia interferência na minha interação com a família. De acordo com o proposto, os dados foram coletados gradativamente ao longo de meus encontros com as famílias de recém-nascido. Outro aspecto relevante foi perceber que o aprofundamento das questões necessitam de vários encontros com a família, dependendo fundamentalmente da qualidade da interação enfermeiro-família, o que pode muito ser elucidado por minha interação com a Família Mares e a Família Lua. A interação entre a Família Mares e eu permitiu aprofundar e também discutir

questões como o desempenho de seus papéis e, a sua confusão em relação a isto, a super-proteção de Maria em relação a Mara; o afastamento entre Mara e Marcelo.

Minha interação com a Família Lua também possibilitou que conversássemos sobre a desconfiança por parte de Luis Lua, em relação à paternidade do recém-nascido Luciano. Em ambos os casos, a interação entre enfermeiro e família pode ser considerada positiva.

A modificação realizada no roteiro da entrevista semi-estruturada e da observação direcionada em relação ao projeto refere-se a forma, tendo-se alterado da forma interrogativa anterior, para a forma de itens, conforme já apresento aqui.

Trabalhar com o genograma interacional e o mapa das interações da família com a rede social foi uma experiência inédita, interessante e válida para mim. Percebia que às famílias, por sua vez, também pareciam gostar deste modo de abordagem que lhes permitia se autovisualizar, situando-se. Outro aspecto que considero importante destacar é que sentia que utilizar estes dois instrumentos facilitava minha interação com as famílias, principalmente para iniciá-la; ponto que também é ressaltado por LEONARD (1989) quando fala de um instrumento semelhante: "Um modo conveniente e não ameaçador de iniciar a avaliação de uma família é utilizar o diagrama". O genograma interacional e o mapa das interações da família com a sociedade são excelentes para se ter uma visão do panorama das interações tanto intra como extra-familiares. Entretanto, penso que é necessária me tornar mais "familiarizada" com estes instrumentos, aplicando-os mais. Inicialmente, senti dificuldade em colocar a representação gráfica no papel, pois as famílias com as quais interagi tinham muitos elementos (às vezes mais de vinte). Nestes casos, a partir da prática percebi que a forma da representação gráfica do mapa das interações ficava diferente, sendo mais prático representar as famílias utilizando-se formas elípticas em vez das formas circulares propostas no projeto, conforme mostra a figura a seguir.

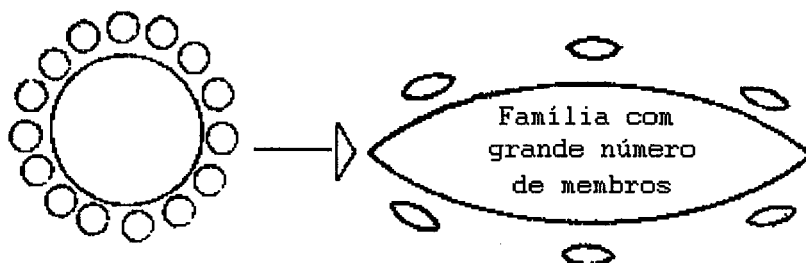


Figura 8 - Proposta de forma elíptica para o genograma interacional e mapa das interações de famílias com grande número de membros.

Outra dificuldade que vivenciei foi fazer a relação da família (considerando-a como um todo) com a sociedade, pois era freqüente cada membro de família apresentar um tipo de interação diferente com a rede social.

Um ponto que minha orientadora me ajudou a observar é que quando representava no papel o genograma e o mapa das interações, sem perceber, partia do pressuposto de que todos os membros da equipe dominavam a legenda que codificava todos aqueles traços, o que não acontecia na realidade. Somente eu os compreendia. Deste modo, devo tornar a legenda acessível e conhecida a todos, ficando, portanto, o genograma e o mapa das interações sempre que possível, com sua interpretação, numa folha exclusiva.

O Método Capurro e a Tabela de Bataglia e Lubchenco (Anexos 6 e 7) não foram utilizados, talvez porque quando eu começava a acompanhar o recém-nascido ele já estava classificado, devido às rotinas da unidade onde desenvolvi meu trabalho. Todavia, penso que devam permanecer como instrumentos disponíveis a prática do enfermeiro que atua junto ao recém-nascido e sua família.

Buscou-se compartilhar o significado dos dados obtidos, fazendo-se uma validação junto às famílias, mesmo que em momentos bem posteriores a sua coleta.

A utilização inicial do impresso "Averiguação de Dados" (Anexo 12) não foi satisfatória; isto porque eu registrava aí todos os dados, conforme ia coletando, o que resultava em "flashes" da família, não caracterizando propriamente uma história como se pretendia. As informações ficavam muito truncadas, dificultando a compreensão de toda a situação para quem lesse e não tivesse acompanhado a família.

Decidi então, a partir de discussões com colegas, que utilizaria a impresso "Averiguação dos Dados" somente nos primeiros contatos com a família. Os dados coletados gradualmente nas interações subseqüentes seriam registrados no impresso Evolução (Anexo 16).

### Lista de Problemas

A definição de problema proposta foi viável para desenvolver a prática assistencial. Entretanto, os aspectos potencial e atual dificultaram-na, pois em alguns momentos se confundiam. Uma história de vômitos, por exemplo, era um problema atual, pois existia esta história. Todavia, também era potencial, porque havia um potencial para vômitos devido a história pregressa.

Os problemas realmente serviram de guia para identificar o diagnóstico de enfermagem. Não redigi os problemas de modo a relacioná-los com suas causas, como havia proposto no projeto, por considerar isto desnecessário e pouco viável numa realidade onde não se tem muito tempo disponível para registrar um processo de enfermagem que seja muito extenso.

Analisando o impresso "Lista de Problemas e Diagnóstico de Enfermagem" (Anexo 13), posso afirmar que os "conceitos envolvidos" propostos funcionaram mais como um exercício para mim. A partir da aplicação deste impresso constatei que os conceitos que apareciam envolvidos eram sempre os mesmos, sendo que geralmente todos estavam presentes, o que vinha reforçar à existência de uma inter-relação entre os conceitos.

A partir destas colocações propôs-se como alterações no impresso a retirada dos itens "Categoria do Problema" (Atual/Potencial) e os "Conceitos Envolvidos". Além disto, considera-se que a etapa deva se chamar "Levantamento de Problemas" por traduzir melhor o que se desenvolve nesta fase. As modificações no referido impresso podem ser vistas na figura a seguir.



esses aspectos que caracterizavam as categorias do Diagnóstico de Enfermagem, não só as aplicava às famílias de recém-nascido com as quais interagia, mas, fazendo um exercício espontâneo e informal, também as aplicava a situações do cotidiano do meio que me cercava, inclusive à minha família. O resultado era muito interessante, empolgando-me bastante e me fornecendo estímulo quanto à viabilidade deste Diagnóstico de Enfermagem. A título de ilustração, pude fazer a curiosa constatação de que a maioria das relações são de Interação Perturbada. Afirmando aqui sobre as facilidades que a utilização desta classificação trouxe, todavia considero que foi apenas um passo inicial, devendo ser mais aplicada, podendo, deste modo, ser enriquecida e aprofundada. O Diagnóstico de Enfermagem das famílias com as quais interagi pode ser observado no Anexo 17.

Como já havia abordado, meu contato com a primeira família com a qual interagi foi efêmero, embora tenha contribuído muito para todo o processo de meu trabalho. Entretanto, a partir do que observei poderia dizer que o Diagnóstico Intra-Familiar da Família Flores era de Interação Positiva, não havendo subsídios para esboçar um Diagnóstico Extra-Familiar.

Conforme pode ser observado a Interação Perturbada (IP) aparece no Diagnóstico Intra-Familiar de todas as famílias. Nas famílias Flores e Lua observa-se uma modificação de Interação Perturbada (IP) para Interação Positiva (I+) ao longo da internação hospitalar. Esta situação levou-me pensar que estas famílias possuíam uma Interação Positiva (I+), sendo que a situação de nascimento de um novo membro para a família, acrescida de sua permanência na unidade neonatal, onde foi necessária inclusive a utilização de aparelhagens muito complexas e estranhas, levou-as a um período passageiro de Interação Perturbada (IP).

No caso da Família Sol manteve-se o Diagnóstico Intra-Familiar de Interação Perturbada (IP), principalmente devido ao fato de os pais não visitarem o recém-nascido no hospital, sendo este afastamento devido ao problema convulsivo de seu outro filho e a sua situação sócio-econômica. Por outro lado, quando a mãe visitava seu bebê na unidade neonatal, observa-se que era bastante afetiva com seu filho.

O Diagnóstico Intra-Familiar da Família Mares foi considerado como de Interação Perturbada (IP) e de Super-Interação (SI),



devendo ser destacada a especificidade desta família onde se tinha pais do recém-nascido adolescentes, dependentes de sua família, não tendo constituído seu lar, continuando como namorados; um afastamento da família do pai do bebê e uma complicação puerperal, entre outros aspectos. Este quadro faz-me refletir que a situação de permanência do recém-nascido na unidade neonatal, necessitando de cuidados especiais, leva a uma perturbação na interação da família, podendo esta ser efêmera ou mais duradoura, dependendo de outras variáveis de cada caso.

Se tive facilidade em realizar o Diagnóstico Intra-Familiar das famílias com as quais interagi, o mesmo já não ocorreu com Diagnóstico Extra-Familiar, havendo certa dificuldade. A proposta era constatar como a família como um todo interagia com a rede social. Entretanto, o que se pode perceber é que cada elemento da família tinha uma interação diferente com os elementos da sociedade, tornando-se difícil chegar a uma definição de diagnóstico para a família, enquanto unidade. É possível que esta dificuldade em realizar o Diagnóstico Extra-Familiar (DEF) talvez possa ser explicada pelo fato deste processo de enfermagem emergir do Interacionismo Simbólico, que por sua vez é mais voltado para os processos internos da família. Segundo GHIORZI (1988), a abordagem interacionista é útil para a avaliação da situação familiar interna, pois interpreta à família em termos de dinâmica interna.

Considero que o Diagnóstico de Enfermagem é de competência do enfermeiro. Entretanto, acredito que isto não impede que eu o discuta com a família, pois deste modo na verdade estarei buscando uma validação, como fiz principalmente com as famílias Mares e Lua. PATRÍCIO (1990) vem reforçar este ponto quando afirma que "diagnosticar não é apenas rotular o fenômeno, mas compreendê-lo, de forma específica e individualizada, no seu significado para o cliente".

### **Plano Assistencial**

O Plano Assistencial, na prática, realmente foi a determinação daquilo a ser feito através da interação do enfermeiro (no caso eu) com a família do recém-nascido, visando a promoção e a manutenção da saúde familiar, bem como a prevenção e a recuperação da doença familiar.

Todavia, não consegui realizar mutuamente com a família o estabelecimento de metas e objetivos, o julgamento de prioridades e a idealização dos meios para resolver os problemas, conforme havia proposto, certamente devido ao modelo mais "paternalista", ou até mesmo "autoritário", adotado, desde a época da graduação, que ainda era muito forte. As famílias, por sua vez, habituadas com uma assistência na qual as ações já lhe chegam prontas, não insistiam em discuti-la. Podendo-se dizer que as famílias, assim como o povo brasileiro, estão acostumadas a receber a assistência e não a discutir a assistência a ser recebida.

Cabe salientar, entretanto, que na realidade sempre houve a preocupação em compartilhar todo o processo de enfermagem desde a averiguação dos dados, sentindo a necessidade de me disciplinar para tal. Considero que esta dificuldade foi parcialmente superada, pois conseguia compartilhar o processo com a família do recém-nascido, posteriormente, validando-o.

O plano assistencial era constantemente revisto e modificado. Em minha casa, refletia sobre minhas ações e já me planejava para meu próximo contato com a família do recém-nascido. Assim, como a adoção da metodologia qualitativa para os registros, as notas metodológicas funcionavam como um plano para os encontros seguintes.

O plano assistencial foi realmente composto de duas etapas a lista de objetivos e a prescrição de enfermagem.

### **Lista de Objetivos**

Foi possível verificar que os objetivos são estabelecidos para os problemas de enfermagem.

Modificou-se a denominação desta etapa para "Objetivos a Serem Alcançados", como sugestão da orientadora e por acreditar que caracteriza melhor a etapa.

Quanto ao impresso que serve de instrumento desta etapa, colocou-se a data de alcance dos objetivos em lugar de prazo, como estava proposto anteriormente, por considerá-lo mais coerente.

Os passos para "os objetivos serem alcançados" foram reparados, já que pareciam redundantes em relação à prescrição de enfermagem, sendo indicada sua supressão. Percebeu-se que, na prática, não se pode negar a existência de objetivos que são estabelecidos apenas pelo enfermeiro devido a sua própria formação



## Prescrição de Enfermagem

A prescrição de enfermagem foi na realidade a prescrição das ações da enfermagem e da família para cada problema de enfermagem, visando atingir os objetivos propostos. Era realizada a cada encontro com a família, a partir de uma avaliação dos novos dados e situações que surgiam.

A prescrição de enfermagem desenvolvida no impresso proposto não se apresentou muito diferente daquela prescrição que eu já fazia anteriormente, o que veio a demonstrar que esta era uma forma fácil e compreensível de prescrever ações.

A etapa da prescrição não representou um momento isolado, mas uma decorrência de todas as etapas anteriores, caracterizando o resultado de todo um processo de reflexão, subsidiado por conhecimentos científicos.

## Avaliação

A avaliação ocorreu constantemente apreciando-se as mudanças que ocorriam na família do recém-nascido, a partir das ações de enfermagem e da própria família, considerando-se também o alcance dos objetivos. Ao mesmo tempo, a avaliação também permeou todas as etapas do próprio processo de enfermagem (principalmente a do Diagnóstico de Enfermagem), caracterizando-se mais uma vez sua dinamicidade e permitindo verificar sua viabilidade ou não, indicando mudanças e novas alternativas.

A avaliação foi registrada em evolução diária, em forma SOAC, no item "Análise", conforme o proposto, e também utilizando-se as anotações seguindo os métodos qualitativos, o que muito contribuiu para realizar esta Análise e Discussão.

Cabe destacar que as situações em que foi possível compartilhar a avaliação com a família do recém-nascido foram momentos singulares e muito ricos, pois caracterizaram uma nova experiência que, por sua vez, era muito gratificante, retroalimentando e validando todo o processo. Foi o momento em que o profissional desceu do pedestal, do "saber em saúde" para a terra firme do "saber compartilhar" e do "buscar a verdadeira realidade do outro", compreendendo que isto é que realmente viabiliza o trabalho de um profissional. Embora o compartilhar não

tenha sido constante é um aspecto que deve fazer parte do trabalho do enfermeiro.

#### **- Mais alguns aspectos sobre o registro do Processo de Enfermagem**

O registro do Processo de Enfermagem foi um aspecto que acompanhou todo este processo, representando sempre um questionamento.

Quando propus a evolução em forma de "SOAC" no projeto, não estava claro para mim que poderia registrar todas as fases do processo deste modo. Inicialmente, percebia que apenas a fase de Avaliação era ali contemplada. Entretanto, ao analisar todo o processo de trabalho, fica claro que a evolução "SOAC" pode ser utilizada para registrar de forma sucinta e objetiva, as diferentes etapas do processo, o que é muito útil para o dia-a-dia do enfermeiro, já que o registro sempre foi considerado uma barreira para o desenvolvimento do processo de enfermagem, sendo visto como algo que demanda muito tempo do profissional, numa realidade onde temos poucos enfermeiros e uma conseqüente sobrecarga de atribuições.

Desta maneira, pode-se registrar brevemente o Processo de Enfermagem, colocando nos dados Subjetivos (S) e nos Objetivos (O), todas as informações coletadas junto à família, sendo que os subjetivos são os relatados pela família e os objetivos os dados levantados e observados pela equipe de saúde, caracterizando assim a etapa de Averiguação de Dados. Na Análise (A), faz-se o registro das percepções do profissional, incluindo ainda a Lista de Problemas, o Diagnóstico de Enfermagem, além da Avaliação. Na conduta (C) são relatadas as decisões que o enfermeiro tomou ou irá tomar, podendo assim englobar os Objetivos a Serem Alcançados e a própria Prescrição de Enfermagem.

A adoção dos registros seguindo a metodologia qualitativa foi muito válida e útil, principalmente para atender a necessidade de desenvolver o relato de minha dissertação de mestrado, como também de registrar os encontros com a família tanto a nível de alojamento conjunto como de domicílio, fundamentalmente. Isto porque esta forma de registro é mais rica, retratando a situação mais

fidedignamente, envolvendo tanto família como o enfermeiro, visto que mostra como os fatos se apresentam (Notas de Observação), quais são as percepções, sentimentos e reflexões do profissional (Notas do Enfermeiro); e toda a linha de raciocínio desenvolvida (Notas Metodológicas e Teóricas).

Outro aspecto importante a destacar é esta interligação da metodologia qualitativa com as etapas do Processo de Enfermagem, onde o registro da Averiguação dos Dados está contemplado nas Notas de Observação; o Plano, nas Notas Metodológicas; e a Avaliação, nas Notas Metodológicas, Teóricas e do Enfermeiro.

Devido à dinamicidade do Processo de Enfermagem, e pela estreita ligação entre suas fases, que se sobrepõem, sendo difícil distingui-las, pode-se perceber também que o Levantamento dos Problemas e as Ações de Enfermagem podem ser registrados em conjunto com a Averiguação de Dados, a partir das Notas de Observação.

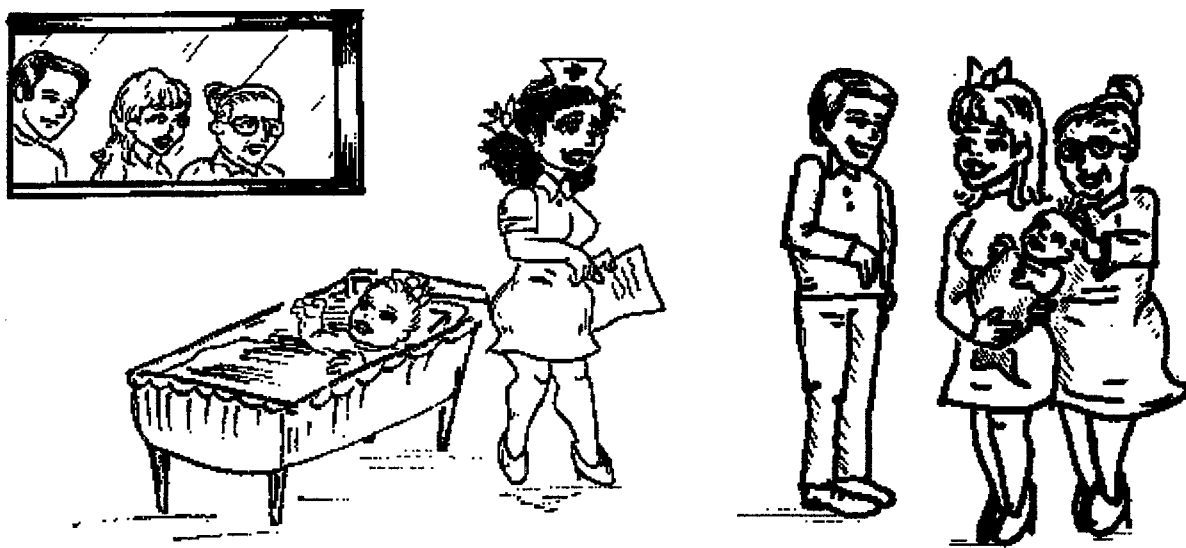
A partir desta prática assistencial junto à família do recém-nascido, pode-se recomendar não realizar um próximo encontro com a família, sem registrar o anterior.

Os impressos para o registro do Processo de Enfermagem como o de Averiguação de Dados, Lista de Problemas e Diagnóstico de Enfermagem, Lista de Objetivos (Anexos 12, 13 e 14) já foram discutidos quando se abordou as respectivas fases.

O impresso para Identificação (Anexo 11) baseado no Prontuário da Família do Projeto de Assistência de Enfermagem à Família, do Departamento de Enfermagem da UFSC, atendeu muito bem aos objetivos de apresentar algumas informações sobre a composição da família, oferecendo, assim, uma visão geral da estrutura familiar. A fim de enriquecê-lo, é indicado o acréscimo de um item sobre endereço da família. Os impressos Averiguação de Dados (Anexo 12), Prescrição (Anexo 15) e Evolução/Avaliação (Anexo 16) não sofreram nenhuma modificação.

Finalizando, cabe lembrar que esta experiência da aplicação do Processo de Enfermagem se constitui uma atividade acadêmica, sendo que no dia-a-dia do enfermeiro das unidades de internação pode ser utilizada, com possíveis modificações, sempre de acordo com cada realidade vivenciada.

- Saindo de uma assistência voltada para o indivíduo e aprendendo a trabalhar com a família



Ao desenvolver a Disciplina de Mestrado "Marcos Aplicado à Família" comecei a conhecer o que era assistência à família, entretanto este conhecimento era apenas teórico, tendo iniciado a aplicação do marco através do processo de enfermagem acompanhada de diversos questionamentos. Não quero dizer que agora tenho respostas para todas aquelas questões. Talvez a prática tenha me trazido mais perguntas ainda. Entretanto, aprendendo a trabalhar com a família do recém-nascido posso dizer que realmente existem aspectos que são próprios da assistência à família.

Em primeiro lugar, há uma diferença entre ter o indivíduo como cliente (que tem seus familiares) e ter a família como tal, o que pode ser respaldado pela caracterização de cada um. O indivíduo possui características como ter um corpo biológico singular (que por sua vez tem uma estrutura óssea muscular e funções); ter elementos psicológicos e uma espiritualidade, interagindo num meio que tem uma cultura, onde está sua família e a sociedade.

A família, por sua vez, caracteriza-se por ser um corpo social, ou seja, uma rede de relações, ou ainda uma unidade de indivíduos em interação que pode assumir diferentes formas; que

possui objetivos e toma decisões enquanto grupo, tem uma estrutura de funcionamento interno constituída por posições e papéis, possuindo várias atribuições na sociedade, dentre elas o cuidado de saúde de seus membros.

Assim como é diferente ter o indivíduo e a família como cliente, em consequência também existe uma diferença entre assistir o indivíduo (que tem seus familiares) e assistir à família. Quando se assiste a família, entra-se num universo de interações que, por sua vez, tem peculiaridades próprias que influenciam todos os seus membros. Deste modo, ao assistir a família trabalha-se em todas as suas interações tanto intra como extra-familiares e não apenas na interação de determinado indivíduo com um ou outro elemento da família.

A metodologia da assistência de enfermagem quando nosso cliente é a família se distingue. Apesar das etapas do processo de enfermagem serem as mesmas da situação em que o foco da assistência é o indivíduo (como levantamento de dados diagnóstico de enfermagem, plano de ação e avaliação entre outras) o enfoque é diferente, estando voltado para as relações familiares, ou seja, a interação da família. No levantamento de dados são incluídos instrumentos específicos, como por exemplo, o genograma interacional e o mapa das interações da família com sua rede social. Acrescentando-se a isto, no roteiro da entrevista, além de incluir aspectos individuais, destacam-se pontos como posições; atribuições de seus membros (que neste referencial são os papéis); processo de tomada de decisão; modos de enfrentamento para os momentos de crise, bem como a história da família.

Ressalto aqui a importância que se deve dar à história da família, pois é através dela que é possível compreender o comportamento, as opções e as tomadas de decisões adotadas pela família. A história vivenciada pela família é traduzida nos seus símbolos e significados e sem compartilhá-los fica difícil assisti-la. Cabe destacar ainda que quando se fala na história da família, também está obviamente contemplada a história do contexto mais amplo em que se insere, ou seja, a história de seu país e do mundo, pois é impossível ignorar esta contemporaneidade onde os fatos ocorrem; da mesma forma que não se pode desvincular os aspectos culturais ao interagir com a família, pois a família vive em uma cultura da qual recebe influências que são manifestadas na sua compreensão das coisas e no seu agir. Os dados são coletados



tanto com toda família como também com seus diferentes membros em momentos diversos.

O diagnóstico de enfermagem, quando se assiste à família, é voltado para caracterizar a situação da família enquanto unidade (grupo) no que se refere às suas interações tanto a nível interno como externo (conforme observado nesta experiência, em ELSEN, 1987; e em RIBEIRO, 1990), incluindo seu funcionamento, seu processo de tomada de decisão e, ainda, a mobilização de seus recursos/reservas (como em BOEHS, 1990).

O plano de ação, por sua vez, consiste na determinação do que será feito para assistir à família, tendo por objetivo auxiliá-la nas suas perturbações interacionais; no seu processo de enfrentamento de problemas e de tomada de decisão; na mobilização de seus recursos/reservas.

A avaliação permite verificar o impacto das ações desenvolvidas sobre a família, podendo se observar ou não mudança de comportamento.

Assistir à família significa sair da rotina hospitalar e entrar no mundo da própria família. No momento em que me propus a interagir com a família enquanto cliente, o primeiro fato que ocorreu foi a família me "retirar" da unidade neonatal, levando-me ao alojamento conjunto, onde permaneciam um tempo mais prolongado e era permitido um acesso maior aos diferentes membros da família. Esta situação era incomum no dia-a-dia do hospital visto que sempre houve duas equipes distintas, uma na Unidade Neonatal e outra no Alojamento Conjunto, fazendo-me questionar se tudo isto era devido a esta abordagem diferente, já que não me lembrava de ter recebido este tipo de convite enquanto enfermeira do berçário. Como trabalhar com a família é entrar no seu mundo, assisti-la em seu domicílio tornou-se portanto uma consequência. Mas colocarei este aspecto num item à parte devido a importância do desafio que esta situação representou para mim. Entretanto, cabe aqui explorar o aspecto da quebra da rotina hospitalar que isto retratou, pois implicou numa situação caracterizada pelo enfermeiro deixar sua unidade; sair do hospital; mobilizar recursos, como transporte; reestruturar-se para em algumas ocasiões desenvolver um trabalho interdisciplinar "extra-muros" (como no caso da companhia de uma assistente social).



Quando se assiste a família, principalmente a nível hospitalar, é possível que se tenha a necessidade de que um elemento seja a porta de entrada para o grupo (e geralmente se tem), que é aquele membro através do qual chegamos a família e que nesta experiência e na de BOEHS (1990) foi o recém-nascido, enquanto na prática de PATRICIO (1990) e RIBEIRO (1990), foi a adolescente grávida e a criança maltratada, respectivamente. Entretanto, quando a proposta é assistir a família, é preciso estar atento para não perder a família como o foco principal desta assistência. Isto não significa que a individualidade seja esquecida, ao contrário, respeitá-la é um objetivo, mas buscando sempre integrá-la ao todo que é a família, de modo que se garanta o crescimento e o desenvolvimento de cada membro e da própria unidade familiar. Assim, a partir desta prática assistencial, posso dizer que assistir a família significa prestar assistência à

família enquanto unidade/grupo, sem deixar de atender seus membros, no que se refere aos seus problemas individuais.

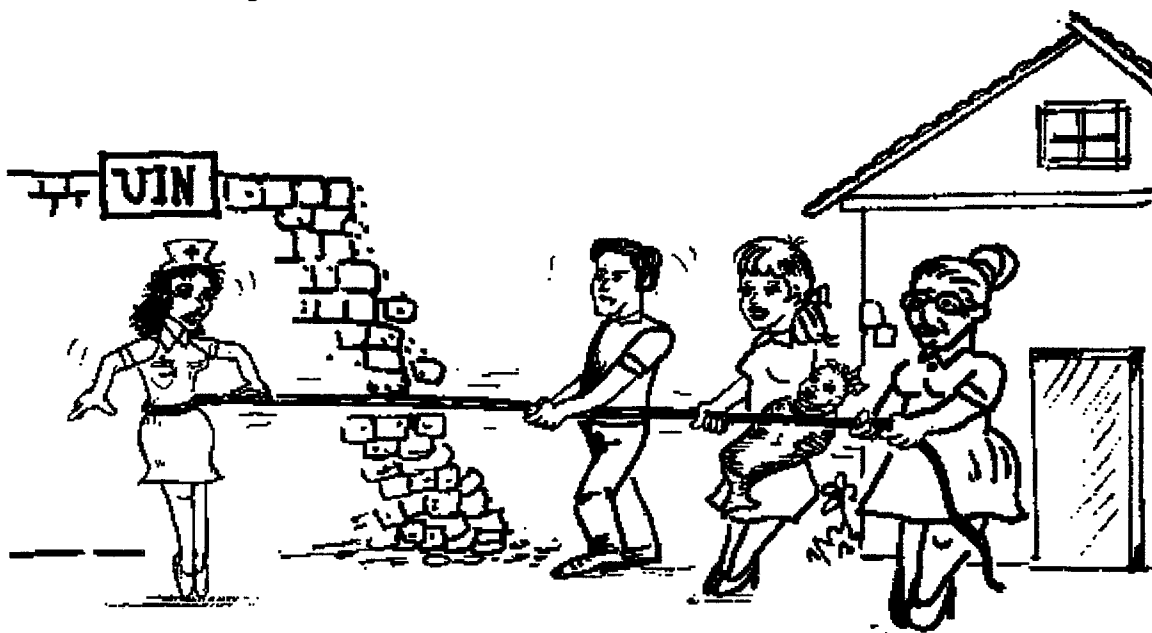
Todavia é importante ressaltar que assistir a família enquanto unidade não significa necessariamente, sempre interagir com todos os seus membros simultaneamente, sendo que podemos estar ora com um, ora com outro, e ainda estar com alguns elementos da família em outro momento.

Mais um ponto importante a destacar é que a família com as quais interagi foram ao mesmo tempo unidades para receber o cuidado para a saúde, como também unidades para prestar cuidados a seus membros, como recém-nascido e a mãe do recém-nascido, por exemplo, aspecto também encontrado em PATRICIO (1990).

Trabalhar com a família representa um processo de aprendizagem contínuo, no qual a cada interação passamos a conhecer um novo aspecto de determinada família; e cada família, por sua vez, representa um subsídio para o trabalho com outras. Todavia, enquanto mergulhados neste processo, não se pode esquecer que cada família é única e que também, muitas vezes, os objetivos só são alcançados a longo prazo, já que se trabalha com mudança de comportamento, sendo assim a persistência fundamental.

Uma colega certa vez expressou muito bem o que eu senti ao trabalhar com as famílias. "Com a família aprendi e experienciei muitas coisas; dentre elas, o gostar destas famílias" (Roseli Eckert) E porque não?!

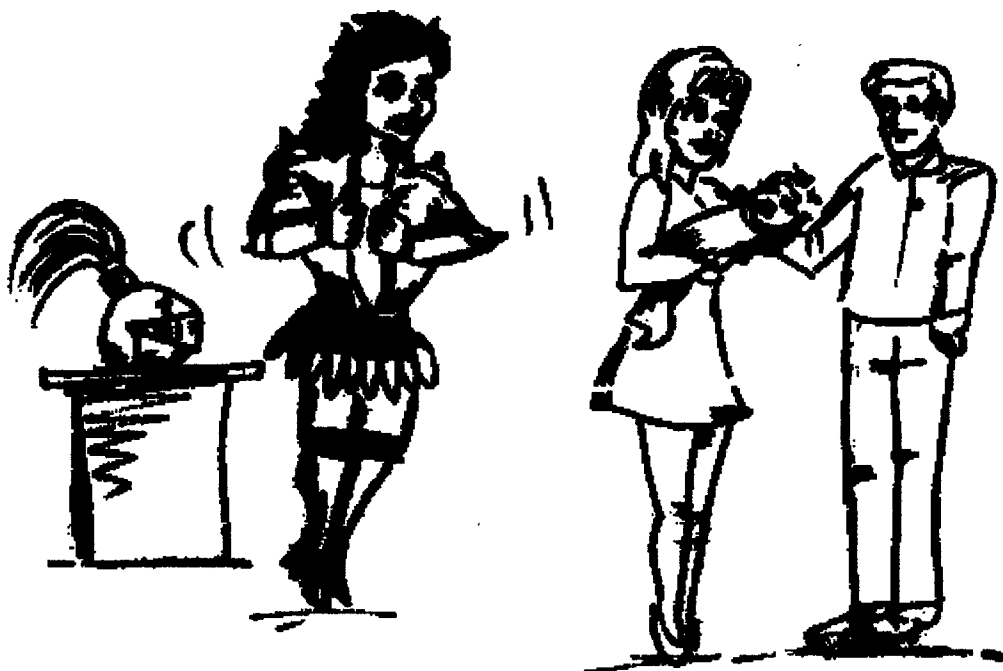
- Rompendo as fronteiras da unidade neonatal e... interagindo no domicílio



Interagir com a família no domicílio foi um dos maiores desafios que enfrentei ao assistir a família. Esta situação representava para mim sair de um território no qual eu tinha todo um respaldo institucional e administrativo (que era o hospital) que de certa forma me davam autoridade e por que não dizer poder, para entrar em um espaço onde a família é que tinha o domínio e tomava as decisões, exigindo-me uma reestruturação no assistir. A visita domiciliar deixava-me bastante ansiosa provavelmente pela pouca experiência na área, tanto enquanto profissional como também enquanto estudante. Sentia estar invadindo o espaço alheio e devido a isto, inicialmente, tinha receio de não ser bem recebida, ou recebida com resistência, tendo inclusive dificuldade de examinar o recém-nascido no primeiro encontro, por considerar que assim estaria rompendo a privacidade familiar. Assim que terminei minha prática assistencial, ao fazer uma avaliação inicial relatei: "No hospital, parece existir o sentimento de que somos donos da situação; já no domicílio, a situação modifica-se".

Trabalhar com a família no domicílio, leva-nos a revisar a nossa postura profissional, colocando-nos numa posição mais democrática, onde, antes de qualquer coisa, é preciso ser aceito pela família. Além disto, é necessário aprender a discutir, compartilhar e negociar com ela.

Assistir a família no domicílio possibilita uma interação mais positiva entre o cliente família e o enfermeiro, pois o profissional acaba tirando suas "courageas" e mostrando-se mais como ser humano, estando menos formal (sem perder sua capacidade técnica) e, conseqüentemente, mais próximo da família, caracterizando uma situação que nos reporta a Wanda Horta, pois se tem "gente cuidando de gente".



Quando se interage com a família no domicílio realmente entramos no seu mundo, sendo possível melhor compreendê-la nos seus significados e além disto, conseguir ver toda a sua dinamicidade. A comparação que poderia ser feita é a de que quando assistimos a família no hospital, tem-se uma fotografia da sua realidade, pois a situação se mantém mais estabilizada como se houvessem menos variáveis, sendo estas ainda controláveis; já no domicílio, tem-se um filme da realidade, porque existe mais movimento, a situação muda rapidamente, como se existisse um número maior de variáveis, ou ainda variáveis que não são controláveis.

Esta dinamicidade da assistência a nível domiciliar faz com que o assistir se torne mais imprevisível, pois nunca se sabe a situação em que se encontrará a família, o que demanda uma atitude mais aberta e flexível do profissional. Este ponto pode ser muito bem ilustrado junto às famílias com as quais interagi, principalmente a Família Mares. Mesmo fazendo um plano de ação, ao

interagir com a família novos dados surgiram, exigindo uma nova avaliação da situação e uma outra conduta. Os trabalhos de PATRICIO (1990), RIBEIRO (1990), e BOEHS (1990) também reforçam este aspecto.

A prática mostra que a assistência no domicílio é uma necessidade da própria família. Nesta experiência junto às famílias de recém-nascidos pode-se dizer que estavam inseguras nos seus papéis, não se sentindo competentes para cuidar de seu bebê; estando ainda suas interações perturbadas. Algumas famílias referiram sentirem-se abandonadas após a alta hospitalar, pois quando chegavam em casa é que as dúvidas começavam a surgir, sendo por isto importante ter a quem recorrer, principalmente, no caso de ser o seu primeiro filho. Deste modo, coube a mim, enfermeira, interagir com a família no domicílio para torná-la competente para cuidar de seu recém-nascido, ou seja, possibilitar a família desempenhar seus papéis, crescer e se desenvolver.

**XI - CONCLUINDO ESTA EXPERIÊNCIA E ...  
FAZENDO ALGUMAS RECOMENDAÇÕES**

A experiência aqui relatada é, antes de tudo, um processo dinâmico, construído a partir da minha interação com cada uma das famílias assistidas. Uso o presente e não o passado por acreditar que este processo ainda está em constante desenvolvimento; representando um passo inicial; podendo portanto ser ampliado e aprofundado. Há algumas limitações que devem ser destacadas como: o fato desta prática ter sido desenvolvida com poucas famílias; o curto período de tempo que lhe foi destinado; ser uma situação acadêmica e a minha pouca experiência em trabalhar com a família, enquanto unidade a ser assistida. Sendo assim, o que trago aqui não são conclusões fechadas ou definitivas, pois também refletem um determinado momento da minha forma de pensar e interpretar, podendo assim ser mutável já que não é possível deixar de ser influenciada pelo contexto dinâmico no qual estou inserida.

Posso afirmar com tranqüilidade que atingi os objetivos aos quais me propus, pois foi possível e viável prestar assistência de enfermagem à família do recém-nascido que está na unidade neonatal de um hospital da Grande Florianópolis, através de uma metodologia de assistência fundamentada num marco conceitual baseado na Teoria da Interação Simbólica. Ouso até dizer que superei este(s) objetivo(s) já que minha interação com a família do recém-nascido não se limitou apenas à unidade neonatal, tendo cruzado fronteiras e se desenvolvido a nível de Alojamento Conjunto e também à domicílio, ampliando meus horizontes. Deste modo, esta experiência:

- Revela a importância de um referencial teórico para assistência de enfermagem que valorize o "significado das coisas" para os nossos clientes, possibilitando assim trabalhar realmente com a sua realidade.

- Apresenta a relevância do "compartilhar com o cliente", bem como a necessidade de nos educarmos para tal, possibilitando ao enfermeiro repensar sua postura.

- Indica aspectos que são próprios da assistência à família, permitindo assim distingui-la da assistência ao indivíduo como: a família enquanto cliente caracteriza-se por ser um corpo social, uma unidade de indivíduos em interação, uma rede de relações que assume diferentes formas; toma decisões como grupo, possuindo posições e papéis; ao assistir a família trabalha-se, portanto, com todas as suas interações tanto intra como extra-familiares; assim, a metodologia tem como enfoque a interação da família, nas suas diferentes etapas seja levantamento de dados, diagnóstico de enfermagem, plano de ação, ou avaliação.

- Demonstra que assistir à família enquanto unidade é: sair da rotina hospitalar e mergulhar no mundo da própria família; mobilizar recursos; reestruturar-se; desenvolver um trabalho interdisciplinar "extra-muros"; não perder a família como foco principal; não esquecer a individualidade, respeitando-a e integrando-a a todo familiar, garantindo, assim, o crescimento e desenvolvimento de cada membro e da própria unidade familiar; ter claro que não significa interagir com todos os seus membros simultaneamente.

- Aponta que trabalhar com família é: um processo de aprendizagem contínuo; ter consciência de que cada família é única e que é, ao mesmo tempo, unidade para receber e prestar cuidados; em muitas situações, alcançar objetivos a longo prazo, sendo a persistência fundamental.

- Chama a atenção para o fato de que não se pode perder a perspectiva do contexto histórico-sócio-cultural-econômico no qual a família está inserida.

- Reforça a afirmação de que a Teoria da Interação Simbólica facilita trabalhar os processos internos da família.

- Ressalta a importância do enfoque interacionista ao se trabalhar com a família, principalmente como diretriz para o diagnóstico da situação familiar.



- Alerta o enfermeiro e os demais profissionais de saúde no sentido de ver que o hospital representa apenas um momento na assistência à família, não se podendo esquecer que existem momentos anteriores e posteriores.

- Destaca que ao se assistir a família faz-se necessário refletir sobre suas reais necessidades e não apenas as do hospital ou outras instituições.

- Confirma que a situação de nascimento de um novo membro para a família, acrescida da permanência do recém-nascido na unidade neonatal, leva a uma perturbação na interação da família, podendo esta ser efêmera ou duradoura, dependendo de outras variáveis de cada caso específico.

- Mostra que o afastamento do recém-nascido de sua mãe pode dificultar a definição do papel de mãe.

- Revela que a família do recém-nascido tem necessidade de uma assistência à domicílio, logo após a alta hospitalar, permitindo assim redimensionar os limites físicos da assistência.

Considerando-se os objetivos específicos explícitos no início deste relatório posso dizer que esta experiência em relação a elaboração do marco para fundamentar a assistência de enfermagem à família do recém-nascido:

- Permite mostrar a elaboração e a viabilidade da aplicação de um marco conceitual para guiar a assistência de enfermagem.

- Manifesta que um referencial teórico para a assistência pode (e deve) refletir a realidade, também as crenças e valores que sempre acompanham o profissional no exercício da sua prática, mesmo que implicitamente.

- Demonstra que a enfermagem implica um processo de interação entre enfermeiro e família do recém-nascido, no qual o profissional, no desempenho de seus papéis, busca compartilhar significados.

- Reforça que existem diferentes tipos de interação.

- Mostra que há uma influência mútua entre os comportamentos de cada membro da família do recém-nascido.

- Confirma que cada membro da família do recém-nascido ocupa uma ou mais posições para os quais um número de papéis são designados, sendo que cada membro familiar desempenha diversos papéis, não só dentro da família, mas também fora dela. Além

disto, cada elemento da família percebe e desempenha seus papéis assegurado pelas expectativas dos demais membros da família.

- Revela a importância do "assumir o papel do outro" quando o enfermeiro interage com a família do recém-nascido, pois consegue aproximar-se de seu mundo.

- Demonstra como a definição de situação influencia tanto o comportamento da família, como do próprio enfermeiro.

Quanto ao objetivo específico de desenvolver e implementar uma metodologia de assistência de enfermagem à família do recém-nascido, baseada no marco conceitual elaborado, esta experiência:

- Mostra que o processo de enfermagem desenvolvido é viável, caracterizando-se por ser dinâmico, podendo ocorrer inclusive sobreposição de suas fases, visto sua interligação e complementariedade.

- Indica como operacionalizar um marco conceitual (referencial teórico) para a prática assistencial, visando um levantamento de dados.

- Chama a atenção para a importância que se deve dar a história da família.

- Confirma que ao se averiguar os dados, estes devem ser coletados gradativamente; sendo que o aprofundamento das questões necessita de vários encontros com a família, dependendo ainda do tipo de interação entre o profissional e a família.

- Demonstra a aplicação de instrumentos específicos para a prática junto à família como o genograma interacional e o mapa das interações da família com sua rede social, valorizando-os por possibilitarem uma visão panorâmica das interações tanto intra como extra-familiares.

- Denota que os problemas identificados realmente foram guias para identificar o Diagnóstico de Enfermagem.

- Demonstra que o Diagnóstico de Enfermagem categorizado através dos diferentes tipos de interação foi viável.

- Revela que assim como o processo de enfermagem é dinâmico, o Diagnóstico de Enfermagem também o é, podendo assumir uma forma provisória ou hipotética, inicialmente; sendo confirmado à medida que haja aprofundamento das questões.

- Aponta que o Diagnóstico de Enfermagem é de competência do enfermeiro, o que não impede discuti-lo com a família, sendo esta também uma forma de validação.

- Chama a atenção para o fato de que mesmo dentro de uma proposta de assistência de enfermagem discutida e estabelecida mutuamente com o cliente, não se pode negar a existência de objetivos que são estabelecidos apenas pelo enfermeiro, o que pode ser atribuído a sua própria formação e competência profissional.

- Mostra que o uso das notas metodológicas, principalmente a nível domiciliar, auxilia consideravelmente o plano assistencial.

- Aponta a forma de registro tipo "SOAC" como uma alternativa praticável, objetiva e rápida de se registrar as diferentes etapas do processo de enfermagem; já que esta tem sido uma questão que tem impedido a aplicação de uma metodologia de assistência de enfermagem no dia-a-dia dos enfermeiros.

- Reforça que uma avaliação contínua de todo o processo (desde a elaboração do marco conceitual) inclusive com participação ativa da família do recém-nascido, favoreceu a assistência de enfermagem, permitindo verificar sua viabilidade além de indicar mudanças e novas alternativas.

#### **- Recomendações**

##### **Para a Prática**

##### **Aos enfermeiros das instituições de saúde:**

- reunir-se e iniciar um processo de elaboração de um marco conceitual e desenvolvimento de uma metodologia de assistência de enfermagem baseada nas suas crenças e nos seus valores e, antes de tudo, compatível com a realidade de seu serviço e de seu cliente;

- valorizar a documentação da assistência de enfermagem prestada, buscando uma forma facilitadora de registrar a metodologia desenvolvida no assistir. Para tal, sugere-se como alternativa a utilização do registro em forma de "SOAC", visto que pode contemplar diferentes etapas do processo de enfermagem;

- valorizar/destacar a família na assistência de enfermagem, buscando conhecer e compreender suas características específicas e como consequência a abordagem que deve receber;

- iniciar a incluir o domicílio na assistência de enfermagem, principalmente quando se assiste a família e, mais especificamente, a família do recém-nascido;

- nos casos de visita domiciliar, adotar o método de registro a semelhança da metodologia qualitativa, utilizando-se "Notas de Observação", "Notas Metodológicas", "Notas Teóricas", "Notas do Profissional", principalmente quando se tiver como objetivo estudos posteriores;

- no caso específico da área materno-infantil, incluir a família na assistência já a partir do pré-natal, estendendo-a a nível de internação obstétrica; sala de parto; unidade neonatal; ambulatório, no puerpério e após este. Isto não significa que seja necessário um único profissional assistindo a família em todo este processo, mas implica um sistema integrado onde haja continuidade e no qual vários profissionais interagirão de modo complementar.

**Aos administradores e profissionais de saúde, incluindo  
equipe de enfermagem que atuam junto a área neonatal:**

- refletir sobre a importância do período neonatal para as futuras relações familiares e o impacto que a internação na unidade neonatal traz para estas relações (principalmente a nível de cuidados especiais/intensivos/intermediários/de isolamento), favorecendo uma interação positiva na família, logo após o nascimento, através da facilitação das visitas e do estímulo a permanência junto ao recém-nascido, entre outras formas;

- procurar alternativas para facilitar as visitas ao recém-nascido, no caso em que a mãe (principalmente de baixo nível sócio-econômico) recebe alta hospitalar antes do filho e tenha outras crianças para cuidar não tendo com quem/onde deixá-las.

**Para o processo ensino-aprendizagem:**

- utilizar esta experiência, tanto a nível de graduação como de pós-graduação, como subsídio para temas/conteúdos/disciplinas como: metodologia de estudo; desenvolvimento e aplicação de marco conceitual e metodologia de assistência de enfermagem; aplicação da Teoria da Interação Simbólica na assistência de enfermagem; assistência à família e à família do recém-nascido, mais

especificamente; obstetrícia; neonatologia e pediatria entre outros;

- incluir a assistência de enfermagem à família como conteúdo nas disciplinas dos cursos de graduação;

- incluir a assistência de enfermagem à família como disciplina nos cursos de pós-graduação, podendo inclusive, num futuro próximo, ser o próprio curso de pós-graduação, a nível de especialização, inicialmente;

- evidenciar os aspectos "significado das coisas para os clientes" e "compartilhar com o cliente" nos conteúdos das disciplinas de assistência de enfermagem;

- ressaltar nas disciplinas de graduação e pós-graduação de enfermagem, principalmente na área materno-infantil, a importância da assistência à domicílio, incluindo-a nos estágios curriculares;

- salientar a relevância da interação na assistência de enfermagem (principalmente à família do recém-nascido) tanto a nível enfermeiro-cliente, como intra e extra-familiar, nas disciplinas de graduação e pós-graduação;

- destacar nas disciplinas dos diferentes cursos da área da saúde, incluindo também o curso de administração hospitalar, o tema a importância da família, por acreditar que só um esforço interdisciplinar e multiprofissional é que poderá melhorar a assistência prestada a nossa população no sentido de torná-la mais humanizada e de acordo com sua realidade.

**Para os colegas das instituições (hospitalares, principalmente) que irão futuramente cursar uma pós-graduação:**

- desenvolver estudos da natureza desta experiência, elaborando, aplicando e avaliando marcos conceituais e metodologias de assistência de enfermagem dentro de sua própria instituição, junto à sua equipe; tendo como consequência um retorno imediato para o campo prático/serviço de origem do profissional; uma probabilidade maior de continuidade do trabalho, já que emergiu do próprio serviço, com participação de todos; um maior apoio da instituição de origem aos enfermeiros que desejem

realizar cursos de pós-graduação; uma valorização maior para o enfermeiro e para a assistência de enfermagem.

**Para a pesquisa:**

- aprimorar este marco conceitual e processo de enfermagem, aplicando-os a outras famílias e trabalhando em conjunto com a equipe de enfermagem;

- desenvolver pesquisas sobre o "significado" de determinados aspectos para a nossa clientela, como por exemplo; saúde/doença; cuidados de saúde; papéis familiares; entre outros; a fim de favorecer uma assistência mais voltada para a realidade e reais necessidades de nossa população;

- aprofundar pesquisas sobre o impacto da internação neonatal para a futura interação familiar;

- realizar outras pesquisas específicas cujos temas também emergiram desta experiência como: "a concepção de família pelas próprias famílias"; "a percepção do cliente sobre o que é ser enfermeiro"; "a participação do pai no cuidado ao recém-nascido", "postura do profissional de saúde frente amamentação/relactação e sua influência na família", "o papel da avó no cuidado do recém-nascido"; "relação entre interação na fase neonatal e maus tratos na família", entre outros.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBUQUERQUE, G.L. e BARBOSA, A. Resumo de teoria de Imogene King. Florianópolis: 1986. 31p. Trabalho apresentado na Disciplina Fundamentos Históricos, Filosóficos e Teóricos da Assistência e Ensino de Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Mimeografado.

ANGELO, Margareth. Vivendo uma prova de fogo: as experiências iniciais das alunas de enfermagem. São Paulo: USP, 1989. 131p. Tese (Doutorado em Psicologia) Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, 1989.

APROVADA licença-paternidade. Diário Catarinense, 26 fev. 1988. Política, p.15.

ARGYLE, M. Interação social. Rio de Janeiro: Zahar, 1976. 571p. p.109-147.

BAGNARA, T. Conceituação e reflexão sobre a importância da psicologia social na interação enfermeira-paciente. Florianópolis: 37p. Trabalho apresentado na Disciplina Psicologia Social do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Mimeografado.

BANTON, M. e LUM, B. Education for the new mother and her family. In: LITTLEFIELD, V.M. Healthier education for women a guide for nurses an other health professionals. Connecticut: Ed. Appleton-Century-Crafts/Norwalk, 1986. p.303-308.

BARNHILL\*, L. Health family systems. Family coordinator, 1979. In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California: Addison-Wesley, 1989, p.5.

BEE, H. A criança em desenvolvimento. São Paulo: Harper e Row do Brasil, 1977. 319p.

BLUMER\*, H. Symbolic Interactionism, perspective and method. New Jersey: Printice-Hall, Inc/Englenwood Cliffs, 1969. In:

HAGUETTE, T.M.F. Metodologias qualitativas na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987. p.23-32.

BOEHS, A.E. Prática do cuidado ao recém-nascido e sua família, baseada na teoria transcultural de Leininger e na teoria de desenvolvimento da família. Florianópolis: UFSC, 1990. 188p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

BOMAR, P.J. Perspectives on family health promotion. Family Community Health, v.12, n.4, p.1-11, 1990.

BOWLBY, J. Formação e rompimento dos laços afetivos. São Paulo: M. Fontes, 1982. 165p. (Psicologia e pedagogia).

BRIGS, E. Transition to parenthood. Maternal-Child Nursing Journal, v.8, n.2, p.69-83, 1979.

BUCKNER, E.B. Use of Brazelton neonatal behavioral assessment in planniny care for parents and newborns. Journal of Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing, v.12, n.1, p.26-30, Jan./ Feb. 1983.

CARTANA, M.H.F. Rede e suporte social das famílias. Florianópolis: UFSC, 1988. 157p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade de Santa Catarina, 1988.



CAVALCANTI, R.A.D.L. Aspectos psicológicos da hospitalização da criança. Enfermagem em Novas Dimensões, v.3, n.6, p.347-349, 1977.

CORADINI, S.R. e BARBIANI, R. A profissional enfermeira frente as influências da evolução histórica da mulher. Revista Brasileira de Enfermagem, v.26, p.246-254, 1983.

CRONENWETT, A.R. Father participation in child care: a critical review. Research in Nursing and Health, v.5, p.63-72, 1982.

CURRAN\*, D. Traits of a Healthy Family Mineveapolis, Winston Press, 1983. In: BOMAR, P.J. Perspectives on family health promotion. Family e community Health, v.12, n.4, p.1-11, 1990.

DA POAIN, V. Planejamento da assistência neonatal. In: ENCONTRO DE ENFERMAGEM PERINATAL, 1988, Porto Alegre. Resumos... Porto Alegre: 1988.

DELANEY, L. Assessment: data collection of the family client. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W. e CRISTENSEN, P.J. Nursing process: application of theories, frameworks and models. St. Louis: C.V. Mosby, 1986. p.87-99.

DUGAS, B.W. Enfermagem prática. 2.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. p.511-512.

DUVALL\*, E.M. Family development. Philadelphia: Lippincott Company, 1957. In: NYE, F.I. e BERARDO, F.M. (ed.). Emerging conceptual frameworks in family analyses. New York: Praeger Publisher, 1981.

ELSAS, T.L. Family mental health care in the neonatal intensive care unit. Journal of Obstetrical Gynecological and Neonatal Nursing, v.10, n.3, p.204-206, May/June 1981.

ELSEN, I. Conceitos e práticas de saúde de famílias catarinenses vivendo em uma vila pesqueira. In: ENCONTRO INTERAMERICANO DE PESQUISA QUALITATIVA EM ENFERMAGEM, 1, 22-26 fev. 1988, São Paulo. Resumos... Escola de Enfermagem da USP/Departamento de Enfermagem da UFSC. São Paulo: 1988. 252p. p.215-221.

\_\_\_\_\_. Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village. San Francisco: University of California, 1984. Tese (Doutorado em Ciência da Enfermagem), University of California, 1984.

ELSEN, I. e PATRÍCIO, Z.M. Assistência à criança hospitalizada: tipos de abordagens e suas implicações para a enfermagem. In: SCHMITZ, e.M. et al. A enfermagem em pediatria e puericultura. São Paulo: Atheneu, 1989. 477p. p.169-179.

ELSEN, I. et al. Projeto de assistência de enfermagem à família - Hospital Universitário: instrumentos. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1987. Mimeografado.

ELSEN, I., ALTHOFF, C., NITSCHKE, R.G. et al. Competência da família para o cuidado de saúde: uma proposta de metodologia de enfermagem para assistência. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1990. 23p. Projeto de pesquisa.

ELSEN, J. e DIAS, R. Aplicação de recursos de inteligência artificial na assistência de enfermagem a famílias. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1990. 4p. Projeto de pesquisa.

ELSEN, I., NITSCHKE, R.G., ALONSO, I.L.K. et al. Popularizando o saber em saúde: uma proposta do GAPEFAM para famílias catarinenses. Florianópolis: GAPEFAM/UFSC, 1991. 16p. Projeto de pesquisa.

FAWCETT\*, J. The relationship between identification and patterns of change in spouses body images during and after pregnancy. Int. J. Nurs. Stud., v.14, p.199-213, 1977. In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California: Addison-Wesley, 1989. p.20-24.

FERNANDES, C.A.F. Aspectos emocionais da criança. Revista Brasileira de Enfermagem, v.32, p.251-254, jul./set. 1979.

FIEG, B.L. A model for predicting the adaptation of families to medical crisis: an analysis of role integration. Image: The Journal of Nursing Scholarship, v.17, n.4, p.108-112, 1985.

GADOTTI, M. Dialética do amor paterno: do amor pelos meus filhos ao amor por todas as crianças. São Paulo: Cortez e Autores Associados, 1987. 109p. (Coleção Polêmicas do Nosso Tempo, 15)

GENES, L., HOOD, M.D. e MALDONADO, M.T. Assistência integral ao bebê e à família na unidade neonatal. Femina, v.14, n.6, p.544-547, jun. 1986.

GELLES, R.J e CORNELL, C.P. Intimate violence in families. Beverly Hills: Sage, 1985. 160p. p.119-125. (Family Studies text series; 2)

GEORGE, J.B. (ed.). Nursing theories - the base for professional nursing practice. 2.ed. New Jersey: Prentice-Hall, 1985. p.249-251.

GERSHWIN, M.W. e NILSEN, J. M. Healthy families. In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California Addson-Wesley, 1989. p.79.

GHIORZI, A.R. Projeto de assistência de enfermagem de saúde pública no processo saúde-doença na família. Florianópolis: 1988. Projeto de dissertação de mestrado em enfermagem da UFSC.

GILLIS, C.L. et al. What is family nursing? In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California: Addson-Wesley, 1989. p.79.

GILLIS, C.L. Why family health care? In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California: Addson-Wesley, 1989, p.3-7.

HAGUETTE, T.M.F. Metodologia qualitativa na sociologia. Petrópolis: Vozes, 1987. 1653p. cap. 1, p.23-42. A interação simbólica.

HARDY, M.E. e CONWAY, M.E. Role theory: perspectives for health professionals. Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1978. p.23.

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

HILL, R. e HANSEN, D. The identification of conceptual frameworks utilized in family study. Marriage and Family Living, v.22, p.299-316, nov. 1960.

HOLMAN, A.M. Family assessment totals for understanding and intervention. Beverly Hills: Sage Publications, 1986. 119p.

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. Manual para organização de prontuários. Porto Alegre: Gráfica do HCPA, 1987. 21p.

JONES, C. Father to infant attachment effects of the early contact and characteristics of the infant. Research in Nursing and Health, v.4, p.193-200, 1981.

KLAUS, M.H. e KENNEL, J. Care of the parents. In: KLAUS, M.J. e FANAROFF, A.A. Care of the high-risk neonate. 2.ed. Philadelphia: W.B. Saunders, 1979. p.146-172.

\_\_\_\_\_. Atencion de la madre, del padre y del nino. In: FANAROFF, A.A. e MARTIN, R.J. Behrman. Enfermedades del feto y dell recién-nacido. 3.ed. Buenos Aires: Medica Panamericana, 1985. p.302-313.

KING, I. A theory for nursing - systems, concepts, process. New York: John Wiley e Sons, 1981. 161p.

KRAYBIL, E.N. Necessidades dos recém-nascidos a termo. In: AVERY, G.B. Neonatologia fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978. p.150-151.

LEBOVICI, S. O bebê, a mãe e o psicanalista. Porto Alegre: Artes Médicas, 1987. 307p.

LEININGER, M. A relevant nursing theory: transcultural, care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1, 1985, Florianópolis. Anais... Florianópolis, UFSC, 1985. p.232-276.

LEONARD, B. Crescimento e desenvolvimento das famílias. In: ATKINSON, L.D. e MURRAY, M.E. Fundamentos de enfermagem: introdução ao processo de enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara-Koogan, 1989. p.203-209.

LUBCHENCO, L.O. Avaliação do peso e idade gestacional. In: AVERY, G.B. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978. p.125-146.

LUDKE, M. e ANDRÉ, M.E.D.A. Pesquisa em educação: abordagens qualitativas. São Paulo: EPU, 1986.

MANCIAUX, M. A saúde da família. A saúde do mundo: A Revista de Organização Mundial da Saúde, Genebra, p.4-9, ago./set. 1975.

MARCON, Sonia S. Vivenciando a gravidez. Florianópolis: UFSC, 1989. 383p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.

MARLOW, D. Enfermeria pediátrica. 4.ed. Mexico: Interamericana, 1975. 828p.

MAURIN, J. A symbolic interactions perspective of the family. In: CLEMENTS, I.W. e ROBERTS, F.B. Family Health: a theoretical approach to nursing care. Montreal: John Wiley e Sons, 1983. p.93-108.

MEAD, G. Espíritu, persona y sociedad. 3.ed. Buenos Aires: Editorial Paidas, 1972. 393p.

MERCER, R.T. Theoretical perspectives on the family. In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California: Addison-Wesley, 1989. p.9-36.

MURPHY, M.N. e BRECHENRIOGE, M.E. Crecimiento y desarrollo del niño. 8.ed. Mexico: Interamericana, 1973. 502p.

(X) NEIRA HUERTA, E. del P. Interações entre enfermeiros e pais de crianças hospitalizadas. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v.20, n.1, p.55-69, 1986.

NEVES, E.P., RADUNZ, V. e SIEBERT, D. A teoria de Imogene King: considerações sobre sua aplicabilidade na assistência de enfermagem. São Paulo: 1984. Trabalho apresentado na 36a. Reunião Anual da SBPC, São Paulo, 1984. Mimeografado.

NEVES, E.P. O método científico na assistência de enfermagem. Florianópolis: Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC, 1985. 7p. Texto de aula. Mimeografado.

NITSCHKE, R.G. O pai do recém-nascido: percepções, expectativas e conduta. Florianópolis: 1987. 20p. Proposta preliminar de trabalho apresentada a Comissão de Seleção do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

\_\_\_\_\_. Esboço de um marco conceitual para a assistência de enfermagem ao pai do recém-nascido. Florianópolis: 1988. 17p. Trabalho apresentado na Disciplina Fundamentos Filosóficos e Teóricos da Enfermagem do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Um instrumento para averiguação de dados na assistência à família do recém-nascido. Florianópolis 1988. 15p. Trabalho apresentado na Disciplina "O Processo de Enfermagem" do Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC. Mimeografado.

\_\_\_\_\_. Nascer em família: o caminho da interação familiar saudável. Florianópolis: 1988. 130p. Projeto de dissertação apresentado no Curso de Mestrado em Enfermagem da UFSC.

NYE, F.I. e BERARDO, F.M. Emerging conceptual frameworks in family analysis. New York: Praeger, 1981. 332p.

OLIVA, A.M. Uma ironia sem graça. Veja, p.122, mar. 1988.

PATRÍCIO, Z.M. A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio-cultural. Florianópolis: UFSC, 1990. 302p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)  
Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

PEIXOTO, E.M. e SILVA, S. Um modelo para crítica de currículos de graduação em enfermagem. In: SEMINÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA UFSC, 1, 1986, Florianópolis. Anais... Florianópolis: UFSC, 1984. p.343.

PINCUS, L. e DARE, C. Psicodinâmica da família. Porto Alegre: Artes Médicas, 1981. 124p.

PIZZATO, M.G. e DA POAIN, V. Enfermagem neonatológica. 2.ed. Porto Alegre: Luzzatto, 1985. 162p.

PRATT\*, L. Family structure and effective health behavior. Boston: Houghton-Mifflin, 1976. In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California: Addison-Wesley, 1989. p.5.

RIBEIRO, E.M. e ELSEN, I. A enfermagem e a assistência da família do paciente pediátrico após alta hospitalar. Florianópolis: 1991. 18p. Trabalho apresentado no 7o. Encontro Catarinense de Enfermagem Pediátrica, Florianópolis, Maio 1991. Mimeografado.

RIBEIRO, I. A enfermagem assistindo a família maltratante através da interação. Florianópolis: UFSC, 1990. 294p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

RISNER, P.B. Diagnostic Statements. In: GRIFFITH-KENNEY, J.W. e CRISTENSEN, R.J. Nursing Process: application of theories, frameworks and models. St. Louis: C.V. Mosby, 1986. p.151-166.

RODGERS, R.N. Toward theory of family development. Journal of Marriage and Family, Aug. 1964.

ROGERS\*, M.E. Science of unitary humans beings. A paradigma for nursing. New York: Wiley, 1983. In: GILLIS, C.L. et al. Toward a science of family nursing. California: Addison-Wesley, 1984. p.204.

ROSE, A.M. A systematic summary of symbolic interaction theory. In: RIEHL, J.C. e ROY, C. (ed.). Conceptual models for nursing practice. 2.ed. New York: Appleton-Century-Crofts, 1980. p.38-50.

ROWE, G.P. The developmental conceptual framework to the study of the family. In: NYE, F.Y. e BERARDO, F.M. Emerging conceptual frameworks in family analyses. New York: Praeger Publishers, 1981. p.198-222.

SAMEROFF, A. Necessidades psicológicas da mãe nas interações materno-infantis precoces. In: AVERY, G.B. Neonatologia: Fisiopatologia e cuidado do recém-nascido. Porto Alegre: Artes Médicas, 1978. p.961-981.

SCHVANEVELDT, J.D. The interactional framework in the study of the family. In: NYE, F.I. e BERARDO, F.M. Emerging conceptual framework in family analyses. New York: Praeger Publishers, 1981, p.97-129.



SILVA, D.G.V. da. Aplicação de um marco conceitual para a assistência de enfermagem a adultos hospitalizados portadores de doenças crônicas. Florianópolis: 1987. 54p. Trabalho apresentado na Disciplina Metodologia da Assistência de Enfermagem na Saúde do Adulto II do Curso do Mestrado em Enfermagem da UFSC. Mimeografado.

SOUZA, M.F. Referencial teórico. São Paulo: 1984. Trabalho apresentado na 36a. Reunião Anual da SBPC, São Paulo, 1984. Mimeografado.

SPITZ, R. A. O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais. São Paulo: M. Fontes, 1979. 345p. (Psicologia e pedagogia)

SPREY, J. Conflict theory and study of marriage and the family. In: Contemporary theories about the family. New York: The Free Press, 1979.

STANTON, M. et al. An overview of the nursing process. In: GEORGE, J.B. (ed.). Nursing theories: the base for the professional nursing practice. New Jersey: Prentice-Hall, 1985. p.14-33.

TAUBENHEIM, A.M. e SILBERNAGEL, T. Meeting the needs of expectant fathers. The American Journal of Maternal-Child Nursing, v.13, n.2, p.110-113, Mar./Apr. 1988.

VARGENS, Octávio M.C. O homem enfermeiro e sua opção pela enfermagem. São Paulo: USP, 1989. 183p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade de São Paulo, 1989.

VISCOMI, F.A. Reflexões sobre os papéis mãe e filho. Femina, v.14, n.6, p.513-514, jun. 1980.

WAECHTER, E.H. e BLAKE, F.G. Enfermagem pediátrica. 9.ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1976. 764p.

WALDOW, V.R. Processo de enfermagem: teoria e prática. Revista Gaúcha de Enfermagem, Porto Alegre, v.9, n.1, p.14-22, jan.1988.

---

\*Referência secundária (conforme já consta no texto), colocada aqui para facilitar o acesso do leitor à fonte caso tenha interesse.

# **A N E X O S**

**ANEXO 1**

**ROTEIRO PARA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA  
E OBSERVAÇÃO DIRIGIDA DA FAMÍLIA RECÉM-NASCIDO**

**IDENTIFICAÇÃO**

Nome da família do RN:  
 Registro do RN e da mãe do RN:  
 Leito do RN e mãe do RN:  
 Endereço da família do RN:  
 Data:

ENTREVISTA

OBSERVAÇÃO

**A - CONCEITOS ENVOLVIDOS FAMÍLIA DO RN/ CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO**

- Elementos que compõem sua família.
- Histórico da família:
  - a) período de formação da família;
  - b) modo de formação da família;
  - c) causas e tipos de laços que ligam ou ligaram a família;
  - d) modo de desenvolvimento e evolução da família;
  - e) eventos marcantes;
  - f) eventos positivos;
  - g) eventos negativos;
- Significado da família
- Planejamento do RN
- Aceitação do RN
- Significado do RN
- Mudanças trazidas pelo nascimento.

**B - CONCEITOS ENVOLVIDOS: POSIÇÃO/PAPÉIS/GRUPO  
DE REFERÊNCIA/ENFERMAGEM À FAMÍLIA DO RN**

- Posições reconhecidas pela família
- Pessoas que ocupam as posições
- Ocasão em que ocupam as posições
- Papéis atribuídos a estas posições
- Percepção de papéis e comportamentos por outros membros da família

- Modo de ser feita a designação de papéis
- Critérios para designação de papéis (sexo, idade, ...)
- Modo como a família aprende a desempenhar seus papéis
- Existência de algum modelo para desempenho de papéis
- Modificações decorrentes do nascimento em papéis já existentes
- Outras posições existentes fora da família
- Pessoa que as ocupa
- Comportamentos esperados para essas posições fora da família
- Significado de cada papel citado
- Surgimento de novos papéis a partir do nascimento
- Aptidão da família para definir/ajustar-se/redefinir papéis de acordo com sua história
- Expectativa da família em relação ao enfermeiro e equipe de enfermagem
- Significado do enfermeiro e da equipe de enfermagem

ENTREVISTA

OBSERVAÇÃO

## C - CONCEITOS ENVOLVIDOS: "ASSUMIR O PAPEL DO OUTRO"

- |                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                               |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência de "se colocarem um no lugar do outro".</li> <li>- Ocorrência de mudança de comportamento quando há o papel do outro".</li> <li>- Tipo de mudança.</li> <li>- Influência do "assumir o papel do outro" na interação.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Existência do "assumir o papel do outro".</li> </ul> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------|

## D - CONCEITOS ENVOLVIDOS: AMBIENTE FÍSICO/AMBIENTE

SIMBÓLICO

- |                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo da habitação.</li> <li>- Material de habitação</li> <li>- Propriedade.</li> <li>- Significado de "casa".</li> <li>- Tipo de iluminação.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tipo de habitação (casa,, apartamento,...)</li> <li>- Material de habitação (alvenaria, madeira,sapê, mista, ...)</li> <li>- Tipo de iluminação (direta/indireta, ...)</li> <li>- Incidência de sol.</li> <li>- Tipo de aproveitamento do terreno (jardim, recreação, horta,</li> </ul> |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

- Significado da luz.
- Tratamento da água
- Incidência de sol.
- Significado do sol.
- Tipo de aproveitamento do terreno.
- Significado do terreno.
- Existência, procedência e tratamento da água.
- Significado da água.
- Existência/tipo de esgoto.
- Significado do esgoto.
- Sanitário (tipo/localização/distância das fontes de água e da horta, ...).
- Destino do lixo.
- Significado do lixo.
- Presença de animais domésticos.
- Significado de animais domésticos.
- Presença de insetos e roedores.
- Significado de insetos e de roedores.
- Atitude para extermínio dos insetos e roedores.
- Local onde o RN está.
- Significado do local onde está o RN.
- Tipo de alojamento do RN.
- Significado do alojamento do RN.
- Aparelhagem usada para o RN.
- Significado da aparelhagem usada para o RN.
- Materiais e procedimentos utilizados para o RN.
- criação de animais, ...)
- Existência, procedência (rede pública, poço, bica, da chuva, ...) e
  - Existência/tipo de esgoto.
  - Sanitário (tipo) localização/distância das fontes de água e da horta, ...)
- Destino do lixo (queimado, jogado a "céu aberto").
- Presença de animais domésticos/insetos/roedores.
- Local onde está o RN (AC, UTI, Admissão, Isolamento, Cuidados Mínimos, ...)
- Tipo de alojamento do RN (berço comum, berço aquecido, incubadora, ...)
- Aparelhagem usada para o RN (fototerapia, campânula, aspirador,...)

## ENTREVISTA

## OBSERVAÇÃO

---

- Significado de materiais e procedimentos utilizados com o RN.

---

## E - CONCEITOS ENVOLVIDOS: INTERAÇÃO/SAÚDE/DOENÇA

- 
- |                                                                                              |                                                                                                                                      |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| - Clima geral da família/felicidade, raiva, indiferença, ...)                                | - Idem.                                                                                                                              |
| - Ocorrência de conversa na família.                                                         | - Idem.                                                                                                                              |
| - Assunto das conversas.                                                                     | - Idem.                                                                                                                              |
| - Iniciante das conversas.                                                                   | - Idem.                                                                                                                              |
| - Sentimentos existentes entre os membros da família                                         | - Pessoa(s) que fala(m)/responde(m) as perguntas                                                                                     |
| - Modo como os membros estabelecem seus sentimentos e necessidades.                          | - Palavras usadas para descrever os outros(doce, infeliz, ...)                                                                       |
| - Significado do amor.                                                                       | - Existência de silêncios.                                                                                                           |
| - Modo como expressam o amor.                                                                | - Ocorrência do contato físico em família (tipo, local, momento)                                                                     |
| - Significado da interação (do relacionamento).                                              | - Idem.                                                                                                                              |
| - Modo como cada membro sente sobre sua interação com cada membro da família                 | - Como ocorre o contato físico (afago, carinho, segura, aperto de mão, beijo, abraço, leva pela mão ou cotovelo, bate, belisca, ...) |
| - O que mais gostam na interação                                                             | - Partes do corpo que são tocadas.                                                                                                   |
| - Significado do que mais gostam na interação.                                               | - Intensidade do contato físico.                                                                                                     |
| - Ocorrência de contato físico na família (tipo, local, momento).                            | - Distância entre os elementos da família (quanto, momento, local, ...)                                                              |
| - "Coisas" que gostam nos outros.                                                            | - Postura dos elementos da família/em pé, sentado, ajoelhado, relaxado, tenso, braços cruzados, ...): local, momento.                |
| - Problemas de interação (tipos, significado,                                                |                                                                                                                                      |
| - atitude da família para resolvê-los).                                                      |                                                                                                                                      |
| - Ocorrências de choro do RN: frequência, intensidade, duração, local, momento, com quem ... | - Aparência física: como é; higiene, ...                                                                                             |
|                                                                                              | - Manifestações faciais: tipo (riso, choro, enrubescimento, palidez, ...) duração, momento, local.                                   |
|                                                                                              | - Movimentos das mãos: tipo, momento, local, ...)                                                                                    |
|                                                                                              | - Posição e movimento da cabeça: tipo (negação, reforço, permissão, concordância, ...), momento, local.                              |
|                                                                                              | - Ocorrência do olhar (direção, momento, local, duração de tempo, ..)                                                                |
|                                                                                              | - Duração da fala: tipo, momento, local, com quem, ...)                                                                              |
|                                                                                              | - Tom emocional da fala (autoritário, baixo, alto, perda de fôlego, ...)                                                             |
|                                                                                              | - Velocidade da fala.                                                                                                                |
|                                                                                              | - Ocorrência de erro na fala.                                                                                                        |

- Situação que ocorre quando um membro discorda de outro.
- Ocorrências de choro do RN: frequência, intensidade, duração, local, momento, com quem...

## ENTREVISTA

## OBSERVAÇÃO

---

F - CONCEITOS ENVOLVIDOS: SAÚDE/DOENÇA/CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO      Realizar exame físico dos seguintes sistemas (ob-servar tratamento, uso de aparelhos/procedimentos)

---

- |                                                              |                            |
|--------------------------------------------------------------|----------------------------|
| - Sistema Sensorial (tato, visão, audição, olfato, paladar). | - Idem.                    |
| - Sistema Nervoso (motor).                                   | - Idem.                    |
| - Sistema Circulatório.                                      | - Idem.                    |
| - Sistema Respiratório.                                      | - Idem.                    |
| - Sistema Digestivo.                                         | - Idem.                    |
| - Sistema Genito Urinário.                                   | - Idem.                    |
| - Sistema Endócrino                                          | - Idem.                    |
| - Sistema Termorregulador                                    | - Idem.                    |
| - Sistema Imunológico                                        | - Idem.                    |
| - Aspectos Psicológicos                                      | - Idem.                    |
| - Crenças e religião da família                              | - Idem.                    |
| - Significado de saúde/doença                                | - Peso.                    |
|                                                              | - Altura.                  |
|                                                              | - Idade Gestacional do RN. |
- 

G - CONCEITOS ENVOLVIDOS: SOCIEDADE/GRUPO DE REFERÊNCIA/SAÚDE/DOENÇA/INTERAÇÃO/ENFERMAGEM A FAMÍLIA DO RN

---

- |                                                                                                                                                                                 |                                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|
| - Pessoas e recursos da comunidade/instituições com as quais a família interage (amigos, vizinhos, colegas, escolas e creches, igrejas, posto policial, clube, transporte, ...) | - Elementos da sociedade que visitam o RN e família no hospital. |
| - Como ocorrem estas interações.                                                                                                                                                | - Idem.                                                          |
| - Significado destas pessoas/recursos da comunidade e instituições                                                                                                              | - Idem.                                                          |
| - Recursos que auxiliam a família em situações de necessidades.                                                                                                                 | - Idem.                                                          |



- |                                                                                                                            |         |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|
| - Existência de algum grupo de pessoa(s) cujas idéias são usadas como guia para a família (quem são: quais idéias "guiam") | - Idem. |
| - Existência de alguém que ajude a cuidar do RN.                                                                           | - Idem. |
| - Interação da família com a equipe/enfermeiro.                                                                            | - Idem. |
- 

#### H - CONCEITOS ENVOLVIDOS: SELF

---

- Modo como a pessoa se define.
  - Pensamento da pessoa sobre seu comportamento com outros na família e na sociedade.
- 

#### I - CONCEITOS ENVOLVIDOS: DEFINIÇÃO DE SITUAÇÃO

---

- Significado do nascimento.
  - Significado de estar na unidade neonatal.
- 

Baseado em DELANEY, 1986; FIFE, 1985 e no Prontuário da família do Projeto de Assistência de Enfermagem à Família do DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM DA UFSC (ELSEN, 1985).

## ANEXO 2

SUBSÍDIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO GENOGRAMA  
INTERACIONAL

O genograma é uma representação gráfica e diagnóstica das genealogias que permite constatar rapidamente o parentesco dos diferentes membros.

O genograma interacional, por sua vez, além das características do genograma simples, representa o tipo de interação existente entre os membros da família.

Como desenvolver:

- fazer o genograma da família abrangendo, preferencialmente, três gerações;

- registrar: sexo; tipo de união do casal; existência de pré-termos, pós-termo, gemelar, aborto e natimorto utilizando símbolos descritos no esquema de representação gráfica do genograma interacional e mapa das interações da família com a variedade;

- considerar: aborto - idade gestacional até 6 meses e 3 semanas; natimorto - idade gestacional além de 7 meses; - pré-termo - idade gestacional inferior a 38 semanas; pós-termo - idade gestacional superior a 42 semanas;

- colocar idade dos membros da família dentro dos símbolos de acordo com o código do sexo apresentado no Anexo 4. (Ver exemplo no Anexo 5);

- sugere-se colocar o nome (usar preferencialmente a profissão abaixo dos símbolos que caracterizam o sexo (ver exemplo no Anexo 5);

- representar o tipo de interação: a) super-aproximação/forte/super-interação; b) aproximação/tênue/interação positiva; c) distanciamento/interação perturbada; d) stress/conflito/interação negativa conforme código apresentação no esquema de representação gráfica (Anexo 4);

- tentar identificar o tipo de interação entre os familiares conforme categorias do diagnóstico intra-familiar (Quadro IV);

- os termos "super-aproximação/forte"; "Aproximação/tênue"; "distanciamento"; "stress/conflito" poderão ser utilizados para facilitar o entendimento e expressão dos próprios membros da família;

- o genograma interacional ocupará o círculo central e maior do mapa das interações, conforme propomos no esquema da representação gráfica (apresentada no Anexo 4).

## ANEXO 3

**SUBSÍDIOS PARA O DESENVOLVIMENTO DO MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA DO RN COM A SOCIEDADE (REDE SOCIAL)**

O Mapa das Interações é a representação diagramática do tipo de interação existente entre a família do RN e a sociedade.

Como desenvolver:

- expor à família o objetivo, ou seja, conhecer seu meio, o que e quem os cerca tais como, vizinhos, amigos, colegas, parentes, e instituições (escola, igreja, posto de saúde, etc.);

- solicitar que identifique esses elementos, colocando-os nos círculos menores que circundam o círculo maior que é para o genograma; conforme esquema da representação gráfica proposto no Anexo 4.

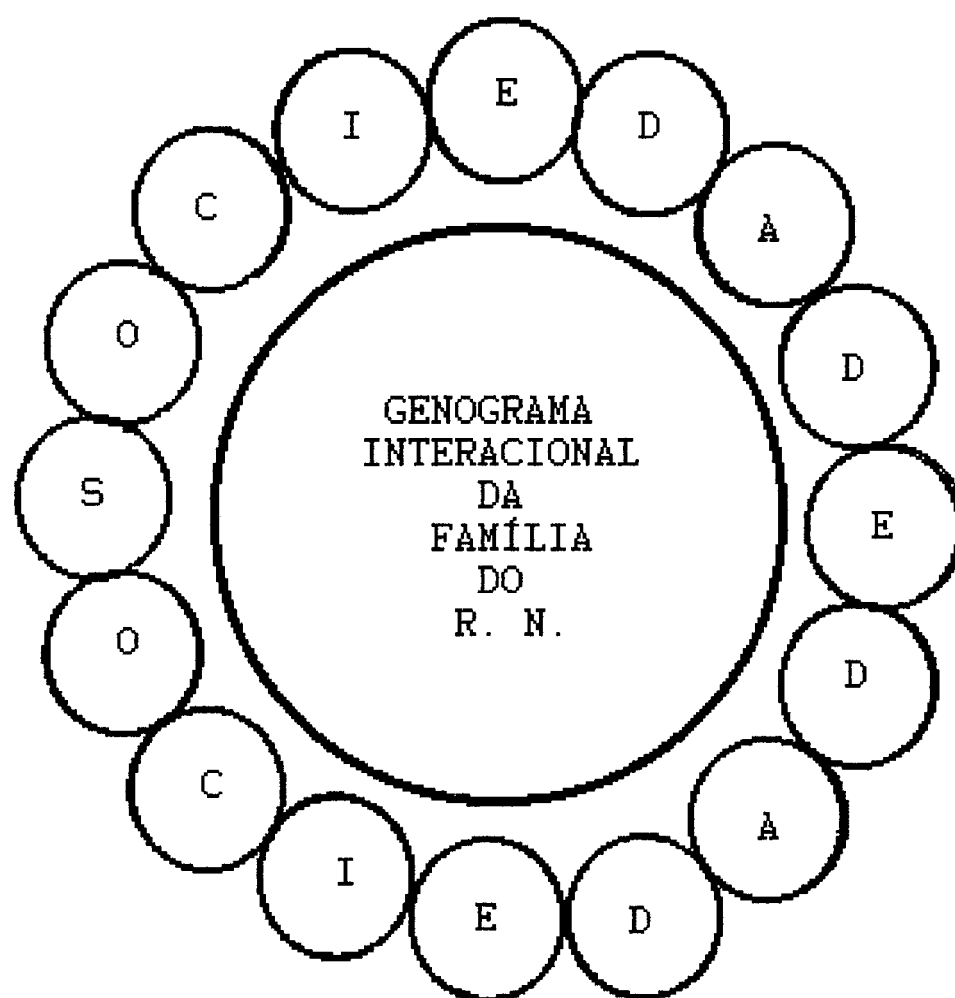
- o profissional não deverá apresentar os elementos já identificados dentro dos círculos; a identificação deverá partir da família;

- solicitar que a família identifique o tipo de interação existente entre ela e os elementos identificados, utilizando o código apresentado no Anexo 5: a) Super-aproximação/forte/super-interação; b) aproximação/tênuainteracção positiva; c) distanciamento/interacção perturbada; d) stress/conflito/interacção negativa;

- tentar identificar o tipo de interação entre a família e a sociedade conforme as categorias que constam no diagnóstico extra-familiar (Quadro V).

Observação: Tanto o genograma interacional como o mapa das interações deverão ser feitos a partir da percepção da família, bem como do enfermeiro; quando forem feitas separadamente usar cor azul para percepção da família e cor vermelha/preta para percepção do enfermeiro (ver exemplo no Anexo 5).

## ANEXO 4

**GENOGRAMA INTERACIONAL E MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA DO RECÉM-NASCIDO COM A SOCIEDADE (REDE SOCIAL)**

### Código da natureza das interações e símbolos utilizados

===== Super-aproximação/forte/super/interação

———— Aproximação/tênue/interação positiva

----- Distanciamento/interação perturbada

~~~~~ Stress/conflito/interação negativa

Preto/azul: Percepção da família

Vermelho: Percepção da enfermeira

□ Sexo masculino

○ Sexo feminino

◇ Sexo indefinido

□—○ Casal matrimônio legal

□=○ Casal consanguíneo

□-----○ Casal com matrimônio não legal

■●◇ Natimorto

▣⊖◇ Pré-termo

⊗⊗◇ Abortamento

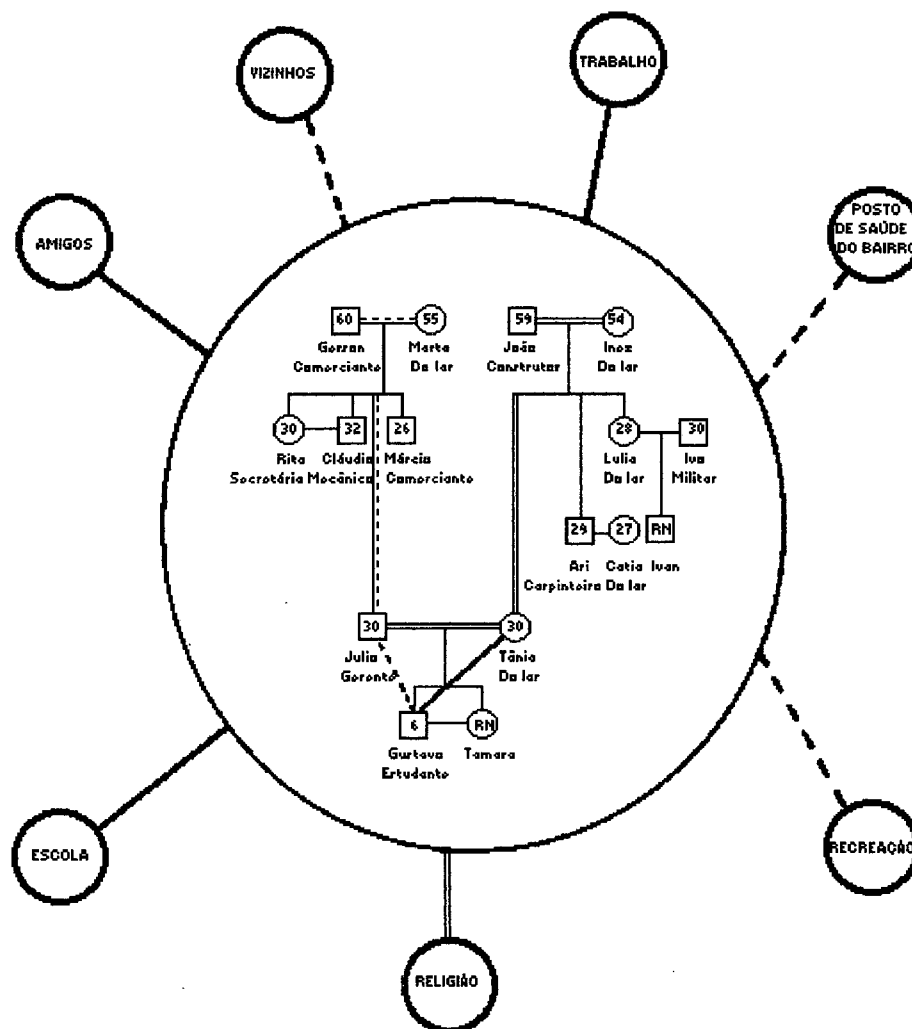
⊞⊕◇ Pós-termo

□—○ Gemelar

Baseado em HOLMAN (1986) e no Prontuário da família do Projeto de Assistência de Enfermagem à Família do Departamento de Enfermagem da UFSC (ELSEN, 1987).

ANEXO 5

EXEMPLO DE GENOGRAMA INTERACIONAL E MAPA DAS INTERAÇÕES DA FAMÍLIA DO RN COM A SOCIEDADE (REDE SOCIAL), SEGUNDO A PERCEPÇÃO DA PRÓPRIA FAMÍLIA.



ANEXO 6

MÉTODO DE CAPURRO

O método de Capurro é um instrumento destinado a identificar a idade gestacional do RN. Este método é utilizado avaliando-se alguns aspectos através do exame somático ou somático-neurológico como: textura da pele, forma da orelha, glândula mamária, pregas plantares, formação do mamilo, sinal do xale e posição da cabeça ao levantar o RN. Ao examinar o RN, atribui-se um número de pontos a cada aspecto de acordo com os seguintes critérios:

Textura da pele:

0 = muito fina, gelatinosa;

5 = fina e lisa;

10 = algo mais grossa, discreta descamação superficial;

15 = grossa, rugas superficiais, descamação nas mãos e pés;

20 = grossa, apergaminhada, com grutas profundas.

Forma da orelha:

0 = chata, disforme, pavilhão não encurvado;

8 = pavilhão parcialmente encurvado na borda;

16 = pavilhão parcialmente encurvado em toda a parte superior;

24 = pavilhão totalmente encurvado.

Glândula mamária:

0 = não palpável;

5 = palpável, menos de 5 mm;

10 = entre 5 e 10 mm;

15 = maior do que 10 mm

Pregas Plantares:

0 = sem pregas;

5 = marcas mal definidas sobre a parte anterior da planta;

10 = marcas bem definidas sobre a metade anterior e sulcos no terço anterior;

15 = sulcos na metade anterior da planta;

20 = sulcos em mais da metade anterior da planta.

Formação do mamilo:

0 = apenas visível;

5 = aréola pigmentada, diâmetro inferior a 7,5 mm;

10 = aréola pigmentada, pontiaguda, diâmetro inferior a 7,5mm, borda não levantada;

15 = borda levantada, diâmetro superior a 7,5 mm.

Sinal do xale:

0 = o cotovelo alcança a linha axilar anterior do lado oposto;

5 = o cotovelo situa-se entre a linha axilar anterior do lado oposto e a linha média;

12 = o cotovelo situa-se ao nível da linha média;

18 = o cotovelo situa-se entre a linha média e a linha axilar anterior do mesmo lado.

Posição da cabeça ao levantar o RN:

0 = cabeça totalmente deflexionada, ângulo cérvico-torácico de 270°;

4 = ângulo cérvico-torácico entre 180° e 270°;

8 = ângulo cérvico-torácico igual a 180°;

12 = ângulo cérvico-torácico inferior a 180°.

Após, somam-se os pontos atribuídos a cada aspecto examinado. Para calcular a idade gestacional, a esta soma de pontos acrescenta-se as constantes $k = 204$, quando forem utilizados os aspectos somáticos, e $k = 200$, quando se utilizarem os aspectos somático-neurológicos.

Método de Capurro (somático)

| | | | | | |
|--------------------|---|---|----|----|----|
| Textura da pele | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 |
| Forma da orelha | 0 | 8 | 16 | 24 | |
| Glândula mamária | 0 | 5 | 10 | 15 | |
| Pregas plantares | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 |
| Formação do mamilo | 0 | 5 | 10 | 15 | |

k = 104

k + soma de pontos = idade gestacional, em dias (desvio padrão + 9,2 dias).

Método de Capurro (somático-neurológico)

| | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|----|----|----|
| Textura da pele | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 |
| Forma da orelha | 0 | 8 | 16 | 24 | |
| Glândula mamária | 0 | 5 | 10 | 15 | |
| Pregas plantares | 0 | 5 | 10 | 15 | 20 |
| Sinal do xale | 0 | 6 | 12 | 18 | |
| Posição da cabeça
ao levantar o RN | 0 | 4 | 8 | 12 | |

$k = 200$

$k + \text{soma de pontos} = \text{idade gestacional, em dias (desvio padrão} = 8,4 \text{ dias)}$.

Uma vez identificado o RN segundo seus caracteres físicos e neurológicos e conhecido seu peso, é ele então classificado conforme a tabela de Battaglia e Lubchenco.

FONTE: PIZZATO e DA POIAN (1985, p.24-25).

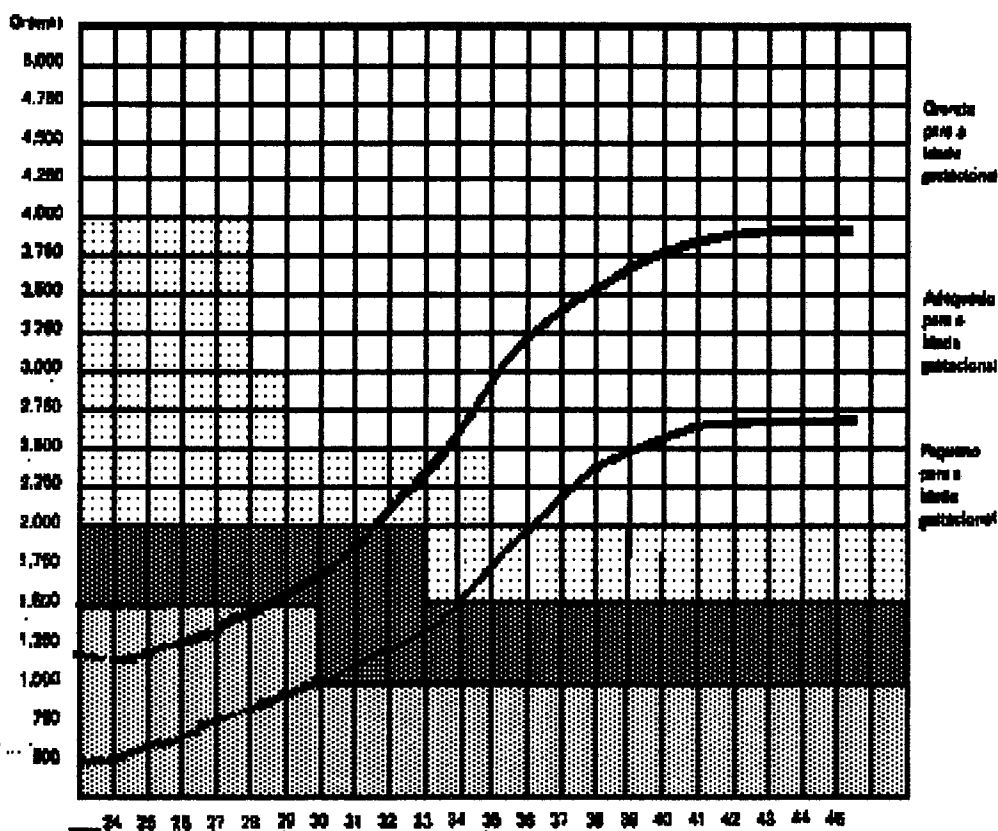
ANEXO 7

TABELA DE BATTAGLIA E LUBCHENCO

A Tabela de Battaglia e Lubchenco destina-se a classificar o RN segundo seu crescimento intra-uterino, em função de seu peso e idade gestacional (previamente conhecidos). Assim, é possível classificar o RN em grande para a idade gestacional (GIG), adequado para a idade gestacional (AIG) e pequeno para a idade gestacional (PIG).

Esta tabela possibilita também identificar os riscos de mortalidade aos quais o RN está exposto segundo suas características.

Classificação dos recém-nascidos segundo o peso, idade gestacional e crescimento intra-uterino.



FONTE: HED - Revista de Medicina do Hospital Ernesto Dornelles, Porto Alegre, v.1, n.1, out. 1971, in PIZZATO e DA POAIN, 1985, p.21.

ANEXO 8

RESUMO DO PROCESSO DE ENFERMAGEM (PE)

| AVERIGUAÇÃO DE DADOS | LISTA DE PROBLEMAS | DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM (DE) | PLANO ASSISTENCIAL LISTA DE OBJETIVOS | PLANO ASSISTENCIAL PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | AVALIAÇÃO |
|--|---|--|---|--|---|
| <p>-1ª fase do PE.</p> <p>-Conduz ao levantamento de problemas diagnósticos de enfermagem.</p> <p>-Marca o início da interação enfermeiro-família do RN</p> <p>-Dados são obtidos através de: entrevista semi-estruturada; observação; genograma interacional; mapa das interações; conversas informais com a família e equipe; prontuários; outros instrumentos.</p> <p>- Dados obtidos entre enfermeiro e família devem ter seus significados compartilhados*.</p> | <p>-2ª fase do PE, onde os problemas são identificados.</p> <p>-Problema: qualquer aspecto detectado* que possa levar a perturbação da interação, interação negativa ou super-interação, dificultando ou impossibilitando crescimento e desenvolvimento, definição, ajustamento e desempenho de papéis da família e sociedade e que possa ser atendido pelo enfermeiro.</p> <p>-Atual/Potencial</p> | <p>-3ª fase do PE</p> <p>-Interpretação, avaliação ou conclusão que ocorrem como resultado do levantamento de dados.</p> <p>-Elaborado a partir da identificação de problemas (que por sua vez podem ser relacionados com suas causas).</p> <p>-Categorização do DE é definida conforme quadros IV e V.</p> <p>-Redação: categorização do DE mais o(s) problema(s) ao(s) qual(is) está(ão) relacionado(s).</p> | <p>-1ª etapa do plano assistencial</p> <p>-Estabelecimento de objetivos preferencialmente para cada problema de enfermagem.</p> <p>-Objetivos são realísticos e mutuamente estabelecidos*.</p> <p>-Redigidos em termos de comportamento final.</p> | <p>-2ª etapa do plano assistencial.</p> <p>-Prescrição das ações para cada problema de enfermagem, visando atingir cada objetivo.</p> <p>-Ações devem ser mutuamente estabelecidas.</p> <p>-Ações baseadas em cuidadosa reflexão e conhecimentos científicos</p> | <p>-5ª fase do PE.</p> <p>-Apreciação* das mudanças da família decorrentes da ação de enfermagem/família .</p> <p>-Desenvolvida considerando-se o alcance dos objetivos.</p> <p>-Registrada no Ítem Análise da evolução diária, sob forma de "SOAC": S - dados subjetivos; O - dados objetivos; A - análise; C - conduta tomada ou a ser tomada</p> |
| | | | <p>-Objetivos e ações de enfermagem deverão buscar a promoção e a manutenção da interação positiva, bem como a prevenção e recuperação da interação negativa, da interação perturbada e da super-interação.</p> <p>-Plano assistencial deve ser constantemente revisto e modificado</p> | | |

*pelo enfermeiro e pela família.

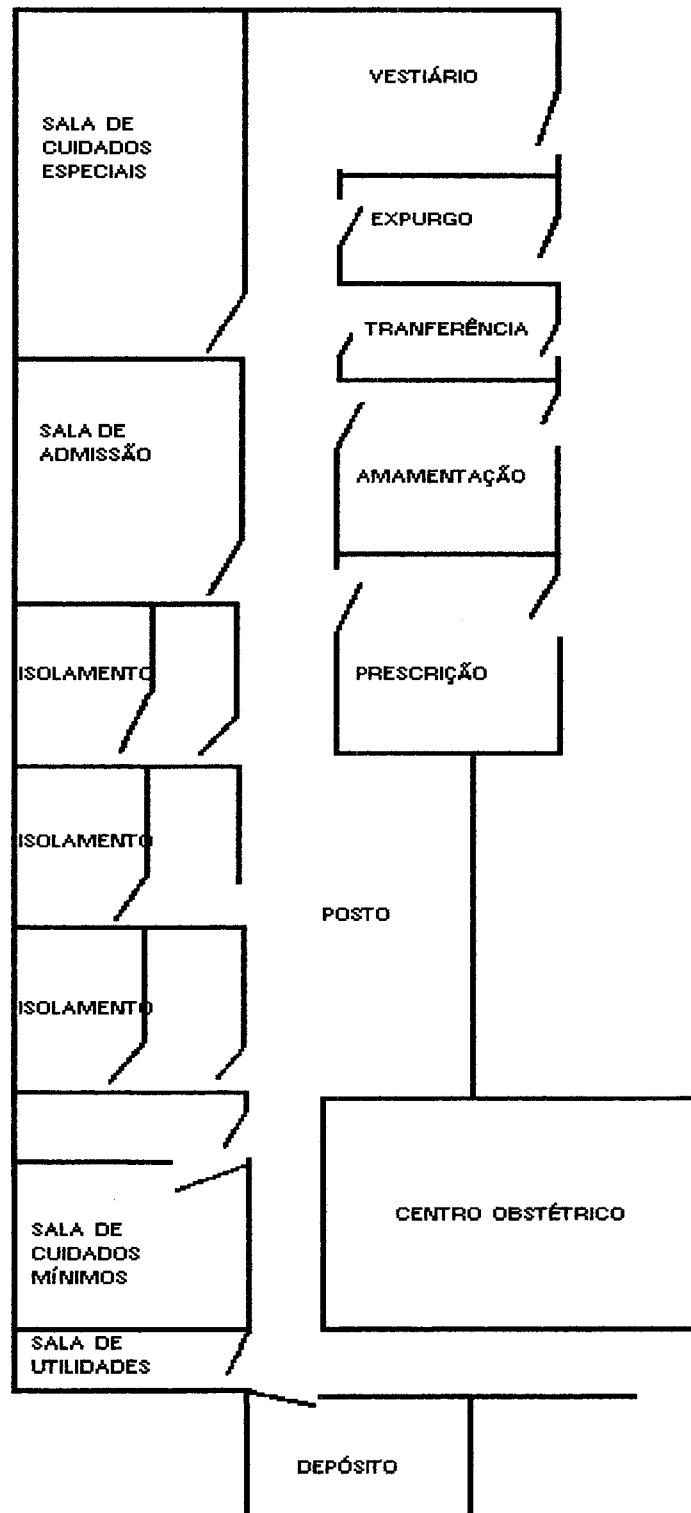
ANEXO 9

EXEMPLO DAS ETAPAS DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

| LISTA DE PROBLEMAS | DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM | PLANO ASSISTENCIAL
LISTA DE OBJETIVOS | PLANO ASSISTENCIAL
PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM | AVALIAÇÃO |
|--|---|--|---|--|
| EXEMPLO: Inexistência de contato físico entre pai e RN relacionado à educação paterna (homem não pega criança no colo"). | EXEMPLO: Interação perturbada relacionada a inexistência de contato físico do pai com RN. | EXEMPLO: Tocar RN e pegá-lo no colo. | EXEMPLO: Discutir com o pai sobre a importância do contato físico entre ele e o RN para a futura relação de ambos, tentando através da interação, modificar o significado "do tocar e pegar no colo". | EXEMPLO: S - Pai refere que tem visto outros pais na unidade pegarem seus filhos no colo. Questionou se não há perigo em deixar a criança cair.
O - Pai fica olhando atentamente os outros pais na unidade, principalmente quando pegam seus filhos no colo. Hoje acarinhou seu filho.
A - Pai já consegue tocar seu filho; parece estar demonstrando interesse em pegar o RN. Penso que o grupo de referência (outros homens/pais) está contribuindo para isto.
C - Pai escierecido sobre como pegar o RN ao colo. Sugerido que converse com os outros pais. |

ANEXO 10

ÁREA FÍSICA DA UNIDADE DE INTERNAÇÃO NEONATAL



ANEXO 17

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM DAS FAMÍLIAS ASSISTIDAS

| Família do RN | Diagnóstico Intra-Familiar
(DIF) | | Diagnóstico Extra-Familiar
(DEF) |
|----------------|---|----------------------------|---|
| Família Flores | Interação Perturbada
(IP) | Interação Positiva
(I+) | Interação Positiva (I+) e Interação
Perturbada (IP) - (com religião e re-
creação) |
| Família Sol | Interação Perturbada (IP) | | Interação Positiva (I+) e Interação
Perturbada (IP) (com recreação) |
| Família Mares | Interação Perturbada (IP) e Super-Intera-
ção (SI) | | Interação Positiva (I+) e Interação
Perturbada (IP) (com religião e uni-
versidade) |
| Família Lua | Interação Perturbada
(IP) | Interação Positiva
(I+) | Interação Positiva (IP) e Interação
Perturbada (IP) (com igreja e comu-
nidade) |