



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Rubia Fernanda Cardoso Amaral

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE SOBRE A ABORDAGEM CULTURAL DO CUIDADO
NA RELAÇÃO COM MÃES**

Florianópolis, fevereiro de 2013.

Rubia Fernanda Cardoso Amaral

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE SOBRE A ABORDAGEM CULTURAL DO CUIDADO
NA RELAÇÃO COM MÃES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem. Linha de pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Francine L. Gelbcke

Coorientadora: Dagmar Meyer

Florianópolis, fevereiro de 2013.

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor,
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Amaral, Rubia Fernanda Cardoso
PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE
SOBRE A ABORDAGEM CULTURAL DO CUIDADO NA RELAÇÃO COM MÃES
/ Rubia Fernanda Cardoso Amaral ; orientadora, Francine L.
Gelbcke ; co-orientadora, Dagmar Meyer. - Florianópolis,
SC, 2013.
111 p.

Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Cultura. 3. Atenção Primária à Saúde.
4. Enfermagem. I. Gelbcke, Francine L. II. Meyer, Dagmar.
III. Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de
Pós-Graduação em Enfermagem. IV. Título.

RUBIA FERNANDA CARDOSO AMARAL

**PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA DE
SAÚDE SOBRE A ABORDAGEM CULTURAL DO CUIDADO
NA RELAÇÃO COM MÃES**

Esta DISSERTAÇÃO foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de Mestre em Enfermagem e aprovada em 26 de fevereiro de 2013, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem- Área de Concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

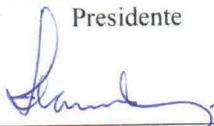


Dra. Vânia Marli Schubert Backes
Coordenadora do Programa

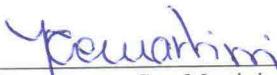
Banca Examinadora:



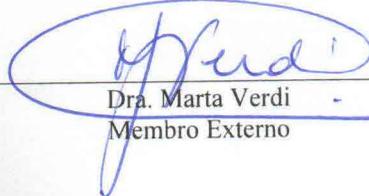
Dra. Francine Lima Gelbcke
Presidente



Dra. Flavia Regina de Souza Ramos
Membro



Dra. Jussara Gue Martini
Membro



Dra. Marta Verdi
Membro Externo

Dedico este trabalho aos meus pais, Jorge e Salete, e à minha irmã, por acreditarem em minhas escolhas, meu potencial e estarem sempre ao meu lado incentivando e ajudando a superar os momentos difíceis.

AGRADECIMENTOS

Primeiro a Deus, por sempre iluminar meus caminhos, guiar meus passos e dar força para superar os obstáculos.

À minha família, por estar sempre ao meu lado, me apoiando, dando força nos momentos difíceis; por acreditar em meu sucesso profissional e entender os momentos de ausência.

Às minhas orientadoras, pelos momentos de troca e aprendizado.

Às minhas amigas, em especial Thayse, pela ajuda e apoio nos momentos difíceis, pela amizade sincera.

E a todos que fizeram parte da construção deste trabalho, direta ou indiretamente.

“Ninguém caminha sem aprender a caminhar, sem aprender a fazer o caminho caminhando, sem aprender a refazer, retocar o sonho por causa do qual a gente se pôs a caminhar [...] ninguém educa a ninguém, ninguém tampouco se educa sozinho, os homens e as mulheres se educam entre si mediatizados pelo mundo”.

Paulo Freire

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso. Percepções de enfermeiras da atenção básica de saúde sobre a abordagem cultural do cuidado na relação com mães. 2013. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

Área de concentração: Educação e Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Linha de Pesquisa: Trabalho em Saúde e Enfermagem.

Orientadora: Francine L. Gelbcke

Coorientadora: Dagmar Meyer

RESUMO

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, que tem por objetivo geral conhecer formas pelas quais enfermeiras, que atuam em Unidades Básicas de Saúde nos distritos de saúde do Município de Florianópolis, percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães, e de que modo inserem tais valores e práticas nas ações assistenciais que desenvolvem. O referencial teórico adotado é a Teoria da Universalidade e Diversidade Cultural do Cuidado de Madeleine Leininger e revisão de literatura assistemática. Os participantes do estudo são dez enfermeiras que trabalham na atenção básica de saúde no Município de Florianópolis, em média duas enfermeiras por Distrito de Saúde. A coleta de dados foi realizada utilizando entrevistas semiestruturadas as quais foram gravadas com a permissão dos participantes e transcritas. Para nortear a análise dos dados, adotamos o processo de análise de conteúdo utilizando a técnica de análise temática. As categorias encontradas foram discutidas e interpretadas à luz da literatura e referencial teórico. Para auxiliar na organização e categorização dos dados, foi utilizado o *software* Atlas-Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions). Os resultados revelam que as enfermeiras: 1) percebem que cultura, saúde e cuidado estão interligados e que esta relação deve ser considerada como uma dimensão importante em seu atendimento; 2) estruturam sua consulta no conhecimento científico; 3) realizam a preservação e reestruturação do cuidado de acordo com cada situação trazida pelas mães; 4) necessitam aperfeiçoar a negociação do cuidado, a qual é realizada parcialmente; e 5) reconhecem dificuldades como estrutura física e falta de recursos humanos e facilidades como a Estratégia de Saúde da Família para o desenvolvimento de um cuidado culturalmente congruente e sinalizam para a necessidade de desenvolver algumas competências como a escuta

qualificada, o respeito à diversidade cultural e à territorialização da comunidade na qual atuam. Sugere-se a necessidade de uma educação permanente voltada para o conhecimento de práticas transculturais.

Palavras-chaves: Cultura; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso. Nurse perceptions of primary health care on the cultural approach of care in the relationship with mothers. 2013. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

ABSTRACT

It is a qualitative study, of exploratory and descriptive type, that has as general aim know ways in which nurses who work at Primary Health Care Units in districts of Florianópolis, notice and value knowledge and mother cultural practices, and in what way they insert such values and practices in assistencial actions that they develop. The theoretical referential taken is the Theory of Universality and Cultural Diversity of care from Madeleine Leininger and review of unsystematic literature. The participants of the study are ten nurses who work at primary health care in Florianópolis, on average two nurses per Health District. The data collection was done using interviews semistructured which were recorded with participants permission and transcribed. To guide the data analysis, it was taken the process of content analysis using the technique of thematic analysis. The categories found were discussed and interpreted according to the literature and theoretical referential. To assist the data organization and categorization, it was used the *software* Atlas- Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions). The results show that the nurses: 1) realize that culture, health and care are interconnected and this relation must be considered as an important dimension in their treatment; 2) organize their consultation on scientific knowledge; 3) do the preservation and restructuring of care according to each situation taken by mothers; 4) need to improve care negotiation, that is partly done; 5) notice difficulties like physical structure and lack of human resources and facilities like the Family Health Strategy to the development of a care culturally congruent and point to the necessity of developing some competencies like qualified listening, the respect to the cultural diversity and the territorialization of the community where they work. It is indicated the necessity of a permanent education focused on the knowledge of transcultural practices.

Keywords: Culture; Primary Health Care; Nursing.

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso. La percepción de las enfermeras de la atención primaria sobre el abordaje cultural del cuidado en la relación con las madres. 2013. 81f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

RESUMEN

Se trata de un estudio de carácter cualitativo, exploratorio y descriptivo, cuyo objetivo general es el de conocer la forma como las enfermeras que trabajan en las Unidades de Atención Primaria de Salud en la ciudad de Florianópolis, perciben y valoran los conocimientos y prácticas culturales de las madres, y cómo insertan estos valores y prácticas en las actividades de atención que ellas desarrollan. El enfoque teórico adoptado es la Teoría de la Diversidad y Universalidad Cultural del Cuidado de Madeleine Leininger, y también, la revisión asistemática de la literatura. Las participantes del estudio son diez enfermeras que trabajan en la atención primaria en Florianópolis, con un promedio de dos enfermeras por Distrito de Salud. La recolección de datos se realizó por medio de entrevistas semiestructuradas que fueron grabadas y transcritas con el permiso de las participantes. Para guiar el análisis de los datos se adoptó el proceso de análisis de contenido con la técnica del análisis temático. Las categorías halladas en el estudio se discutieron e interpretaron según la literatura y el marco teórico adoptado. Para ayudar en la organización y clasificación de los datos se utilizó el *software Atlas-Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions)*. Los resultados muestran que las enfermeras: 1). perciben que la cultura, la salud y el cuidado están relacionadas entre sí y que esta relación debe ser considerada como una dimensión importante en la atención; 2). estructuran su consulta en el conocimiento científico; 3). realizan la preservación y la reestructuración del cuidado de acuerdo a cada situación creada por las madres; 4) necesitan mejorar la negociación de la atención, la cual es realizada parcialmente; y 5). reconocen algunas dificultades, tales como: la infraestructura física y la falta de recursos humanos, y como facilidades, la Estrategia de Salud de la Familia para el desarrollo de un cuidado culturalmente congruente. También señalan la necesidad de desarrollar algunas habilidades como la escucha calificada, el respeto por la diversidad cultural y la territorialización de la comunidad en la que operan. Se sugiere la necesidad de una educación continuada orientada hacia el conocimiento de prácticas transculturales.

Palabras clave: Cultura; Atención Primaria; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ASB	Auxiliar em Saúde Bucal
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ESF	Estratégia de Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
NOB	Normas Operacionais Básicas
NOAS	Normas Operacionais de Assistência à Saúde
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança
PAISC	Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PFS	Programa de Saúde da Família
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TSB	Técnico em Saúde Bucal
UBS	Unidade Básica de Saúde
UFSC	Universidade Federal de Santa Catarina

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	23
1.1 PERGUNTA DE PESQUISA	26
1.2 OBJETIVO GERAL	26
1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	26
2. CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA.....	27
2.1 O CUIDADO COM A SAÚDE DA CRIANÇA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE, NO BRASIL – FRAGMENTOS DE HISTÓRIA	27
2.2 ESTRUTURAÇÃO DO CUIDADO EM RELAÇÃO ÀS MÃES E RECÉM-NASCIDOS	32
3. REFERENCIAL TEÓRICO	37
3.1 CULTURA	37
3.2 CUIDADO	38
3.3 SAÚDE	40
3.4 SISTEMA POPULAR DE CUIDADO À SAÚDE E SISTEMA PROFISSIONAL DE CUIDADO À SAÚDE.....	40
4. METODOLOGIA	45
4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA.....	45
4.2 O LOCAL DO ESTUDO	46
4.2.1 Município de Florianópolis – SC.....	46
4.2.2 Atendimento à criança nas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis – SC	47
4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	48
4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS	50
4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS.....	51
4.6 RIGOR DA PESQUISA.....	52
4.7 CUIDADOS ÉTICOS DE PESQUISA COM SERES HUMANOS.....	53
5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS	55
5.1 ARTIGO 1: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA RELAÇÃO CULTURA, SAÚDE E CUIDADO NA ABORDAGEM ÀS MÃES.....	55
5.2 ARTIGO 2: PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE E SUA NEGOCIAÇÃO EM UM COTIDIANO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM.....	73

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	95
7. REFERÊNCIAS	99
8. APÊNDICES	107
8.1 APÊNDICE 1	107
8.2 APÊNDICE 2	109
8.3 APÊNDICE 3	111

1. INTRODUÇÃO

O meu interesse por questões relativas às abordagens educativas de mulheres mães no contexto da Atenção Básica de Saúde manifestou-se durante a realização dos estágios do Curso de Graduação em Enfermagem e materializou-se no Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado “Itinerário terapêutico no cuidado mãe e filho: relação entre cultura e biomedicina”¹, que resultou de uma pesquisa com abordagem qualitativa e desenho exploratório, desenvolvida a partir de entrevistas com dez puérperas de um bairro de Florianópolis/SC.

Com a pesquisa, pudemos constatar que essas puérperas apoiavam-se muito na experiência de cuidado vivenciada por suas mães, avós e sogras para organizar as formas de cuidar de seus filhos recém-nascidos, mas que, apesar disso, elas não deixavam de procurar os serviços de saúde quando tinham dificuldades que não conseguiam resolver com base nesses saberes. Quando as questionamos sobre os modos como os profissionais lidavam com os saberes que embasavam o cuidado nos grupos familiares e culturais dos quais elas fazem parte, elas referiram que isto dependia de cada profissional, mas que percebiam mudanças em algumas formas de atendimento, que buscavam incluir esses saberes – usualmente chamados de saberes populares ou leigos, em contraposição ao conhecimento científico que embasa o fazer profissional em saúde. Porém, outras destacavam que existiam alguns pontos a serem melhorados, como a forma de compartilhar a informação, bem como a abordagem e a valorização do conhecimento das usuárias.

Elas relataram que, para decidir sobre o tipo de ajuda que precisavam buscar para cuidar bem de seu filho, consideravam a sua própria opinião, assim como o bom senso e as experiências das pessoas com as quais convivem. Assim, elas conversavam com suas mães, seu parceiro, vizinhas ou pessoas que já haviam vivenciado situações parecidas, além de buscar ajuda dos profissionais de saúde. Ficou constatado que são poucas as que não utilizavam recursos das chamadas terapias alternativas ou práticas de medicina popular como o uso de chás, faixas no umbigo, benzedadeiras, entre outras, ao mesmo tempo em que procuravam os serviços de atenção básica ou hospitalar.

¹ Este Trabalho de Conclusão de Curso foi realizado em conjunto com mais duas colegas de graduação conforme requisitos da 8ª fase curricular do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Constatamos, com o estudo, que as mães apreendiam esses saberes por meio da troca de conhecimento entre mães e filhas, seguido de avó, sogra, pessoas próximas que “tinham experiência”, em cursos formais, etc., e que estes saberes eram pouco explorados e considerados pelas profissionais de saúde que as atendiam nos serviços.

Da pesquisa realizada, resultaram algumas inquietações que acabaram me levando ao curso de mestrado: será que os profissionais de saúde, e em especial as enfermeiras², estão conseguindo estabelecer bons vínculos com as mães com as quais trabalham? Será que estão realizando uma consulta efetiva? Será que, ignorando os saberes que a mãe traz consigo e que ela foi incorporando de diversas formas ao longo da vida, a profissional de enfermagem consegue negociar um plano de cuidados que será assumido pela mãe? Tais inquietações, que não são novas na área da enfermagem e da saúde em geral, encaminham-me na direção de aprofundar, no mestrado, as reflexões acerca da importância das relações entre cultura e cuidado, na área da saúde, focalizando de forma especial a relação educativa que se estabelece entre enfermeiras e mães quando se trata do cuidado com crianças no primeiro ano de vida.

Muitos estudos, na área da Enfermagem e na área da Atenção Básica em Saúde (BOEHS et al., 2007; QUEIROZ; JORGE, 2006; SIQUEIRA et al., 2006) já vem discutindo a importância dessa relação, fundamentando-se em diferentes abordagens teórico-metodológicas. Entretanto, a maioria desses estudos também sinaliza que a dificuldade para admitir e realizar ações educativas e assistenciais que incluam, de forma não hierarquizada, outros saberes não necessariamente balizados pela Ciência biomédica continua persistindo na área. Como indicam MEYER et al. (2006, p. 1336), referindo-se particularmente à educação em saúde, apesar de todas as críticas já produzidas, as ações e projetos educativos em saúde

seguem sendo majoritariamente inscritos na perspectiva de transmissão de um conhecimento especializado, que ‘a gente detém e ensina’ para uma ‘população leiga’, cujo saber-viver é desvalorizado e/ou ignorado nesses processos de transmissão. Assume-se que, para ‘aprender o que

² Considerando a expressiva maioria de mulheres na área da enfermagem, optei, neste estudo, por utilizar a palavra “enfermeira” para me referir a essa categoria profissional. Utilizarei o termo “enfermeiro”, no masculino, se for necessário fazer referência a um profissional específico, em decorrência das entrevistas realizadas.

nós sabemos', deve-se desaprender grande parte do aprendido no cotidiano da vida.

De certo modo, foi isso que algumas mães que entrevistamos na pesquisa antes referida sinalizaram. Algumas das perguntas que venho me fazendo, desde que ouvi essas mães, despertaram meu interesse em ouvir agora as profissionais que as atendem: como as enfermeiras percebem e lidam com a relação entre “saber científico e o senso comum”, hoje, no cotidiano dos serviços de atenção básica? Que dificuldades elas relatam? Como se pode entender a persistência dessas dificuldades?

Do ponto de vista histórico, a forma prevalente de entender e de abordar as práticas educativas em saúde foi construída ao longo do século XX, à medida que a objetividade, a neutralidade e a universalidade do saber científico e os modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença legitimaram a ideia de que comportamentos “não educados” e práticas de cuidado não norteadas por princípios científicos “são insuficientes, insalubres e inadequadas, (tanto do ponto de vista técnico-sanitário quanto do moral)” (MEYER et al. (2006, p. 1336). Nesse contexto, a educação em saúde passou a ser concebida e exercitada como

processo de instrução (passiva) que tem como objetivo central a mudança (imediate e unilateral) de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde, em um contexto onde se exercita uma forma de comunicação de caráter basicamente cognitivo/racional. (MEYER et al., 2006, p. 1336)

Essas ênfases tornam-se particularmente significativas quando se trata de práticas educativas direcionadas para mulheres mães, pela centralidade que estas assumem como sujeitos a serem educados, no contexto das políticas e programas de saúde direcionados para a melhoria da saúde da população em geral, como pretendo argumentar no capítulo 2 em que faço uma contextualização das políticas e programas de atenção à saúde da mulher e da criança, no Brasil, no século XX.

O conjunto desses questionamentos, leituras e reflexões aproximaram-me, no percurso que fiz neste curso de mestrado, da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger e que decidi assumir como referencial de análise na investigação que propus, aqui, e cujos conceitos centrais

discuto no capítulo 3. Esta teórica da enfermagem vem, desde os anos 50 do século XX, não apenas colocando questões relevantes acerca da importância da cultura na constituição dos cuidados que indivíduos e grupos dispensam ao corpo e à saúde, mas propôs uma metodologia de cuidado e de pesquisa que vem permitindo operacionalizar formas de produzir essa interação no âmbito da prática profissional.

Tendo descrito as motivações e inquietudes que justificam este estudo, apresento, então, a questão e objetivos da pesquisa desenvolvida.

1.1 PERGUNTA DE PESQUISA

- Como as enfermeiras que atuam na atenção básica percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães? E de que modo inserem tais valores e práticas que desenvolvem?

1.2 OBJETIVO GERAL

- Conhecer formas pelas quais enfermeiras, que atuam em Unidades Básicas de Saúde nos distritos do Município de Florianópolis, percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães, e de que modo inserem tais valores e práticas no cuidado que desenvolvem.

1.3 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Conhecer o que as enfermeiras entendem como cultura e como percebem a sua relação com saúde, cuidado e saber biomédico, quando abordam o cuidado com mães.

- Compreender os modos de inserção dos saberes e práticas maternas de cuidado promovidas pelas enfermeiras.

2. CONTRIBUIÇÃO DA LITERATURA

Para este estudo, foi realizado um levantamento bibliográfico assistemático nas bases de dados LILACS, SCIELO e Google Acadêmico, utilizando as seguintes palavras-chave: profissionais de enfermagem e cultura, profissionais de saúde e cultura, saúde, cultura e cuidado materno-infantil, saúde da família, serviço de saúde, terapias alternativas.

Além disso, para aprofundar na história das políticas públicas de saúde da mulher e da criança, recorreu-se a materiais publicados pelo Ministério da Saúde. Outras fontes de pesquisa também foram utilizadas, como teses, dissertações e livros.

2.1 O CUIDADO COM A SAÚDE DA CRIANÇA NO CONTEXTO DAS POLÍTICAS DE SAÚDE, NO BRASIL – FRAGMENTOS DE HISTÓRIA

O cuidado materno constitui um conjunto de ações biopsicossocioambientais que permitem à criança desenvolver-se bem. Além de sentir-se rodeada de afeição, a criança precisaria, nessa perspectiva, de um potencial de cuidados e providências a serem tomados: o sono tranquilo, a alimentação, a higiene e outros. Reconhecer e saber interpretar corretamente os sinais que o recém-nascido emite seria, desse ponto de vista, imprescindível para a sua saúde e o seu bem-estar. (FOLLE; GEIB, 2004, p. 184).

No Brasil, a preocupação com o atendimento à maternidade e criança deu-se durante o governo de Getúlio Vargas, quando foi instituído o primeiro programa de proteção à maternidade, infância e adolescência, tendo como foco normatizar o atendimento à dupla mãe-filho e combater a mortalidade infantil por meio de programas como imunização, alimentação, educação e formação de pessoal (BRASIL, 2011).

Depois do desmembramento do Ministério da Educação e Saúde e criação do Ministério da Saúde, a partir da década de 70, iniciou-se a formalização de políticas públicas na assistência à saúde materno-infantil. Surge, então, o Programa de Saúde Materno-Infantil, o qual visava à redução da morbidade e mortalidade da mulher e da criança. O programa apresentava como proposta ações de acompanhamento de pré-

natal, partos domiciliares e puerpério e promoção de saúde da criança. Porém, este programa deixava diversas lacunas no atendimento, como a falta de acompanhamento até o parto e garantia de assistência hospitalar capacitada (COSTA et al., 2011).

Na década de 70, estruturou-se um sistema de saúde pautado no modelo hospitalocêntrico, no qual eram dispensadas ações de caráter curativista e assistencial, sendo vista somente a doença. Esse modelo de atenção via a mulher como objeto de reprodução; assim, tratava apenas de questões relacionadas à maternidade, voltadas para a perspectiva higienista (SOUZA; TYRREL, 2011). Nesse período, considerava-se como única cultura a científica; não se preocupavam com a cultura de cada comunidade e, sim, com a da microbiologia das doenças (CAMPOS, 2002).

Em meados da década de 70, início da década de 80, ocorre a Reforma Sanitária, a qual gerou movimentos populacionais que tinham intuito de buscar o direito à saúde como um direito de cidadania à população. As discussões que percorreram os anos 1980, 1990 até 2000 culminaram com a aprovação de leis e políticas públicas e execução de programas e estratégias voltadas à atenção materno-infantil (COSTA et al, 2011). Em meio aos movimentos sociais, surge o Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) como modelo inovador da atenção à saúde no Brasil, orientado pelos princípios de descentralização, hierarquização e regionalização dos serviços, além da integralidade e equidade. É regulamentado pela Constituição Federal de 1988 e pelas leis Orgânicas de Saúde nº 8.080/90 e nº 8.142/90, além das Normas Operacionais Básicas (NOB-SUS 01/96) e Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS-SUS 01/02).

Integram-se, assim, a esse sistema, as ações e serviços de atenção à mulher e à criança, as quais seguem seus princípios e diretrizes, buscando um atendimento integral (BRASIL, 2007a). Um grande marco foi a Constituição Federal de 1988, com diversos artigos que tanto amparavam a saúde da mulher e da criança como davam base aos direitos reprodutivos. Com este amparo legal dos direitos sociais e reprodutivos, rompe-se com a visão que a sociedade tinha da mulher exclusivamente como mãe, reprodutora e rainha do lar (COSTA et al, 2011).

Em 1983, foi criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança (PAISMC), com o objetivo de ampliar a cobertura e resolubilidade no atendimento da rede pública, propondo uma melhora nas condições de saúde da mulher e da criança (BRASIL, 2002). No ano seguinte, este programa sofre um desmembramento

gerando dois programas específicos, mas que funcionavam de forma integrada: Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e Programa de Assistência Integral à Saúde da Criança (PAISC). O PAISC priorizava cinco ações básicas de saúde: promoção do aleitamento materno, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, imunizações, prevenção e controle das doenças diarreicas e das infecções respiratórias agudas (BRASIL, 2002). O PAISM promovia ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, contracepção, assistência ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, câncer de colo de útero e mama, controle de doenças sexualmente transmissíveis (BRASIL, 2007 a). Contudo, tornou-se uma proposta de assistência à mulher fundamentada na integralidade e não somente no período reprodutivo, como era vista na década anterior (SOUZA, TYRREL, 2011).

O Ministério da Saúde (Brasil, 2011, p. 13) coloca que

Ambos surgiram como resposta do setor saúde aos agravos mais frequentes desse grande grupo populacional, e seus principais objetivos eram diminuir a morbimortalidade infantil e materna e alcançar melhores condições de saúde por meio do aumento da cobertura e da capacidade resolutiva dos serviços, conforme preconiza a Constituição Federal e o SUS.

Assim, eram programas voltados não apenas para o binômio “mãe e filho” e reprodução, mas à atenção à mulher e à criança na sua totalidade.

A partir dos anos 1980, surge uma preocupação com a cultura sanitária popular com base no referencial behaviorista, em que as mães são folhas em branco, e, o profissional, o detentor do saber. Temos então a transmissão do conhecimento, por meio do estímulo/resposta, em que a resposta deve estar adequada ao estímulo, independentemente do contexto em que esta mãe vive (CAMPOS, 2002).

Na década de 90, ocorreu, então, a consolidação do SUS e a implementação da Atenção Básica, a qual se caracteriza por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde em todos os ciclos de vida.

Desta forma, em 1994, viu-se a necessidade de ter na Atenção Básica uma equipe mais próxima da comunidade, que a conhecesse melhor e atasse vínculos com a população para melhor atendê-la. Foi criado, então, o Programa Saúde da Família (PSF), entendido como uma reorientação do modelo assistencial, tendo como propósito orientar a organização da Atenção Básica no país no sentido de garantir os princípios de territorialização, longitudinalidade no cuidado, intersetorialidade, descentralização, corresponsabilização e equidade, priorizando grupos populacionais do SUS. Posteriormente, em sua fase de consolidação, veio a ser chamada de Estratégia Saúde da Família (ESF) devido à sua amplitude e abrangência. Em sua essência, a ESF foi pensada como mecanismo de ruptura em relação ao comportamento passivo e baseada em ações pontuais das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade (BRASIL, 2008).

Na concepção atual a Atenção Básica é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados. A equipe assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem as populações. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2007b).

A Atenção Básica, portanto, é a principal porta de entrada para o atendimento à população dos diversos segmentos, dentre eles a saúde da mulher e da criança. Assim, criaram-se algumas políticas para nortear este cuidado, os quais objetivam um maior acesso aos cuidados básicos de saúde, tornando mais resolutivo este nível de atenção (NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008).

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), construída em 2006 e editada em 2012, orienta sobre o processo de trabalho na ESF, devendo este ser compartilhado entre uma equipe multiprofissional composta, conforme modalidades das equipes, por médico, enfermeiro, auxiliar ou técnico de enfermagem; Agentes Comunitários de Saúde (ACS), cirurgião-dentista, técnico em saúde bucal (TSB) e auxiliar em saúde bucal (ASB). Tal política orienta as atribuições comuns e específicas de cada profissional, como o cuidado da saúde da população adscrita (incluindo visitas domiciliares e demais espaços da comunidade), consultas de enfermagem e médicas (como pré-natal e

puericultura) e atividades educativo-assistenciais (como o grupo de gestantes) (BRASIL, 2012).

Acredita-se que “o grande trunfo” da ESF são as visitas domiciliares, pelas quais se espera “mudar o modelo de assistência”. A equipe possui, então, suas funções normatizadas pelo Ministério da Saúde, o que determina o processo de trabalho de cada profissional (BRASIL, 2007b; FRANCO; MERHY, 2003). Este modelo de atenção possui o acolhimento como uma oportunidade de universalizar o acesso ao atendimento em saúde e faz com que os profissionais possam aperfeiçoar a escuta qualificada, procurando dar uma resolubilidade aos problemas de saúde ou os devidos encaminhamentos. Consegue-se, desse modo, estabelecer vínculos com os usuários, através de momentos como a educação em saúde.

A ESF é o modelo de Atenção à Saúde norteador do município de Florianópolis. É regulamentado pela Portaria SS/GAB nº. 283/2007, o qual aprova a Política Municipal de Atenção Básica. Tem como fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos; efetivar a integralidade em seus vários aspectos; desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado; tornando-se, assim, a porta de entrada do serviço de saúde no município. Florianópolis é uma das 3 Capitais com maior cobertura de saúde, implicando em uma ampliação da oferta de serviços, o que pode causar impacto na qualidade de vida e atendimento às pessoas (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2007).

As Equipes de Saúde da Família do município de Florianópolis possuem o objetivo de conhecer a realidade da população que reside na área de abrangência, no que se refere a aspectos socioeconômicos, demográficos, culturais e epidemiológicos. Desenvolvem atividades como consultas de enfermagem; ações de promoção, prevenção e vigilância à saúde e atividades e ações educativas com grupos, sendo da competência do Enfermeiro realizar assistência integral, levando em consideração ações de promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, aos indivíduos e famílias. Propõe como ação prioritária o acolhimento, cuja principal característica é a escuta qualificada, a valorização da relação entre pessoas e a humanização do atendimento (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2007a). É através da ESF que se desenvolvem ações de programas como: Capital Criança e Saúde da Mulher. O Programa Capital Criança visa à qualidade de vida de

crianças de zero a dez anos, por meio de ações de proteção, promoção e recuperação da saúde. As Equipes de Saúde da Família realizam o acompanhamento de crescimento e desenvolvimento da criança através de acolhimentos, vigilância nutricional, imunização, entre outras ações (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2013b).

Para dar continuidade às ações desenvolvidas pela ESF, o Programa Capital Criança realiza por meio das Agentes Educadoras visitas às maternidades do município com o objetivo de realizar educação em saúde. Nesta visita, são realizadas diversas ações, dentre elas a vacinação contra a tuberculose (BCG) e a primeira dose da vacina contra Hepatite B, além do agendamento da primeira consulta de puericultura e de puerpério em torno do 5º ao 7º dia após o parto e o agendamento da consulta com dentista para o 30º dia de vida do recém-nascido. Na alta hospitalar, recebem um kit de cuidados ao neonato, composto por uma bolsa, diploma do cidadão de Florianópolis, Caderneta de Saúde da Criança, álcool 70% e gaze para curativo do coto umbilical, termômetro, creme para assadura, sabão glicerinado e folhetos educativos. Fornecem orientações quanto ao teste do pezinho, o qual deve ser realizado entre o 3º e 5º dia de vida da criança nas UBS e também acerca da triagem auditiva e do reflexo vermelho (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2013b).

Nesta perspectiva da construção da ESF, percebe-se a tentativa em realizar uma mudança do paradigma condutivista, neo-behaviorista, para uma visão mais contemporânea por meio de políticas que focalizam a integralidade da assistência, tratando a cultura de forma “dialética, interativa, considerando o interesse de sobreviver, mas também o desejo, a cultura, o prazer, a realização, o sujeito e seu contexto”, buscando assim uma interação entre a cultura científica e popular, no intuito de melhorar o atendimento (CAMPOS, 2002, p. 114).

Entendido como surgiram as políticas de atenção à saúde da mãe e do recém-nascido e como se deu a estruturação do cuidado a esta população, passamos a discutir as formas de cuidados que são repassados às mães pelos profissionais de saúde.

2.2 ESTRUTURAÇÃO DO CUIDADO EM RELAÇÃO ÀS MÃES E RECÉM-NASCIDOS

Dentro dos programas e políticas citados é de competência das enfermeiras realizarem atividades de educação em saúde pautadas no saber científico, seguindo os princípios da atenção básica e ESF de

conhecer o contexto no qual está inserida a população e conhecer suas fragilidades e limitações.

Grande parte das orientações dispensadas às mães acerca do cuidado às crianças durante as atividades educativo-assistenciais, preconizadas pela ESF, leva em consideração apenas as concepções dos profissionais e desconsideram as concepções das mães (DURO, 2002). Muitas vezes, esquecem que os pacientes não são tábulas rasas, que elas trazem consigo o conhecimento de suas vivências, suas crenças e práticas alternativas de cura. O profissional não pode impor as suas conclusões e prescrições somente. Mas, sim, realizar uma contextualização social e cultural do cliente, proporcionando-lhe uma assistência de qualidade (SIQUEIRA et al., 2006).

Um estudo realizado com mães atendidas pela ESF, com o objetivo de conhecer saberes e práticas de cuidado à criança, revela que o cuidado à criança é permeado de saberes científicos e populares. O saber científico advém das consultas, atividades educativas realizadas por profissionais de saúde. Já o saber popular é aprendido no dia a dia, com seus familiares que perpassam gerações, além de igrejas, a própria comunidade e meios de comunicação. Assim, a miscigenação desses saberes torna-se o corpo de conhecimento adquirido pelas mães e este a auxilia no papel de cuidadora e no crescimento e desenvolvimento da criança (ZANATTA; MOTTA, 2007).

Segundo Siqueira et al. (2006, p. 69-70),

Todo sistema terapêutico é parte indissolúvel do repertório cultural de uma sociedade, ou seja, eles são partes integrantes da cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa. Assim sendo, de forma paralela ao modelo biomédico, a medicina baseada no saber popular ou leigo, mantém-se viva no cotidiano da população. Medidas profiláticas e terapêuticas caseiras são realizadas com o intuito de buscar ou manter um estado de bem-estar próximo ao que é concebido como ideal. Essas práticas são, geralmente, trabalhadas no âmbito familiar e, quase sempre, repassadas entre diferentes gerações. A maioria dos profissionais de saúde não direciona orientações nesse sentido. Preferem não se posicionar quanto ao uso desses métodos populares.

Um estudo realizado com dez mães atendidas em uma Equipe de Saúde da Família do Estado do Rio Grande do Sul, objetivando conhecer saberes e práticas de cuidado à criança de zero a seis meses de vida, demonstra que ainda existem limitações no sistema de saúde para implementar um atendimento coerente com a realidade das famílias e o estabelecimento de vínculo (ZANATTA; MOTTA, 2007). É durante as atividades educativo-assistenciais que conseguimos estabelecer essa confiança e vínculo entre a mãe e o profissional. Para isto, é importante oportunizar a troca de experiências, em que podemos compreender o conhecimento que as mães trazem, buscando conhecer os significados, expressões e contexto que englobam a vida das famílias, disponibilizando ações que favorecem o restabelecimento da saúde (QUEIROZ; JORGE, 2006). Outra forma é desenvolver a escuta qualificada, voltando a atenção para o que é comunicado e evitar os filtros dos esquemas de anamnese, durante as atividades de educação em saúde, buscando compreender seu modo de vida, discutindo sobre riscos e refletindo em conjunto (QUEIROZ; JORGE, 2006; BOEHS et al., 2007; NOVACZYK; DIAS; GAÍVA, 2008).

Assim, para que um atendimento seja exitoso, há a necessidade de que cada parte, o profissional e a mãe, exponham os seus argumentos acerca do cuidado praticado, tendo uma postura receptiva à negociação, e cheguem a um consenso possível, havendo uma concordância entre a enfermeira e a mãe, transformando a consulta em uma negociação do cuidado (OLIVEIRA, 2006). Essas reflexões vêm ao encontro do que Siqueira et al. (2006) fala acerca de novas concepções de atendimento, em que, no decorrer de atividades educacionais, visualiza-se o cliente de forma integral, valorizando uma abordagem humanizada.

Costa et al. (2011), em sua pesquisa desenvolvida com objetivo de identificar as principais políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil, salienta a necessidade de repensar as práticas assistenciais que permeiam o parto e nascimento, trazendo uma visão mais humanizada, abarcando boas práticas de atenção obstétrica, resgatando o momento do parto e do período neonatal como especial e de valor social.

Assim, segundo Munguba (2010, p. 296),

É possível perceber que a interatividade, acolhimento da cultura e modo de ser de cada pessoa são ferramentas de mediação da compreensão de mundo com diversidade, rico de cores e nuances, mostrando a urgência da

mudança de atitude tanto da pessoa que ensina como da que aprende, voltada para a participação como atores.

Muitos profissionais do sistema oficial de saúde, também denominados “da biomedicina” já estão buscando outros referenciais além do biológico, pois percebem que, para um atendimento eficaz, são necessárias ações interligadas à cultura (BOEHS et al., 2007). Assim, propõe-se reflexão acerca do atendimento às mães e crianças, pois o conhecimento científico deve ser apenas um dos caminhos a serem seguidos no decorrer do processo de saúde e doença.

Na sequência, apresento o referencial teórico, que irá balizar as discussões neste estudo.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

A presente pesquisa discute as formas pelas quais profissionais de enfermagem, que atuam em unidades básicas de saúde, percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães com quem trabalham, e de que modo inserem tais valores nas ações assistenciais que desenvolvem com elas quando abordam o cuidado com crianças até dez anos de idade.

Portanto, o referencial teórico com que pretendo dar sustentação a essa discussão está balizado na teoria da Universalidade e Diversidade de Cuidado Cultural de Madeleine Leininger, a qual refere que o cuidado em saúde, para que seja efetivo, precisa ser compreendido, inserido e atualizado em contextos culturais diversos e específicos. Essa teoria focaliza as relações entre cultura e cuidado, argumentando que os contextos culturais nos quais o cuidado é vivido e realizado devem ser conhecidos em profundidade e compreendidos para poder acessar as necessidades de cuidados dos usuários (LEININGER, 2006).

Para nortear a pesquisa, construí, então, um quadro conceitual, que inclui os conceitos básicos da referida teoria, os quais serão importantes para a discussão e análise que pretendo desenvolver. Abordaremos os conceitos de cultura, cuidado, saúde, sistema popular e profissional de cuidado.

3.1 CULTURA

Cultura são valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos em uma determinada cultura. E estes guiam, ou direcionam o pensamento, as decisões e as ações de indivíduos e grupos nos diferentes contextos em que vivem (LEININGER, 2006). O valor cultural “refere-se à forma mais desejada ou preferida de agir ou conhecer algo, que é freqüentemente mantida por uma cultura por um período de tempo, e que governa as ações ou decisões das pessoas” (LEININGER, 1985 p. 261). Este conceito de cultura de Leininger vai ao encontro de outros conceitos utilizados por antropólogos como EAGLETON (2005), por exemplo, que define cultura como um complexo de valores, costumes, crenças e práticas que constituem o modo de vida de um grupo específico. Para se constituir uma cultura, é necessário compartilhar modos de falar, saber comum, modos de proceder, sistemas de valor, uma autoimagem coletiva.

Segundo Langdon; Wiik (2010), a cultura é compreendida pela interação compartilhada entre membros de um grupo social que mediam e qualificam qualquer atividade físico-mental, que não seja determinada

pela biologia. Assim, trata-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais. Por fim, cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas que sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e seus modelos operativos. Já Helman (2003) coloca que cultura é a maneira através da qual o homem enxerga o mundo, são os seus princípios, que o guiaram no seu comportamento na sociedade, na sua maneira de viver, nas suas relações, ditando a forma de enxergar o mundo que o cerca.

3.2 CUIDADO

Cuidado, para Leininger, refere-se a um fenômeno que é, ao mesmo tempo, abstrato e concreto. Envolve atividades de suporte e assistência direcionadas para um 'outro' que possui necessidades evidentes para melhorar ou implementar sua condição humana ou sua forma de viver. Assim, cuidar refere-se às ações, atitudes ou práticas para assistir ou ajudar os outros; inclui tanto o cuidado profissional como o leigo e assume sentidos simbólicos como proteção, respeito e presença (LEININGER, 2006). A autora considera, na sua definição de cuidado, a necessidade de se levar em conta tanto a diversidade quanto a universalidade cultural que nele estão contidas. Ou seja, nessa perspectiva, diversidade refere-se às diferenças ou variabilidades entre os seres humanos no que diz respeito a sentidos, padrões, valores, formas de vida, símbolos ou outras coisas relacionadas com uma cultura específica do cuidado, que devem ser levadas em conta para melhorar ou amenizar a condição humana em grupos específicos (LEININGER, 1985; 2006). Ao mesmo tempo, o cuidado pode comportar alguns fenômenos compartilhados ou similares – que ela nomeia de universalidade cultural – e que são assumidos por um conjunto mais amplo de pessoas e grupos e, por isso, podem servir de referência para políticas, programas e serviços, na direção de prover necessidades e melhorar a condição humana de vida (LEININGER, 1985; 2006).

Para efetivar o cuidado de enfermagem, Leininger sugere três modalidades de ação ou decisão na prestação de um cuidado culturalmente congruente pelo profissional. Elas são únicas e não são encontradas em outra teoria da área da saúde. São elas:

- 1- Prática de cuidado cultural de preservação ou manutenção – refere-se à manutenção de cuidados benéficos ou inofensivos, permitindo a preservação da cultura do indivíduo ou grupo;

- 2- Prática de cuidado cultural de acomodação ou negociação – refere-se à acomodação de ações relacionadas ao cuidado, em que ajudam indivíduos ou grupos de culturas específicas a adaptar-se e/ou negociar o cuidado com os profissionais de saúde, tendo um cuidado culturalmente congruente e seguro para a saúde; e
- 3- Prática de cuidado cultural de repadronização – refere-se à repadronização de ações de cuidado, as quais apóiam, dão suporte e ajudam indivíduos ou grupo a reorganizar, reestruturar e até modificar seus modos de vida, favorecendo seus padrões de cuidado à saúde. (LEININGER, 2006)

Estas três modalidades trazem, assim, a importância da negociação do cuidado, o qual é o ajustamento entre o saber popular e o profissional sobre o cuidado, em que cada parte envolvida expõe os seus argumentos acerca do cuidado praticado, tendo uma postura receptiva à negociação, e chegando a um consenso possível. Podendo haver uma concordância entre a enfermeira e a mãe; transformando a consulta em uma troca de informações, ocorrendo incorporação de novos saberes tanto por parte das profissionais de saúde como das mães (OLIVEIRA, 2006). E, para haver a acomodação do cuidado, é preciso utilizar-se da comunicação transcultural, na qual ocorre a escuta sensível, a valorização da fala, das experiências das mães. É importante “dar suporte, fazer-se presente nas necessidades, confiar, respeitar, oportunizar, levar em consideração, compreender e ouvir” (BOEHS, 2002, p. 94). Chamamos essas características de competências culturais.

A competência cultural é a capacidade de o profissional conhecer e identificar as particularidades de cada cultura, a fim de prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas, criando planos de cuidados individualizados. Utilizam-se ferramentas como a comunicação transcultural, a empatia, a flexibilidade para integração de valores, crenças e práticas culturais aos cuidados de enfermagem, a aceitação das diferentes perspectivas culturais, possibilitando a ação de enfermeiros sensíveis à realidade das mães (VILELA; JANEIRO, 2012). Desta forma, os profissionais podem estar atentos para as dimensões subjetivas e objetivas do cuidado presente no dia a dia das mães. Desenvolvendo um cuidado culturalmente congruente, sempre se atentando para o contexto cultural, os modos de agir das mães e todas as possibilidades que envolvem este processo (MULLER; ARAUJO; BONILHA, 2007).

3.3 SAÚDE

Nesta abordagem, o conceito de saúde é mais abrangente do que a dimensão biomédica. É um estado de bem-estar que é culturalmente definido e constituído. É um estado de ser que precisa ser mantido, é habilidade de ajudar indivíduos ou grupos para agir, manter suas funções sociais e alcançar padrões de vida desejados (LEININGER, 1985; 2006). A operacionalização deste conceito esta intimamente ligada à pesquisa, uma vez que é por meio dela que se pode conhecer as necessidades de cuidado dos usuários e, no caso deste estudo, os cuidados dispensados pelas mães às crianças, com o intuito de manter e/ou restaurar sua saúde.

Uma forma de operacionalizar esse conceito de saúde é, na perspectiva de Leininger, o cuidado compartilhado, porque este exige que o profissional e as mães discutam o cuidado, manifestem as suas concordâncias e divergências, negociem as diferenças e se apropriem das informações necessárias para o atendimento dessas necessidades de saúde. Para tanto, o trabalho em saúde exige uma formação técnica, um conhecimento das políticas, mas o mais importante é serem profissionais sensíveis à realidade da comunidade, conhecerem os seus costumes e crenças, práticas de cuidado relacionadas ao processo de saúde e doença, para estarem familiarizados com os grupos culturais, aprendendo a lidar com estes saberes populares (MOREIRA et al, 2006).

3.4 SISTEMA POPULAR DE CUIDADO À SAÚDE E SISTEMA PROFISSIONAL DE CUIDADO À SAÚDE

Sistema popular “refere-se ao sistema não profissional, local [...], que oferece serviços de cuidado ou cura tradicionais, em casa” (LEININGER, 1985 p. 262). Já o Sistema profissional “refere-se aos serviços de cuidado ou cura organizados e interdependentes, que venham sendo identificados com, ou oferecidos por, vários profissionais de saúde” (LEININGER, 1985 p. 262). A aproximação entre os dois sistemas, popular e profissional é fundamental para desenvolver um cuidado de enfermagem adequado, atendendo às necessidades dos indivíduos na sua totalidade. O sistema profissional de cuidado à saúde é uma das formas de atendimento e meios de obter conhecimento; durante o atendimento às mães, estabelecemos uma negociação educativa, em que criamos, reinventamos e construímos uma cultura durante o cuidado, associando o sistema profissional e o popular (BOEHS et al, 2007).

Assim, segundo Langdon e Wiik (2010, p. 178),

o sistema de atenção à saúde não está desacoplado de outros aspectos gerais da cultura, assim como um sistema social não está dissociado da organização social de um grupo. Consequentemente, a maneira através da qual um determinado grupo social pensa e se organiza, para manter a saúde e enfrentar episódios de doença, não está dissociado da visão de mundo e da experiência geral que esse tem a respeito dos demais aspectos e dimensões socioculturalmente informados. Será somente a partir da compreensão dessa totalidade que serão apreendidos os conhecimentos e práticas atrelados à saúde dos sujeitos formadores de uma sociedade portadora de um sistema, ou cabedal cultural, próprio.

Lembrando que cada cultura tem o seu modo específico de cuidar, geralmente conhecido apenas pelos membros da comunidade e que a enfermagem desconhece e/ou desvaloriza, por estar inserida em um contexto cultural diferente, no qual se opera com outros conhecimentos (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Há que se considerar ainda que a cultura não é algo estático; ela está em um constante processo de modificação, pois os seres humanos estão sempre realizando mudanças internas, por meio da sua capacidade de questionamento e modificação de seus atos, na busca de um melhoramento (LARAIA, 2003). Neste sentido, temos que considerar que cada profissional detém um conhecimento diferente acerca de cultura, pautado no seu contexto social e que também irá influenciar no seu processo de cuidar. A partir das diferenças culturais, surge o etnocentrismo, o qual significa a compreensão do outro a partir de nossas concepções de mundo; em que passamos a analisar o outro a partir de nós mesmos, das nossas experiências, em que o grupo social a que pertencemos passa a ser o centro de tudo (ROCHA, 2006; GOMES; ROBAÍNA; BUDÓ, 2012)

Partindo desta compreensão, é importante as profissionais realizarem um autoconhecimento, desenvolvendo uma reflexão crítica dos seus próprios valores e crenças, para conhecer a sua cultura em profundidade, ter consciência de que a cultura das mães pode ser diferente e que esta gera impacto no cuidado de enfermagem. Para que estes cuidados sejam apropriados e sejam considerados eficazes não

apenas pelas profissionais, mas também pelos familiares e comunidade, é importante que as enfermeiras mantenham uma relação de troca entre o saber científico e o saber popular, visando evitar o etnocentrismo, respeitando as diversas culturas e obtendo o que chamamos de relativismo cultural. Desta forma, é possível compreender o porquê das atividades e os sentidos destinados a elas de forma lógica, sem hierarquizá-las ou julgá-las, mas apenas reconhecendo-os como diferentes (LANGDON; WIJK, 2010).

Essa abordagem possibilita à enfermagem conhecer o comportamento da população em relação às questões biológicas de saúde e de doença de uma comunidade. Também tem sua importância para a prática profissional, em que permite analisar as suas rotinas, normas da instituição de saúde e profissionais de saúde (MONTICELLI, 1996). Por isso, penso que é indispensável à compreensão por parte dos profissionais acerca das questões biológicas, sociais e afetivas que cercam e caracterizam o contexto cultural em que as pessoas e grupos com os quais trabalham estão inseridos.

Ademais, a teoria de Leininger tem sua relevância quando se trata do tema cuidado cultural aplicado a enfermagem. Soares, Klering e Schwartz (2009), em estudo realizado com pacientes oncológicos, buscaram conhecer as vivências e crenças dos pacientes para dispensar um cuidado culturalmente congruente, envolvendo a enfermeira, paciente e familiar na troca de informações e esclarecimentos de dúvidas. Ressaltam que a assistência de enfermagem com enfoque cultural proporciona um cuidado de qualidade e coerente com o contexto de vida do paciente.

Da mesma forma, a pesquisa de Souza et al (2012), pautada nos pressupostos teóricos de Leininger, teve o objetivo de analisar o cotidiano do cuidado do idoso com Diabetes *Mellitus* tipo 2 (DM2). Apontam que os idosos com DM2 possuem fragilidade, devido às restrições que são submetidos, entretanto apoiam-se na religiosidade, uso de plantas medicinais para restabelecer a saúde, além de contar com o apoio dos profissionais de saúde.

Outra pesquisa, com base na Teoria de Enfermagem Transcultural, desenvolve um Instrumento de Autoavaliação de Competências para o Cuidado Transcultural à Pessoa com Deficiência, demonstrando que a teoria reúne características para o cuidado da pessoa com deficiência. Destaca que o cuidado a esse público não pode ser trabalhado na perspectiva da repadronização cultural e, sim, de buscar a compreensão da diversidade cultural dos aspectos de saúde/doença dos indivíduos e grupos, indicando um cuidado inclusivo

de enfermagem, em que o enfermeiro deve avaliar suas competências para cuidar (PAGLIUCA; MAIA, 2012).

Assim, pode-se verificar que muitos estudos, em diversos temas de investigação, utilizam a teoria de Leininger para compreender e dispensar um cuidado com qualidade. Há uma preocupação em valorizar o cuidado cultural e a interação entre os profissionais de enfermagem e a população na relação terapêutica, demonstrando assim seu impacto para a enfermagem, tornando a teoria importante ferramenta para conhecer o cuidado, pois destaca o papel de quem cuida e de quem recebe o cuidado. Além disto, possibilita estabelecer uma relação entre a enfermagem e a população assistida, focando na construção de um conhecimento baseado no contexto cultural de saúde- doença dos indivíduos, proporcionando ainda fundamentação teórica para o desenvolvimento desse tipo de cuidado na prática profissional, em que a enfermagem pode buscar conhecimento para desenvolver seu planejamento e operacionalização do cuidado.

Passo agora a descrever a metodologia construída para a implementação desta pesquisa.

4. METODOLOGIA

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo qualitativo que se delinea exploratório e descritivo, o qual busca a compreensão das formas pelas quais profissionais de enfermagem, que atuam em unidades básicas de saúde nos distritos sanitários do Município de Florianópolis, percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães com quem trabalham, e em que situações as inserem nas ações educativas e assistenciais que desenvolvem quando abordam o cuidado com crianças até dez anos de idade. O período da realização desta pesquisa foi de março de 2012 a fevereiro de 2013.

A pesquisa qualitativa trabalha com resultados não quantificáveis, com significados das ações e relações humanas, de fenômenos culturais, experiências vividas. Estuda relações e processos que não podem ser reduzidos à aplicação de variáveis (MINAYO, 2010). Tem por objetivo explorar e organizar conceitos e relações nos dados brutos e relacioná-los com a teoria. Pode ser utilizada para explorar algo pouco conhecido ou que é muito conhecido, mas necessita de uma nova visão. É comumente utilizada para descobrir detalhes de um determinado problema, ir a fundo ao pensamento e emoções de um público alvo, difícil de ser apreendido em um método de pesquisa convencional (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O pesquisador qualitativo destaca a realidade construída pela sociedade e as relações entre pesquisador e o que é pesquisado, enfrentando limitações situacionais, as quais podem influenciar nas investigações. Dispõe de múltiplos métodos para coleta de dados, como entrevistas, observação, grupos focais, além de ser influenciado por múltiplas posturas éticas e políticas. Busca soluções para problemas que demonstram o modo como é criada uma experiência que adquire significados para a sociedade (DENZIN; LINCOLN, 2006).

A pesquisa exploratória tem a finalidade de “desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias” (GIL, 2007, p. 44). Ela é comumente utilizada em pesquisas de cunho qualitativo para investigar novas áreas ou explorar fenômenos pouco entendidos, suas manifestações e processos subjacentes (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). Possui o objetivo de “proporcionar uma visão geral sobre determinado fato” (GIL, 2007, p.43).

A pesquisa qualitativa descreve as características de um determinado fenômeno (GIL, 2007), e é utilizada para descrever as

dimensões, as variações, a importância e o significado desse fenômeno. Portanto, os pesquisadores neste tipo de pesquisa observam, contam, descrevem e classificam um fenômeno (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

A pesquisa descritiva exploratória é habitualmente utilizada por pesquisadores preocupados com a atuação prática (GIL, 2007). Por todas essas razões, justifica-se a escolha desse método para o estudo realizado.

4.2 O LOCAL DO ESTUDO

O presente estudo foi desenvolvido nas Unidades Básicas de Saúde do município de Florianópolis – SC. Escolhi realizar a pesquisa neste município por ser onde resido, e na atenção básica por ser a área de atuação profissional que desperta o meu interesse, conforme pontuei na introdução desta dissertação.

4.2.1 Município de Florianópolis – SC

Florianópolis é a capital de Santa Catarina e está localizada no centro-leste do Estado, sendo banhada pelo Oceano Atlântico. Grande parte do município (97,23%) está situada na Ilha de Santa Catarina. A sua economia é baseada nas atividades de comércio, prestação de serviços públicos, indústria de transformação e turismo. A área do município, compreendendo a parte continental e a ilha, é de 436,5 km². A ilha possui uma forma alongada e estreita, com litoral bastante recortado e relevo formado por cristas montanhosas e descontínuas, compondo assim seus atrativos turísticos naturais. A porção continental, com área de 12,1 km² limita-se a oeste com o município de São José. As características climáticas são típicas do litoral sul brasileiro, com as estações do ano bem definidas e chuvas distribuídas uniformemente durante o ano. O verão geralmente apresenta o maior índice pluviométrico, com precipitações elevadas de janeiro a março. A temperatura média anual é de 20,4° C, sendo fevereiro o mês mais quente. A média das máximas do verão varia de 28 a 31° C e, a média das mínimas do inverno, de 7,5 a 12° C (BASTO; KAWASE, 2007).

O município de Florianópolis oferece assistência à saúde pública pela rede SUS através das Unidades Básicas de Saúde.

4.2.2 Atendimento à criança nas Unidades Básicas de Saúde de Florianópolis – SC

O município de Florianópolis possui 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais estão distribuídas administrativamente em cinco Distritos Sanitários de Saúde (centro, norte, continente, leste e sul) com área de abrangência e geoprocessamento definidos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011). Cada Distrito possui sua sede gerencial e é responsável pela vigilância e acompanhamento do desempenho da atenção à saúde pelas equipes de saúde da sua área de abrangência (BASTOS; KAWASE, 2007). O município conta com um total de 117 equipes de Estratégia de Saúde da Família (ESF), 12 equipes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), 62 equipes de ESF com equipe de Saúde Bucal modalidade I e 4 equipes de ESF com equipe de saúde bucal modalidade II (CNES, 2013).

De acordo com os dados do censo demográfico IBGE 2010, a estimativa é que, em 2012, o município de Florianópolis possuiria 4.743 crianças até um ano de idade, sendo que 2.393 seriam do sexo masculino e 2.350 do sexo feminino, correspondendo a 1,09% da população geral de Florianópolis – SC (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2013d).

A mortalidade por grupo de causas e faixa etária da população residente em Florianópolis aponta que, na faixa etária de crianças menores de um ano de vida no ano de 2011, tivemos 46 mortes, sendo que em sua maioria causadas por alguma afecção originada no período perinatal (25), seguida de malformações congênitas e anomalias cromossômicas (13), doenças do aparelho respiratório (5), doenças do sistema nervoso (2) e causas externas de morbidade e de mortalidade (1). Além disso, a morbidade por grupo de causa e faixa etária apresenta como primeira causa a Gravidez, Parto e Puerpério (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2013e).

A ESF, no ano de 2011, realizou 19.120 consultas de acompanhamento e crescimento a crianças, 3.120 atendimentos de puerpério e 27.748 consultas de pré-natal (DATASUS, 2013). Preocupados em atender essa população, o município de Florianópolis criou, em 1997, o Programa Capital Criança, o qual tem como objetivo reduzir a “morbidade e o número de mortes evitáveis nos grupos materno e infantil de zero a 10 anos de idade, por meio do redirecionamento e qualificação da assistência à saúde”; visando, assim, uma atenção integral à “mulher no seu ciclo gravídico e puerperal à criança” (FLORIANÓPOLIS, 2005, p.4)

O programa é desenvolvido nas UBS, tendo articulação com os demais níveis de complexidade, proporcionando uma maior cobertura das ações de promoção e prevenção em saúde. As ações do Capital Criança dão-se início no pré-natal, nas UBS, nas quais as consultas são realizadas por médicos e enfermeiras, organizam grupos de gestantes utilizando esses momentos para discussão de temas como: aleitamento materno, cuidados com o recém-nascido, alimentação na gravidez, cuidados pré-natais, sinais de trabalho de parto, entre outros. As gestantes em trabalho de parto e/ou atingindo 41 semanas são encaminhadas para as maternidades existentes em Florianópolis. Após o nascimento, ainda na maternidade, é realizada uma visita de um Agente Educador, o qual aplica a vacina BCG e da Hepatite B e faz o agendamento de uma consulta neonatal, entre o 5º e o 7º dia de vida do recém-nascido, com dia e hora marcada; encaminham à UBS para dar continuidade ao esquema vacinal e realizar o teste do pezinho (FLORIANÓPOLIS, 2005).

Contudo, é dado o seguimento ao acompanhamento dos recém-nascidos e puérperas por meio de algumas ações preconizadas como: agendamento de consultas mensais para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. No primeiro ano de vida, são preconizadas 13 consultas, além de agendamento de consulta odontológica, segurança nutricional (Programa de leites especiais e Hora de comer), realização de busca ativa para crianças faltosas e monitoramento dos recém-nascidos (FLORIANÓPOLIS, 2005). Assim, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças até um ano de vida deve ser realizado pela ESF e Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF), “desde o acolhimento, a vigilância nutricional, a imunização, entre outros”, sendo as consultas de puericultura de competência dos médicos e enfermeiras (FLORIANÓPOLIS, 2005, p.13).

4.3 PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para Leninger (2006), os participantes são fontes principais que devem estar associados com o tema e cultura local e estar dispostos a participar do estudo. A autora não trabalha com ‘amostras’, ‘objetos’, ‘casos’ ou ‘populações’, e sim com informantes-chave e informantes gerais, tais como indivíduos, famílias e grupos de pessoas em diversos contextos, instituições ou comunidades. Neste estudo, optamos por trabalhar somente com informantes-chave por se adequarem melhor com a pesquisa. Os informantes-chave foram escolhidos de forma

proposital e intencional pelo domínio acerca do tema investigado. Assim, tornam-se uma fonte importante para os pesquisadores por refletirem as normas, os valores, as crenças e os modos de vida gerais da cultura – neste caso a cultura profissional – largamente pautada pelo conhecimento biomédico.

No contexto deste estudo, as informantes-chave foram dez enfermeiras que trabalham na atenção básica de saúde no Município de Florianópolis que aceitaram participar do estudo, em média duas enfermeiras por Distrito de Saúde, por considerar a impossibilidade de trabalharmos com o universo total das enfermeiras da atenção básica. Caso por meio desse número de participantes não se obtivesse a saturação dos dados, seria pedido às enfermeiras entrevistadas a indicação de novos participantes até que se conseguisse a saturação dos dados. Uma enfermeira de cada Distrito foi escolhida intencionalmente pela autora e, a segunda, indicada pela participante. Estas deveriam seguir os seguintes critérios de inclusão: trabalhar pelo menos um ano na atenção básica realizando alguma das atividades listadas: consultas de pré-natal, grupos de gestantes, consultas de puericultura, participantes com disposição para discussão do tema. Quando o participante indicado não aceitasse participar da pesquisa, voltava-se ao participante escolhido intencionalmente para nova indicação. Caso tivéssemos nova recusa, seria escolhido intencionalmente. A entrada no campo deu-se por meio de contato pessoal ou telefônico, sendo que foram marcados dia, hora e local para a realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade da participante.

As enfermeiras entrevistadas possuíam idade média de 35 anos, variando de 26 a 51 anos de idade. Quanto à naturalidade, apenas uma é natural de Florianópolis e duas são de Santa Catarina; as demais são oriundas de diversos estados do Brasil, como Rio Grande do Sul (5), Bahia (1) e Paraná (1). Quanto ao tempo de serviço, a maioria já trabalha na Atenção Básica há mais de cinco anos; apenas uma trabalha há 1 ano e dois meses. Todas as participantes possuem pós-graduação: Mestrado em Saúde Coletiva (1); Residência em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família (1); Saúde da Família (7); Saúde comunitária (1); Gestão em Saúde Pública (4); Obstetrícia (2); e Gerenciamento em Saúde e Enfermagem (1), sendo que algumas possuem mais de uma especialização.

4.4 INSTRUMENTOS E PROCEDIMENTOS DE COLETA DE DADOS

Como estratégia para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada individual. As entrevistas foram guiadas por um roteiro previamente elaborado de acordo com os objetivos do estudo (apêndice 1), e permitiram ampliações e/ou adaptações na sua forma conforme o andamento da conversa. As entrevistas foram registradas por gravação de áudio, com o consentimento dos participantes, e escritas no guia de entrevistas; posteriormente, foram transcritas e digitadas, garantindo assim a coleta de dados caso houvesse falha no aparelho de áudio.

A entrevista é definida por Gil (2007) como a técnica em que o investigador apresenta-se ao investigado e lhe formula perguntas face a face, com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação, especialmente relacionadas com a sua visão de mundo e opiniões dos fatos e fenômenos em foco. A utilização de entrevistas nas pesquisas para coleta dos dados proporciona algumas vantagens como: obtenção e aprofundamento em dados referentes aos aspectos da vida social, comportamento humano, que podem ou não ser classificados e quantificados. Ela é uma técnica flexível e pode assumir diversas formas dependendo de seu tipo de estruturação (GIL, 2007).

A entrevista semiestruturada, de forma mais específica, utiliza perguntas abertas e fechadas, em que o participante tem a oportunidade de relatar acerca do tema proposto (BONI, QUARESMA, 2005). É utilizada quando o pesquisador possui uma lista de tópicos a serem abordados, fazendo parte de um guia escrito, deixando o participante livre para discorrer acerca dos tópicos, desde que se garanta que todas as questões serão exploradas (POLIT; BECK; HUNLGER, 2004). O pesquisador faz perguntas diretas e deixa os participantes respondê-las livremente à medida que se refere aos tópicos presentes no guia. Quando ocorre um afastamento dos tópicos, o pesquisador pode fazer indagações ao participante, de forma sutil, trazendo-o novamente para o tema, quando necessário (GIL, 2007).

Além das entrevistas, foi escrito um diário no qual foram anotadas as percepções da autora, ao longo das entrevistas, acerca do local, das pessoas e da própria entrevista – dados que extrapolam o que pode ser captado por meio da fala –, bem como as dificuldades que enfrentou na realização de cada uma delas.

4.5 PROCEDIMENTO DE ANÁLISE DOS DADOS

Para nortear a análise dos dados, adotei o processo de análise de conteúdo utilizando a técnica de análise temática.

Segundo Minayo a (2010, p. 209),

A análise temática consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado. Ou seja, tradicionalmente, a análise temática se encaminha para a contagem de frequência das unidades de significação como definitórias do caráter do discurso. Ou seja, qualitativamente, a presença de determinados temas denota valores de referência e os modelos de comportamento presentes no discurso.

Esta técnica consiste em três etapas: primeiro, realizamos uma pré-análise em que fazemos a leitura flutuante dos dados, tomando contato exaustivo com o material (nessa etapa, surgirão as hipóteses iniciais, relacionando com os objetivos da pesquisa). Posteriormente, realiza-se a exploração do material, a qual consiste na codificação, em que se identificam as unidades de significado, por meio da fragmentação do texto, verifica-se a sua frequência, classificam-se e agregam-se os dados semelhantes, constituindo as categorias (MINAYO, 2004).

Para auxiliar na organização e categorização dos dados, foi utilizado o *software* Atlas-Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions). Criado por Thomas Muhr, um psicólogo e cientista da computação, tem por objetivo facilitar o manuseio dos dados e a sua análise. Permite o armazenamento, a codificação, a exploração e o desenvolvimento de ideias sobre os dados, escrevendo comentários e anotações ao longo da organização dos dados. O *software* não realiza a análise dos dados, apenas proporciona a organização e tratamento destes, de acordo com as instruções predefinidas pelo pesquisador, facilitando a interpretação e teorização realizadas nas análises qualitativas (KLIPPEL et al., 2004). Por fim, foi realizado o tratamento dos resultados, sendo que as categorias encontradas foram discutidas e interpretadas à luz do referencial teórico e da literatura.

Portanto, a análise dos dados deu-se a partir das transcrições das entrevistas. Em seguida, foi realizada a leitura e releitura das entrevistas, tomando um contato profundo com o conteúdo, sendo analisada cada

entrevista de forma individual, selecionando fragmentos do conteúdo e identificando unidades de significado. Após esta etapa, verificamos a semelhança e frequência de cada fragmento. Agrupamos os fragmentos afins, constituindo as categorias. Deste processo, emergiram seis categorias: (1) O que é cultura; (2) Relação entre cultura, saúde cuidado; (3) Estruturação das orientações das enfermeiras; (4) Forma de enfrentamento do cuidado cultural na prática profissional; (5) Práticas já incorporadas à prática profissional; e (6) Dificuldades e facilidades para um cuidado culturalmente congruente. Posteriormente, realizamos a análise reflexiva das categorias citadas, com base no referencial teórico e literatura, o que gerou os dois artigos presentes no estudo.

4.6 RIGOR DA PESQUISA

Para uma pesquisa ter credibilidade científica, é necessário que haja resultados consistentes e adequados. Para tanto, Leininger (2006) propõe alguns critérios, os quais foram considerados no desenvolvimento desta pesquisa.

Credibilidade – diz respeito à autenticidade e credibilidade dos ‘achados’ que são estabelecidos mutuamente entre a pesquisadora e os informantes; na precisão dos resultados a partir das experiências e conhecimento dos fenômenos.

Confirmabilidade – é adquirida por meio da devolução dos dados para os informantes analisarem e confirmarem as descobertas feitas pelo pesquisador. Pode ser realizada durante a pesquisa ou no final. Desenvolvi a validação dos dados após a coleta e transcrição das entrevistas, as quais enviei via e-mail para as enfermeiras e estas faziam a leitura e confirmavam as suas falas.

Significado-em-contexto – refere-se aos dados baseados em acontecimentos vivenciais, significados, situações reconhecidas e relevantes para os informantes, dentro de seus contextos naturais. Procurei desenvolver a coleta de dados sempre buscando levar em consideração o contexto em que a profissional estava inserida, pedindo sempre que citasse exemplos da sua prática profissional, situações vivenciadas no seu cotidiano.

Padrões recorrentes – trata-se de casos que se repetem; a sequência de eventos, experiências ou estilos de vida que são utilizados para reflexão acerca dos padrões identificáveis ao longo do tempo, durante o estudo. Procurei observar, desde a primeira entrevista até o momento da análise dos dados, os padrões recorrentes para formação das categorias.

Saturação – refere-se à tomada exaustiva, em sua plenitude, das ocorrências e significados de forma a conhecer e compreender o fenômeno estudado. Conseguimos obter a saturação dos dados nesta pesquisa, pois, à medida que coletávamos os dados, estes iam se repetindo ou eram similares.

Transferibilidade – refere-se aos resultados da pesquisa relevantes a contextos similares, possibilitando a replicação em outros estudos. Acredito que esta pesquisa pode ser aplicada em qualquer ambiente que trabalhe com o cuidado a pessoas, pois todos trazemos um conhecimento cultural que deve ser levado em consideração na hora do seu cuidado, seja adulto, criança, homem ou mulher.

4.7 CUIDADOS ÉTICOS DE PESQUISA COM SERES HUMANOS

Todos os aspectos éticos foram levados em consideração durante o processo da pesquisa de acordo com Resolução 196/96, do Ministério da Saúde e suas complementares. O projeto foi encaminhado para o Comitê de Ética em Pesquisa da UFSC. Manteve-se o respeito aos sujeitos envolvidos na pesquisa por meio da autorização destes, os quais assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice 2), da garantia da liberdade de participação, do pleno acesso às informações, da proteção de seus direitos, da confidencialidade e anonimato. O anonimato foi mantido por nomes fictícios escolhidos pelos participantes. Foram encaminhados às instituições envolvidas na pesquisa, a saber, Universidade Federal de Santa Catarina, e à Secretaria Municipal de Saúde/Prefeitura Municipal de Florianópolis.

5. RESULTADOS E DISCUSSÃO DOS DADOS

Os resultados e discussão dos dados desta pesquisa seguem a Resolução 006/PEN/2009, de 2 de dezembro de 2009, a qual dispõe sobre a elaboração e o formato de apresentação dos trabalhos terminais dos Cursos de Mestrado e de Doutorado em Enfermagem, propondo a apresentação dos resultados da dissertação no formato de 2 artigos científicos.

Assim, seguem, neste capítulo, dois artigos referentes à análise dos dados visando responder, respectivamente, aos dois objetivos específicos do estudo, (1) Conhecer o que as enfermeiras entendem como cultura e como percebem a sua relação com saúde, cuidado e saber biomédico, quando abordam o cuidado com mães. (2) Compreender os modos de inserção dos saberes e práticas maternas nas ações assistenciais promovidas pelas enfermeiras.

O primeiro artigo intitula-se “Percepções de enfermeiras da Atenção Básica acerca da relação cultura, saúde e cuidado na abordagem às mães”; e o segundo intitula-se “Percepções sobre cuidado culturalmente congruente e sua negociação em um cotidiano profissional da enfermagem”.

5.1 ARTIGO 1: PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA ACERCA DA RELAÇÃO CULTURA, SAÚDE E CUIDADO NA ABORDAGEM ÀS MÃES

Perceptions of primary care nurses in relation of culture, health and care in mothers approach

La percepción de las enfermeras de la Atención Primaria acerca de la relación entre la cultura, la salud y el cuidado en el abordaje a las madres

Resumo: O objetivo deste artigo é discutir e analisar desdobramentos da relação entre cultura e saúde em contextos de cuidado direcionados para mães de crianças com até dez anos de idade. É parte de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, que se apoia na Teoria Transcultural de Leininger. Foram entrevistadas 10 enfermeiras que atuam na Atenção Básica do Município de Florianópolis – SC, no âmbito do Programa Capital Criança. A análise realizada permite dizer que as enfermeiras percebem o conceito de cultura em seus diversos significados. Cultura, saúde e cuidado estão profundamente imbricados,

em uma relação considerada importante, que necessita ser ponderada no atendimento de enfermagem.

Palavras-chaves: Cultura; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

Abstract: The objective of this paper is discuss and analyze deployments of the relation between culture ad health in care contexts target to mothers of children up to ten years old. It is part of a qualitative research, of exploratory-descriptive nature, which relies on the Transcultural Theory of Leininger. It was interviewed 10 nurses that work at Primary Care of Florianópolis- SC, in the ambit of Children Capital Program. The analysis done allows to say that the nurses notice the concept of culture in its several meanings. Culture, health and care are deeply embedded, in a relation considered important, that needs to be viewed in nursing attendance.

Keywords: Culture; Primary Health Care; Nursing.

Resumen: El objetivo de este artículo es discutir y analizar los desdoblamientos de la relación entre cultura y salud en contextos de cuidado dirigidos a las madres de niños de hasta diez años de edad. Este estudio forma parte de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, que se basa en la teoría Transcultural de Leininger. Se entrevistaron diez enfermeras que trabajan en la Atención Primaria en Florianópolis - SC, en el marco del Programa Capital Niño. Este análisis nos permite decir que las enfermeras perciben el concepto de cultura en sus diversas acepciones. La cultura, la salud y la atención están profundamente entrelazadas en una relación que se considera importante, que debe tenerse en cuenta en el cuidado de enfermería.

Palabras clave: Cultura; Atención Primaria; Enfermería.

Introdução

Este artigo desdobra-se de uma dissertação de mestrado³ em que se investigou como as enfermeiras da atenção básica percebem e valoram saberes e práticas de cuidado culturais das mães. Neste sentido, este artigo discute resultados que respondem a um dos objetivos desse

³ Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob título: Percepções de enfermeiras da Atenção Básica de Saúde sobre a abordagem cultural do cuidado na relação com mães.

estudo maior, qual seja: conhecer o que as enfermeiras⁴ entendem como cultura e como percebem a sua relação com saúde, cuidado e saber biomédico quando abordam o cuidado com mães.

O estudo teve como ponto de partida a nossa vivência, na qual pudemos constatar que muitas mães se apoiam na experiência de cuidado por suas mães, avós e sogras para organizar as formas de cuidar de seus filhos recém-nascidos, ao mesmo tempo em que elas não deixavam de procurar os serviços de saúde quando possuíam dificuldades que não conseguiam resolver com base nestes saberes. Atualmente, diversas abordagens teórico-políticas sugerem que saúde não se restringe apenas a conceitos biológicos e científicos, mas envolve todo o contexto cultural em que o ser humano está envolvido. Os programas de saúde da mulher e da criança do município incorporam enfoques para além das questões reprodutivas, do parto e nascimento, recomendando que mulheres e crianças sejam assistidas na sua totalidade.

Ao longo do tempo, as mulheres foram influenciadas e seguem os conselhos de cuidados maternos voltados para cuidados populares, os quais foram aprendidos com a prática, sendo muito arraigados na cultura feminina. Um estudo realizado no município de Florianópolis com dez puerperas teve como objetivo investigar o itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho com interfaces entre a cultura e a biomedicina. Verificou que as mães, em situações em que seus filhos necessitam de cuidados, primeiro recorrem aos seus saberes populares e posteriormente procuram o sistema profissional de saúde. As mães utilizam informações mencionadas por suas mães, avós e sogras, além das transformações de profissionais de saúde, dos livros, bem como da internet e, com base neste conjunto de informações, tomam a sua decisão acerca do cuidado a ser praticado (AMARAL et al, 2012).

Muitos profissionais do sistema oficial de saúde já estão buscando outros referenciais além do biológico, pois percebem que é necessário desenvolver ações interligadas à cultura, estilo de vida, hábitos e rotinas das pessoas para, dentre outras coisas, produzir adesão ao tratamento (BOEHS et al., 2007). Assim, a miscigenação dos saberes popular e científico constitui um corpo de conhecimento adquirido pelas

⁴ Considerando a expressiva maioria de mulheres na área da enfermagem, opto, neste estudo, por utilizar a palavra “enfermeira” para me referir a essa categoria profissional. Utilizarei o termo “enfermeiro”, no masculino, se for necessário fazer referência a um profissional específico, em decorrência das entrevistas realizadas.

mães e este a auxilia no papel de cuidadora e no crescimento e desenvolvimento da criança (ZANATTA; MOTTA, 2007). Neste sentido, os estudos apontam a relevância de se investigar estes saberes manejados pelas mães na relação com seus filhos. Uma das formas de operacionalizar tal intento passa por entender o que os profissionais percebem como cultura e como a relacionam com o cuidado e a saúde, objetivo do presente estudo.

Marco teórico

Vivemos em uma sociedade composta de religiões, culturas e miscigenações variadas, formando uma população com características culturais diversas, em que cada indivíduo experimenta e percebe o cuidado com o corpo e a sua saúde de maneira diversa, relacionando-o com suas experiências e visões de mundo, baseado nas suas crenças, valores e saberes (LEININGER, 2006). Admitir isso coloca aos profissionais de saúde a necessidade de conhecer o contexto cultural em que o indivíduo está inserido, para entender como estes agem durante o processo de saúde e doença, não dando ênfase apenas para a prevenção, diagnóstico e tratamento. Desta forma, constroem um novo olhar para a abordagem do processo de saúde e doença.

Concordando com essa abordagem, Leininger, na década de 50, propôs a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural. Esta teoria focaliza as relações entre cultura e cuidado em saúde, argumentando que os contextos culturais nos quais o cuidado é vivido e realizado devem ser conhecidos em profundidade e compreendidos para poder acessar e atender às necessidades de saúde dos usuários (LEININGER, 2006). Para Leininger (2006), a noção de cultura inclui valores, crenças, normas e modos de vida aprendidos, compartilhados e transmitidos em um determinado tempo e contexto social. E estes guiam, ou direcionam o pensamento, as decisões e as ações de indivíduos e grupos nos diferentes contextos em que vivem (LEININGER, 2006). Faz com que pessoas com objetivos e capacidades diferentes, mas com modos de vida e visões de mundo similares, vivam em, e reconheçam-se como, um grupo social. E o conjunto de elementos que, de forma harmoniosa e/ou conflituosa, compõe a nossa cultura é forte e está enraizado em nosso modo de vida desde o nascimento e estendendo-se ao longo da vida, transformando-nos nas pessoas que somos e influenciando nossas decisões.

Assim, culturas diferentes comportam maneiras de cuidar diferentes, ainda que possam existir alguns pontos que identificamos

como sendo comuns a todas as culturas conhecidas. E uma vez que a enfermagem como profissão, disciplina e ciência tem sua essência baseado no cuidado humano e este é fundamental para o crescimento e desenvolvimento dos indivíduos, torna-se indispensável à compreensão do papel de quem cuida e quem é cuidado, de modo a prover um cuidado culturalmente congruente (LEININGER, 2006). Este envolve modos de agir, atender e relacionar-se terapêuticamente que são, ao mesmo tempo, abstratos e concretos. Envolve atividades de suporte e assistência direcionadas para um 'outro' que possui necessidades evidentes para melhorar ou implementar sua condição humana ou sua forma de viver. Assim, cuidar refere-se às ações, atitudes ou práticas para assistir ou ajudar os outros, inclui tanto o cuidado profissional como o leigo e assume sentidos simbólicos como proteção, respeito e presença (LEININGER, 2006).

Nessa direção, desenvolver um cuidado culturalmente congruente envolve apreender um conjunto de conhecimentos, valores, crenças e comportamentos adquiridos ao longo da vida pelos grupos/indivíduos com os quais interage, de modo a capacitar-se para auxiliá-los a manter, restabelecer ou melhorar o seu bem-estar, o seu modo de vida, até mesmo lidar com a doença (LEININGER, 2006). É através do conhecimento desses componentes da cultura que a enfermagem pode adquirir informações, estabelecer diálogo e vínculo com as mães, para poder orientar práticas de cuidado em saúde que façam sentido em seu contexto de vida. Nessa perspectiva, saúde é entendida como algo que extrapola a dimensão biológica da vida. Envolve a capacidade dos seres humanos de desenvolverem suas atividades diárias de acordo com seus valores; é um estado de bem-estar definido pela cultura em que está inserido (LEININGER, 2006).

Assim, torna-se importante explorar e considerar a relação entre cultura e saúde, pois ela possibilita apreender e lidar com fatores de impedimento ou dificuldade que permeiam a realização do cuidado. Assume-se, portanto, que uma abordagem cultural interdisciplinar da saúde proporciona ao profissional estar envolvido no processo de cuidado, dando abertura para o diálogo e respeitando a diversidade cultural (SOUZA; BARROSO, 2008). Isto justifica a importância desta discussão e da pesquisa que lhe dá sustentação.

Metodologia

Trata-se de um estudo qualitativo, do tipo exploratório e descritivo, em que se buscou a compreensão das formas pelas quais as

enfermeiras, que atuam em unidades básicas de saúde nos distritos do Município de Florianópolis, percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães com as quais trabalham, quando abordam o cuidado com crianças até dez anos de idade.

O município de Florianópolis possui 50 Unidades Básicas de Saúde (UBS), as quais estão localizadas, administrativamente, em cinco Distritos Sanitários de Saúde (centro, norte, continente, leste, sul), com área de abrangência e geoprocessamento definidos (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011).

No contexto deste estudo, foram feitas entrevistas semiestruturadas com dez enfermeiras que trabalham na atenção básica de saúde no Município de Florianópolis e que aceitaram participar do estudo; sendo duas enfermeiras por Distrito de Saúde. Este número definiu-se em função da saturação dos dados. A seleção das participantes e inserção em campo ocorreu por meio das seguintes etapas: uma enfermeira de cada Distrito foi escolhida intencionalmente pela autora e, a segunda, indicada pela participante. Para serem incluídas, estas deveriam estar trabalhando há pelo menos um ano na atenção básica realizando alguma das atividades listadas: consultas de pré-natal, grupos de gestantes, consultas de puericultura. Quando a participante indicada não aceitasse participar da pesquisa, voltava-se à participante escolhida intencionalmente para nova indicação. Caso tivéssemos nova recusa, seria escolhida intencionalmente. A entrada no campo deu-se por meio de contato pessoal ou telefônico, marcando-se dia, hora e local para a realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade da participante.

Os dados foram coletados no período de março a junho de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais (as quais foram guiadas por um roteiro previamente elaborado de acordo com os objetivos do estudo), registradas por gravação de áudio, com o consentimento das participantes, escritas em um guia de entrevistas, sendo, posteriormente, transcritas e digitadas.

A pesquisa qualitativa privilegia resultados não quantificáveis que permitem explorar significados atribuídos às ações e relações humanas, a fenômenos culturais e a experiências vividas (MINAYO, 2010); e, nessa direção, para nortear a análise dos dados, adotamos o processo de análise de conteúdo utilizando a técnica de análise temática. Esta técnica consiste em três etapas: primeiro, realizamos uma pré-análise em que fizemos a leitura flutuante dos dados, tomando contato exaustivo com o material. Na segunda etapa, foram elaboradas as hipóteses iniciais, relacionadas com os objetivos da pesquisa.

Posteriormente, realizou-se a exploração do material, que consistiu na sua codificação em unidades de significado, por meio da fragmentação do texto, verificando-se a sua frequência, para então classificar e agregar os dados semelhantes e constituir as categorias analíticas (MINAYO, 2010a). Para auxiliar na organização e categorização dos dados, foi utilizado o *software* Atlas-Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions).

Todas as fases da pesquisa foram desenvolvidas de acordo com as normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde e suas complementares. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob Parecer n. 21552/2012; todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi mantido através de nomes fictícios escolhidos pelas participantes.

Resultados e discussão dos dados

A partir da análise das entrevistas das enfermeiras, e na relação com o objetivo deste artigo, emergiram três unidades temáticas: Conhecendo os sujeitos desta pesquisa; Cultura em seus diversos significados; e Relações entre Cultura, Saúde e Cuidado.

1. CONHECENDO OS SUJEITOS DESTA PESQUISA

Em primeiro lugar, realizou-se uma caracterização das participantes, na qual se verificou que as profissionais possuíam idade média de 35 anos, variando de 26 a 51 anos de idade. Quanto à naturalidade, apenas uma é natural de Florianópolis e duas de outras cidades de Santa Catarina; as demais são oriundas de diversos estados do Brasil, como Rio Grande do Sul (5), Bahia (1) e Paraná (1).

A maioria (9) das entrevistadas já trabalha na Atenção Básica (entre 5 e 28 anos), apenas uma trabalha há 1 ano e dois meses, demonstrando que elas têm uma vivência significativa nesta área.

Todas as participantes possuem pós-graduação: Mestrado em Saúde Coletiva (1); Residência em Medicina Social com ênfase em Saúde da Família (1); Especialização em Saúde da Família (7); Saúde comunitária (1); Gestão em Saúde Pública (4); Obstetrícia (2); e Gerenciamento em Saúde e Enfermagem (1), sendo que algumas possuem mais de uma especialização. Neste sentido, pode-se inferir que há um compromisso das profissionais com o aprimoramento técnico científico, o que pode influenciar na qualidade do cuidado prestado.

2. CULTURA EM SEUS DIVERSOS SIGNIFICADOS

A cultura inclui valores, símbolos, normas e práticas que sustentam as formas sociais vigentes, as instituições e os seus modelos operativos, tratando-se de elementos sobre os quais os atores sociais constroem significados para as ações e interações sociais concretas e temporais (LANGDON; WIJK, 2010).

Hoje nos deparamos com um mundo globalizado, no qual se estabelece integração entre países e pessoas de todo mundo. Isto proporciona troca de informações e costumes, sendo difícil encontrarmos povos isolados que não recebam influência externa sobre a sua cultura. Esta troca de saberes acontece constantemente entre as sociedades e é chamada de interculturalidade (LARAIA, 2003).

Neste estudo, as enfermeiras da Atenção Básica nos apontaram estes diversos significados. Um destes significados é da cultura como sendo a maneira de o indivíduo colocar-se no mundo, abarcando a maneira de agir destes, seus comportamentos, trazidos da vivência, do contexto que está inserido. Isto constitui o modo de vida de um grupo específico, em que há um compartilhamento do modo de falar, saber comum, modos de proceder, sistemas de valores, uma autoimagem coletiva (EAGLETON, 2005) o que se evidencia nas falas a seguir:

Cultura é aquilo que as pessoas trazem das suas vivências, das suas relações com a família, com a comunidade. (Maria)

Todo esse conhecimento que a gente agrega, vivencia (Maria Clara).

Eu acho que padrões culturais mudam comportamentos, mudam modos de vida (Mara)

Desdobrando um pouco mais este sentido, temos a cultura com o significado de tradição, algo passado de geração para geração, composta por valores e crenças, que foram agregados ao longo da vivência de determinado grupo, tornando-se um conhecimento antigo. Esta concepção está exposta também nas falas dos sujeitos:

São coisas que são passadas dos antepassados para sua vida atual e é aquilo que as pessoas vão adquirindo ao longo da sua vida de conhecimento, de relações, relacionando a vivência com o contexto em que se encontra (Maria)

A cultura é toda a história das pessoas, história da vivência dela, vivência dos familiares (Vera).

E ainda em um sentido maior que acreditamos que engloba todos esses conceitos que é a visão de mundo; envolve princípios, que guiam grupos e indivíduos no seu comportamento na sociedade, na sua maneira de viver, as suas relações, ditando a forma de enxergar o mundo que os cerca (HELMAN, 2003).

É uma coisa muito ampla, dependendo da ótica que tu vê [...]que nos guia nas nossas decisões da vida (Maria Clara).

Cultura é a forma que a pessoa vê o mundo, e tem suas práticas que é influenciada pelo contexto que ela vive, pela família isso é muito forte (Ana).

Estas diversas concepções de cultura manifestam-se no cotidiano das enfermeiras de forma que cada profissional poderá ter uma conduta diferente frente ao atendimento, pois teremos diversas percepções da cultura e dos cuidados que as mães trazem, as quais podem influenciar na maneira de conduzir a assistência às mães. Por isso, o conjunto desses significados apontados pelas profissionais de saúde, os quais estão entrelaçados com a visão de cultura colocada por diversos autores (HELMAN, 2003; EAGLETON, 2005; LARAIA, 2003; LANGDON; WIIK, 2010) tomam a cultura como sendo ampla e diversa, porém universal, sendo que há um olhar das profissionais para os aspectos culturais trazidos pelas mães. Ou seja, há uma percepção dos sujeitos da pesquisa de que a questão cultural está imbricada no cotidiano de vida dos indivíduos na sociedade.

Há que se considerar que a cultura não é algo estático. Ela está em um constante processo de modificação, pois os seres humanos estão sempre realizando mudanças internas, por meio da sua capacidade de questionamento e modificação de seus atos, na busca de um melhoramento (LARAIA, 2003). Neste sentido, temos que considerar que cada profissional detém um conhecimento diferente acerca de cultura, pautado no seu contexto social e que também irá influenciar no seu processo de cuidar. A partir das diferenças culturais, surge o etnocentrismo, o qual significa a compreensão do outro a partir das nossas concepções de mundo; em que passamos a analisar o outro a partir de nós mesmos, nossas experiências, em que o grupo social a que

pertencemos passa a ser o centro de tudo (ROCHA, 2006; GOMES; ROBAÍNA; BUDÓ, 2012)

Partindo desta compreensão, é importante as profissionais de enfermagem realizarem um autoconhecimento, desenvolvendo uma reflexão crítica dos seus próprios valores e crenças, para conhecerem a sua cultura em profundidade e para terem consciência de que a cultura das mães pode ser diferente e que esta gera impacto no cuidado de enfermagem. Para que estes cuidados sejam apropriados e sejam considerados eficazes não apenas pelas profissionais, mas também pelos familiares e comunidade, é importante que as enfermeiras mantenham uma relação de troca entre o saber científico e o saber popular, visando evitar o etnocentrismo, respeitando as diversas culturas e obtendo o que chamamos de relativismo cultural. Desta forma, é possível compreender o porquê das atividades e os sentidos destinados a elas de forma lógica, sem hierarquizá-las ou julgá-las, mas apenas reconhecendo-os como diferentes (LANGDON; WIJK, 2010).

Desta maneira, o entendimento acerca das diversas culturas possibilita à profissional uma relação mais respeitosa, a favor de uma relação mais horizontalizada, em que negocie aspectos do cuidado com as mães, a partir do conhecimento que estas possuem. Neste sentido, o que se pretende é estabelecer uma relação entre o saber científico e o saber popular, buscando um cuidado alicerçado também nos aspectos culturais.

3. CULTURA, SAÚDE E CUIDADO

A sociedade Brasileira é composta por classes sociais diferentes, grupos étnicos diversos e costumes regionais específicos, tornando-se o que alguns autores chamam de sociedade complexa. Esta complexidade é pano de fundo do contexto que articula cultura, saúde e cuidado, em que se dá a inserção tanto do profissional de saúde quanto dos usuários com que este trabalha (LANGDON; WIJK, 2010).

O cuidado à saúde faz parte da diversidade cultural de uma sociedade, sofrendo influências das práticas cotidianas, que ao longo do avanço do saber científico e das tecnologias foram assumindo uma cientificidade. Desta maneira, o sistema de saúde e o cuidado estão imbricados com a cultura, sendo influenciados por ela e vice-versa (MUGUNBA; 2010; BUDÓ; SAUPE; 2004). Tomando por base os relatos das enfermeiras deste estudo, identifica-se esta relação entre cultura, saúde e cuidado.

Está muito relacionado com a saúde e são ideias desenvolvidas num contexto ou num contexto familiar ou da própria comunidade e são voltados a vários temas (Isabela).

A cultura influi em tudo, eu acho que um bom profissional de saúde ele tem que ver até onde ele pode intervir na vida daquela mulher, eu acho que ele tem que dar o cuidado para ela o quanto ela suporta, o quanto ela quer desse cuidado (Mara).

Não tem como deixar de lado, não dá para eu querer que uma pessoa siga uma determinada conduta se ela não acredita naquilo que está sendo colocado. Então é importante que a gente considere isso (Maria).

As enfermeiras percebem que a relação entre cuidado e saúde sofre influência dos aspectos culturais, da visão de mundo das mães, já que esta visão guia o seu modo de agir, pensar, vestir-se, influenciando nas práticas de cuidado de seu filho, pois as mães estão imersas em um contexto de significados culturais e relações, constituindo uma forma socialmente organizada para enfrentar a doença e formam um sistema cultural próprio de atenção à saúde (OLIVEIRA, 2002).

No entanto, também aparece nas falas a percepção de que o cuidado é algo dado, não é algo desenvolvido, realizado, em que se estabelece uma relação. Desta forma, perguntamo-nos como considerar a cultura quando as profissionais estabelecem com os sujeitos uma relação de poder e não de troca, em que o profissional “dá o cuidado” e a mãe o recebe?

Ao buscar o cuidado nos estabelecimentos de saúde, considerando-se a organização do sistema com a Estratégia de Saúde Família, acredita-se que os profissionais que aí atuam estão mais próximos e interados com os valores culturais das famílias de um território adscrito e culturalmente definido. Esta forma de organização permite estabelecer-se uma relação, um processo, que inclui decisões e negociações (BOEHS et al, 2007), sendo necessário que a enfermeira reconheça e compreenda as diferenças culturais em termos de conceitos de saúde, crenças e costumes, pois são responsáveis pela formulação de planos de saúde que satisfaçam as necessidades das mães de acordo com a sua cultura (VILELA; JANEIRO, 2012).

Para isto, as enfermeiras sujeitos da pesquisa apontam três fatores que devem ser levados em consideração durante seus atendimentos, como está explícito nas falas abaixo.

O que eu tento fazer primeiro é partir da dúvida da pessoa para ver o que aflige mais ela [...] Eu acho que as orientações mais importantes sempre dependem do contexto da mãe (João).

A cultura influi em tudo [...] E você tem que adaptar tudo, relativizar tudo. Porque se você for pensar o que é certo para nós não é certo para uma índia, por exemplo. E os valores culturais das pessoas são muito importantes, aquilo que a avó fala é muito importante (Mara).

Tem uma coisa que é geral tanto nas consultas como nos grupos, que é o entendimento, o conhecimento do que a paciente traz com ela, para, a partir daí, dar alguma orientação ou alguma situação de atendimento (Maria).

Então a gente, tentando conhecer, isso vai nos ajudar para trabalhar algumas questões. Então acho que é importante a gente ver isso. E é um meio. Então, às vezes, na mesma comunidade tem visões diferentes, práticas diferentes de cuidado. E acho que tem que ser respeitado, mas também avaliado (Ana).

Estes três fatores comportam, inicialmente, estabelecer uma relação de confiança e respeito às diversas culturas, sem julgamentos; posteriormente, ouvir as mães e, finalmente, conhecer o contexto. Ao dar abertura para as mães relatarem como praticam o cuidado ao seu filho, desenvolvem uma escuta qualificada, aprimorando a capacidade de ouvir e compreendendo o modo de vida das mães, estabelecendo uma comunicação em que a profissional reflete sobre os cuidados realizados pelas mães, estabelecendo uma troca de experiências entre as mães e as enfermeiras (QUEIROZ; JORGE, 2006; BOEHS et al, 2007; NOVACZYK; DIAS; GAIA, 2008). Podem, ainda, compreender as vivências, os sentimentos experienciados por estas mães, os quais podem ser diferentes em cada comunidade (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007).

Por meio destes fatores, a enfermeira pode compreender as mães e seu conhecimento, nas diversas dimensões que o cuidado pode assumir, de acordo com cada cultura. Esta percepção pode propiciar uma interação maior entre mães e enfermeira, tornando-se elemento valioso na prestação do cuidado, pois, desta forma, consegue-se discutir o cuidado dispensado à criança, dando abertura para pactuação de ações

entre ambas as partes, de maneira que ocorra uma corresponsabilização do cuidado, em que as duas partes envolvidas argumentem, negociem e assumam em conjunto a responsabilidade acerca do cuidado praticado, invertendo a lógica de que a mãe é que necessita se adaptar ao cuidado de enfermagem e não o contrário, mas em que ambas adquiram novos conhecimentos.

Para conhecer melhor o contexto no qual as mães estão inseridas, a comunidade, as enfermeiras chamam para as consultas as mães das puérperas, as avós, para conversarem sobre o cuidado. Acreditamos que, quanto mais conhecimento uma enfermeira possui acerca da cultura específica do local em que desenvolve as suas atividades, mais precisa e completa será a sua avaliação dos cuidados necessários para aquela família. Reforçam, assim, a autoconfiança de ambos os atores envolvidos neste processo – mães e enfermeiras – nos novos saberes produzidos nesta interação (BARBOSA; TEIXEIRA; PEREIRA, 2007). Corroborando com a nossa pesquisa, um estudo realizado em um Centro de Atenção Integrada à Saúde no município de Goiânia – GO, com profissionais de saúde, coloca que a valorização da utilização de práticas culturais de cuidado proporciona um bem-estar emocional ao paciente; além de estabelecer maior vínculo e um atendimento efetivo (BARBOSA et al, 2004).

Quando as enfermeiras sinalizam os fatores supracitados, remetem-nos ao que chamamos de competência cultural. A competência cultural é a capacidade de o profissional conhecer e identificar as particularidades de cada cultura, a fim de prestar cuidados de qualidade a uma diversidade de pessoas, criando planos de cuidados individualizados. Implica a ação de enfermeiros sensíveis, que buscam uma comunicação eficaz; não só apreciam o conhecimento cultural como adquirem conhecimentos relacionados com as práticas de saúde das diversas culturas (VILELA; JANEIRO, 2012). De certo modo, os enxertos de fala aqui evidenciados indicam, então, que as enfermeiras possuem uma consciência da importância de valorizar o conhecimento cultural e sua diversidade e que desenvolvem parte dessa competência cultural quando nos apontam, como condutas de uma enfermeira, o respeito à diversidade, a boa comunicação e o conhecimento da comunidade. Porém, ainda é um ponto frágil na ESF, que necessita ser trabalhado para minimizar as contradições entre o discurso e a prática profissional de enfermagem.

Uma das formas de melhorar essa fragilidade poderia ser a implementação do Projeto Terapêutico singular, em que se vê o sujeito em sua singularidade, planeja e organizam ações e responsabilidades de

acordo com o contexto, a realidade do sujeito. Neste projeto, ocorre uma discussão em que é problematizado o caso, em seguida são pactuados objetivos, implementadas ações e, por fim, avaliado. Neste processo, busca-se resolver problemas “com e não para o outro”; é o “fazer junto e não pelo outro”, oportunizando desta forma a criação do vínculo e a “formação de algo em comum”; favorecendo espaço para emergirem novas possibilidades de cuidado, proporcionando encontros construtivos, que superam as dificuldades cotidianas encontradas (OLIVEIRA, 2010); indo ao encontro do que Leininger coloca acerca da negociação do cuidado, envolvendo tanto a equipe de enfermagem como a mãe.

Com isto, deixa-se de lado a prática focada no “objeto de intervenção” e passa-se a observar o sujeito como um ser que traz um conhecimento e modo de vida diferenciado, sendo que necessitamos aproveitar este momento para conhecer seus interstícios e trocar experiências. Esta atitude faz com que as enfermeiras passem a perceber o saber das mães como verdadeiros, assumindo que o processo saúde e doença não são objetos mas, sim, “modos de ser no mundo” que precisam ser entendidos e compartilhados. Porém, não basta reconhecer este saber; é preciso conhecer suas crenças, perceber que tal crença não lhe traz benefício, até mesmo lhe convencer disto. Mas se desconsideramos este saber popular não estaremos lhe dando a oportunidade de participar da elaboração dos planos de cuidado. Desta forma, destaca-se a importância de criar espaços em que o subjetivo, os saberes populares e científicos se encontrem e visem não apenas o reestabelecimento da saúde, a aplicação de técnicas de cuidado, mas também a busca de um sentido para o paciente, uma relação entre finalidade e meios, havendo um diálogo entre profissional e mães (AYRES, 2004).

Em síntese, percebemos que as enfermeiras reconhecem o conhecimento cultural como algo legítimo e fundamentado em evidências encontradas na sua prática, porém diverso do conhecimento científico; de fato, são conhecimentos de natureza diversa e, talvez por isso, elas nem sempre lhes atribuem o mesmo valor. Entretanto, elas mesmas relatam que, quando este saber é levado em consideração pelo profissional, torna-se um facilitador, um instrumento que auxilia na instituição do vínculo com as mães, no estabelecimento de uma boa comunicação e na troca de experiência.

Nesse diálogo, a profissional de saúde pode interrogar-se “acerca do porquê, como e quando se responsabilizam em relação ao cuidado” dos indivíduos que atendem, preocupando-se e reconhecendo que tanto

o profissional quanto o indivíduo são conhecedores e participantes desse compromisso com o plano de cuidados elaborado. Abrem, assim, espaço para um discurso mais livre, sem se deixar guiar por um roteiro, seguir uma anamnese, sem sentido estrito, oportunizando imersão de fatos inesperados, porém importantes, que não sejam apenas extensão do discurso profissional, mas que surjam elementos presentes no seu cotidiano, seu verdadeiro eu. Deste modo, as enfermeiras necessitam estar permeáveis às mudanças, à reconstrução, abertas e sensíveis à interferência do não técnico. Para adquirir esta competência, as profissionais podem valer-se da discussão de casos nos serviços de saúde, de uma formação em que ocorra a reflexão sobre os significados éticos, morais e políticos das práticas de saúde (AYRES, 2004a), superando uma formação individualista, enriquecendo o saber científico com constructos de outros saberes como o popular, tornando-se profissionais culturalmente competentes.

Portanto, é de grande valia buscar compreender em profundidade o cuidado cultural, destacando o papel de quem cuida e de quem recebe este cuidado, focalizando o conhecimento do contexto cultural do processo saúde e doença em que as mães estão inseridas. A profissional de saúde, valendo-se do embasamento teórico que a teoria de Leininger proporciona, pode buscar conhecer a cultura das mães, discutir, planejar e operacionalizar um plano de cuidados à criança culturalmente congruente, em que as enfermeiras poderão desenvolver suas competências culturais nesta relação e dispensar um cuidado de qualidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Contemplando o objetivo do estudo em conhecer o que as enfermeiras entendem por cultura, consideramos que elas concebem este conceito em seus diversos desdobramentos, abrangendo tanto a maneira como nos colocamos no mundo como as tradições e valores transmitidos pelos familiares. Compondo um conceito mais amplo, de visão de mundo, o qual abarca os princípios e valores experienciados, transmitidos, todo o conhecimento adquirido ao longo da vida, composto de diversos saberes os quais irão apontar em qual direção, por exemplo, a mãe irá conduzir o cuidado de seu filho.

Assim, o estudo realizado permite dizer que as enfermeiras percebem que cultura, saúde e cuidado estão interligados e que esta relação deve ser considerada como uma dimensão importante em seu atendimento. Para isto, sinalizam para a necessidade de desenvolver

algumas competências como a escuta qualificada, o respeito à diversidade cultural e à territorialização da comunidade onde atuam. Constatamos, ainda, que as profissionais do estudo buscam valorizar o que as mães trazem de conhecimento cultural, mesmo que de forma hierarquizada, e procuram estabelecer uma relação de confiança e vinculação, na qual ocorre alguma troca de informações e vivências.

Diante do exposto, fica evidenciada a importância de conhecermos as percepções das enfermeiras da Atenção Básica acerca da relação entre cultura, saúde e cuidado materno, pois é um campo ainda pouco explorado na enfermagem, já que a maior parte dos estudos, principalmente na atenção básica, está voltada para a educação em saúde. Este campo que envolve os aspectos culturais é muito rico, podendo expandir-se acerca dos cuidados da enfermagem transcultural, para que possamos formar profissionais com competência cultural, habilitados para trabalhar dentro desta abordagem na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso et al. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. **Rev. Rene**, Ceará, v. 13, n. 1, p. 85-93, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface- Comunic, Saúde, Educ.** São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

_____. a. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BARBOSA, Maria Alves et al. Crenças populares e recursos. **R. Enferm.**, Uerj, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 38-43, abr. 2004.

BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia;

PEREIRA, Wilza Rocha. Consulta de Enfermagem – um diálogo entre saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 226-229, mar. 2007.

BOEHS, Astrid Eggert et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, abr. 2007.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SAUPE, Rosita. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Distrito Federal, v. 57, n. 2, p. 165-169, mar/abr 2004.

EAGLETON, Terry. **A idéia de cultura**, São Paulo: Unesp, 2005.

GOMES, Tais Falcão; ROBAÍNA, Marianne Lopes; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. Enfermagem Transcultural, Crenças E Práticas: Reflexão Teórica. **Anais IV SENAFE Seminário Nacional de Filosofia Educação: Confluências**. Universidade Federal de Santa Maria- RS, 2012. ISBN: 978-85-61128-22-7.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 173-181, maio 2010.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LENINGER, Madeleine M. In: LEININGER, Madeleine M.; MCFARLAND, Marilyn R. **Culture Care Diversity and Universality: A worldwide Nursing Theory**. Sudbury: Jones And Barlett, 2006. p. 1-81.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

_____. **a. O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10ª São Paulo: Hucitec, 2010.

MUNGUBA, Marilene Calderaro da Silva. Educação na saúde: sobreposição de saberes ou interface?. **Rbps**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 295-296, out. 2010.

NOVACZYK, Andressa Braum; DIAS, Náudia da Silva; GAIV, Maria Aparecida Munhoz. Atenção à saúde da criança da rede básica: análise

de dissertações e teses de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 4, p. 1124-1137, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto Terapêutico Singular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 93-104. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev 2002.

QUEIROZ, Maria Veraci; JORGE, Maria Salete. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v.10, n.19, p.117-30, jan./jun. 2006.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Diretoria de alta complexidade, regulação, controle, avaliação e auditoria. **Posição das Equipes SF, quanto ao modelo de atenção no SCNES do município**. Gerência de controle e avaliação/ Setor SCNES municipal e do Sistema RAAI-RAAC. Set. 2011.

ROCHA, Everardo. **O que é Etnocentrismo**. 20. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006 (Coleção Primeiros Passos).

SOUSA, Leilane Barbosa de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Pesquisa Etnográfica: evolução e contribuição para a Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 150-5, mar. 2008.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: O Enfermeiro Com Competência Cultural. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte- MG, v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar. 2012.

ZANATTA, Elisângela Argenta; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p. 556-563, dez. 2007.

5.2 ARTIGO 2: PERCEPÇÕES SOBRE CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE E SUA NEGOCIAÇÃO EM UM COTIDIANO PROFISSIONAL DA ENFERMAGEM

Perceptions on care culturally congruent and its negotiation in a nursing professional everyday

Percepciones sobre el cuidado culturalmente congruente y su negociación en la actividad cotidiana del profesional de enfermería

Resumo: Este artigo discute e analisa formas de inserção de saberes e práticas maternas nas orientações de cuidado infantil realizadas por enfermeiras da Atenção Básica, tomando como referência o conceito de cuidado culturalmente congruente, da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger. Desdobra-se de uma pesquisa qualitativa, de caráter exploratório-descritivo, inscrita no campo dos estudos culturais, na qual foram entrevistadas 10 enfermeiras que atuam na Atenção Básica no Município de Florianópolis – SC, no âmbito do Programa Capital Criança. A análise de conteúdo realizada permite dizer que as enfermeiras estruturam sua consulta no conhecimento científico. Realizam a preservação e reestruturação do cuidado de acordo com cada situação trazida pelas mães. Porém, necessitam aperfeiçoar a negociação do cuidado, a qual é realizada parcialmente. Apontam dificuldades como estrutura física e falta de recursos humanos e facilidades como a Estratégia de Saúde da Família para o desenvolvimento de um cuidado culturalmente congruente. Sugere-se a necessidade de educação permanente voltada para o conhecimento de práticas transculturais.

Palavras-chave: Cultura; Atenção Primária à Saúde; Enfermagem.

Abstract: This paper discusses and analyzes the ways of knowledge insertions and maternal practices in guidance of children care done by nurses of Primary Care taking as reference the concept of care culturally congruent, of Transcultural Theory of Madeleine Leininger. It comes from a qualitative research, of exploratory-descriptive nature, registered in cultural studies field, in which it was interviewed 10 nurses who work at Primary Care in Florianópolis-SC, in the ambit of Children Capital Program. The content analysis done allows to say that the nurses

organize their attendance on scientific knowledge. It is done the preservation and restructuring of care according to each situation taken by mothers. However, they need to improve the negotiation of care, which is done partly. They point difficulties like physical structure and lack of human resources and facilities like the Family Health Strategy to the development in the care culturally congruent. It is indicated the necessity of permanent education focused on the knowledge of transcultural practices.

Keywords: Culture; Primary Health Care; Nursing.

Resumen: En este trabajo se discute y analiza las formas de inserción de los conocimientos y prácticas maternas en la orientación del cuidado infantil que es realizado por enfermeras de la Atención Primaria, basado en el concepto de cuidado culturalmente congruente, de la Teoría Transcultural de Madeleine Leininger. Forma parte de una investigación cualitativa, de carácter exploratorio y descriptivo, inscrita en el campo de los estudios culturales, en la que se entrevistó a diez enfermeras que trabajan en la Atención Primaria en Florianópolis - SC, en el marco del Programa Capital Niño. El análisis del contenido permite afirmar que las enfermeras estructuran su consulta en el conocimiento científico. Llevan a cabo la preservación y reestructuración del cuidado según cada situación creada por las madres. Sin embargo, consideran que es necesario mejorar la negociación de la atención, la cual es realizada parcialmente. Señalan como dificultades, la infraestructura física y la falta de recursos humanos, y como facilidades la Estrategia de Salud de la Familia para el desarrollo de un cuidado culturalmente congruente. Se sugiere la necesidad de la formación continua centrada en el conocimiento de las prácticas interculturales.

Palabras clave: Cultura; Atención Primaria; Enfermería.

Introdução

O presente artigo é parte integrante da Dissertação de Mestrado⁵ em que se discutiu como as enfermeiras⁶ da atenção básica percebem e

⁵ Dissertação de Mestrado, apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, sob título: Percepções de enfermeiras da Atenção Básica de Saúde sobre a abordagem cultural do cuidado na relação com mães.

⁶ Considerando a expressiva maioria de mulheres na área da enfermagem, opto, neste estudo, por utilizar a palavra “enfermeira” para me referir a essa categoria

valoram saberes e práticas de cuidado culturais das mães. Nesta direção, este artigo discute resultados que respondem a um dos objetivos deste estudo maior, qual seja: compreender modos de inserção de saberes e práticas maternas nas orientações de cuidado infantil promovidas pelas enfermeiras. A pesquisa foi se desenvolvendo na medida em que as autoras perceberam as dificuldades manifestadas pelas profissionais de saúde, no exercício de atividades educativo-assistenciais que envolvem formas de cuidar implicadas em mudanças de comportamento e estilo de vida da população, de levar em conta o que a mãe vivenciou, o seu conhecimento e relatos de sofrimento experienciados.

Estudos apontam que, na prática, a educação em saúde ainda está pautada, predominantemente, no saber científico. Apontam, ainda, que dificuldades importantes entravam a realização de ações educativas e assistenciais que incluam, de forma não hierarquizada, outros saberes não necessariamente balizados pela ciência biomédica (BOEHS et al., 2007; QUEIROZ; JORGE, 2006; SIQUEIRA et al., 2006). Uma pesquisa realizada com dez mães atendidas em uma Equipe de Saúde da Família do Estado do Rio Grande do Sul, objetivando conhecer saberes e práticas de cuidado à criança de zero a seis meses de vida, demonstra que ainda existem limitações no sistema de saúde para implementar um atendimento coerente com a realidade das famílias e o estabelecimento de vínculo (ZANATTA; MOTTA, 2007). Outro estudo realizado, com o objetivo de identificar as representações que as profissionais de enfermagem possuem acerca da cultura, indica que as trabalhadoras concebem a cultura como algo irrelevante, um conhecimento com pouco *status* se equiparado ao conhecimento científico (MONTICELLI; ELSÉN, 2006). Muitas das orientações dadas às mães acerca do cuidado com crianças durante as atividades educativo-assistenciais, preconizadas pela Estratégia de Saúde da Família, por exemplo, levam em consideração apenas as concepções dos profissionais e desconsideram as concepções das mães (DURO, 2002).

Outro estudo descreve um relato de experiência em que se buscou o diálogo com a cultura e os saberes da população assistida durante as consultas de enfermagem; sinaliza a importância de os profissionais incorporarem outros valores e atitudes que mantenham as mães como centro e o profissional somente como apoio e retaguarda para as necessidades de saúde por ela identificadas (BARBOSA; TEIXEIRA;

profissional. Utilizarei o termo “enfermeiro”, no masculino, se for necessário fazer referência a um profissional específico, em decorrência das entrevistas realizadas.

PEREIRA, 2007). As mulheres possuem um rol de conhecimentos a partir da observação e vivência do seu cotidiano e das suas experiências terapêuticas, que é essencialmente empírico e que é proveniente da sociedade e cultura em que estão inseridas. Esses conhecimentos ajudam a enfrentar situações como: gravidez, parto, amamentação, cuidados com os filhos. Nesse sentido, torna-se importante que o profissional de saúde aborde e explore esses conhecimentos durante o seu atendimento para que o cuidado que dele decorre seja resultado de uma negociação (SCAVONE, 2004).

Na mesma linha, Costa et al. (2011), em uma pesquisa desenvolvida com o objetivo de identificar as principais políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil, salientam a necessidade de repensar as práticas assistenciais que permeiam o parto e o nascimento, no sentido de incorporar uma visão mais humanizada, abarcando boas práticas de atenção obstétrica, resgatando o valor social do momento do parto e do período neonatal. Essas reflexões vêm ao encontro do que Siqueira et al. (2006) falam acerca de novas concepções de atendimento, nas quais se preconiza que, no decorrer de atividades educacionais e assistenciais, o usuário seja abordado de forma integral e humanizada.

Considerando, então, tais inquietações e reflexões, propõem-se, aqui, compreender e discutir algumas formas de inserção de saberes e práticas maternas nas orientações de cuidado infantil realizadas com mães de crianças de até dez anos, por enfermeiras da Atenção Básica, tomando como referência o conceito de cuidado culturalmente congruente, da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.

Marco teórico

O atendimento de enfermagem às mães está pautado em orientações de cuidados. Cuidado é entendido como “uma maneira de ser e de se relacionar, compreendendo o aspecto moral e a ética da profissão de enfermagem” (WALDOW, 2004, p. 9). Leininger, por sua vez, com a Teoria Transcultural do Cuidado, chama atenção para o fato de que o cuidado ao ser humano é uma prática universal, pois, para ele nascer, desenvolver-se e manter a vida, necessita de cuidados, mas aponta que cada cultura produz práticas de cuidado em saúde específicas (LEININGER, 2006).

O cuidado está enraizado na cultura, possuindo uma dimensão cultural que deve ser levada em consideração. Em sua perspectiva, a

cultura agrega costumes, conhecimentos, tradições, que se expressam no modo de vida dos indivíduos, e estes são compartilhados por gerações, guiando seus comportamentos sociais, suas decisões nos diferentes contextos em que estão inseridos (LEININGER, 2006). Nessa direção, a autora sugere que o cuidado pode ser apreendido em dois sistemas de saúde: o popular e o profissional. No sistema popular, compreende o conhecimento e práticas culturalmente aprendidos e transmitidos por gerações, utilizadas para auxiliar o indivíduo a reestabelecer a saúde ou enfrentar uma situação de sofrimento. Já no sistema profissional, compreende os cuidados formais, aprendidos e ensinados por uma instituição educacional, transmitidos por profissionais de saúde a fim de atender às necessidades de saúde dos indivíduos (LEININGER, 1985; 2006).

A aproximação entre os dois sistemas, popular e profissional, é fundamental para desenvolver um cuidado de enfermagem adequado, atendendo às necessidades dos indivíduos na sua totalidade. O sistema profissional de cuidado à saúde é uma das formas de atendimento e é um meio de (re) produção de conhecimento uma vez que, durante o atendimento às mães, estabelecemos uma negociação educativa, na qual se cria, reinventa e constrói uma cultura de cuidado que articula conhecimentos dos dois sistemas (BOEHS et al, 2007).

Uma das ferramentas para a negociação do cuidado é a comunicação transcultural, na qual se espera que ocorra a escuta sensível, a valorização da fala e das experiências das mães. Nessa modalidade de atendimento, cada parte envolvida expõe os seus argumentos acerca do cuidado praticado, adotando uma postura receptiva à negociação, e chegando a um consenso possível. Havendo uma concordância entre a enfermeira e a mãe, transforma-se a consulta em uma troca de informações, ocorrendo incorporação de novos saberes tanto por parte das profissionais de saúde como das mães (OLIVEIRA, 2006).

Nessa direção, para efetivar o cuidado de enfermagem culturalmente congruente de enfermagem, Leininger sugere três modalidades de ação ou decisão: (1) Prática de cuidado cultural de preservação ou manutenção; (2) Prática de cuidado cultural de acomodação ou negociação; (3) Prática de cuidado cultural de repadronização. Estas ações são únicas e não são encontrados em outra teoria da área da saúde. Elas dão enfoque a esta negociação do cuidado para se chegar a um cuidado culturalmente congruente. Para a autora, por meio dessas ações, pode-se obter um cuidado compartilhado entre mães e enfermeiras, o que inclui: a valorização da autonomia das mães;

a troca de informações e vivências entre ambas, sem impor nenhuma situação de atendimento; e uma incorporação segura e eficaz de práticas culturais, proporcionando um cuidado congruente com os fatores culturais que influenciam o bem-estar das mães e crianças atendidas.

Este referencial, portanto, dá sustentação à análise dos dados, adotando-se a concepção de Leininger como suporte teórico.

Metodologia

A pesquisa que dá suporte a esta análise caracteriza-se como um estudo qualitativo de caráter exploratório e descritivo. Com ele, buscamos compreender as formas de inserção dos saberes e práticas maternas nas orientações de cuidado das enfermeiras que atuam em Unidades Básicas de Saúde nos distritos do Município de Florianópolis, que conta com 50 Unidades Básicas de Saúde, as quais estão distribuídas administrativamente em cinco Distritos Sanitários de Saúde (centro, norte, continente, leste e sul). (PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS, 2011).

No contexto desta pesquisa, as participantes foram dez enfermeiras que trabalham na atenção básica de saúde deste município que aceitaram participar do estudo, sendo duas enfermeiras por Distrito de Saúde. Este número de participantes definiu-se em função da saturação dos dados. A delimitação das participantes e a inserção em campo deram-se por meio das seguintes etapas: uma enfermeira de cada Distrito foi escolhida intencionalmente e a segunda indicada pela participante. Estas deveriam seguir os seguintes critérios de inclusão para participar da pesquisa: trabalhar há pelo menos um ano na atenção básica realizando alguma das atividades listadas: consultas de pré-natal, grupos de gestantes, consultas de puericultura e puerpério. Quando a participante indicada não aceitasse participar da pesquisa, voltava-se à participante escolhida intencionalmente para nova indicação. Caso tivéssemos nova recusa, a segunda também seria escolhida intencionalmente. A entrada no campo ocorreu por meio de contato pessoal ou telefônico, quando foram marcados dia, hora e local para a realização das entrevistas, de acordo com a disponibilidade da participante.

Os dados foram coletados no período de março a junho de 2012, por meio de entrevistas semiestruturadas individuais, as quais foram guiadas por um roteiro previamente elaborado de acordo com os objetivos da pesquisa. Foram registradas por gravação de áudio, com o

consentimento das participantes e, posteriormente, transcritas e digitadas.

A pesquisa qualitativa assume o pressuposto de que há uma relação dinâmica entre o mundo real e o sujeito, isto é, um vínculo indissociável entre o mundo objetivo e a subjetividade, os quais não podem ser quantificados (MINAYO, 2010). Em consonância com este pressuposto, na análise dos dados, adotamos o processo de análise de conteúdo utilizando a técnica de análise temática de Minayo, seguindo as seguintes etapas: transcrição, organização dos dados e leitura flutuante dos dados, que permitiram um contato exaustivo com o material. Posteriormente, foi realizada a categorização dos dados e as categorias encontradas foram discutidas e interpretadas à luz da literatura e referencial teórico. Para auxiliar na organização e categorização dos dados, foi utilizado o *software* Atlas-Ti 5.0 (Qualitative Research and Solutions).

Todas as etapas do estudo foram desenvolvidas de acordo com as normas éticas de pesquisa envolvendo seres humanos, respeitando a Resolução 196/96, do Ministério da Saúde e suas complementares. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC) sob Parecer n. 21552/2012. Todas as participantes da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). O anonimato foi mantido por meio de nomes fictícios escolhidos pelas participantes.

Resultados e discussão dos dados

A partir da análise das entrevistas das enfermeiras, e na relação com o objetivo deste artigo, emergiram duas unidades temáticas: Formas de inserção dos saberes e práticas maternas nas orientações de cuidado; e Dificuldades e facilidades para um cuidado culturalmente congruente.

1. FORMAS DE INSERÇÃO DOS SABERES E PRÁTICAS MATERNAS NAS ORIENTAÇÕES DE CUIDADO

O processo de trabalho das enfermeiras do estudo inclui como atividades rotineiras as consultas de pré-natal, puerpério e puericultura, além das atividades coletivas, como grupo de gestantes. Estas

atividades, no dia a dia das enfermeiras, estão permeadas de ações educativas que requerem uma preparação profissional específica. As enfermeiras relataram que estruturam as suas consultas e grupos de gestantes a partir das dúvidas que as mães trazem.

A minha preparação específica é tentar ser temático com relação à idade da criança. Eu acho que as orientações mais importantes sempre dependem do contexto da mãe. É interessante você saber qual é a grande preocupação dela (João).

No grupo de gestante, no primeiro momento, a gente elenca todas as necessidades que elas têm, todas as curiosidades, para gente elaborar em módulos, para poder falar sobre o tema sem perder nada, pelo menos que cada uma esteja contemplada com suas dúvidas (Isabela).

Tem uma coisa que é geral, tanto nas consultas como nos grupos, que é o entendimento, o conhecimento do que a paciente traz com ela, para, a partir daí, oferecer alguma orientação ou alguma situação de atendimento (Maria).

Na primeira consulta de pré-natal, as enfermeiras realizam o histórico de enfermagem da gestante, buscando conhecer as vivências de gestações anteriores, o contexto em que a gestante está inserida, sua profissão, a rede de apoio que possui, suas dúvidas, medos e anseios. Nas consultas subsequentes, procuram esclarecer todas as dúvidas expostas pelas mães de acordo com o seu conhecimento científico, como, por exemplo: cuidados com a alimentação, amamentação, modificações gravídicas, cuidados com o recém-nascido e sinais de parto. Além disso, realizam o histórico de enfermagem, anamnese e solicitam exames.

Nota-se que as enfermeiras estruturam suas consultas de acordo com o conhecimento científico, como propõem Mota et al. (2007), seguindo as seguintes etapas: realizar o histórico de enfermagem, o exame físico e solicitar exames complementares, fazer um levantamento de dados, analisar os dados, construir um plano de enfermagem e registrar. Os autores ainda ressaltam que a primeira consulta é o primeiro contato entre a mãe e a enfermeira, sendo importante o compartilhamento de ideias sobre o significado da gravidez, escuta dos seus anseios, necessidades, história de vida, lembrando que cada

gestação tem sua singularidade, valorizando o conhecimento prévio da gestante e familiar.

Em um segundo momento, aconselha-se discutir propostas e medidas baseadas nas informações apresentadas, compartilhando conhecimentos e experiências no que se referem às transformações, mudanças de papéis, desconfortos inerentes à gestação, bem como instrumentalizá-las para o parto e cuidado ao recém-nascido (MOTA et al., 2007).

A relação entre as profissionais e as mães propicia momentos que precisam ser vistos como algo enriquecedor que requer da profissional uma sensibilidade que perceba, dentre o conhecimento que a mãe possui, algo que vai além do seu saber científico. Para isto, há a necessidade de contextualizar o nível sociocultural em que a mãe está inserida e trabalhar essas informações durante seu atendimento de forma que possa auxiliar no estabelecimento de vínculo e negociação do cuidado, sem deixar o saber da mãe como “morto/apagado” e sem importância. Além disso, pode ser um espaço oportuno para que as profissionais ampliem o seu conhecimento, com mudança do conceito de que “já que não faz mal eu não interfiro” e sim de perceber o que existe de positivo envolvido nesta cultura, o que tem de fortalecedor no cuidado entre mãe e filho.

Durante esse processo de diálogo, as mães podem trazer suas práticas populares de cuidado. Quando as enfermeiras foram questionadas sobre as formas como reagem quando se deparam com tais práticas, relataram que tentam não interferir quando estas não apresentam risco para ela e a criança, buscando valorizá-las para adquirir confiança e vínculo, conforme as fala a seguir.

Na verdade tem várias práticas que não oferecem risco e que teoricamente não oferecem benefício. Então eu não vejo porque dizer “ah não faz, não adianta” continua fazendo, se a pessoa entende que aquilo é bom. Por exemplo, dar banho com chá de melissa, não se tem comprovação que faz mal, qualquer evidencia, não necessariamente científica, não vejo problema de fazer (João). Quando não traz nenhum risco, que não tem problema, não só com a gestante, aqui tem muito a questão dos chás, gestante que usa chás e que não tem problema [...] consigo trabalhar isso [...] desde que algumas orientações também têm que ser seguidas além do que ela traz, ou as vezes, só

o que ela faz está bom, algumas questões culturais de constipação que elas usam que não tem problema e que se está funcionando eu não troco, deixo, às vezes, eu complemento, às vezes, nem precisa dependendo do que for (Tati).

Tem coisas, por exemplo: ah sapatinho vermelho, posso levar para maternidade? Que dá saúde[...] pelinho na testa quando tem soluço, aquilo faz mal, não, não faz mal, então não tem por que dizer: não bota; não, você está errada. Aquilo não faz mal (Maria Clara).

Já quando são práticas de cuidados danosas para a mãe e para a criança, relatam que interferem naquele cuidado, orientando as mães a não praticarem determinado cuidado e informando o porquê aquela prática oferece riscos, fazendo com que as mães reflitam, e colocam a maneira mais “correta” de praticarem o cuidado aos seus filhos.

Eu sempre digo que é importante valorizar o que eles falam, mas explico o que a gente tem de estudo, o que tem de mais correto, que tem que fazer de tal forma, que isso é melhor. Sempre tento direcionar para o lado que a gente sabe que é o correto, quando é uma coisa muito exagerada dos familiares (Tati).

Agora tem coisas que tem que orientar mesmo, por exemplo, a história do umbigo, “ah bota borra de café no umbigo, teia de aranha” orientar o porquê que não, não adianta dizer “não faz”, tem que dizer por que não se faz, o que acarreta botar a borra de café no umbigo do nenê, o que pode acarretar deixar aquele coto abafado sem tomar sol. O porquê disso e aí a pessoa vai ter que fazer seu juízo, ela tem o livre arbítrio para poder definir a tomada de posição dela agora (Maria).

Mas por exemplo assim: na fissura da mama eles gostam muito de colocar casca de mamão, o papaia queima, então isso a gente diz: “olha não pode porque isso causa uma queimadura na pele”, aí ele “ah é verdade”. Então o que interfere temos que explicar o porquê (Maria Clara).

Observa-se na fala dos sujeitos que os dois sistemas de cuidado propostos por Leininger manifestam-se no cuidado – o popular, trazido pelas mães e o profissional; e que, a partir destes dois sistemas, o profissional de saúde pode atuar, buscando a garantia da qualidade da assistência, mas respeitando o sistema popular. No entanto, na fala das enfermeiras, é ainda o saber profissional que se sobrepõe, o que nos faz inferir que, por mais que o profissional “aparentemente” aceite o saber popular, este nem sempre é incorporado na prática, ou mesmo, considerado, buscando-se fazer o contraponto com o saber científico. Isto pode ser observado no uso da papaína, que é indicado para feridas com presença de necrose, pois tem ação desbridante (YAMADA, 2003), sendo que as enfermeiras preferem explicar que a papaína queima, mas não explicam quando o seu uso é indicado.

No sentido de articular o saber popular e o saber profissional, as enfermeiras podem utilizar a comunicação transcultural, na qual se explora o diálogo para conhecer o contexto em que a mãe está inserida, a sua visão de mundo, as práticas populares que utiliza. Por outro lado, as mães podem incorporar o conhecimento dos profissionais, o seu conhecimento científico (VILELAS; JANEIRO, 2012). As enfermeiras entrevistadas constroem um processo de mão dupla no qual buscam ouvir as mães, reinterpretem os cuidados populares à luz do conhecimento científico, discutem e estimulam a adaptá-los ou modificá-los caso ofereça risco à criança.

Todavia, o aprofundamento científico sobre estas práticas populares ainda é muito incipiente e deixamos de perceber que, muitas vezes, pode haver uma apropriação do saber científico a partir do saber cultural. Parte do conhecimento científico foi construída para explicar práticas de cuidado desenvolvidas pela população que eram necessárias em seu cotidiano. Assim, o ser humano sentiu necessidade de entender e buscar no cientificismo respostas para trazer sua beneficência.

Isto nos remete há uma visão positivista na qual os fatos são analisados por meio de sua objetividade e neutralidade, em que os dados são suficientes, possuem razão e valor próprios, não considera a subjetividade do ser humano (MINAYO, 2010a). Talvez parte da visão das enfermeiras esteja pautada no conceito positivista; e algo que poderia contribuir para a ruptura desta visão seria aprofundar o seu olhar para a subjetividade da ação desta mãe. Um meio seria reconhecer que, muitas vezes, não há explicação evidente, pois um gesto de carinho e afeto pode acalantar e mexer com o sistema emocional da criança, refletindo em benefícios em sua saúde.

Leininger (2006) propõe três formas para trabalhar essa relação entre o sistema popular e o profissional. Sugere que, nas situações em que as práticas de cuidado são benéficas, a enfermeira pode preservá-las; quando há divergências, é necessário realizar a acomodação ou negociação do cuidado; já em situações em que há necessidade de trocar ou modificar sua forma de cuidado, ocorre a reestruturação ou repadronização do cuidado. A autora alega que é necessário que a repadronização aconteça de ambas as partes, de acordo com cada situação de atendimento. Essas ações são instrumentos para auxiliar a enfermeira na resolução das necessidades das mães. Quando o profissional não leva em consideração a interação entre os dois sistemas de cuidado, poderá não alcançar o sucesso esperado, realizando uma abordagem parcial do cuidado (OLIVEIRA, 2002).

Talvez essa abordagem parcial esteja presente nas consultas de enfermagem à mãe e à criança, aqui relatadas, pelo fato de que a repadronização do cuidado que as enfermeiras do estudo realizam aparenta estar voltada muito mais para o novo conhecimento em que a mãe constrói e aplica, do que a reconstrução do cuidado de enfermagem às mães. Também a negociação do cuidado está sendo parcialmente desenvolvida nesse contexto.

Uma negociação tem as duas partes envolvidas que se reconhecem como indivíduos que possuem conhecimento legítimo, porém diferentes, em que cada um possui uma necessidade a ser atendida, e alternativas a oferecer, sendo necessária uma discussão em que mães e enfermeiras irão colocar os seus argumentos e chegar a um consenso possível, havendo incorporação de saberes de ambas as partes (TEIXEIRA, 2005; OLIVEIRA, 2002).

Algo que pode interferir nas três ações propostas por Leininger é a necessidade de que as enfermeiras compreendam o que tem de subjetivo nas práticas populares, ou seja, compreendam o ponto de vista das mães de acordo com o que ela vê, sente e pensa a respeito do cuidado de seu filho. E que este cuidado não segue um único padrão, pois recebe influências culturais, religiosas e experiências obtidas. Desta forma, as enfermeiras têm maiores possibilidades de construir um cuidado culturalmente congruente, sem agir de forma automatizada.

Grande parte das enfermeiras, quando questionadas acerca da incorporação de práticas populares em suas orientações, relatou não ter incorporado nenhuma prática cultural de cuidado às suas orientações de rotina nas consultas às mães ou não lembraram, no momento, de nenhuma situação, acreditando que a maioria dessas práticas não possui fundamento científico, não sendo transmitidas por elas.

Que eu me lembre no momento não. Não consigo lembrar de nada assim específico (Vera).

Ah não lembro, porque a maioria é essas coisas mesmo que não seriam coisas para estarem passando (Ana).

Não. Sinceramente, não (Kika).

Porém, algumas enfermeiras informaram que já incorporaram, ao longo da sua trajetória profissional, alguma prática popular de cuidado, pois viram na prática que muitas mães utilizavam este cuidado e, por ter resultado positivo, foram procurar fundamentação no conhecimento científico, encontrando fundamento ou nada que fosse causar algum dano à criança.

Olha, tenho certeza que sim, só não estou me lembrando de nenhuma no momento. Ah! teve uma, era uso de chá de camomila quando a criança está assada. Eu não sabia até então, mas a camomila é um fungicida, bem poderoso, tem uma certa ação bactericida, mas fungicida bem forte. E quando tem assadura muitas vezes o que acontece com a fragilização da pele, tem ação de fungo, porque fica úmido, abafado (João).

Várias, nossa nem lembro. O uso do gengibre para náusea, exercícios de períneo, tanta coisa, coisas que eu fui ler, fui ver por que (Mara).

Tem uma coisa que eu acho que os mais antigos falavam, que as crianças logo que nascem, é bom ficar mais resguardado e eu acho isso é real mesmo (Maria).

Mesmo que de forma incipiente, podemos dizer que parte das enfermeiras realiza a negociação do cuidado. Desta forma, as mães tornam-se o centro da relação entre os sistemas de cuidado; a preocupação com a produção desse cuidado instiga para a superação da relação mães/enfermeiras tradicional, direcionando para uma relação pautada em um modelo de poder mais horizontalizado, buscando a efetividade do atendimento, em que as enfermeiras, sem abrir mão da sua posição/função como profissionais, constroem e incorporam novos conhecimentos e adaptam as suas práticas à realidade da mãe e não o contrário (OLIVEIRA, 2002). Contudo, para isso, é necessário que o profissional esteja aberto a esta negociação e, principalmente, que tenha

o desejo de querer atender às mães de forma culturalmente congruente, aprendendo sobre as outras formas culturais, incorporando práticas populares aos cuidados de enfermagem e isso implica a capacidade de flexibilização das prescrições universais e rotineiras que usualmente regem as relações com as mães.

2. DIFICULDADES E FACILIDADES PARA UM CUIDADO CULTURALMENTE CONGRUENTE

Hoje nosso sistema de saúde ainda possui algumas limitações para a implementação de um atendimento coerente com a realidade das mães (ZANATTA; MOTTA, 2007). Como exemplo destas limitações, as enfermeiras do estudo nos apontam problemas na infraestrutura, déficits de recursos materiais e humanos. Relatam a existência de poucos consultórios nas Unidades Básicas de Saúde, sendo estes compartilhados com outros profissionais e, assim, em determinados dias e horários, não têm disponibilidade de atender um número maior de mães. O fato de que há poucos enfermeiros para atender uma alta demanda, juntamente com a cobrança de produtividade – geralmente mensurada através da matematização das ações realizadas – implicam em consultas rápidas, prejudicando o diálogo com essas mães. Além disso, as profissionais apontam para outras questões relacionadas com a gestão, como uma cobertura territorial adequada à amplitude do contingente populacional, melhorias das condições de trabalho, inclusive com salários mais atraentes.

Eu penso que a gestão tem papel fundamental nisso, não só os profissionais diretamente, tem que ter salário interessante, boas condições de trabalho, número adequado de equipes (João).

É a falta de recursos humanos, para a gente poder fazer coisas para a comunidade, conhecer melhor (Isabela).

Eu acho que tem muito da urgência do tempo, aquela coisa que as pessoas têm que atender, atender, produzir, tem que chamar. Então acaba que não se dá o tempo correto para esse tipo de atitude (Maria).

Corroborando com o nosso estudo, uma pesquisa com enfoque na trajetória da Atenção Primária à Saúde enquanto política de reorganização do Modelo Assistencial nos traz evidências que apontam

que unidades de saúde pautadas na Estratégia de Saúde da Família, que desenvolvem atividades de reconhecimento da comunidade, conseguem adquirir maior vínculo com os pacientes e se tornam coerentes com as normativas. Porém, apontam como dificuldades deficiências nas gestões e organização das redes, o que torna frágil a integralidade do atendimento (CONILL, 2008). É necessário que seja dispensada uma atenção maior a estas dificuldades por parte das gestões administrativas, pois estão intimamente interligadas com o atendimento, sinalizando que, para um atendimento de qualidade, são necessárias condições de trabalho adequadas e não somente a disposição e habilitação do profissional.

Outro ponto relevante colocado pelas profissionais é que as enfermeiras devem gostar do que fazem, ou seja, de Saúde Pública, para estarem dispostas a desenvolver um bom trabalho; senão o seu fazer acaba voltado somente para a mera produtividade, realizando a consulta de maneira automática, o que reverbera, também, sobre a maneira como esta profissional aborda a mãe, muitas vezes de forma autoritária, como detentora do saber, criando uma barreira entre o profissional e a mãe.

E partindo para o profissional a primeira coisa é o profissional ter vontade de desenvolver um bom trabalho (João).

É que os profissionais não gostem da Saúde Pública, porque para trabalhar com a Saúde Pública tem que gostar, tu tem que gostar de ter vínculo, de escutar o que o paciente tem para dizer (Maria Clara).

O que as enfermeiras apontam, acima, como dificuldades pode sinalizar, também, para a necessidade de aprimoramento das suas competências culturais, ou seja, capacidade de realizar um autoconhecimento, reconhecer os seus valores e crenças, admitir a dimensão cultural do seu próprio saber – que nunca é conhecimento científico descolado do contexto em que foi gerado – compreender e valorar o que é o saber das mães e respeitar as diferenças culturais. Possuir o desejo de conhecer e aprender outros saberes, integrando-os aos cuidados de enfermagem para, assim, engajar-se em uma proposta de atendimento na qual se dialoga, trocam-se informações e se negocia efetivamente o cuidado, é fundamental para tornar-se um profissional culturalmente competente (VILELAS; JANEIRO, 2012). Por isso, a importância de o profissional procurar o aprimoramento, investindo em

qualidade de trabalho, de vida e de cidadania, para a comunidade atendida e para si mesmo.

Já como facilidades, os profissionais acreditam que a Estratégia de Saúde da Família é o maior ponto facilitador, pois trabalha com longitudinalidade, em que o profissional pode estar inserido na comunidade, conhecendo os seus costumes, crenças, religiões e redes de apoio da comunidade, planejando as suas ações a curto e longo prazo, sendo que o fator tempo de serviço deve ser levado em consideração, porque o profissional que trabalha há alguns anos no mesmo local possuirá maior facilidade de formar um vínculo.

Eu acho que essa prática atual que é a filosofia da ESF, isso está indo a favor dessa retomada (Maria).

A facilidade é o vínculo, é você saber a comunidade que você está lidando, conhecer as crenças, conhecer os costumes daquelas pessoas que você atende (Isabela).

As enfermeiras reconhecem a importância da atuação de profissionais sensíveis à realidade da comunidade e preocupados em conhecer os costumes e crenças da região na qual trabalham. Tais atitudes possibilitam dispensar práticas de cuidado relacionadas ao processo de saúde e doença, tornando-os familiarizados com os grupos sociais, aprendendo a negociar o cuidado (MOREIRA et al, 2006)

Outra facilidade sinalizada é a comunicação, a forma de conversar com as mães, colocar-se como parte daquela vivência e não como detentora do saber, para que a mãe consiga adquirir uma confiança no profissional, tendo-o como referência na unidade e o profissional terá conhecimento das questões pessoais da vida da mãe para poder dialogar e negociar seu cuidado.

Acho que a primeira coisa é você estar há tempo no território, quando você está na atenção primária trabalha com situações a longo prazo você tem que estar inserido, inserido você conhece as pessoas, o ambiente que elas estão inseridas, as questões culturais (João).

É você se desarmar de quem você é, como a detentora do conhecimento, eu acho que você tem que ter uma conversa meio que algo parecido com

amizade, você criar um acordo de cordialidade com aquela paciente (Mara).

As profissionais estão atentas para as dimensões subjetivas e objetivas do cuidado presente no dia a dia das mães, reconhecendo a importância de uma comunicação transcultural, em que poderão conhecer o contexto cultural das mães, os modos de agir e se atentar para todas as possibilidades que envolvem esse processo (MULLER; ARAUJO; BONILHA, 2007). Neste sentido, há que se pensar em uma reflexão com as enfermeiras acerca do cuidado transcultural, visando instrumentalizá-las para um fazer que envolva o saber popular e o saber profissional.

Além disso, apontam que as especializações de Saúde da Família e capacitações oferecidas pela própria prefeitura dão uma base de conhecimento acerca do cuidado compartilhado, na tentativa de deixar o cuidado uniforme e melhorar o atendimento.

Eu imagino que quem tem formação em Saúde da Família tem essa noção de cuidado, até porque a gente estuda muito a questão cultural, de levar em consideração e esse tipo de cuidado compartilhado (Tati).

Eu acho que sim, os enfermeiros da rede de Florianópolis são muito bem orientados assim, a gente tem vários treinamentos, isso ajuda a unificar o pensamento e as formas que tu vai atender a gestante (Sofia).

O preparo do profissional é fundamental para uma abordagem cultural. Não basta ser somente coerente com a cultura e reconhecer as famílias como produtoras de saberes e significados; o profissional necessita ter uma formação técnica voltada para esta área, que lhe dará maior sensibilidade cultural e habilidade para desenvolver um cuidado com sentido (MONTICELLI; ELSÉN, 2006).

Assim, as enfermeiras enfocam como facilidades pontos que discutimos na categoria anterior como importantes para um cuidado culturalmente congruente e que são fundamentais para o profissional desenvolver as competências culturais como: a comunicação, as capacitações e o engajamento profissional, demonstrando que possuem a informação, faltando apenas aprimorá-las na prática profissional.

Percebe-se, ainda, que não depende somente do profissional estar disposto, mas de um conjunto de fatores como: conhecimento dos princípios da ESF e uma gestão organizada, participativa, que proporcione os recursos materiais adequados para um bom trabalho, para que tenhamos um sistema de saúde que viabilize uma assistência pautada no cuidado culturalmente congruente.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Conforme o objetivo do estudo de compreender modos de inserção de saberes e práticas maternas nas orientações de cuidado infantil promovidas pelas enfermeiras, constatou-se que estruturam suas consultas, fundamentalmente, no conhecimento científico. Entretanto, sinalizam também que compreendem a importância de conhecer os saberes que a mãe traz com ela e o contexto em que está inserida, por meio da escuta sensível. Relatam que a forma mais usual de inserir práticas populares em seu cotidiano traduz-se como preservação de práticas de cuidado que não oferecem riscos à mãe e à criança e que investem mais na reestruturação de práticas de cuidado danosas à saúde.

Com relação à negociação do cuidado, o estudo aponta que a maioria das enfermeiras a desenvolve parcialmente, pois não relataram a incorporação de saberes populares à sua prática profissional. Contudo, uma minoria consegue realizar essa negociação de forma efetiva, investindo em um diálogo entre o sistema popular e profissional de cuidado.

Detectamos com as entrevistas que existem tanto facilidades como dificuldades para a implementação de uma abordagem cultural do cuidado. Podemos citar como dificuldades: as barreiras físicas, de estrutura, de gestão, de condições de trabalho e pessoais, relacionadas com as afinidades do profissional e suas convicções. A proposta da Estratégia de Saúde da Família foi referida como um grande facilitador, porque pauta como princípios organizadores: a territorialização, o estabelecimento de vínculo, além dos aspectos pessoais, a forma de abordagem, comunicação, busca de aperfeiçoamento profissional por meio de cursos e capacitações. Nessa direção, este estudo sinaliza a importância e necessidade de inserção da abordagem da Enfermagem Transcultural na formação profissional, para o desenvolvimento de habilidades de avaliar, planejar e implementar ações culturalmente congruentes.

Assim, para além da melhoria de condições de trabalho, há necessidade de investimento em uma educação permanente voltada para

o desenvolvimento e valoração de competências como, por exemplo, uma escuta culturalmente sensível da população com que se trabalha. Esta é indispensável para a realização da negociação efetiva do cuidado – um cuidado compartilhado, que faça sentido para ambos, e que promova a melhorias das condições de vida das mães e crianças com as quais se relacionam em seu cotidiano profissional.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Consulta de Enfermagem – um diálogo entre saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista Enferm.** São Paulo, v.20, n. 2, p. 226-229, mar. 2007.

BOEHS, Astrid Eggert et al. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, abr. 2007.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 7-27, 2008.

COSTA, Roberta et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Here - Revista História da Enfermagem - Revista Eletrônica**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 55-68, jul. 2010. Disponível em: <http://www.abennacional.org.br/.../here/n1vol1ano1_artigo4.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2011.

DURO, Carmem Lúcia Mottin. **Maternidade e cuidado infantil**: concepções de um grupo de mães da Vila Cruzeiro do Sul – Porto Alegre/RS. 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

LENINGER, Madeleine M. In: LEININGER, Madeleine M.; MCFARLAND, Marilyn R. **Culture Care Diversity and Universality**: A worldwide Nursing Theory. Sudbury: Jones And Barlett, 2006. p. 1-81.

_____. Madeleine. M. Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade. In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem,

1985, Florianópolis. **Anais Simpósio Brasileiro de teorias de enfermagem**. Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985. p. 255 - 276.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

_____. a. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10ª São Paulo: Hucitec, 2010.

MOREIRA, Camila Teixeira et al. Crençices e práticas populares: influência. **Rbps**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 11-18, 2006.

MONTICELLI, Marisa; ELSÉN, Ingrid. A cultura como obstáculo: Percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto e Contexto na enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 15, p. 26-34, 2006.

MOTA, Maria de Fátima Zampiere et al. **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/nfr/sbp, 2007. 518 p. (Atenção Primária à Saúde).

MÜLLER, Cristine Pastoris; ARAUJO, Vivian Elizabeth; BONILHA, Ana Lúcia de Lorenzi. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p.858-865, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a24.htm>>. Acesso em: 05 out. 2012.

OLIVEIRA, Aline Teles Soares Alencar de et al. Crençices e práticas populares: influência. **Rbps**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 11-18, 2006.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev 2002.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Diretoria de alta complexidade, regulação, controle, avaliação e auditoria. **Posição das Equipes SF, quanto ao modelo de atenção no SCNES do município**. Gerência de controle e avaliação/ Setor SCNES municipal e do Sistema RAAI-RAAC. Set; 2011.

QUEIROZ, Maria Veraci; JORGE, Maria Salete. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, v. 10, n. 19, p. 117-30, jan./jun. 2006.

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida:** feminismo e ciências sociais. São Paulo: Unesp, 2004.

SIQUEIRA, Karina Machado, et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 585-597, 2005.

YAMADA, B.F.A. O processo de limpeza de feridas. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. Uma abordagem multiprofissional do tratamento de feridas. São Paulo: Atheneu, 2003.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: O Enfermeiro Com Competência Cultural. **Rev. Min. Enferm**, Belo Horizonte – MG, v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar. 2012.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

ZANATTA, Elisângela Argenta; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p.556-563, dez. 2007.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar como as enfermeiras que atuam na atenção básica percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães e de que modo inserem tais valores e práticas nas ações assistenciais que desenvolvem proporcionou conhecer este campo que envolve os aspectos culturais que é muito rico e pouco explorado na enfermagem, trazendo-nos uma visão mais holística para o cuidado de enfermagem transcultural. O conhecimento sobre o que as enfermeiras entendem como significado de cultura e como percebem a sua relação com saúde, cuidado e saber biomédico, quando abordam o cuidado com mães, contribuiu para identificar os diversos conceitos de cultura e seus desdobramentos concebidos pelas enfermeiras. Tais conceitos demonstram que abrangem tanto a maneira como nos colocamos no mundo como as tradições e valores transmitidos pelos familiares. A percepção das enfermeiras permite compor um conceito mais amplo, de visão de mundo, o qual abarca os princípios e valores experienciados, transmitidos, todo o conhecimento adquirido ao longo da vida, composto de diversos saberes, os quais irão apontar em qual direção, por exemplo, a mãe irá conduzir o cuidado de seu filho.

Ressaltamos que a nossa intenção não foi identificar uma prática de enfermagem correta ou incorreta, e sim de oportunizar a reflexão acerca da temática em estudo, acreditando que esta possa contribuir para uma prática congruente com o contexto em que a mãe está inserida, chegando a um cuidado efetivo, resultando na relação entre cultura, saúde e cuidado. O estudo constatou que as enfermeiras concebem a relação entre cultura, saúde e cuidado como importante, algo que pode ser levado em consideração em seu atendimento, o qual necessita estar baseado em confiança e vínculo, para atingir uma relação terapêutica eficaz. Elas sinalizam a necessidade de desenvolver algumas competências como a comunicação transcultural, em que buscam valorizar o que a mãe traz de conhecimento, mesmo que de forma não hierarquizada, o respeito à diversidade cultural e à territorialização da comunidade onde atuam, com o intuito de estar inseridas e cientes do contexto em que a mãe vive.

Verificou-se que as profissionais do estudo estruturaram suas consultas baseadas no conhecimento científico. Pode-se inferir que, durante o atendimento, o sistema popular e o sistema profissional de cuidado encontram-se quando as mães trazem as práticas de cuidado que dispensam ao seu filho, como, por exemplo: não lavar a cabeça no pós-parto, colocar pelinho na testa para interromper o soluço, pentear a

mama empedrada, limpar a criança com chá de camomila para assaduras, passar casca de mamão papaia em fissuras mamárias, colocar borra de café e teia de aranha no umbigo do recém-nascido. A fala das enfermeiras indica a necessidade de diálogo entre os dois sistemas. Desta forma, a maneira que as enfermeiras possivelmente encontraram para trabalhar essas situações foi inserir as práticas populares em seu cotidiano, realizando a preservação de práticas de cuidado que não oferecem riscos à mãe e à criança e reestruturando práticas de cuidado danosas à saúde. Procuram informar à mãe o “porquê” não é indicada determinada prática de cuidado, possibilitando um processo reflexivo. Porém, o poder de decisão parece estar com o profissional, sobressaindo-se o saber científico nas orientações dispensadas.

Com relação à negociação do cuidado, o estudo aponta que uma parte das enfermeiras desenvolve parcialmente a negociação, pois não demonstram construir e incorporar novos saberes à sua prática profissional. Contudo, uma minoria consegue realizar esta negociação de forma efetiva. Assim, sugere-se o aprimoramento da negociação do cuidado, proporcionando ao profissional a habilidade de negociar sem deixar que seu etnocentrismo interfira nessa relação, gerando uma relação ainda que de poder, porém mais horizontalizada, dispensando um cuidado individualizado. Para isto, necessitamos de uma formação acadêmica voltada para esta área da Enfermagem Transcultural, que enfoque o ensino no exercício da escuta sensível, no respeito às diversidades culturais, abordando o etnocentrismo existente, a fim de evitá-lo na prática profissional, e principalmente aprender a negociação do cuidado, todas as suas nuances e implicações. Além disso, o profissional, depois de formado, pode buscar o aperfeiçoamento de sua prática por meio de especializações e da educação permanente, pois esta visa a transformação da prática assistencial, no intuito de deixar o profissional melhor capacitado para atender às demandas de saúde. Neste sentido, há necessidade de articular os processos formativos com o sistema de saúde.

Os resultados da pesquisa apontaram limites e potencialidades que dificultam ou favorecem a atuação dos enfermeiros no desenvolvimento do cuidado culturalmente congruente. No que se refere aos limites, ressaltaram-se problemas na infraestrutura, déficit de recursos materiais e humanos, como, por exemplo, a existência de poucos consultórios nas Unidades Básicas de Saúde. Em relação à deficiência dos recursos humanos, citam poucos enfermeiros para atender uma alta demanda, juntamente com a cobrança de maior produtividade. Além disso, as profissionais apontam para outras

questões relacionadas com a gestão, como uma cobertura territorial adequada com o número populacional abrangido, melhorias das condições de trabalho, inclusive com salários mais atraentes.

Quanto às potencialidades, as enfermeiras acreditam que a Estratégia de Saúde da Família é o maior ponto facilitador, pois trabalha com longitudinalidade, em que o profissional pode estar inserido na comunidade, conhecendo os seus costumes, crenças, religiões e redes de apoio da comunidade, planejando suas ações a curto e longo prazo. Trazem ainda a comunicação, a forma de conversar com as mães, deixando de lado aquela educação bancária, para que a mãe consiga estabelecer um vínculo de confiança entre enfermeiras-mães para dialogar e negociar seu cuidado. Além disso, reconhecem a importância das especializações de Saúde da Família e capacitações oferecidas pela própria Prefeitura, auxiliando na busca de conhecimento acerca do cuidado compartilhado.

Ademais, no Brasil, a Atenção Básica está estruturada por uma política que visa compreender os aspectos culturais da comunidade, em que o processo saúde-doença está intrinsecamente ligado à forma como as pessoas se relacionam e veem o mundo. Desta forma, possibilita-se o desenvolvimento de um cuidado culturalmente congruente pela enfermagem.

É necessário que a enfermeira esteja disposta a criar um espaço de escolhas para a mãe, um espaço em que a empatia, o colocar-se no lugar do outro, prevaleça em relação à sua própria cultura. Esta forma de relacionar-se com o outro, ao se tornar uma ferramenta diária, fará com que a enfermeira incorpore efetivamente a competência cultural em sua prática.

A apropriação dos conceitos da teoria de Leininger pode contribuir neste processo de construção, uma vez em que esta teoria proporciona embasamento teórico, propostas de cuidado, que auxiliam na concretude de uma prática consonante com a cultura do sujeito a ser cuidado, aproximando a Enfermagem da população assistida.

As potencialidades levantadas nos deixam otimistas, na expectativa que ocorram efetivamente mudanças na prática assistencial das enfermeiras. Percebemos que tais potencialidades nos mostram possibilidades reais do desenvolvimento de uma prática articuladora do sistema popular de cuidado e profissional. Assim, consideramos importante o presente estudo, na medida em que conhecer as percepções de enfermeiras da atenção básica de saúde sobre a abordagem cultural do cuidado na relação com mães e reconhecer os limites, bem como as potencialidades de prática culturalmente congruente favorece um novo

olhar desses profissionais para esta problemática, os quais, possivelmente, buscarão alternativas para transformar o cuidado de enfermagem.

Acreditamos que oferecer uma assistência congruente com a cultura das mães não é uma ação fácil para as profissionais, afinal, suas orientações são pautadas no saber científico. No entanto, é possível o desenvolvimento de uma prática voltada para o entrelaçamento do sistema popular e profissional, em que ocorrem transformações, construção e incorporação de novos saberes de ambas as partes envolvidas, principalmente quando existe a vontade por parte dessas profissionais de modificar sua prática, dispensando uma assistência sem dar ênfase ao etnocentrismo, contribuindo para uma assistência adequada ao contexto cultural das mães, estabelecendo uma relação de troca de saberes, prestando um cuidado com qualidade.

7. REFERÊNCIAS

AMARAL, Rubia Fernanda Cardoso et al. Itinerário terapêutico no cuidado mãe-filho: interfaces entre a cultura e biomedicina. **Rev Rene**, Ceará, v. 13, n. 1, p. 85-93, 2012.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Cuidado e reconstrução das práticas de Saúde. **Interface- Comunic, Saúde, Educ.** São Paulo, v. 8, n. 14, p. 73-92, 2004.

_____. a. O cuidado, os modos de ser (do) humano e as práticas de saúde. **Rev. Saúde e Sociedade.** São Paulo, v.13, n. 3, p. 16-29, 2004.

BASTOS, Mário José; KAWASE, Patrícia Rocha (Org). **Plano Municipal de Saúde 2007 – 2010.** Florianópolis, p. 100. 2007.

BARBOSA, Maria Aparecida Rodrigues da Silva; TEIXEIRA, Neuma Zamariano Fanaia; PEREIRA, Wilza Rocha. Consulta de Enfermagem – um diálogo entre saberes técnicos e populares em saúde. **Acta Paulista Enferm.**, São Paulo, v. 20, n. 2, p. 226-229, mar. 2007.

BOEHS, Astrid Eggert et al. Análise dos conceitos de negociação / Acomodação da teoria de M. Leininger. **Revista Latino Americana Enfermagem**, São Paulo, v. 1, n. 10, p. 90-96, 2002.

_____. A interface necessária entre enfermagem, educação em saúde e o conceito de cultura. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 307-14, abr. 2007.

BONI, Valdete; QUARESMA, Silvia Jurema. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em Ciências Sociais. **Revista Eletrônica Dos Pós-graduandos em Sociologia Política da UFSC**, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil / Ministério da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. a. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Relatório de**

gestão 2003 a 2006. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. b. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família no Brasil: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2005/2006** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. **Gestões e gestores de políticas públicas da atenção à saúde da criança: 70 anos de história**/ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília : Ministério da Saúde, 2012.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin; SAUPE, Rosita. Conhecimentos populares e educação em saúde na formação do enfermeiro. **Rev. Bras. Enferm.**, Distrito Federal, v. 57, n. 2, p. 165-169, mar/abr 2004.

CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. Sete considerações sobre saúde e cultura. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 11, n. 1, p.105-115, 2002.

CONILL, Eleonor Minho. Ensaio histórico-conceitual sobre a Atenção. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 24, p. 7-27, 2008.

COSTA, Roberta et al. Políticas públicas de saúde ao recém-nascido no Brasil: reflexos para a assistência neonatal. **Here - Revista História da Enfermagem - Revista Eletrônica**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 55-68, jul. 2010. Disponível em:

<http://www.abennacional.org.br/.../here/n1vol1ano1_artigo4.pdf>.

Acesso em: 14 jun. 2011.

CNES, Secretaria de Atenção à Saúde. DATASUS. **Lista total de equipes da Estratégia Saúde da Família**. Disponível em:< http://cnes.datasus.gov.br/lista_tot_equipes.asp> Acessado em 21 de outubro de 2013.

DATASUS. **Indicadores de Saúde 2007**. Disponível em:< <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/inf10sc.def>> Acesso em: 04 de junho de 2013.

DENZIN, Norman K.; LINCOLN, Yvonna S. **O Planejamento da Pesquisa Qualitativa: Teorias e Abordagens**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DURO, Carmem Lúcia Mottin. **Maternidade e cuidado infantil: concepções de um grupo de mães da Vila Cruzeiro do Sul – Porto Alegre/RS**. 2002. 161 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2002.

EAGLETON, Terry. **A idéia de cultura**. São Paulo: Unesp, 2005.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de atenção à saúde da criança**. Município de Florianópolis/ Secretaria Municipal de Saúde. Tubarão: Ed. Copiart, 2005.

FOLLE, Emanuele; GEIB, Lorena Teresinha Consalter. Representações sociais das primíparas adolescentes sobre o cuidado materno ao recém-nascido. **Revista Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 183-190, mar. 2004.

FRANCO, Túlio Batista; MERHY, Emerson Elias. Programa de Saúde da Família (PSF): contradições de um programa destinado à mudança do modelo technoassistencial. In: MERHY, E.E. (Org.). **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: Hucitec, 2003.

GIL, Antônio Carlos. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2007.

GOMES, Tais Falcão; ROBAÍNA, Marianne Lopes; BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin. Enfermagem Transcultural, Crenças E Práticas: Reflexão Teórica. **Anais IV SENAFE Seminário Nacional de Filosofia Educação: Confluências**. Universidade Federal de Santa Maria – RS, 2012. ISBN: 978-85-61128-22-7.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2003.

KLIPPEL, Marcelo et al. A pesquisa em administração como o uso de softwares QDA (Qualitative Data Analysis). In: **Simpósio Sobre Excelência em Gestão e Tecnologia**, Rezende/ Rio de Janeiro, 2004.

LANGDON, Esther Jean; WIJK, Flávio Braune. Antropologia, saúde e doença: uma introdução ao conceito de cultura. **Rev. Latino-am. Enfermagem**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 173-181, maio 2010.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura: um conceito antropológico**. 16. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.

LENINGER, Madeleine M. In: LEININGER, Madeleine M.; MCFARLAND, Marilyn R.. **Culture Care Diversity and Universality: A worldwide Nursing Theory**. Sudbury: Jones And Barlett, 2006. p. 1-81.

_____, Madeleine. M. Teoria do Cuidado Transcultural: diversidade e universalidade. In: Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, 1985, Florianópolis. **Anais Simpósio Brasileiro de teorias de enfermagem**. Florianópolis: ed. da UFSC, 1985. p. 255 - 276.

MEYER, Dagmar E. Estermann et al. Você aprende. A gente ensina? Interrogando relações entre educação e saúde desde a perspectiva da vulnerabilidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n. 6, p. 1335-1342, jun. 2006.

MINAYO, Maria Cecília de Souza et al. **Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2010.

_____ a. **O Desafio do Conhecimento: Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 10ª São Paulo: Hucitec, 2010.

MONTICELLI, Marisa. Abordagem Cultural do nascimento como um rito de passagem. **Acta Paulista Enfermagem**, São Paulo, v. 9, p. 41-44, 1996.

MONTICELLI, Marisa; ELSEIN, Ingrid. A cultura como obstáculo: Percepções da enfermagem no cuidado às famílias em alojamento conjunto. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 1, n. 15, p. 26-34, 2006.

MOREIRA, Camila Teixeira et al. Crendices e práticas populares: influência. **Rbbs**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 11-18, 2006.

MOTA, Maria de Fátima Zampiere et al. **Enfermagem na atenção primária de saúde: textos fundamentais**. Florianópolis: UFSC/nfr/sbp, 2007. (Atenção Primária à Saúde).

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; CHAMILCO, Rosilda Alves da Silva Isla; SILVA, Leila Rangel da. A Teoria Transcultural e sua aplicação em algumas pesquisas de enfermagem: uma reflexão. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 434-40, dez. 2005.

MÜLLER, Cristine Pastoris; ARAUJO, Vivian Elizabeth; BONILHA, Ana Lúcia de Lorenzi. Possibilidade de inserção do cuidado cultural congruente nas práticas de humanização na atenção à saúde. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 3, p. 858-865, 2007. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n3/v9n3a24.htm>>. Acesso em: 05 out. 2012.

MUNGUBA, Marilene Calderaro da Silva. Educação na saúde: sobreposição de saberes ou interface?. **Rbbs**, Fortaleza, v. 23, n. 4, p. 295-296, out. 2010.

NOVACZYK, Andressa Braum; DIAS, Náudia da Silva; GAIV, Maria Aparecida Munhoz. Atenção à saúde da criança da rede básica: análise de dissertações e teses de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiás, v. 10, n. 4, p. 1124-1137, 2008. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/v10n4a25.htm>>. Acesso em: 15 mar. 2011.

OLIVEIRA, Gustavo Nunes de. O Projeto Terapêutico Singular. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Cadernos Humaniza SUS**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. p. 93-104. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

OLIVEIRA, Aline Teles Soares Alencar de et al. Crençices e práticas populares: influência. **Rbbs**, Fortaleza, v. 19, n. 1, p. 11-18, 2006.

OLIVEIRA, Francisco Arsego de. Antropologia nos serviços de saúde: integralidade, cultura e comunicação. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 6, n. 10, p. 63-74, fev. 2002.

PAGLIUCA, Lorita Marlena Freitag; MAIA, Evanira Rodrigues. Competência para prestar cuidado de enfermagem transcultural à pessoa com deficiência: instrumento de autoavaliação. **Rev. bras. enferm.** Brasília, v.65, n.5, 2012.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P.. **Fundamentos de pesquisa em Enfermagem**: métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

PREFEITURA MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS. **Indicadores de Saúde 2007**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/05_11_2009_8.59.50.a3dd63a65dd70d7781131c03ce4e8a9d.pdf>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2013.

_____.a. Secretaria Municipal de Saúde. Gabinete do secretário. **PORTARIA/SS/GAB/Nº 283/2007**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=saude+da+familia&menu=6>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2013.

_____.b. **Capital Criança**. Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=capital+crianca&menu=6>>. Acesso em: 04 de fevereiro de 2013.

_____.c. Diretoria de alta complexidade, regulação, controle, avaliação e auditoria. **Posição das Equipes SF, quanto ao modelo de atenção no SCNES do município**. Gerência de controle e avaliação/ Setor SCNES municipal e do Sistema RAAI-RAAC. Set. 2011.

_____.d. **População 2012.** Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/sistemas/saude/unidades_saude/populacao/uls_2012_index.php>. Acesso em: 04 de junho de 2013.

_____.e. **Série histórica da produção- Relatório Ambulatorial de atendimento individual. Janeiro à Dezembro de 2010.** Disponível em: <<http://www.pmf.sc.gov.br/entidades/saude/index.php?cms=raai+raac++serie+historica>> Acesso em: 04 de junho de 2013.

QUEIROZ, Maria Veraci; JORGE, Maria Salete. Estratégias de Educação em Saúde e a qualidade do cuidar e ensinar em Pediatria: a interação, o vínculo e a confiança no discurso dos profissionais. **Interface – Comunic., Saúde, Educ.**, São Paulo, v. 10, n. 19, p. 117-30, jan/jun 2006.

ROCHA, Everardo. **O que é Etnocentrismo.** 20. ed. São Paulo: Brasiliense, 2006 (Coleção Primeiros Passos).

SCAVONE, Lucila. **Dar a vida e cuidar da vida:** feminismo e ciências sociais. São Paulo: Unesp, 2004.

SIQUEIRA, Karina Machado, et al. Crenças populares referentes à saúde: apropriação de saberes sócio-culturais. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 15, n. 1, p. 68-73, 2006.

SOARES, Lenícia Cruz; KLERING, Sinara Teresinha; SCHWARTZ, Eda. Cuidado transcultural a clientes oncológicos em tratamento quimioterápico e a seus familiares. **Rev. Ciência, cuidado, saúde.** Maringá, v.8, n. 1, p. 101-108, 2009.

SOUZA, Maria Helena do Nascimento; TYRREL, Maria Antonieta Rubio. Políticas de saúde para a mulher no Brasil, 1974-2004. **Rev. Enferm.**, Uerj, Rio de Janeiro, v. 19, n. 01, p. 70-76, jan. 2011.

SOUZA, Leilane Barbosa de; BARROSO, Maria Grasiela Teixeira. Pesquisa Etnográfica: evolução e contribuição para a Enfermagem. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 150-5, mar. 2008.

SOUZA, Nayana Maria Gomes et al. Visão do mundo, cuidado cultural e conceito ambiental: o cuidado do idoso com diabetes *Mellitus*. **Rev. Gaúcha Enferm.** Porto Alegre, v.33, n.1, 2012.

STRAUSS, Anselm; CORBIN, Juliet. **Pesquisa Qualitativa:** Técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

TEIXEIRA, Ricardo Rodrigues. Humanização e Atenção Primária à Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 10, p. 585-597, 2005.

YAMADA, B. F. A. O processo de limpeza de feridas. In: JORGE, S.A.; DANTAS, S.R.P.E. **Uma abordagem multiprofissional do tratamento de feridas**. São Paulo: Atheneu, 2003.

VILELAS, José Manuel da Silva; JANEIRO, Sandra Isabel Dias. Transculturalidade: O Enfermeiro Com Competência Cultural. **Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte – MG, v. 16, n. 1, p. 120-127, jan./mar. 2012.

WALDOW, Vera Regina. **O cuidado na saúde:** as relações entre o eu, outro e o cosmos. Petrópolis: Vozes, 2004.

ZANATTA, Elisangela Argenta; MOTTA, Maria da Graça Corso da. Saberes e práticas de mães no cuidado à criança de zero. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 28, n. 4, p.556-563, dez. 2007.

8. APÊNDICES

8.1 APÊNDICE 1

ROTEIRO PARA ENTREVISTA

Nome:

Idade:

Unidade Básica de Saúde: Distrito Sanitário:

Naturalidade:

Pós-graduação – Especialização:

Tempo de serviço nesta área:

- Gostaria que você me contasse, com detalhes, como costuma preparar e realizar uma consulta de enfermagem, ou um trabalho educativo realizado em grupo, com mães de crianças até 10 anos de idade. O que é importante saber e que orientações costuma fazer? Pode citar exemplos?

A partir dessa resposta, explorar:

- Como você vê a relação entre cultura e cuidado da criança pequena? Que aspectos e circunstâncias da vida das usuárias e dos grupos das quais elas fazem parte você acha que precisa conhecer e explorar para levar em conta essa relação? Como se organiza, e que estratégias você utiliza, para ter acesso a essas informações? Como essas informações são utilizadas por ela (enfermeira) nas orientações que faz? Dar exemplos.
- De que forma você lida com situações em que a mãe relata cuidados baseados em outros saberes que não o saber biomédico? Pode dar alguns exemplos?
- Você já incorporou algumas práticas de cuidado em suas orientações de rotina, a partir ou em função desses relatos das mães? Dar exemplos.
- Algumas pesquisadoras têm afirmado que, para que um cuidado de saúde seja efetivo, ele precisa ser negociado e compartilhado, e isso envolve uma negociação entre culturas e saberes: de um lado o saber técnico e a cultura profissional e de outro o saber leigo e as culturas locais. Quando essa negociação e esse compartilhamento acontecem teríamos um cuidado

culturalmente congruente. O que você pensa sobre isso e o que seria preciso fazer para implementar um cuidado com essas características no serviço de saúde em que você atua? Que facilidades e que dificuldades você pensa que existem para efetivar isso?

- Você gostaria de acrescentar mais alguma coisa ao que já conversamos?

8.2 APÊNDICE 2

**Universidade Federal de Santa Catarina
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada para participar do seguinte estudo:

Título da Pesquisa: **PERCEPÇÕES DE ENFERMEIRAS DA ATENÇÃO BÁSICA DE SAÚDE SOBRE A ABORDAGEM CULTURAL DO CUIDADO NA RELAÇÃO COM MÃES.**

O Estudo objetiva conhecer formas pelas quais enfermeiras, que atuam em unidades básicas de saúde nos distritos do Município de Florianópolis, percebem e valoram saberes e práticas culturais das mães, e em que situações as inserem nas ações educativas e assistenciais que desenvolvem.

Para isto, torna-se necessário a obtenção de informações através da realização de entrevistas com enfermeiros da rede de Atenção Básica do Município de Florianópolis.

A pesquisa faz parte da Dissertação do Curso de Mestrado Acadêmico de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e será desenvolvida pela Enf^a mestranda Rubia F. C. Amaral (RG: 4061957 – SSP/SC e CPF: 050352239-22) e orientada pela pesquisadora Prof. Dra. Francine Lima Gelbcke (RG: 1/R 540.110 e CPF: 505.188.449-00).

Procedimentos do estudo:

Por meio de um contato pessoal ou por telefone com os participantes escolhidos ou indicados, será realizado o convite para a participação e a explicação dos procedimentos para o levantamento dos dados. Com o aceite, as entrevistas serão agendadas em dia, hora e local de acordo com a disponibilidade do participante. A gravação de áudio só será realizada com a concordância dos participantes.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa. A pesquisa orientar-se-á e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, considerado o respeito aos sujeitos e a Instituição participante de todo o processo investigativo. A sua participação não envolve riscos físicos, mas você poderá recusar-se a participar ou deixar

de responder a qualquer questionamento feito que, por qualquer motivo, não lhe seja conveniente. Isto não lhe acarretará nenhum prejuízo pessoal. Além disso, terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e os nomes dos participantes não serão identificados em nenhum momento. A imagem individual e institucional será protegida, assim como serão respeitados os valores individuais ou institucionais manifestos.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante o seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações científicas derivadas do estudo ou em divulgações em eventos científicos.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Eu,....., fui informado(a) dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação.

Assinatura do participante

Assinatura da pesquisadora responsável

_____, ____ de _____ de 2011.

Em caso de necessidade, contate com: Enf^a. Mestranda **Rubia Fernanda Cardoso Amaral**. Endereço: Rua Santos Saraiva, 1405 – Estreito – Florianópolis – SC – Cep: 88070-100. Telefone (residencial): (48) 3244.5096. Celular: (48) 96256373 – E-mail: rubiafca@hotmail.com

Ou Prof. Dra. **Francine Lima Gelbcke**. Endereço: Rua Duarte Schutel, 152/apto 201, Centro. Telefone (residencial): 32250364 – Telefone (UFSC): 37219164 – Celular: 99610033 – E-mail: fgelbcke@ccs.ufsc.br

