

VIVIANE PEREIRA SANTOS

**REFLETINDO SOBRE O CUIDADO DE
PUÉRPERAS A SEUS RECÉM-NASCIDOS**

**FLORIANÓPOLIS,
ABRIL DE 2002**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E SOCIEDADE

**REFLETINDO SOBRE O CUIDADO DE
PUÉRPERAS A SEUS RECÉM-NASCIDOS**

*Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em
Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina,
para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, área
de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade*

VIVIANE PEREIRA SANTOS

ORIENTADORA: DRA. VERA RADÜNZ

**Florianópolis,
abril de 2002**

FLORIANÓPOLIS, 11 DE ABRIL DE 2002

**REFLETINDO SOBRE O CUIDADO DE PUÉRPERAS
A SEUS RECÉM-NASCIDOS**

VIVIANE EUZÉBIA PEREIRA SANTOS

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do Título de:

MESTRE EM ENFERMAGEM

E aprovada na sua versão final em 11 de abril de 2002, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Prof^a. Dr.^a Denise Elvira Pires de Pires

-Coordenadora PEN / UFSC

BANCA EXAMINADORA:

Dr.^a Vera Radünz

- Presidente -

Dr.^a Maria do Horto F. Cartana

- Membro -

Dr.^a Telma Elisa Carraro

- Membro -

Dr.^a Rosane Gonçalves Nitschke

- Membro -

AGRADECIMENTOS

Muitas pessoas passam pelas nossas vidas, outras ficam para sempre... E, se ficaram na minha, já fazem parte da minha família.

À minha mui querida orientadora, Dr.^a Vera Radünz, não acredito que o acaso nos uniu e sim, o destino. Muito obrigada por *cuidar* não somente da minha dissertação, mas também de mim. É pelo privilégio de ter sido sua primeira orientanda de mestrado.

À minha mãe, Marilda, a quem devo muito mais que a vida, agradeço a força, o carinho, as palavras de incentivo e o amor. Mãe, mesmo longe sempre presente no pensamento, nas alegrias, nas tristezas, no meu coração.

À Bitá, Rubinho, Wilson, Francine, Igor, Lucas e agora, Tiago e Diogo, meus irmãos, cunhados e sobrinhos, muitas vezes não fui para “ casa” para continuar minha trajetória. Sei que sempre entenderam. Obrigada.

À minhas famílias de Blumenau, Cristiane e Márcia, e de Joinville, Bete, Amélio e Vera, por me aturarem mesmo quando estou insuportável, pelas festas, pelos chimarrões, pelas praias, e até mesmo pelos puxões de orelha.

À Enfermeira Mestre, Fabiane Francioni, por dividir a vida de mestranda, as preocupações, as alegrias, as dificuldades, o apartamento,... Foram e são tantos momentos em que servimos de apoio e âncora mútua que até da vontade chorar... ou será melhor sorrir?

À minha mestre, colega, companheira, amiga e incentivadora, Dd.^a Marlene Teda; você foi e é um exemplo a ser seguido.

À Dr.^a Rosane Nitschke, pelas palavras de carinho e incentivo, pela paz que transmite; meus agradecimentos.

Às professoras Dr.^{as} Maria do Horto Cartana, Telma Carraro, Rosane Nitschke e Dd.^a Marisa Monticelli, pelas valiosas sugestões e por aceitarem participar da minha banca.

À Claudia Orsini, funcionária da PEN, pelo apoio, e, principalmente por saber respeitar “a distância entre Blumenau e Florianópolis”.

Às amigas e colegas Lúcia Helena Costa e Antônia Grigol, por acreditarem que eu podia, por me incentivarem e colaborarem no meu crescimento.

À minha “chefinha” Geysa, ex-gerente de Enfermagem do HSC, acima de tudo minha amiga, com quem aprendi muito. Nossa luta por uma Enfermagem melhor, com respeito e dignidade, continua, independentemente de onde estivermos.

À Viviane, Edna e Nathália; sem vocês, meus braços direito e esquerdo, seria impossível trabalhar em Blumenau e fazer mestrado em Floripa.. Valeu!

À Enf.^a Tereza Cristina, mesmo distante sempre perto. Obrigada por tudo, principalmente por compartilhar expectativas e experiências de vida.

À gerente e equipe de Enfermagem da maternidade e CO do HSC do HDH, pela colaboração e receptividade com que me acolheram.

RESUMO

Neste trabalho, explico minhas vivências e experiências junto a puérperas / recém-nascidos / famílias no processo de cuidar durante internação na maternidade e, após alta hospitalar, no domicílio. Meu objetivo foi cuidar da puérpera e do RN à luz da Teoria de Madeleine Leininger. A coleta de dados deu-se em duas instituições privadas:, uma na cidade de Blumenau, e outra na cidade de Joinville. em cada uma das quais trabalhei com quatro puérperas primíparas e suas respectivas famílias. Utilizei para a coleta de dados a observação participante e a consulta aos prontuários, analisando as formas de cuidar das puérperas e de suas famílias, comparando-as às minhas e propondo um cuidado culturalmente congruente para todos. A negociação desse cuidado baseou-se nas formas de cuidar propostas pela teoria escolhida, ou seja, preservação, acomodação e / ou repadronização do cuidado. Percebi que cada família delega a um membro a responsabilidade pelo cuidado da puérpera e do RN, geralmente a mãe ou sogra. Foi possível identificar também que os profissionais de saúde ainda precisam compreender e valorizar as práticas de cuidado popular, aceitando o cuidado negociado, o que contribuiria para uma melhor interação durante todo o processo.

ABSTRACT

In this work, I show my livings and experiences close to the puerpera/newborn/ family in the process of care during their admission in the maternity and extending to home, after the discharge. My aim was to care of puerpera and the new born in light of Leininger's Theory. The data collection was in two private institutions, one in Blumenau city and the other in Joinville city, Santa Catarina, Brazil, working with four primiparous puerperae and their families in each institution. I used for the data collection a participant observation and consultation to the patient handbook, analyzing the ways of care of the puerperae and their families, comparing them to mine and proposing a care culturally congruent for everybody. Negotiation of this care was based on the ways of care proposed by the chosen theory, in other words, care preservation, accommodation and/or reppartening. It could be noticed that the family has a member responsible for the care of the puerpera and the newborn and, this person, usually is the mother or the mother-in-law. It was possible to identify also that the health professionals still need to understand and give value to the practices of the popular care, looking for a greater acceptance of the negotiated care, contributing in this way for a better interaction during all the process.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	9
2 REVISÃO DE LITERATURA	12
2.1 O Puerpério e a família.....	12
2.2 O Cuidado e a cultura	16
3 REFERENCIAL TEÓRICO	21
4 METODOLOGIA	30
4.1 Contextualização do ambiente do estudo:	30
4.2 Clientela.....	31
4.3 Contexto de coleta de dados	32
5 DESCREVENDO, ANALISANDO E REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	35
5.1 Um breve olhar sobre os objetivos do trabalho.....	56
6 REVENDO A TEORIA E OS CONCEITOS	63
7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	65
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS.....	71
ANEXO 1 – Esclarecimento livre e esclarecido.....	72
ANEXO 2 - Heredograma - 6ª PUÉRPERA	73

1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos a Enfermagem vem vivenciando uma nova forma de perceber o mundo, buscando outros horizontes, e com isso suscitando um cuidar mais humanizado em sua prática assistencial que tem sido enfocada sob diversos aspectos. Ao longo desse estudo tentaremos aprender, transmitir contextualizar e instrumentalizar uma prática vinculada à cultura da cliente a ser assistido.

A cultura nos é transmitida desde o momento de nosso nascimento; com o passar do tempo, valores, crenças e costumes adaptam-se à nossa maneira de ser e de agir, tornando-nos seres singulares, com necessidades diferentes, porém com influência do contexto cultural.

Quando vim morar em Blumenau / SC, percebi claramente a força da cultura de um povo. A colonização alemã dessa cidade de 150 anos, tem suas raízes muito bem preservadas, o que pude constatar no dia-a-dia na maternidade do hospital em que trabalhava, cuidando da mulher no pré, trans e pós-parto. Constatei, ainda, a necessidade de se buscar uma prática não só voltada para o ciclo gravídico puerperal, mas também para a puérpera com suas experiências, suas percepções, suas crenças e sua família. A influência de práticas culturais, passadas de mãe para filha através das gerações, é muito marcante nesse período, e muitas vezes a equipe de enfermagem despreza essas crenças, gerando conflitos.

De acordo com Laraia (1995), o ser humano é resultado do meio cultural em que foi criado, sendo herdeiro e transmissor do conhecimento e das experiências adquiridas pelas gerações que o antecederam.

Robertson apud Maranhão (1986), ao visualizar a situação da Enfermagem perante a cliente, afirma que a equipe de Enfermagem deve utilizar as informações prestadas pela cliente para ter uma visão mais clara a respeito de seu estilo de vida, problemas de saúde e necessidades, para a partir daí traçar o padrão de cuidados a ser desenvolvido.

Baseio-me em Almeida (1999) para afirmar que a equipe de enfermagem tem compromisso com a vida da puérpera, do recém-nascido (RN) e da família; sendo assim, ao prestar cuidados a esta mulher, precisa levar em conta suas características específicas, que devem ser atendidas em sua individualidade. O puerpério é um período carregado de mitos, crenças e costumes, aos quais precisamos estar atentos, procurando respeitar as crenças e as práticas culturais da família na medida em que não prejudiquem a saúde da mãe e do filho.

Levando em consideração tais fatos, trago como tema desta dissertação de mestrado o acompanhamento das puérperas e suas respectivas famílias durante a internação hospitalar e avançando para seu ambiente domiciliar. Para que se possa, através de uma prática assistencial, absorver as informações pertinentes ao observar, questionar, registrar, analisar e confrontar fatos e fenômenos no período supra citado e obter a percepção das puérperas acerca dos cuidados com o recém-nascido e a influência cultural da família nessa ocasião, utilizei-me da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposto por Madeleine Leininger, pois essa teórica considera o cuidado a essência da enfermagem e para isso analisa construtos da cultura.

Assim, minha questão problematizadora é: **De que modo a cultura familiar influencia o cuidado das puérperas ao recém-nascido (RN)?**

Da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural proposto por Madeleine Leininger possibilitou traçar os objetivos desse trabalho, que terá como objetivo geral:

Refletir sobre o cuidado da puérpera ao RN à luz do referencial teórico de Madeleine Leininger.

E como objetivos específicos:

- Detectar o conhecimento das puérperas a respeito do cuidado com o RN;
- Caracterizar as crenças das puérperas e suas famílias sobre o cuidado ao recém-nascido;
- Preservar / acomodar / repadronizar esse cuidado buscando a congruência cultural.

A proposta consistiu em acompanhar um grupo de puérperas e seus filhos recém-nascidos em uma maternidade de Blumenau e uma de Joinville e, no domicílio, haja vista estudando não somente o binômio mãe–filho, mas também os outros componentes da família e sua cultura. Cada cliente deve ser focalizada como verdadeiramente única, no aspecto físico, emocional e intelectual, nas suas crenças, padrões de comportamento, esperanças, desejos, ansiedades, necessidades e nas suas dificuldades e / ou facilidades.

Nesse estudo utilizo as vivências e experiências de 8 (oito) puérperas primíparas e suas famílias, sendo 4 (quatro) em Blumenau e 4 em Joinville. Inicialmente a proposta era coletar todos os dados na primeira, mas como mudei-me para Joinville e há um hospital com características semelhantes ao de Blumenau, optei por coletar os demais dados nesta. As instituições escolhidas são privadas, atendem todas as especialidades, e são considerados centros de referência.

Considero minha interação com as equipes, com as puérperas / RNs / famílias repleta de trocas, de ensinamento e de aprendizado, tanto durante a permanência na maternidade quanto durante as visitas domiciliares. Foi muito gratificante ouvir que minhas visitas estavam ajudando no processo de cuidar das famílias. Por outro lado, foi um pouco doloroso e às vezes difícil aceitar o fato de que não posso transformar as famílias de acordo com minhas crenças e valores.

Todavia, foi de suma importância a realização desse estudo não só para mim, profissional Enfermeira, mas como ser humano, mulher, membro de uma família com minha cultura, minha visão de mundo e meu contexto social. Pude perceber que aceitar os outros é tão difícil quanto querer mudá-los. E que para se viver em sociedade é preciso preservar, acomodar e repadronizar nossos atos e nossas vidas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 O Puerpério e a família

Puerpério é o período que vai do instante após o parto até a anatomia da mulher voltar ao seu estado anterior ao parto. Alguns autores consideram esse tempo muito variável, enfatizando que este pode prolongar-se por um ano. Outros afirmam que o puerpério dura apenas 28 dias (DUNCAN, 1996). A mulher que se encontra nessa fase chama-se puérpera; se for o primeiro filho, puérpera primípara.

De acordo com Carraro (1999, p. 57) “puerpério é um tempo de restauração, de mudanças, de encontros, de interação, de troca... É um tempo que traz consigo uma grande carga cultural, quando várias crenças, costumes e mitos se salientam”.

Recém-nascido é todo ser humano nos primeiros 28 dias de vida. Para Monticelli (1997, p..74) “recém-nascido é um ser humano liminar, em passagem [...] É a primeira vez que se torna ‘público’ e, portanto, é ainda parcialmente desconhecido”.

Durante o puerpério ocorrem os primeiros contatos entre mãe / recém-nascido / família, de extrema importância para ambos desenvolverem vínculos alguns dos quais se perpetuarão por toda a vida. Todavia, não podemos nos esquecer de que essa ocasião é suscetível a intercorrências tanto para a puérpera quanto para o RN. Como escreve Carraro (1999, p. 41) “a mulher, ao vivenciar o processo gravídico-puerperal, está exposta a riscos e oportunidades diversas. Com referência ao seu

filho, esse pode nascer sem problema algum, apresentar seqüelas ou mesmo morrer ao nascer.”

Para o recém-nascido, as causas mais comuns de risco estão relacionadas ao pré-natal incompleto ou até mesmo a ausência deste e, ainda, à desnutrição e higiene precária. De acordo com Duncan (1996), a mortalidade geral brasileira vem decrescendo e isso se deve às ações básicas de saúde, como incentivo à amamentação, monitorização do crescimento e imunização, promovidos pelo governo e pela sociedade.

Para a mulher, esses riscos podem levar à morte ou a seqüelas decorrentes de infecções, doenças preexistentes e hemorragias; para Siqueira et al. apud Carraro (1999), no Brasil as quatro causas mais comuns de morte materna são toxemia, hemorragia, infecção e aborto.

Além dessas alterações, cabe salientar ainda que durante o parto a mulher passa por um momento psicológico intenso, de sentimentos fortes e contraditórios relacionados à perda da barriga, à sensação de ver e tocar no bebê, à responsabilidade de cuidar de alguém que dependerá dela,.... E essas sensações podem desencadear outras patologias, como a psicose puerperal e a rejeição. Para Carraro (1999 p.57)

é nessa situação, em que se apresentam mudanças tanto psicológicas quanto fisiológicas, num dinamismo acelerado, que a mulher se defronta com a sobreposição de papéis (mulher, esposa, mãe, nutriz, paciente). Mesmo que ela já tenha experienciado o ser mãe, esse momento para ela é uma nova situação, vivenciada de modo singular.

As mortes maternas e / ou neonatais, questões que não se podem deixar de mencionar, haja vista a interferência profunda que exercem sobre a estrutura familiar, são um tema amplo, desencadeador de uma série de discussões muito interessantes, mas que não serão exploradas neste estudo.

O parto é considerado, pela maioria das mulheres, um momento mágico. Marcado pelos primeiros contatos entre mãe e filho, encontro de olhares, de toques e, se tudo estiver bem, da primeira amamentação.

O aleitamento materno, hoje tão incentivado, possui inúmeras vantagens, tanto para a puérpera, quanto para o recém-nascido, principalmente, com relação ao vínculo afetivo de intimidade, de proteção, de autoconfiança e de realização entre os envolvidos. (DUNCAN, 1996)

Nas primeiras horas após o parto, muitos sentimentos e pensamentos envolvem as mulheres: sua estrutura familiar, as novas responsabilidades e o cumprimento das tarefas que a sociedade e a maternidade ora lhe impõem. Para isso, lançará mão de subsídios, como nos fala Carraro (1999); alguns transmitidos de mãe para filha, recebidos de vizinhas, amigas; outros, aprendidos por meio de leituras, vídeos, profissionais; a natureza desses subsídios varia de acordo com a cultura, grau de instrução e o nível socioeconômico da mulher.

Essas questões também foram retratadas por Maranhão (1986), ao afirmar que as principais preocupações da mãe nas primeiras semanas após o parto relacionam-se à alimentação do recém-nascido, aos tipos de roupa, aos cuidados com o coto umbilical, às cólicas do bebê, e a problemas consigo, tais como dieta, exercícios, fadiga, relacionamento com a família e com o esposo .

Não se pode negar que a chegada do bebê altera a rotina e a dinâmica familiar. Boehs (1990) diz que o nascimento de um novo membro na família inicia um ciclo de desenvolvimento, quando ocorrem alterações que influenciam no relacionamento familiar. Nesse estudo, família é considerada não somente formada por pessoas unidas por consangüinidade –marido, mãe, sogra, irmãos – mas todo ser humano que convive diretamente com a puérpera e RN. Ou seja, pessoas que interagem por laços afetivos, contextualizando uma história em comum.

Para o GAPEFAM¹

Família é uma unidade que se auto-estimula positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros

Isto é reforçado por Schwartz (1998, p.44), ao dizer que

¹ GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área da Saúde da Família)

o conceito de família que me parece mais adequado seria: são todas as pessoas que compartilham de um ambiente familiar, ligados por laços afetivos e de uma história de vida em comum, responsáveis pela socialização dos filhos e transmissão do patrimônio cultural num espaço geográfico cultural.

Para Bomar apud Nitschke (1991, p.43), “uma das maiores atribuições da família é o cuidado à saúde durante os ciclos de saúde–doença. Tais cuidados incluem tanto o ensinamento das práticas de cuidado à saúde, como também a garantia de suporte social durante a saúde–doença.”

Concordo com esses autores e percebo a importância de prestar um cuidado de enfermagem não apenas à puérpera e seu filho, mas à família como um todo, haja vista essas pessoas interagirem, agirem e reagirem tomando decisões enquanto grupo social, além de promoverem um processo de ensino–aprendizagem contínuo.

“Assim, trabalhar com famílias significa mergulhar no mundo de suas interações, revisar nossa postura profissional, sendo necessário aprender a discutir, compartilhar e negociar não só com elas, como também com outros profissionais” (Nitschke, 1999, p. 25).

Monticelli (1997, p. 77), por sua vez, afirma que durante o “processo de caminhar junto” a profissional de enfermagem, a família e, principalmente, a puérpera desenvolvem ritos para os cuidados com o RN dizendo que:

“Essas ações são plenas de símbolos e significados e têm a finalidade tanto de comunicar ou expressar a percepção de saúde–doença e os papéis sociais a serem definidos ou redefinidos... Existem ritos de cuidados populares (desenvolvidos pelas mulheres) e ritos de cuidados profissionais (desenvolvidos pelas enfermeiras).

Todavia, interagir e agir com a família dentro de uma unidade hospitalar, no caso a maternidade, limita a interação a contatos freqüentes com a puérpera e seu filho e poucos contatos com os demais membros da família. Por isso, faz-se necessário mobilizar recursos, reestruturar-se e desenvolver um trabalho “extramuros”, onde se possa perceber a família em sua essência. Essa atividade pode ser definida como atendimento domiciliar, uma modalidade de cuidado realizada no domicílio da cliente.

Navarro apud Marcelino (2000) salienta que o atendimento domiciliar pode elevar o grau de satisfação da cliente e da família e ainda aumentar a participação ativa desta no processo de cuidar.

Monticelli (1997), seguindo uma linha semelhante, relata que a interação no domicílio apresenta a realidade da mulher em seu hábitat natural, e que a enfermeira deve ter um olhar diferenciado dessa puérpera ao permanecer em seu contexto socioeconômico e cultural.

2.2 O Cuidado e a cultura

Por acreditar que a base de toda família é permeada por um contexto cultural carregado de crenças e valores peculiares, pretendo estudar as práticas populares do cuidado por meio da utilização da teoria da diversidade e universalidade do cuidado transcultural de Madeleine Leininger.

Na enfermagem Leininger foi uma das precursoras em estudos sobre cuidado e cultura. Dissertou sobre o assunto após o “choque cultural” que experimentou ao cuidar de crianças perturbadas nos EUA. Partindo de suas experiências e de estudos antropológicos, definiu a Enfermagem transcultural como:

o ramo da Enfermagem que enfoca o estudo comparativo e a análise de culturas com respeito à Enfermagem e às práticas de cuidados de saúde–doença, às crenças e aos valores, com a meta de proporcionar um serviço de atendimento de Enfermagem significativo e eficaz para as pessoas (1979, p. 15).

George (1993, p. 287) diz que

Leininger construiu sua teoria de enfermagem transcultural com base na premissa de que os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde.

A cultura nos é transmitida desde o momento de nosso nascimento. Com o passar do tempo, valores, crenças e costumes vão se adaptando a nossa maneira de ser e de agir, tornando-nos seres singulares, com necessidades diferentes,

porém influenciados pelo contexto cultural de onde viemos. Segundo Ulmann (1991), esse processo chama-se endoculturação.

Concordo com Collière, apud Lenardt (1996), quando define crença como um conhecimento integrado e interiorizado baseado nos hábitos de vida e valor como as crenças que o ser humano tem como corretas e de importância, de acordo com seu conhecimento pessoal, suas normas individuais e sua comunidade e / ou fé.

Para entender melhor o conceito de cultura foi necessário ampliar meus conhecimentos sobre antropologia, a qual de acordo com Laplantine (1998, p. 20) “não é apenas o estudo que compõe uma sociedade. Ela é o estudo de todas as sociedades humanas (a nossa inclusive), ou seja, das culturas da humanidade como um todo em suas diversidades históricas e geográficas.”

Para Laraia (1995), a cultura de cada povo está em constante mudança; entender esse processo é imprescindível para minimizar o choque entre as gerações e evitar comportamentos preconceituosos, a fim de se compreender as diferenças entre as diversas culturas da sociedade. Complementando, pode-se citar Langdon (1991), quando afirma que a cultura pode ser *aprendida, compartilhada e padronizada*.

Começando desse ponto, parece mais fácil falar em Enfermagem Cultural ou Transcultural. Se a cultura é aprendida, cabe aos profissionais de saúde, entre eles os profissionais de Enfermagem, conhecer a realidade cultural da cliente, para que assim haja maior interação e melhor aceitação do cuidado que se deseja prestar. Muitas vezes, esse profissional também ensinará um pouco de sua cultura pessoal e profissional para adequar esse ato, ocorrendo assim a Cultura Compartilhada. Completando essa interação, para que o cuidado seja benéfico e confiável, não será imposto mas, sim, preservado, negociado e repadronizado por ambos. Enfermagem e cliente estarão interagindo por meio do processo de ensino aprendizagem mútuo. Radünz (1999, p. 8 e 9) ao utilizar esse processo diz que “para transmitir, ou melhor, compartilhar conhecimentos, a enfermeira precisa primeiro ter conhecimento [...] para compartilhar, precisa haver disponibilidade, tanto para aprender quanto para ensinar”. A autora, ao falar de cuidar em enfermagem, menciona a importância de utilizar, além da teoria e da técnica, o ouvir, o observar, o sentir, e ainda o

compartilhar o saber, para, desse modo, respeitar as experiências de quem está sendo cuidado.

Concordo com Leininger quando afirma que o cuidado é a essência da Enfermagem, porém não pertence somente a esta profissão. O cuidar é intrínseco aos seres humanos, suas formas é que podem variar de acordo com as vivências e crenças de cada um. Uma dessas formas de cuidar que, muitas vezes, negligenciamos, é o cuidar de si. O cuidado para consigo é primordial para um processo de viver e ser saudável; todavia, nos processos de saúde–doença é que essa necessidade se revela, inclusive entre os profissionais de saúde, o que se deve à cultura em que vivemos. Um vez que é com base nela que cuidamos de nós e dos outros, cabe à enfermagem reconhecer essas formas, respeitá-las e acomodá-las à vida e prática profissional. Nesse sentido, Radünz (2001, p. 106) salienta que:

No exercício do cuidado, entretanto, o enfermeiro está exposto ao risco da co-dependência, ou seja, cuidar do outro e ignorar suas próprias necessidades, preocupar-se com os outros e esquecer-se de si, procurar resolver todos os problemas dos outros e não conseguir resolver os seus, não estando consciente da necessidade de cuidar de si porque gasta toda a sua energia no cuidado do outro.

Proporcionar cuidado levando em consideração significados, padrões, valores, modo de vida da cliente, respeitando sua cultura não significa abandonar ou desprezar o sistema profissional de saúde, mas interagir com essas formas de cuidar (LEININGER, 1991). Cabe à Enfermeira estreitar esses laços de cuidado, conduzindo-os de forma saudável, respeitosa e benéfica.

A hospitalização traz algumas angústias e medos para a cliente e sua família. Para Gonzaga e Arruda apud Costenaro (2001, p. 125), “as ações de cuidado originam sentimentos mais calmos, mais segurança e tranquilidade para aceitar os procedimentos muitas vezes hostis e invasivos a que [os pacientes] são submetidos”

Nesse estudo, o processo de cuidar pretende ultrapassar o ato da internação da gestante para ter seu filho e se estender além da maternidade, partindo para o domicílio e permanecendo enquanto for conveniente e necessário para todas as partes, puérpera – RN – família – enfermeira.

Se a Enfermeira e sua equipe prestarem um cuidado de qualidade a esta puérpera e sua família, o desenvolvimento do processo de cuidar acontecerá de forma saudável. Às vezes isso parece fácil, mas nem sempre o é, pois a profissional precisa despir sua “máscara” de detentora do saber e do cuidar, o que não acontece rapidamente. É um trabalho árduo e contínuo, porém imprescindível. Afinal, não nos tornamos profissionais calmos e eficientes no momento em que colamos grau ou vestimos o “branco”, (RADÜNZ, 1999). A Enfermeira necessita perceber que cada ser humano tem seus próprios hábitos de saúde, suas crenças e seus valores e que estes foram desenvolvidos ao longo da vida. Sendo assim, não podem ser alterados em instantes, só porque consideramos os nossos conceitos de saúde-doença mais corretos e coerentes, porque também foram construídos ao longo de nossa vida profissional e pessoal.

Cabe a nós, profissionais, percebermos as necessidades e atitudes dos clientes sob nossos cuidados e resgatar o que Leininger chama de cuidado popular de saúde – ou seja, o cuidado prestado pela família, muitas vezes, sem embasamento científico, mas de forte valor cultural –, tornando-o parte do nosso método de cuidar. Durante o período de internação na maternidade, vários desses valores são percebidos, em diversos momentos, como na escolha do tipo de parto, na presença ou não de um familiar nessa hora, nos cuidados com a puérpera e para com o recém-nascido, na escolha das vestimentas, dos alimentos e, até mesmo nas relações interpessoais dessa família.

Até que ponto podemos e / ou devemos modificar essas situações? Será que nada pode ser aproveitado? Até quando essa família vai aceitar e realizar “as nossas orientações”? Muitos estudos têm se realizado com relação à Enfermagem, cultura e família, vários inclusive voltados para o ciclo gravídico- puerperal; em nenhum deles consta que os cuidados desenvolvidos pelos familiares eram totalmente inadequados. Ao contrário, a maioria dos autores compartilhou saberes e descobriu formas de cuidar que contribuíram sensivelmente com suas práticas profissionais. Dentre elas, pode-se citar:

- Patrício (1990) com o tema de família e adolescentes grávidas;

- Boehs (1990) para estudar o recém-nascido e sua família, utilizou a teoria de Leininger e a teoria do desenvolvimento da família;
- Nitschke (1991) utilizou a teoria de Leininger, King e os autores do interacionismo simbólico para estudar o nascer em família;
- Gualda (1993) para estudar a vivência do parto, através da etnografia;
- Monticelli (1994) estudou grupos de mulheres de uma maternidade e no domicílio. Para isso utilizou, juntamente com Leininger, a teoria de Van Genep;
- Almeida (2000) estudou o cuidado à puérpera acompanhada do familiar em domicílio: uma abordagem cultural;
- Santos (2000) estudou o parto vertical: uma vivência do casal na dimensão cultural no processo de parir.

Também podemos referenciar outras autoras, como Lenardt (1996), Denardin (1999), Henckemaier (1999) e Schwartz (1998), que utilizaram a Teoria da Diversidade e Universalidade Cultural, estudando, respectivamente: o vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica; cultura na comunidade rural; o cuidado transcultural às famílias no hospital; possibilidade e limites do cuidado na família teuto-gaúcha.

Percebe-se que o cuidado cultural tem-se tornado alvo de estudos e da prática da Enfermagem cada vez com mais intensidade, o que me motiva a continuar nessa trajetória, visto que quanto mais produzirmos mais vivências teremos e compartilharemos, a fim de alcançarmos um cuidado de Enfermagem condizente com nossa proposta e com uma maior interação enfermeira-cliente, respeitando-nos mutuamente em nossas culturas.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

Madeleine Leininger graduou-se em enfermagem em 1948; tornou-se Mestra em Enfermagem em 1953; obteve grau de Doutora em Antropologia em 1965. Foi durante a década de 50 que começou a preocupar-se com a cultura, mais especificamente quando trabalhava em um lar para orientação de crianças. Naquele contexto, deparou-se com o choque cultural demonstrado nos diferentes comportamentos das crianças, emergindo daí seu interesse pela cultura, a qual analisou com auxílio da antropologia, assim possibilitando um novo espaço para a Enfermagem: o transcultural (GEORGE, 1993).

Em 1970, Leininger lançou seu primeiro livro de Enfermagem Transcultural, mas temerosa de que suas idéias não seriam compreendidas, foi somente em 1980 que publicou em dois artigos a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado. Para melhor desenvolver essa teoria a autora selecionou construtos² culturais usados na antropologia e construtos vindos da Enfermagem. Segundo Leininger (1991, p. 24) :

A Teoria do Cuidado Cultural, portanto, não foi emprestada da Antropologia, mas desenvolvida novamente e tem sido estudada dentro da visão da Enfermagem para descobrir as dimensões epistêmica e ontológica do conhecimento preditivo para influenciar bem-estar e saúde... Embora a raiz da cultura foi da antropologia e cuidado em grande parte da Enfermagem, uma nova perspectiva teórica foi desenvolvida para descobrir conhecimento para servir principalmente a disciplina de Enfermagem.

² Construto é o termo mais amplo que o conceito, por isso tem muitos significados (Leininger, 1991, p. 368)

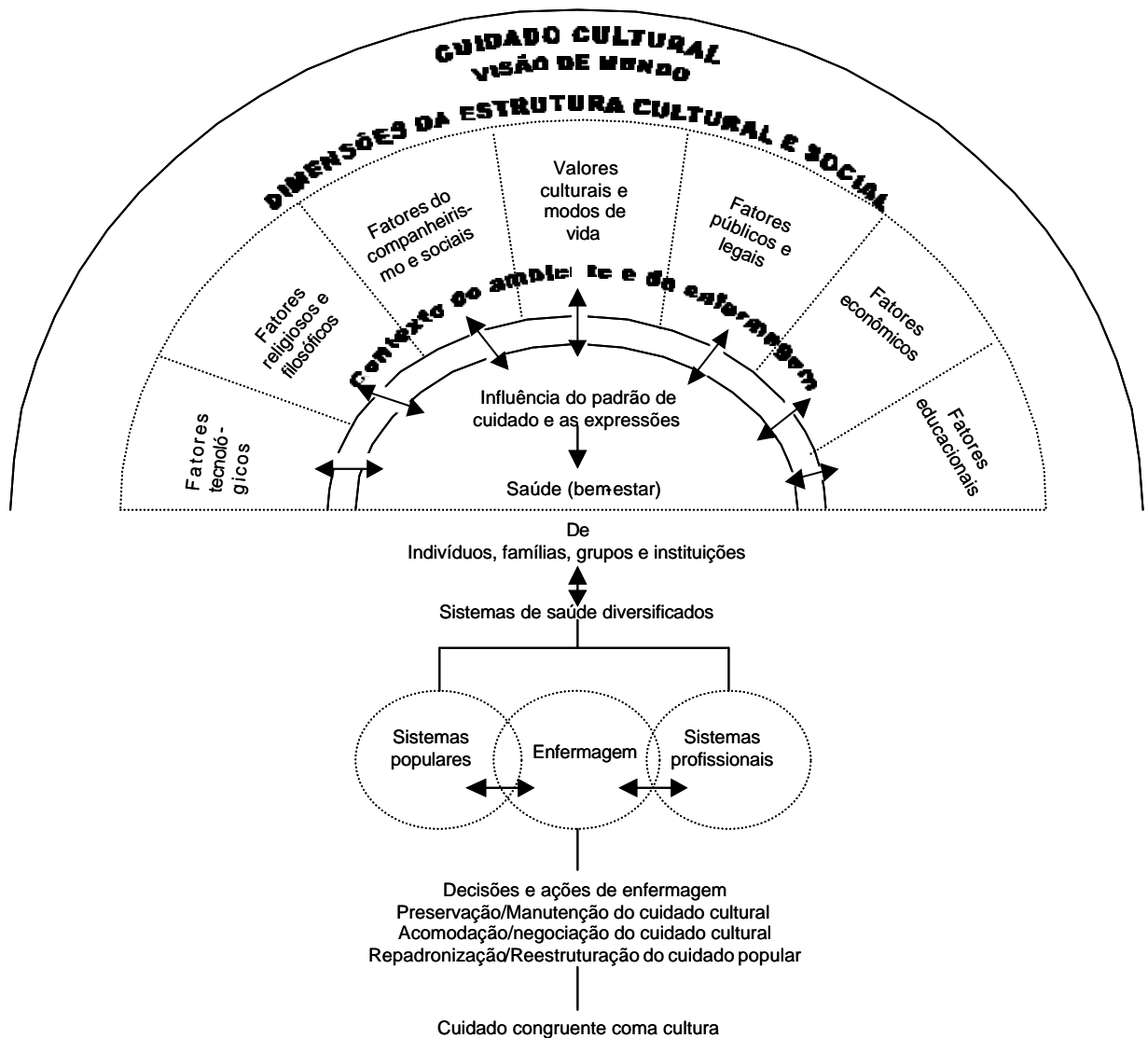
A autora tem como ponto primordial de sua teoria o cuidado, o qual diz ser a essência da Enfermagem; ainda afirma que em diferentes culturas há diferentes formas de praticar o cuidado e, até mesmo, dentro de uma mesma cultura. Também declara que há semelhanças universais, cabendo às enfermeiras desvendarem essas semelhanças e diferenças, que denominou respectivamente de Universalidade e Diversidade (Leininger, 1991).

Para melhor desenvolver e aplicar essa teoria, Leininger apresentou em 1984 o Modelo do Sol Nascente (Modelo Sunrise), que tem por finalidade possibilitar a visualização das diversas dimensões da teoria e o inter-relacionamento dos seus respectivos conceitos, a fim de se compreender o cuidado humanizado e de se obter um conhecimento do cuidado de Enfermagem a ser prestado.

Concordo com Almeida (2000) quando afirma que o “Modelo Sunrise”, como todos os modelos, não representa a teoria em si, porém revela um mapa cognitivo, ou um esboço conceitual de seus componentes e visão integral de suas dimensões, e o modo como influenciam o cuidado e o estado de saúde de indivíduos, grupos, famílias e instituições socioculturais.

Esse modelo tem quatro níveis, sendo o primeiro o mais abstrato e o quarto o menos abstrato. A porção superior do círculo mostra os componentes interdependentes da estrutura social e dos fatores da visão de mundo, os quais influenciam o cuidado e a saúde por meio da linguagem, e do contexto ambiental, e o sistema de saúde. São compostos pelo sistema popular, profissional e de Enfermagem, que se encontram na parte inferior do modelo. As porções superiores e inferiores descrevem um sol completo, que corresponde ao universo e precisa ser explorado pelas enfermeiras para que conheçam o significado do cuidado e sua relação com a saúde.

O nível I é uma visão do mundo – sistema social – estuda o indivíduo dentro de uma determinada cultura, numa cultura específica e em várias culturas. O nível II – cuidados e saúde – oferece conhecimento sobre os indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. O nível III – sistemas profissional e popular – estuda as características de cada sistema, suas semelhanças e diferenças. O nível IV é o nível das decisões e ações de cuidado de enfermagem.



LEGENDA:
 — Influenciadores
 Influenciadores direcionais

O modelo Sunrise de Leininger, descreve as dimensões da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (De Leininger, M. (1991). Culture and diversity & universality a theory of nursing (p. 43). New York: National Lengue for Nursing. Usado com Permissão.

Para construir seus pressupostos, Leininger baseou-se na crença de que os povos, através de sua visão cultural, percebem e experimentam o cuidado e, mais especificamente, o cuidado de Enfermagem relacionando-o a suas crenças e práticas gerais de saúde.

Pressupostos são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros. São idéias que antecedem à formulação de conceitos, ou seja, são crenças e valores claramente enunciados (LEININGER, 1985). A seguir, apresento alguns pressupostos dessa teoria, selecionados da obra de 1991.

- O cuidado é essencial para a enfermagem, sendo um enfoque distinto, dominante, central e unificador (1991, p. 44);
- O cuidado é essencial para o bem-estar, para a saúde, a cura, o crescimento, a sobrevivência e para enfrentar desafios, ou a morte (1991, p. 44);
- O cuidado cultural é o meio holístico mais amplo de conhecer, explicar, interpretar e prever os fenômenos do cuidado, de forma a guiar as práticas de cuidado em enfermagem (1991, p. 44);
- A enfermagem é uma disciplina e profissão de cuidado transcultural humanista e científico, com o propósito de servir aos seres humanos em todo mundo (1991, p. 44);
- O cuidado (cuidar) é essencial ao curar, pois não pode haver cura sem cuidado (1991, p. 45);
- Os conceitos, significados, expressões, padrões, processos e formas estruturais de cuidado cultural são diferentes (diversidade) e similares (tentando a semelhança ou universalidade) entre todas as culturas do mundo (1991, p. 45);
- Todas as culturas humanas têm conhecimentos e práticas de cuidado cultural genérico (leigo, popular ou nativo) e, em termos gerais, conhecimentos e práticas de cuidado profissional que variam transculturalmente (1991, p. 45);

- Os valores, crenças e práticas de cuidado cultural são e estão relacionados a contextos de visão-de-mundo, linguagem, religião (espirituais), afinidades (sociais), políticas (legais), educação, economia, tecnologia, etnohistória e ambiente de uma cultura em particular (1991, p. 45);
- Enfermagem de base cultural é benéfica, saudável e satisfatória; colabora para o bem-estar de indivíduos, famílias, grupos e comunidades em seus contextos ambientais (1991, p. 45);
- Cuidado culturalmente congruente ou benéfico somente pode ocorrer quando os valores, expressões ou padrões de cuidado cultural dos indivíduos, grupos, famílias e comunidades são conhecidos e utilizados apropriadamente e de modo significativo pelo / a enfermeiro / a (1991, p. 45);
- Diferenças e similaridades entre fornecedores profissionais de cuidado cultural e clientes (genéricos), que o recebem, ocorrem em qualquer cultura ao redor do mundo (1991, p. 45);
- Clientes que recebem cuidado que falha em ser razoavelmente congruente com suas crenças, valores e modos de vida mostrarão sinais de conflitos culturais, submissão, tensões e preocupações éticas ou morais (1991, p. 45);
- O paradigma qualitativo fornece novas maneiras de conhecer diferentes modos de descobrir dimensões epistêmicas e ontológicas do cuidado humano transculturalmente (1991, p. 45).

Para subsidiar meu estudo, estabeleci alguns conceitos, embasada na teoria de Leininger e em várias autoras que também construíram referenciais teóricos com base nos estudos dessa autora.

SER HUMANO indivíduo que pensa, sente, decide e percebe, possuindo crenças e valores que lhes são próprios. É um ser que interage com os outros e com o ambiente. Pela sua singularidade, apresenta diversificações, aptidões e sentimentos que podem aproximar-se ou não, daqueles apresentados por outros seres humanos, incluindo família, comunidade e outros grupos (Leininger, 1991).

Nesse estudo, entendo como ser humano a mulher puérpera, o recém-nascido, os integrantes de sua família e cada membro da equipe de enfermagem, cada um dos quais possui crenças, valores e profissão.

O SER HUMANO PUÉRPERA – alguém vivenciando um momento considerado por muitos ímpar, com modificações fisiológicas e psicológicas e a inserção de um novo membro em sua família. Nesse período, este ser passa também por modificações culturais repletas de cuidados populares. Como afirma Monticelli (1997),

[...] esses ritos de cuidado também são permeados pela percepção de saúde–doença dessas mulheres, levando-as a desenvolver ações de promoção e proteção a si mesmas e à criança recém-nascida durante o processo de nascimento. Para desempenhar seus papéis, buscam apoio tanto na rede de mulheres quanto na enfermeira.

O SER HUMANO RECÉM-NASCIDO – ser humano que inicia com o nascimento o seu processo de viver, interagindo com o ambiente e com outras pessoas, em especial seus familiares. É um ser único, capaz de responder a novas experiências e desde já submetido a uma grande variedade de valores culturais.

FAMÍLIA – unidade de pessoas que agem, interagem e reagem com a puérpera e o recém-nascido, independentemente de terem com eles laços sanguíneos ou não, o que é corroborado pelo GAPEFAM: “Família é uma unidade que se auto-estimula positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros.”

ENFERMAGEM – profissão desenvolvida por indivíduos com crenças e atitudes, os quais trabalham em equipe e, durante o processo de cuidar, precisam desenvolver habilidades para agir coerentemente entre o cuidado profissional e o cuidado cultural da cliente e o seu próprio.

Segundo Schwartz (1998), a Enfermagem executa ações de preservação cultural do cuidado, de acomodação cultural do cuidado e de repadronização do

cuidado quando não há a possibilidade de executar as outras ações. Sendo assim, os pressupostos citados por Leininger são a mola propulsora dessas ações.

ENFERMAGEM, para Leininger (1991), é uma profissão que desenvolve um cuidado cultural coerente, uma vez que as enfermeiras oferecem cuidado a povos de várias culturas diferentes. Além disso, é uma profissão que oferece cuidado a indivíduos, famílias e grupos, visando facilitar um bem-estar culturalmente definido, valorizado e praticado.

COMPONENTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM – nesse estudo, são profissionais capazes de promover, auxiliar e acomodar o cuidado ao modo de vida do ser humano puérpera, RN e família, envolvendo conhecimentos e habilidades próprias para interagir com os mesmos, valorizando o cuidado cultural.

CUIDADO – conjunto de atitudes e atos culturalmente preservados, acomodados e / ou repadronizados para se prestar um atendimento à puérpera, recém-nascido e família a fim de se melhorar as condições de vida desses. Para Leininger (1991), cuidado / cuidar refere-se às ações de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar outros seres humanos ou grupos a amenizar ou melhorar a condição humana de vida.

CUIDADO PROFISSIONAL – desenvolvimento, por profissionais de Enfermagem, de atitudes, ações e técnicas capazes de considerar o ser humano e sua família como seres únicos, com características próprias e valores culturais que necessitam ser atendidos, compreendidos e acomodados.

Para Almeida (2000),

o padrão de cuidado cultural profissional da enfermeira se interliga numa disciplina humanística e científica, somando ao 'velho' o 'novo', focada em fenômenos culturais, respeitando o ser humano puérpera, recém-nascido e família, frente às suas crenças, seus valores e suas práticas e priorizando suas diferenças no que se refere ao bem-estar da mulher no pós-parto.

CUIDADO POPULAR (genérico) – todo cuidado prestado por familiar, sem preparo específico. Segundo Denardin (1999, p. 170), “toda cultura possui conhecimentos e práticas de cuidado que são influenciados por fatores como visão de mundo, a linguagem, a religião, as relações de parentesco, a etnohistória, bem

como fatores políticos, educacionais, econômicos, tecnológicos e pelo contexto do meio ambiente no qual ocorre”.

CUIDADO CULTURAL CONGRUENTE – ações ou decisões de assistência, apoio, facilitação ou capacitação, cognitivamente baseadas, feitas sob medida para encaixarem-se aos valores, crenças e modos de vida culturais de indivíduos, grupos ou instituições, a fim de prover ou apoiar serviços de saúde ou bem-estar significativos, benéficos e satisfatórios (LEININGER, 1991).

CULTURA FAMILIAR – conjunto de padrões de comportamentos de pessoas que agem, interagem e reagem de forma a buscar a harmonia e que compartilham determinadas crenças, valores e costumes, os quais foram aprendidos e transmitidos através dos tempos. Essa cultura é adquirida mediante o processo de ensino-aprendizagem e transmitida ao conjunto de seus membros, podendo ser negociada e repadronizada ao longo do tempo.

SAÚDE FAMILIAR – equilíbrio bio-psico-espírito-sociocultural entre os membros da família, alcançado por meio do confronto de suas características individuais. Para o GAPEFAM, “a família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se, construindo sua história de vida”.

O **CONTEXTO AMBIENTAL** onde este trabalho foi desenvolvido, refere-se à unidade hospitalar – maternidade, local de convivência, interação enfermeira–puérpera–RN e unidade domiciliar, em que a puérpera se encontra nos primeiros meses pós-parto, local de integração enfermeira–puérpera–RN–família e todo contexto cultural que permeia essa sociedade.

EDUCAÇÃO – processo de troca de conhecimentos práticos e científicos no qual não existem educadores e aprendizes distintos, papéis alternados durante o processo de cuidar. Para Cestari (1997), educação é um processo interpessoal cujo objetivo é construir conhecimento e apreender o conhecimento construído, além de ter um caráter permanente, dinâmico e contínuo.

Os tipos de ações propostos por Leininger e, que pretendo desenvolver são: preservação / manutenção cultural do cuidado; acomodação / negociação cultural do cuidado; repadronização / reestruturação cultural do cuidado. Mediante tais ações pode-se oportunizar um cuidado de enfermagem que se adapte à cultura da cliente.

PRESERVAÇÃO CULTURAL – cuidado de Enfermagem em que a enfermeira mantém hábitos de cuidado popular; para Leininger (1991), refere-se às ações ou decisões profissionais de assistência, apoio, facilitação ou capacitação que auxiliam pessoas de uma cultura em particular a manter e / ou preservar valores relevantes de cuidado, a fim de manterem seu bem-estar, recuperarem-se de doenças e encararem incapacidades e morte.

ACOMODAÇÃO CULTURAL – cuidado de Enfermagem em que a profissional adapta os hábitos de saúde à cultura dos clientes; para Leininger (1991), refere-se às ações ou decisões profissionais criativas de assistência, apoio, facilitação ou capacitação, que auxiliam pessoas de uma determinada cultura a negociarem com, ou adaptem-se a outros, em busca de resultados de saúde satisfatórios ou benéficos, ao se relacionarem com provedores de cuidado profissional.

REPADRONIZAÇÃO CULTURAL - cuidado de Enfermagem em que a enfermeira propõe alterações nos hábitos da família para adequá-los aos padrões profissionais de saúde, tradicionalmente aceitos³. Para Leininger (1991), refere-se às ações ou decisões profissionais de assistência, apoio, facilitação ou capacitação que auxiliam a cliente a reordenar, mudar ou modificar seus modos de vida, em busca de padrões de cuidados novos, diferentes e benéficos, respeitando crenças e valores culturais, e ainda provendo modos de vida saudáveis e benéficos antes de as mudanças serem estabelecidas com a cliente.

Ao realizar, nesse estudo, uma análise sobre a Teoria de Madeleine Leininger, confirmo meu anseio por conhecer ou reconhecer, aplicar ou adequar as experiências culturais de meus clientes no cuidado. Não tenho dúvidas ao concordar com a teorista quando esta refere que o cuidado é a essência da Enfermagem.

³ Neste estudo padrões profissionais de saúde tradicionalmente aceitos são os cuidados de saúde com embasamento científico e praticados pelos profissionais de saúde.

4 METODOLOGIA

O presente estudo foi desenvolvido com puérperas primíparas na maternidade de 2 (dois) Hospitais de Santa Catarina, um na cidade de Blumenau e outro na cidade de Joinville e nos domicílios mulheres. Utilizou-se a pesquisa convergente assistencial, haja vista o estudo propor-se a refletir a prática assistencial nesse contexto, uma vez que o “cuidar” está inserido no processo de pesquisa (Trentini e Paim, 1999).

Esse tipo de pesquisa busca desvelar realidades, resolver problemas específicos e introduzir inovações em situações específicas do contexto da prática assistencial. De acordo com Trentini e Paim (1999), o pesquisador introjetar-se-á na pesquisa, envolver-se-á para, junto com os pesquisados, interferir na realidade, reconstruindo-a.

Como diz Beltrame (2000, p. 72), essa forma de estudo não deve ser generalizada, já que as análises obtidas têm como base “a realidade dos sujeitos, seus ambientes, sua época, pois os mesmos são influenciados pela cultura e foram construídos pelos participantes através das influências mútuas”.

4.1 Contextualização do ambiente do estudo:

Minha proposta inicial era coletar os dados em um hospital privado de Blumenau, durante a disciplina de prática assistencial. Naquela fase trabalhei com 4

(quatro) puérperas e suas famílias. Ao desenvolver o relatório dessa disciplina, considerei importante coletar dados de mais quatro puérperas. Mudei-me para a cidade de Joinville, onde havia um hospital com características semelhantes às da instituição anterior; assim, optei por coletar os dados faltantes nessa outra instituição.

Os hospitais em que foram coletados os dados são de médio porte, privados, atendem somente convênios e clientela particular, têm como mantenedora a mesma instituição religiosa, possuem mais de 80 anos de fundação e assistem à comunidade em todas as especialidades. São considerados centro de referência.

As MATERNIDADES – Local inicial da pesquisa convergente assistencial

As maternidades em que foram coletados os dados possuem leitos de enfermarias e de apartamentos. Trabalham com o sistema de alojamento conjunto – puérperas e RNs recebem cuidados no mesmo ambiente. Entre muitas outras vantagens, esse sistema permite que a mãe participe dos cuidados ao RN, interagindo um com o outro. .

Na maternidade de Blumenau, durante o trabalho de parto não é permitida a presença de um membro da família junto à puérpera, entretanto, não existe horário fixo para visitas no puerpério; os visitantes têm livre acesso até o início da noite. Já na maternidade de Joinville, a permanência de um familiar durante o processo de parir é incentivado; todavia, no puerpério o horário para visitas é restrito.

Ambas as instituições, possuem curso para gestantes abertos à comunidade e gratuitos, independentemente de a gestante realizar o parto no hospital ou não. Esses cursos são ministrados por uma equipe multiprofissional da instituição.

4.2 Clientela

As participantes do estudo foram quatro puérperas primíparas internadas no Hospital de Blumenau (HB) e quatro no de Joinville (HJ)⁴. Após apresentação do projeto, aceitaram e assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido pós-

⁴ Ao longo do estudo utilizei HB para a instituição de Blumenau, e HJ para a instituição de Joinville.

informação (anexo 2). Iniciei o curso propondo a realização de um heredograma familiar⁵ (anexo 3) a cada puérpera primípara internada no setor, para ter uma visão mais clara da sua composição e relações familiares e também como forma de aproximação entre puérperas e suas famílias. Essa atividade serviu também como “quebra-gelo” no relacionamento enfermeira / puérpera / família. As primeiras quatro puérperas primíparas que aceitaram participar do estudo de cada hospital constituíram a clientela.

A escolha recaiu sobre puérperas primíparas por considerar-se que a mulher sendo mãe pela primeira vez não tenha experiências⁶ na maternidade e, com isso, possa solicitar um apoio maior da família, ficando assim mais evidente, sobre ela e o RN, a influência da cultura familiar.

4.3 Contexto de coleta de dados

Após o aceite da puérpera, iniciava a coleta dos dados ao mesmo tempo em que prestava os cuidados que se faziam necessários. As primeiras puérperas disseram não se sentirem à vontade com o gravador; sendo assim, decidi não o utilizar. Coletei os dados, , então, em notas de campo. Antes da alta já marcávamos dia, hora e local para a realização da visita domiciliar.

Durante a visita, assim como na maternidade, o diálogo e a observação participante eram as formas utilizadas para as coletas, o que possibilitou uma troca de conhecimento entre enfermeira–puérpera–família.

A análise dos dados foi baseada nas notas de campo, que contemplam meus relatos e observações, e falas das puérperas e suas famílias. Esse processo de reflexão ocorreu durante todo o processo sempre relacionando meu referencial teórico com a realidade encontrada e a fundamentação teórica. Ao sair do quarto ou dos domicílios, já no posto de enfermagem ou dentro do carro, fazia as anotações sobre os diálogos anteriores. Mais tarde, já em minha casa, colocava as falas e

⁵ Heredograma Familiar é uma representação gráfica da árvore genealógica da família

⁶ Considerar experiências suas enquanto mãe, visto que muitas já possuem vivências com filhos de irmãs, amigas, vizinhas,

condutas em ordem e analisava ao lado quais os pontos fundamentais, de minha proposta aos quais se relacionavam.

Para melhor desenvolver a coleta de dados, esta foi realizada em dois momentos: durante a internação e, após a alta hospitalar, durante visitas domiciliares previamente agendadas. Ambos os momentos foram guiados pela observação participante, na qual o observador se colocou, aprendendo e vivenciando tanto no ambiente da maternidade quanto do domicílio.

No primeiro momento esse trabalho foi norteado pelas seguintes questões:

- A puérpera apresenta alguma dificuldade / facilidade para cuidar do recém-nascido?
- Que tipo de dificuldade / facilidade?
- No caso de haver dificuldade, de que forma tenta resolvê-la?
- A família compartilha dessa dificuldade / facilidade ?
- Como se dá a interação puérpera / RN / família? Que sentimentos foram exteriorizados?

No segundo momento, as questões norteadoras da primeira etapa permaneceram e as puérperas, já em seu domicílio, foram questionadas se aquelas dificuldades / facilidades diminuíram ou aumentaram.

Como, então, preservar / negociar / acomodar / repadronizar essas dificuldades / facilidades de acordo com a visão de mundo dessa família e a minha?

Todos esses dados foram registrados no diário de campo e outros foram obtidos por meio de consultas ao prontuário das clientes, conforme solicitação feita anteriormente à puérpera, respeitando dessa os aspectos éticos conforme legislação do COREN, capítulo IV, art. 26, 27 e 35, que tratam sobre o direito da cliente de receber orientações sobre os cuidados a serem prestados, sobre sua participação em pesquisa ou atividades de ensino e do direito que ela tem de decidir sobre sua pessoa.

Também para preservar a supremacia ética, foi necessário não expressar alguns preconceitos, pontos de vista contraditórios, para que não se entrasse em conflito com a cultura da puérpera e família, e também para que pudéssemos juntos estarmos abertas para um cuidado culturalmente congruente, de forma que a educação estivesse presente durante todo o processo de cuidar em que todos os participantes – puérpera, RN, família, componente da equipe de enfermagem – todos pudessem ensinar e aprender.

Ao estudar a Teoria de Madeleine Leininger, percebo que a educação permeia também os padrões de cuidado desenvolvidos pela teorista, uma vez que preservar, acomodar e / ou repadronizar implica reflexão, conscientização e respeito aos valores e crenças da puérpera / RN / família. Isto me faz concordar com Radünz, quando afirma que “para compartilhar, precisa haver disponibilidade, tanto para aprender quanto para ensinar. É interessante ressaltar que em muitas situações são os clientes que me educam, ou seja, sendo eu profissional, sou aquela que mais aprende” (1999, p. 9).

5 DESCREVENDO, ANALISANDO E REFLETINDO SOBRE A PRÁTICA ASSISTENCIAL

Inicialmente encaminhei solicitação para realizar a prática ao setor de Capacitação e Desenvolvimento do HB. Em dois dias, a gerente de Enfermagem da instituição entrou em contato para pedir alguns esclarecimentos sobre o projeto e após, autorizou a desenvolvê-lo. No mesmo dia, dirigi-me à maternidade e ao centro obstétrico para esclarecer os colaboradores desses setores o que faria lá e de que forma seria o meu trabalho. Falei também do auxílio que esperava dos mesmos. Fui carinhosamente acolhida; a equipe de Enfermagem demonstrou disponibilidade e comprometeu-se a ajudar-me no desenvolvimento da prática assistencial, deixando-me mais confiante e entusiasmada. O fato de trabalhar na instituição e já ter feito parte da equipe materno-infantil me deixava mais tranqüila, pois conhecia as rotinas, as pessoas; em síntese, o ambiente me era familiar.

No HJ, segui os mesmos passos e também obtive o mesmo amparo. A diferença é que não conhecia a realidade dessa instituição, sua história, seus objetivos, seus colaboradores. Inicialmente, senti-me um pouco deslocada, mas com o passar do tempo, tornei-me familiar ao ambiente e ele a mim. Não posso dizer que foi igual, mas foi gratificante também, pois além de compartilhar a cultura das clientes, pude aprender sobre a cultura da instituição.

Durante a primeira semana, trabalhei com a equipe sobre cuidado cultural, semelhanças e diferenças de cada família, importância do respeito à individualidade, às crenças e aos costumes de cada cliente e a nós mesmos. Foi bom mergulhar no

“mundo de Madeleine Leininger” acompanhada pela equipe. Isso me fez perceber que contribuiria para o desenvolvimento do cuidado de Enfermagem.

Toda essa preparação do ambiente não me livrou da ansiedade e questionamentos de como seria abordar a primeira cliente: ela aceitaria participar da pesquisa? Qual seria a reação da família? Quais seriam minhas dificuldades / facilidades? Conseguiria ou não prestar o cuidado a que me propunha?

No dia marcado para começar a prática propriamente dita, houve três partos, apenas um de primípara. O parto foi cesariana e a cliente, ao sair da sala de recuperação pós-anestésica, estava referindo muita algia. Sendo assim, preferi não abordá-la naquele momento. Apesar disso, não fiquei desmotivada, pois percebi que já a conhecia. Ela havia feito o curso para gestantes no hospital⁷ e eu me lembrava bem do casal(seu esposo relatou que usaria faixa de umbigo no RN porque sua mãe tinha usado nele e nos irmãos e que por isso os umbigos deles eram “bonitinhos”, para dentro). Naquele momento, pensei que: aquele seria um casal bem "rico" para participar do estudo, e que seria bom se o bebê nascesse durante minha prática assistencial. Para minha felicidade, foi a primeira primípara de quem cuidaria.

No outro dia pela manhã, logo que cheguei fui para o quarto conversar com a puérpera. Ela disse que acharia ótimo participar do estudo, pois já estava havendo conflitos entre o que ela achava certo e o que a mãe, a sogra e as tias achavam correto com relação aos cuidados para com ela e com o recém-nascido. Pediu, apenas, para conversar com o esposo antes de assinar o consentimento.

A puérpera-1 tinha 22 anos, morena clara, de descendência alemã, protestante, casada há três anos, Ensino Médio completo, trabalhava como secretária. Estava na enfermaria, havia realizado parto cesariana, estava tranqüila, deambulante, possuía mamilos protusos e com colostro. O RN era um menino pesando 2 680 g.

Como não havíamos conversado no primeiro dia, perguntei como havia sido a experiência do parto. Ela relatou ter ficado um pouco ansiosa, pois havia muitos familiares no quarto e estes estavam opinando sobre tudo, principalmente amamentação.. Disse que foi difícil convencer a tia de que podia levantar para tomar

banho, o que conseguiu somente após o obstetra conversar com a tia, que mesmo assim ficou reclamando.

Mas o pior momento foi quando todo mundo foi embora; não sabia se eu ia dar conta de ficar com dor e ter que cuidar dele. Mas foi tudo legal. As enfermeiras levaram “ele” para o berçário para eu descansar por umas duas horas

Hoje já estou mais calma; vi o banho dele, fui para o meu sozinha; ele já mamou mais que ontem.

Depois de construirmos o heredograma, o esposo chegou. Muito carinhoso, primeiro foi ver a puérpera, depois pegou o RN no colo. Resolvi deixá-los sozinhos. Voltei mais tarde para averiguar e ela já estava amamentando. Só não tinha trocado a fralda, pois ficou com receio de fazê-lo sozinha, sem ninguém da equipe. Auxiliei-a, então, no cuidado e o esposo saiu de perto, pois o bebê tinha evacuado.

Durante a noite, liguei para o hospital para saber se estavam bem, e fui informada de que ela pediu para levar o RN ao berçário para poder dormir tranqüila. Minha primeira reação foi de indignação, mas respirei fundo; lembrei-me de que precisava conter meus preconceitos, que não deveria chegar fazendo cobranças pela manhã.

Quando cheguei, resolvi ler as evoluções no prontuário e tentar descobrir motivos para tal ato, mas nada foi suficiente. Não resisti e não esperei para ver se ela me contaria algo. Perguntei o porquê e, com a resposta que recebi, voltei a respeitar crenças e valores. Afinal, meu conceito de ser humano é um indivíduo que pensa, decide, percebe, possuindo crenças e valores que lhes são próprios.

Achei melhor porque assim pude dormir despreocupada e ele ficou cuidado por alguém a noite toda.

Senti-me meio encabulada, mas ela não percebeu e já começou a contar como foi a visita da tia à noite.

A minha tia voltou para me ver ontem e me deixou nervosa, falando que não posso levantar, que só tenho que ficar deitada em repouso e amamentando,

⁷ O hospital possui um curso para gestantes, o qual coordenava na época da coleta de dados.

que tenho que tomar bastante leite pra ter mais leite... Isso é verdade? E que se por acaso eu ficar doente é por que levantei muito cedo depois do parto. Será que não dá para você falar com ela? Ela já foi enfermeira há muitos anos atrás.

Tentei devolver a pergunta questionando o que ela achava disso, e ela respondeu o que tinha ouvido no curso para gestantes. Sua resposta me levou a refletir se não estávamos impondo nosso cuidado profissional e reprimindo o cultural de cada uma das gestantes dos cursos.

Marcamos a visita domiciliar para sete dias após a alta. Seria na casa da mãe, pois ela iria ficar os dois meses seguintes lá.

A visita domiciliar ocorreu na data prevista e foi no meio da tarde. Estavam em casa a puérpera, sua mãe e o RN. Fui bem recebida, mas o “quebra gelo” foi um pouco demorado, tanto para mim como para a família. Não sabíamos de que forma o encontro se daria. Eu, particularmente, estava ansiosa para examinar o bebê e fazer os questionamentos que havia programado e elas para saber se responderiam corretamente ao que eu buscava. Comecei a explicar que não havia forma certa ou errada de cuidar do bebê e, sim, que poderia haver formas alternativas, ou seja, diferentes das que elas ou eu utilizávamos.

Começaram então a me contar que haviam passado a manhã se preparando para me receber. Retiraram a faixa de umbigo do RN, esconderam as mamadeiras e compraram uma chupeta ortodôntica, pois tinham plena certeza de que eu reprovaria aquelas atitudes. Conversamos sobre os motivos que as fizeram utilizar esses materiais e também da minha opinião profissional a respeito. Conversamos muito e a visita durou aproximadamente duas horas. Tanto a mãe quanto a filha participaram de forma efetiva e pude perceber o quanto a família estava envolvida no processo de cuidar. Falaram muito na tia e no marido e da forma como estavam auxiliando a puérpera.

Durante o tempo da visita domiciliar, pude utilizar todas as três formas de atuação propostas por Madeleine Leininger: preservação, acomodação e repadronização. Para tanto, o fundamento foi a troca de conhecimentos a respeito de cada técnica e seus porquês. Partindo daí, juntas, decidimos o que poderia ou precisava ser alterado para que a forma de cuidado satisfizesse a todas nós –

puérpera-mãe / enfermeira. Senti-me realizada, afinal conseguira vencer meus primeiros desafios, evitando impor minha forma de cuidado, profissional. Realizada a visita de maneira satisfatória, despedimo-nos e coloquei-me à disposição para qualquer dúvida e / ou problema.

A segunda puérpera internou-se entre a alta hospitalar e a visita domiciliar da primeira. Nosso primeiro contato aconteceu ainda no centro obstétrico. Quando estava passando por lá, percebi a gestante chegando e também entrei. Após avaliação – bolsa rota e 4 cm de dilatação – ela foi encaminhada para a sala de pré-parto.

Tinha 24 anos, solteira (o pai do bebê é o namorado), Ensino Médio incompleto, trabalha como auxiliar de operações em uma fábrica, protestante. Estava acompanhada do namorado e da mãe. O RN era uma menina e pesou 3 150 g.

Como no CO a família não poderia acompanhá-la, fiz-lhe companhia e apresentei-lhe meu projeto de prática assistencial, do qual decidi participar. Íamos começar a construção do heredograma quando as contrações começaram a aumentar. Decidimos, então, deixar para construí-lo num outro momento.

Durante o parto, o pai pôde entrar. Eu saí e conversei com a mãe da puérpera, que esperava ansiosa pelo nascimento do primeiro neto. Era uma senhora muito simpática, falante, que adorava contar casos por ela vividos. Através dela fiquei sabendo algo que me chamou atenção: o mesmo obstetra fez o parto de sua mãe, fez seu parto e, naquele momento, realizava o parto de sua filha.

Diante dessa situação, resgatei meu conceito de cultura familiar – as pessoas ou grupos compartilham determinadas crenças e valores aprendidos e compartilhados ao longo do tempo. Se o obstetra da mãe e da avó foi um bom profissional para ambas, a família acreditava que também o seria para ela. Evidenciou-se, naquele fato, a influência da cultura familiar.

No outro dia, cedo, fui ver como a puérpera estava. Haviam se passado 24 horas e ela estava extremamente calma. Esteve à tarde e à noite sozinha com o RN, já trocava as fraldas, fazia o curativo do coto e amamentava sem auxílio. Deixou

para fazer sua higiene pessoal à noite (a rotina do HB é fazê-la pela manhã), pois assim o namorado ficaria com o RN.

Não queria deixar ele ir para o berçário, nem deixar ele sozinho; sei que vou ouvir se ele chorar mas não quero, prefiro esperar.

Quando perguntei se estava recebendo muita visita, disse que sim, mas que eram visitas rápidas, pois a família não estava interferindo nos cuidados com ela e com o bebê, e que ela tem se saído muito bem. Quando questionei sobre a participação da família no cuidado, não se aprofundou, passando rapidamente a falar do RN.

Durante esse encontro, percebi que a família não estava apoiando nem física nem emocionalmente a puérpera, e que o companheiro estava um pouco distante. Ninguém ficava muito tempo com ela e o bebê; os familiares iam uma ou duas vezes por dia e não ficavam nem uma hora por lá. Senti ainda uma profunda necessidade por parte da puérpera em demonstrar para todos, inclusive equipe de saúde, que poderia tomar conta do RN sem auxílio de ninguém.

Tentei durante todo o dia encontrar a puérpera e pelo menos um familiar junto com ela para poder conversar e fazer uma análise mais objetiva da situação. Porém, não consegui; sempre estava sozinha. Retornei ao hospital à noite, mas foi em vão; ninguém apareceu.

Naquela noite senti-me um pouco frustrada, pois a puérpera teria alta no outro dia pela manhã. Meu consolo estava na visita domiciliar, que para minha tristeza, ela achou desnecessária.

Que bom você veio antes de o doutor me dar alta; acho que não vou precisar da visita domiciliar, aprendi tudo [de] que precisava aqui e se por acaso tiver algum problema aí te ligo e tu vais me visitar, pode ser?

Não me conformei e tentei argumentar sobre meu projeto. Questionei se havia feito algo que a tivesse desgostado, se gostaria que não incluísse o que havíamos conversado no relatório da prática. Não esperava essa atitude e fiquei muito sem graça, sem saber o que fazer. Novamente me remeto à questão cultural – toda cultura é influenciada pela visão de mundo e pelas relações de parentesco.

Não, você pode usar tudo que conversamos, não é nada pessoal, só acho que visita de enfermeira é pra quem está doente e eu não estou. Mas vou te prometer que se tiver qualquer coisa comigo, ou com a bebê te chamo.

Esperei dez dias e liguei para saber como ela e o RN estavam. Como a puérpera não se encontrava, falei então com sua mãe, que disse estar tudo bem e que a filha estava sendo uma ótima mãe. Disse que pediria para a puérpera retornar a ligação, o que não aconteceu. Encerrei, sentindo-me um pouco derrotada. Todavia, aprendi a respeitar o ser humano em suas decisões, sendo preciso repadronizar meus pensamentos e sentimentos.

A Terceira puérpera. Soube pelas colaboradoras da maternidade que havia ocorrido uma cesariana de uma primípara. Tinha 34 anos, casada, Ensino Médio completo, analista de desenvolvimento, católica, RN masculino pesando 3 355 g.

Entrei no quarto para falar com a puérpera no primeiro dia pós-operatório pela manhã. Quando me viu, ela abriu um sorriso (havia participado do curso para gestantes). Ao me aproximar, ela desabou no choro. Tentei acalmá-la, pegando no colo o RN, que também chorava sem parar – esse era o motivo do choro da mãe.

[...] desde as 4 horas ele não pára de chorar; não sei se meu leite é fraco, se é pouco, não sei.

Começamos a conversar sobre as hipóteses para o bebê estar chorando e fomos eliminando uma a uma. Não eram fraldas sujas, não era fome (ele sugava bem e havia colostro) e já havia tomado banho. Retiramos algumas roupas, mas nada fazia o RN parar de chorar. Fizemos massagens para cólica, o que parecia aliviá-lo, mas de repente o choro voltava. Conversamos e ela concordou em levá-lo para o berçário para que ela pudesse descansar e o RN também, pois ambos estavam esgotados. No berçário, o RN dormiu e a mãe pode almoçar e também descansar.

Acredito cada vez mais, que a palavra chave no processo de cuidar é a negociação. Toda vez que preciso acomodar ou repadronizar um cuidado, faz-se necessário negociar com a puérpera e a família o porquê e o como dessa atividade, para que fique mais adequada.

Durante aquela manhã não falei sobre meu projeto, pois em primeiro lugar está o cuidado com a puérpera e seu filho. Porém, me senti usando a cliente, pois sabia que poderia usar os fatos ocorridos no relatório da prática se assim fosse permitido. Naquele momento, meu lado mestranda aflorou mais que o lado enfermeira assistencial e pratiquei a observação participante. Os colaboradores do setor, sabendo da minha intenção, nem entravam no quarto para que eu e a puérpera pudéssemos ficar mais à vontade.

Quando o marido dela chegou para passar a tarde com a esposa e o filho, que já estavam mais calmos, deixei-os a sós para “curtirem” o momento. Porém, de acordo com relatos de funcionários, o marido passou a tarde vendo TV, sem olhar para os dois. Voltei ao quarto por volta das 17 horas, e a puérpera estava tranqüila, com um semblante de felicidade. Mostrou-me a incisão, conversamos sobre a mesma; disse-me que já estava deambulando sem dor. Comia de tudo e já realizava sua higiene corporal sozinha. Novamente o RN começou a chorar e o colocamos para sugar até que adormecesse (o marido nem piscou, estava vendo TV e assim continuou) e toda feliz relatou:

[...] estou mais calma, não estou mais chorando e ele também; isso está ajudando.

A puérpera já sabia que eu fazia mestrado e quando comecei a falar nisso. Ela disse: **“você me disse que estaria entrevistando as mães esta semana e ainda não me fez pergunta nenhuma.”** Expliquei, então, o que pretendia e como estava fazendo a coleta de dados. Ela ficou de ler meu projeto e me responder mais tarde.

No outro dia – dia da alta – bem cedo, eu estava no quarto. Ela estava de banho tomado, com suas roupas prontas para ir para casa. Participou do banho do RN, trocou fraldas, sempre perguntando se estava correto. Também declarou que gostaria de participar do estudo, pois sentiam-se privilegiados por serem os primeiros e o projeto poderia ajudar vários casais se o hospital o adotasse. Perguntou, também, se a cliente ao lado poderia participar, uma vez que era primípara e havia achado interessante a conversa do dia anterior. Como a alta só seria perto do meio dia, confeccionamos o heredograma da família e a puérpera participou bastante, valorizando o fato de que sua avó adora reunir os familiares pelo

menos uma vez por ano. Com isso consegui ter uma noção mais exata da composição da sua família.

Marcamos a visita para oito dias após a alta. Um dia antes, liguei para confirmar o endereço e horário. Cheguei tranquilamente ao local combinado. A puérpera já me esperava na porta e abraçou-me receptiva. Estavam ela e sua mãe. O bebê estava dormindo e o marido havia saído para fazer compras. A casa estava toda arrumada, era um domicílio grande, ainda em construção. A mãe estava passando as roupas do bebê e o RN, apesar de ter seu quarto, dormia no quarto dos pais. Sentamos na sala e conversamos sobre vários assuntos, entre eles seus sobrinhos, dos quais havia auxiliado no cuidado. Falamos também sobre seu casamento. O bebê acordou e a puérpera trocou suas fraldas, amamentou-o e permaneceu com ele no colo. Entramos, assim, nos assuntos referentes aos cuidados com o bebê., Ela contou que tem prestado todos os cuidados, mas sempre acompanhada de sua mãe ou de sua cunhada. Estas a auxiliam, principalmente, nos afazeres domésticos. Durante esse período o marido chegou, apresentava-se muito carinhoso com a família, já foi pegando o bebê e confessou que ainda não se sente seguro para dar banho e trocar fraldas.

Permaneci no domicílio por duas horas e meia. Foi uma manhã proveitosa. Pude perceber que a família da puérpera era muito unida e prestava-lhe todo apoio que fosse necessário. Dessa forma, ela estava mais confiante em prestar os cuidados de que seu filho necessitasse, bem mais que na maternidade.

Com aquela família também preservei, acomodei e repadronizei cuidados, como uso da mamadeira e chupeta, por exemplo. Ao perceber os cuidados incoerentes com minha prática profissional, questionei o porquê destes cuidados serem realizados dessa forma e com quem a puérpera havia aprendido. Algumas ações eu realizaria de modo diferente, mas não comprometiam a qualidade do cuidado. O banho e o curativo do coto umbilical, por exemplo; outros precisavam de ser aprimorados, como uso da chupeta; ainda outros precisavam ser modificados, como o aleitamento intercalado com mamadeira, por exemplo. Todavia, nada foi imposto, tudo foi questionado, discutido, analisado e somente depois disso repadronizado.

No caso da mamadeira, orientei sobre as dificuldades que o RN poderia apresentar na hora de sugar no seio, pela facilidade de sugar na mamadeira. Ainda reforcei a importância do aleitamento materno, apontando para o uso de “copinho” caso fosse necessário oferecer algum líquido ao bebê. Isso se deu de forma tão natural que não percebi o que havia realizado até preencher o diário de campo.

Duas semanas após a visita, a puérpera me telefonou. Estava preocupada porque o bebê não parava de chorar. Ela achava que fosse cólica. Já havia conversado com o pediatra, mas queria me perguntar se o que ela comia podia afetar o bebê, se podia deixar a mãe fazer massagem com azeite quente, se deveria ou não dar a medicação prescrita pelo médico. Conversamos sobre as questões levantadas e novamente utilizei as formas de cuidado propostas por Leininger. Duas semanas após esse telefonema, houve outro. Desta vez, a puérpera estava questionando a conduta do pediatra e queria saber a minha opinião a respeito. O RN estava com refluxo e ela estava sentindo muita dor após amamentar, mas as orientações que recebeu não a estavam convencendo. Queria levar o bebê para benzer; perguntou-me se podia. Conversamos a respeito do ritual. Ela relatou que se seriam feitas rezas, com velas e incensos. Juntas decidimos que se o benzimento ocorresse em um lugar arejado e se nada fosse oferecido à criança, não haveria por que impedir. Novamente acomodei o cuidado cultural.

Essa vivência foi muito marcante para mim, pois senti que havia desenvolvido um elo bem especial com aquela família e que suas experiências culturais eram marcantes. Percebi que a convivência com as famílias estavam realmente sendo úteis ao desenvolvimento de um processo de cuidar coerente com a cultura.

Percebi, ainda, que no momento de cuidar a família abre mão de alguns dogmas. A puérpera em questão, por exemplo, era protestante. Como seu marido era católico, trocou de religião e, com a dificuldade de cuidar do RN, já estava considerando a visita a uma benzedeira.

A quarta puérpera tinha 21 anos, solteira (união consensual), Ensino Médio completo, era caixa operadora de uma agência lotérica, católica. Realizou parto cesariana, RN feminino. Mantivemos o primeiro contato assim que ela veio para o quarto, pois estava acompanhando a puérpera ao lado. Conversamos enquanto eu a

examinava. Sentia um pouco de dor, mas estava ansiosa para ver o bebê. Uma menininha linda. Ficou um bom tempo analisando-a. À noite, retornei para vê-las. A mãe estava dormindo com a mão apoiada no berço do RN.

No outro dia pela manhã, cheguei cedo e ficamos falando sobre banho do RN que havia acompanhado, e de como se sentia em relação aos cuidados com ele. Apesar de ter receio em realizar tais cuidados, estava tranqüila, deambulando com um pouco de dificuldade, pois era a primeira vez que levantava.

Fiquei motivada quando referiu que gostaria de ler meu projeto (ouvira a conversa com a puérpera ao lado no dia anterior), pois ela também era primípara e queria participar. Após a leitura, pediu para me chamarem e trazer o consentimento que queria assinar, já que isto a ajudaria bastante.

[...] sou mãe de primeira viagem, não esperava agora, mas minha sogra vai me ajudar. Vou ficar na casa dela nos primeiros dias, assim ela fica mais perto. É a primeira neta, e agora com você me visitando fico ainda mais tranqüila.

Mais tarde, ao retornar, a puérpera já não estava tão tranqüila; o RN chorava muito e ela não sabia como agir. Quando entrei, imediatamente colocou o bebê no meu colo. Começamos a falar sobre assuntos diversos, enquanto eu embalava o bebê. Aos poucos, ambas, mãe e filha, estavam mais calmas. No outro dia, a puérpera estava de alta e não havia conseguido ver ninguém da família, além do marido, sempre muito atencioso. Logo em seguida, a sogra, uma jovem senhora muito simpática, chegou contando que havia vários familiares os esperando em casa, que seria uma festa.

Marcamos as visitas para dez dias após o parto na casa da sogra. A visita ocorreu no período vespertino, quando o marido e a sogra estavam trabalhando. A puérpera estava acompanhada da cunhada e de uma amiga, todas empolgadas pois nunca tinham recebido a visita de uma enfermeira. Tinham várias dúvidas sobre o que eu faria lá. Mesmo assim referiram que a iniciativa era boa:

[...] poxa, cara, uma enfermeira do hospital vir na nossa casa para saber se a gente está bem é ótimo; quando eu tiver meu filho também quero, disse a amiga.

Começamos em seguida a falar sobre como ela se sentia e de como estava se saindo ao cuidar do RN. A puérpera falou bastante sobre como as coisas estavam indo e de como a sogra se saía bem e que estava aprendendo tudo com ela. O bebê estava de chupeta, duas vezes por dia tomava uma mamadeira de chá, e a blusinha de baixo estava do lado avesso para o bebê não trocar a noite pelo dia.

Falamos sobre essas práticas e novamente tentei preservar, acomodar e repadronizar. Da mesma forma, assim como com as demais puérperas, questioneei o porquê dos cuidados serem realizados dessa maneira. Em seguida procurei ensinar o que precisava ser aprimorado e transformado. Mas senti que a influência familiar era culturalmente marcante e que uma visita à sogra seria fundamental, afinal era ela quem auxiliava diretamente a puérpera nos cuidados com o bebê. A visita durou aproximadamente uma hora. Marquei uma outra visita para a semana seguinte e pela manhã, para que a sogra pudesse estar presente.

Liguei um dia antes, como de costume para confirmar. Ao chegar, no entanto, fui informada de que a sogra havia saído. Senti-me desmotivada pois, além disso, todos os cuidados que achava importante acomodar ou repadronizar continuavam sendo realizados da mesma forma. Permaneci mais uma hora com a puérpera e sua cunhada e novamente conversamos a respeito daqueles cuidados. Não creio ter mudado nada, mas devia acatar a decisão da família e assim o fiz. Sei que o processo de ensino aprendizagem é contínuo e que nem tudo que nos é ensinado hoje assimilamos automaticamente. Algumas coisas levam um tempo até que incorporemos o aprendizado. Naquela família, todavia, isso só seria possível se eu conseguisse compartilhar esses conhecimentos com a sogra, visto ser ela a cuidadora da família.

A quinta puérpera, e primeira no HJ, tinha 29 anos, professora, casada, católica não praticante, realizou parto cesariana. O RN, feminino, pesou 2 715 g. Encontrei ambas na sala de recuperação pós-parto, calmas e descansando, apesar de a puérpera referir um prurido intenso. A RN havia sugado e a mãe estava radiante com essa nova experiência.

Fiz muitos exercícios durante a gestação para o meu bico ficar para fora e ela poder mamar. Acho que isso ajudou. É muito bom...

Como fazia pouco tempo do parto e a puérpera ainda estava recuperando-se, apresentei-me, expliquei sucintamente o que pretendia e decidimos conversar a respeito mais tarde. Durante aquele tempo observei-a e auxiliiei nos cuidados necessários. A puérpera ficou na sala de recuperação por aproximadamente cinco horas. Ainda naquele ambiente, recebeu a visita de uma irmã, que se apresentava muito carinhosa e disposta a ajudar. Senti que essa pessoa fazia parte de meu estudo, pois era alguém de “influência” na família, de forte elo com a puérpera.

Não as acompanhei até o quarto, voltei mais tarde para saber como passavam e se necessitavam de alguma coisa. Com mais tranquilidade, discutimos a respeito do estudo e construímos o heredograma com auxílio da irmã, que não deixou a cliente sozinha, referindo que a presença de um familiar é fundamental para a segurança e confiança da nova mamãe. Ficamos um tempo longo construindo o heredograma, pois a cada novo membro da família citado, uma história a respeito dessa pessoa era contada.

A construção desse heredograma foi muito rica, parecia que eu realmente estava sendo apresentada para cada um dos membros da família. Ao mesmo tempo, senti que estava interagindo muito mais com a irmã do que com a própria puérpera. Pensei que talvez isso estivesse acontecendo por ela ainda estar apresentando prurido, por estar cansada do parto ou não estar gostando do estudo; fiquei com algumas dúvidas. Questionei-as sobre minhas ansiedades, que não foram confirmadas. Ao contrário, ambas referiram a importância do resgate familiar que eu as estava ajudando a fazer e que nunca haviam pensado ser tão interessante. Fui embora me sentindo útil e ao mesmo tempo feliz.

No outro dia, quando voltei ,a irmã ainda estava lá, mas não estavam tão felizes, quanto no primeiro dia. Acharam um absurdo ter que levantar antes de 24 horas do parto.

Sei que no hospital tem regras, mas não acho que tem que ficar bravos quando o cliente não aceita alguma dessas regras, pois sempre soube que faz mal levantar antes de 24 horas (puérpera)

Comecei perguntando se ela foi forçada a levantar. Mesmo sem querer disse que a Enfermagem não gostou, mas que aceitou meio a contra gosto. Depois

comecei a questionar o porquê do não levantar, o porquê das 24 horas deitada. Quando a puérpera estava mais calma por ter desabafado, expliquei que não era só uma questão de rotina, mas também da importância da deambulação precoce para o melhor restabelecimento da mulher. Entretanto, se a puérpera não quiser, a Enfermagem não força e talvez ela tenha entendido mal as intenções da Enfermagem.

Após essa primeira etapa a puérpera soltou-se mais, já saiu falando que ela e o bebê tinham passado muito bem a noite, que tinha conseguido amamentar sem problemas, que tinham recebido muitas visitas, as quais foram encantadoras e carinhosas. Eu já havia percebido que isso havia acontecido o quarto estava cheio de flores e foi obrigada a comentar a necessidade de manter as janelas do quarto abertas, a importância de levá-las para casa, e de evitarem dormir com as flores no quarto.

...mas como levar embora? Não posso! Eu ganhei todas, só posso levar pra casa quando eu e a neném formos embora, se não vai parecer falta de educação com quem me deu.

Essa foi a primeira reação da puérpera, com total apoio da irmã. Depois, com as explicações que dei e com a sugestão de já avisar as pessoas do porquê de levá-las para casa, ambas aceitaram modificar essa situação. Com isso, considero ter repadronizado a situação, além de suscitar nas clientes a importância da enfermeira.

Que bom que você está aqui, agora vejo por que a enfermeira está sempre ocupada, precisa pôr nas cabeças duras como as nossas os cuidados que não enxergamos, perigos, ou mesmo benefícios. Vocês realmente são uns anjos. (irmã)

Foi bom ouvir aquelas palavras; é sempre gostoso ouvir elogios sobre nós, enfermeiros, e principalmente obter o reconhecimento de nossos clientes, saber que eles confiam no cuidado que prestamos.

Como no dia seguinte, dia da alta, como somente poderia ir mais tarde ao hospital e elas pretendiam ir embora cedo, já combinamos a visita domiciliar. Seria na casa da puérpera na próxima semana. A irmã já avisou que gostaria de participar e que levaria a mãe para que todas pudessem aprender juntas. Reforcei a fala dela dizendo que realmente todas, inclusive eu, aprenderia muito com elas.

No dia da visita, tudo ocorreu como programado. Estavam na casa a puérpera, a irmã, a mãe e o RN, todas à minha espera. Como se eu fosse uma convidada ilustre, receberam-me muito bem. Conseguiram captar bem as minhas pretensões de estudo e chegaram a construir um diário do que faziam durante os dias até o dia da visita para que pudessem discutir tudo que estavam fazendo de certo ou errado. Comecei dizendo que não se tem só o lado certo e o lado errado, mas que há formas diferentes de se prestar um cuidado e dependendo do ponto de vista de cada pessoa pode ser considerado desta forma.

Achei interessante a forma como se organizaram, segui pelas anotações da família nossa reunião sobre cuidados. Cada cuidado era discutido: como foi feito, por que foi feito dessa forma, quem ensinou assim. De acordo com as respostas obtidas e com meu padrão profissional de conhecimento, negociávamos a necessidade de se modificar, ou não, a forma do cuidado.

Com essa família as orientações foram predominantes, visto que os cuidados básicos com alimentação, vestuário, banho, curativo do coto e cuidados para com a puérpera eram seguidos de acordo com as orientações prestadas pela enfermeira do hospital, pelo obstetra e pelo pediatra. A família pareceu bem metódica com relação aos cuidados, pois tudo era seguido passo a passo conforme o orientado. E qualquer dúvida que surgisse ligavam para o médico. Não marquei uma segunda visita, mas acertamos que caso achassem necessário poderiam me ligar e a marcaríamos. Após duas semanas, a irmã me ligou, mas era para me convidar para o batizado. Infelizmente não pude comparecer. Senti-me não como um membro da família com o convite, mas me senti prestigiada, alguém que foi marcante.

A Sexta puérpera fez parto cesariana no mesmo dia da puérpera anteriormente referida. Tinha 27 anos, era casada, possui 2º grau completo, não trabalha fora de casa, é protestante. O RN é masculino, pesou 3 550 g . Duas horas após o parto eu a procurei. Estavam dormindo abraçados; fiquei observando-os por algum tempo, depois os deixei descansar.

Horas mais tarde, já no quarto (enfermaria) começamos a construir o heredograma, mas a puérpera estava cansada e pediu para deixarmos a construção para o outro dia. O bebê estava tranquilo no berço, havia mamado há pouco. Com a

atividade a mãe sentiu um pouco de desconforto. Uma vez que a pega do mamilo não estava correta, orientei-a sobre a forma correta e as várias posições possíveis para amamentar, assim aliviando sua dor.

Ficamos conversando e algo não me saía da mente: a cena da mãe e do bebê estarem dormindo abraçados. Então, resolvi falar o quanto foi bonito ver aquele calor materno, a demonstração de carinho.

Ah, é verdade eu li numa revista que isso era bom pro bebê . [...] e eu estou muito feliz com meu primeiro filhinho, faço tudo que for para o bem dele, mas mais feliz está meu pai; é o primeiro neto, ele tá babando.

Achei essa declaração bem interessante; até agora a maioria das puérperas menciona a mãe e a sogra como as pessoas que mais estão ligadas ao nascimento do RN e esta, ao contrário, nem as mencionou. Seu pai, entretanto, estava presente em todas as falas. Disse inclusive que ele havia chorado ao ver o bebê chorando após tomar as primeiras vacinas.

No outro dia, cheguei cedo para poder acompanhar o banho do recém-nascido e os demais cuidados matinais. A puérpera ainda não se sentiu à vontade para realizar, e foi logo esclarecendo:

[...] não adianta nem tentar me convencer, não tenho jeito. Tenho medo de machucar, tenho medo da dor que ele deve sentir no umbigo. Quem vai fazer isso até o umbigo cair vai ser minha mãe. Afinal, meu pai não vai deixar eu ir pra minha casa nos próximos dias.

Mais uma vez citou o pai. Senti que além de insegurança, a puérpera apresentava um conhecimento deficitário quanto ao coto umbilical. Tentei auxiliá-la e até convencê-la de que o umbigo não dói, de que se a técnica do banho for realizada da forma correta não há o que temer, mas não consegui muito progresso. Resolvi investir mais nesse assunto durante a visita domiciliar. Nem tudo vai ser assimilado de uma hora para outra, mas pode acontecer aos poucos.

Agendamos a visita para uma semana após a alta, na casa dos pais da puérpera. Um dia antes, a puérpera me ligou pedindo para transferirmos a visita para a próxima semana. E assim o fizemos; no dia combinado estavam presentes mãe, marido, puérpera e RN. O marido ficou menos de meia hora e saiu para o trabalho.

Foi muito simpático, mas um tanto formal, parecia desconfortável com minha presença. Já a puérpera e sua mãe estavam naturalmente tranquilas, o bebê estava dormindo no quarto que o avô tinha montado, era um ambiente amplo e cheio de brinquedos.

Iniciei perguntando como foram os primeiros dias em casa, como o RN estava passando e como a puérpera estava se sentindo. Quando começou a me falar começou a chorar.

Não tem sido muito fácil; a mãe do meu marido vive dando palpite. Aquele dia que pedi para não vir é porque ela e minha mãe brigaram. Elas têm manias diferentes e eu fico no meio disso tudo.

Eu já disse pra ela não se preocupar, eu não vou mais me meter (mãe)

Pedi para que ela me explicasse, com exemplos, a razão das discórdias, para que assim pudesse me inteirar mais da situação. Logo perguntei o que ela pensava a respeito e como tentou solucionar a questão. As divergências baseavam-se basicamente nos cuidados com o RN. Se uma diziaque era pra usar roupa amarela para prevenir a icterícia, a outra dizia que era bobagem; se a outra queria que desse chupeta, dizendo que acalma o RN, a outra dizia que isso é crendice, e assim por diante.

A puérpera referiu acreditar ora em uma ora em outra, mas que preferia as dicas de sua mãe. Achei que um encontro com ambas talvez fosse interessante, pois poderíamos tentar uma negociação visando a uma preservação / acomodação / repadronização dos cuidados que fossem adequados para todas. Partindo daí propus esse encontro, e assim o fizemos.

Dois dias após, apareci para o encontro, mas a sogra ligou dizendo que não iria. Consegui falar com ela pelo telefone, tentando convencê-la da importância de sua presença e do quanto colaboraria com sua experiência de vida para o bem-estar de seu neto, todavia foi em vão.

A senhora me desculpe, mas não acredito que elas vão se convencer de que estão erradas, e que meu neto precisa de cuidados especiais, que o tempo mudou, que hoje não precisa se cuidar das crianças como

antigamente. Não quero me incomodar, mas tente você, sozinha, mudar isso. (sogra)

Fiquei meio desconfortável para contar o que a sogra havia me dito. Conversamos por mais de uma hora sobre alguns cuidados e, em determinados momentos, tive que concordar com a sogra: a mãe da puérpera era um tanto resistente a mudanças. Em outros discordei. Já aprendi, no entanto, que nem sempre o aprendizado se dá no momento em que orientamos e me convenci ainda mais quando a puérpera mencionou ter realizado o banho.

Sabe, pensei no que você me disse no hospital e decidi dar o banho no bebê, não foi tão difícil, mas ainda tive medo do umbigo, pedi ajuda da mãe. Acho que se não tivesse feito me arrependeria depois.

Com essa família percebi que a diversidade familiar, às vezes, pode não ser motivo de crescimento e de aprendizagem, mas de disputa e ciúmes, fatos que podem interferir sensivelmente nos cuidados ao RN, haja vista a puérpera normalmente ficar sem saber em quem confiar e o que deve fazer. Algumas ações puderam ser preservadas, outras negociadas, mas repadronizadas não a curto prazo. Talvez mais adiante, é uma pena que não haja tempo suficiente para acompanhar as famílias nessa fase do meu estudo. Mas em minha prática assistencial e de outras enfermeiras, a realidade poderá ser outra.

A cada novo encontro, a cada nova puérpera, a cada nova família com quem interajo sinto que a teoria escolhida se enquadra mais com minha prática assistencial, minha forma de cuidar. Percebo que muitas vezes já a aplicava, mas sem embasamento científico. Quando sento para realizar as análises, constato que as formas de cuidado propostas fluem naturalmente.

A sétima puérpera que aceitou participar do estudo tinha 26 anos, participante de uma união consensual, mora com os pais e o marido, é recepcionista, realizou um parto cesariana. O RN era uma menina e pesou 3 080 g.

Comecei a cuidar de ambas quando estavam na sala de recuperação pós-parto e a puérpera estava muito emocionada

Foi tão rápido, quando vi, ela já estava do meu lado. Fiquei nervosa, chorei tanto, mais que ela... Foi tão mágico.

Era um dia quente, a sala estava em uma temperatura agradável, mas o bebê estava de touca amarela, o que achei um tanto estranho. Não quero ter preconceitos, e fiquei avaliando a puérpera e o RN e conversando a respeito do meu estudo e da possibilidade de participarem. Entretanto, não me contive e questionei o porquê da touca, se era por algum motivo específico, e recebi uma resposta de “filha obediente”:

Algun motivo deve ter, minha mãe mandou, ela é cheia de superstições, mas eu não sei qual é; mas se ela mandou eu obedeço, ela tem sempre razão.

Fiquei meio perplexa no momento, porém nem precisei esboçar qualquer reação, pois a mãe estava chegando para a primeira visita e para conhecer a neta, que não era a primeira, mas a primeira da filha mais nova. Uma senhora muito simpática, sorridente.

Deixei-as sozinhas para que pudessem conversar. Todavia, fiquei observando-as de longe. A puérpera, que parecia tão calma, transformou-se, ficou chorosa, começou a referir dor, falar que o RN não parava de chorar e por aí... foi uma longa lista de reclamações, que cessaram quando a mãe foi embora.

Por instantes pensei que estava cuidando de uma criança, daquelas bem mimadas, que têm sempre razão, cuja mãe faz tudo; eu não estava muito equivocada. Durante a internação, as queixas eram constantes, quando da permanência de algum familiar, e após, passavam rapidamente.

Foi um tanto complicado trabalhar essa situação em mim, pois não tenho muita paciência com isso. No entanto, com a convivência fui aprendendo a aceitar. Afinal, esse era o modo de ser e de viver da puérpera e sua família. Ela só agia assim porque deixavam. Algumas vezes não me continha e questionava o porquê de determinados comportamentos e a resposta era:

O que posso fazer se a dor apareceu agora?.

Apesar dessas situações, a puérpera era uma moça muito tranqüila, não tinha experiências com RN, pois não ajudou a cuidar dos sobrinhos, e tudo que a mãe falava como verdadeiro, ela acatava como ordem, tanto no hospital quanto em casa.

No dia da visita, 8 dias após a alta, havia um “comitê de recepção”. Estavam presentes, além da puérpera e sua mãe, a sogra, e 2 irmãs. Como com a puérpera anterior não havia conseguido reunir a família, fiquei feliz por tantas pessoas estarem presentes nessa visita. No início, trataram-me como se estivesse fazendo uma visita social⁸, logo que percebi, direcionei a visita para o objetivo que me levou até lá.

Foi uma tarde bem interessante, carregada de preservações, acomodações e repadronizações. As 3 filhas, todas com filhos agora, seguiram os conselhos e cuidados sugeridos pela mãe, como usar tira de umbigo, chá para o RN não sentir sede, touca amarela para prevenir a icterícia e para o frio, por considerarem que bebês sentem muito frio após o nascimento.

Conversamos a respeito desses cuidados, negociando alguns; quanto a outros, não chegamos a um denominador comum. A família era muito unida e todas obedeciam à mãe. A sogra, por sua vez, concordava com a maioria dos cuidados prestados pela nora. Envolvemo-nos tanto que nem vimos a hora passar. Minha visita durou mais de 4 horas. Sei que alguns autores não recomendam uma visita domiciliar tão prolongada, mas creio que esta pode ser programada de acordo com a intenção e a motivação dos participantes.

Saí de lá satisfeita com os resultados obtidos, não só para meu estudo, mas pela sensação de missão cumprida. Como ser humano, mulher e enfermeira cuidadora, fiquei satisfeita. Contribuir para a qualidade de vida das pessoas, das famílias, faz com que eu me realize. Foi bom.

A oitava puérpera tinha 23 anos, é estudante, casada, protestante, havia participado do curso de gestantes oferecido pela instituição e, estava sendo internada em trabalho de parto quando a encontrei. Estava acompanhada do esposo e de uma amiga. Conversamos um pouco antes das contrações ficarem muito fortes e depois precisei sair. Retornei quando esta já estava no quarto com sua filha, que pesou 3 840 g. O RN chorava um pouco e não estava conseguindo mamar.

⁸ Considerar visita social, neste estudo, como uma visita sem fins específicos além da interação com outras pessoas, relacionamento interpessoal.

Com a puérpera estava sua mãe e a amiga. Apesar de sentir-se fraca, queria muito amamentar. Orientei-a e auxiliiei-a para facilitar essa atividade. Durante aquele tempo, a mãe permaneceu irritada e reclamando do porquê do berçário ter sido fechado e que o RN estava precisando de leite e se ninguém iria providenciar. Tentei explicar e argumentar a favor do alojamento conjunto e do aleitamento materno, mas de nada adiantou.

Conquistei a simpatia da mãe quando comecei a confeccionar o heredograma. Durante essa atividade tentei introduzir assuntos relacionados ao cuidado do RN e a questionar as práticas que a família utiliza. Com isso, pude perceber que a família era muito unida e que, no caso de algum parente precisar de cuidados, são sempre as mulheres, mães ou irmãs que os executam.

Em relação à visita, a princípio não fiquei satisfeita com a data, pois seria em uma festa das mulheres da família. Como não passariam as festas de fim de ano juntas, iriam se reunir para comemorar antecipadamente. Contudo, mudei de opinião; foi uma visita cheia de encontros / desencontros, de aprendizado, de muita cultura.

Estavam presentes, além da mãe e da sogra, irmãs, primas, sobrinhas, tias, cunhada e a avó paterna, amigas e vizinhas da puérpera. Ao todo eram 20 mulheres de idades variadas, com histórias de vida diferentes, moradoras em Joinville e redondezas.

Observar os cuidados com o RN não foi tão fácil, mas debater a respeito destes foi um dos pontos fortes da reunião. Em alguns momentos, senti-me perturbada com tantas divergências nas formas de cuidado, nem todas condizentes com o que aceito dentro do meu padrão profissional e pessoal de cuidado. Foi uma discussão interessante, principalmente, quando entrou em questão o uso ou não da mamadeira, da tira de umbigo, do uso da chupeta, de fraldas de pano ou descartáveis e de simpatias – para a criança dormir melhor, para não ter cólica.

Sinceramente, achei difícil tentar acomodar ou repadronizar alguns cuidados. A puérpera, por vezes, parecia perdida com tanta informação vindo de todos os lados. Algumas pessoas chegaram a criticar os profissionais de saúde, reclamando que eles acham serem os detentores do saber.

Não sei por que tem que ser isso agora, tem gente que acha que só porque estudou vai cuidar melhor do que nós que já temos nossos filhos. Eu sempre cuidei deles assim e eles estão fortes e saudáveis.

Naquele momento, senti que pudesse estar forçando a acomodação e a repadronização de determinados cuidados e até tentei desculpar-me, aí fiquei sabendo que na família existem duas alunas do curso de Enfermagem e que em algumas situações elas são radicais em suas formas de cuidado, o que irrita alguns membros da família.

Com essa puérpera constatei que as ações de cuidado na família são muito importantes, mas que devem ser realizadas em pequenos grupos, pois isso facilita o diálogo e a negociação entre as pessoas. Por outro lado, participar de encontros com vários membros da família faz percebermos situações que não conseguimos distinguir nos pequenos grupos.

5.1 Um breve olhar sobre os objetivos do trabalho

Após essas oito vivências senti necessidade de parar e realizar a tabulação dos dados obtidos e analisar os resultados. Para isso, foi preciso relacionar a prática de cuidado aplicada aos objetivos propostos, a fim de avaliar a viabilidade do estudo como uma metodologia de assistência de Enfermagem.

O primeiro objetivo, **Detectar o conhecimento das puérperas a respeito do cuidado com o recém-nascido**, foi realizado durante todo processo de cuidar proposto neste estudo, tanto durante a internação hospitalar, quanto no domicílio. Para isso, utilizei dados colhidos no prontuário, observação e questionamentos à puérpera e à família.

Mesmo todas sendo primíparas, possuíam experiências anteriores, pois já haviam pelo menos visto e / ou participado de cuidado com algum RN familiar. Além disso, a primeira e a terceira e a oitava puérpera participaram do curso para gestantes do próprio hospital. Mesmo assim todas tinham suas facilidades / dificuldades peculiares, pois **“quando se trata do filho da gente a coisa é mais complicada, a gente tem mais medo”** (primeira puérpera).

A grande maioria desses cuidados com o RN que a puérpera conhecia foram transmitidos por algum membro da família, geralmente, mãe e sogra. Como em toda unidade familiar, essa transmissão era carregada de fatores culturais, visíveis das mais diversas formas: no modo como agem em grupo, na posição hierárquica que ocupam, na maneira em que distribuem os papéis familiares, nas suas falas, nos seus gestos, nas suas crenças.

Pude perceber, também, que a presença de algum familiar durante o cuidado era fator “calmante” para que as puérperas realizassem os cuidados mais confiantes, mesmo que às vezes discordassem da forma como o familiar auxiliava⁹; porém, rendiam-se à experiência deste. Com o passar dos dias, esses conhecimentos aumentavam gradativamente, por meio dos diversos exemplos.

Todas as puérperas se colocaram em posição de aprendizes, tanto com relação a mim, quanto com relação aos familiares. Acho que o medo de não saber, ou melhor, de não ter certeza de como fazer, deixou-as um pouco submissas à vontade e experiência alheias, e, com isso, cedendo a cuidados que nem sempre acreditavam como o mais correto para a situação, ou até mesmo, que não condizia com seu modo de ser e de viver.

Para o alcance do segundo objetivo, **Caracterizar as crenças das puérperas e suas famílias com relação aos cuidados com o RN**, foi preciso separar as crenças e atitudes das famílias durante o cuidado com o RN. Para proceder o levantamento dessas crenças, utilizei os diários de campo, registros do prontuário e observações realizadas durante o processo de cuidar.

Considero a realização desse objetivo de suma importância, visto que por meio dele pude identificar algumas formas de embasamento para o cuidado cultural, e assim poder trabalhar com as famílias na preservação, acomodação e repadronização do cuidado, sem com isso impor o cuidado profissional. A comparação entre as 8 puérperas também ressaltou as crenças mais marcantes, as quais condizem com minha experiência profissional na maternidade. A seguir estão algumas dessas crenças:

⁹ Essa discordância sempre relacionada ao cuidado prestado pela equipe (cuidado profissional).

Crenças das puérperas e famílias com relação ao cuidado para com a puérpera e o RN

Crenças	Puérpera 1	Puérpera 2	Puérpera 3	Puérpera 4	Puérpera 5	Puérpera 6	Puérpera 7	Puérpera 8
Sobre o cuidar	o profissional de saúde pode mudar a opinião de familiares	a puérpera tem que aprender a cuidar do RN sozinha	os cuidados devem ser acompanhados por alguém mais experiente	alguém com mais experiência fará os cuidados com o RN melhor que a puérpera	alguém da família deve permanecer ao lado da puérpera para transmitir confiança	um profissional de saúde ajuda a mudar o pensamento de alguns membros da família	As pessoas com mais experiência sabem cuidar melhor	Quem tem filhos saudáveis soube cuidar deles e sempre saberá cuidar de outras crianças
Sobre os Profissionais da saúde	durante a visita domiciliar a enfermeira julga o que está certo ou errado na família		o médico ficaria bravo ao saber que o RN não está recebendo apenas leite materno	algum profissional da saúde em casa pode auxiliar no cuidado com o RN	as enfermeiras podem ensinar cuidados que a família não consegue enxergar			
Sobre o uso da chupeta	a chupeta acalma a criança	usar chupeta não interfere na saúde do RN	chupeta acalma a criança	chupeta se for ortodôntica não faz mal ao RN		chupeta pode acalmar o bebê		Chupeta não pode causar problema, se não seria proibido fabricar e usar
Sobre o uso da mamadeira, água e chá	a criança tem sede, precisa de água, ou chá		oferecer mamadeira à noite é melhor	a criança precisa tomar chá	o leite materno é o mais saudável para o bebê		O RN deve tomar chá para a sede	O leite materno é bom, mas leite em pó não faz mal
Sobre as Simpatias	roupa amarela no segundo dia evita icterícia	roupa amarela evita icterícia		usar uma blusa no avesso não faz a criança dormir de dia e passar a noite acordada		roupa amarela previne icterícia	Touca amarela protege da icterícia e do frio	Dormir com uma tesoura aberta embaixo da cama faz a criança dormir mais tranqüila

Sobre as cólicas	a cólica pode ser causada pelo que a puérpera ingeriu		massagem com azeite quente é bom para cólica					Quando o RN tem cólica tem que levar à benzedeira
Sobre a atuação do profissional de saúde	o profissional da saúde tem sempre razão		nem sempre o médico está correto	o profissional de saúde que não tem filhos não tem experiência no cuidado do RN	a equipe de saúde é a detentora do saber	quem tem mais experiências anteriores sabe cuidar melhor		Alguns profissionais da saúde se acham detentores do saber
Sobre o início da deambulação	a puérpera não deve levantar no primeiro dia				a puérpera não pode levantar nas primeiras 24h			
Sobre o contato entre mãe-RN						o contato do corpo da mãe com o RN faz bem para o RN		
Sobre a faixa umbilical	Faixa umbilical deixa o umbigo para dentro					o coto umbilical dói	Faixa umbilical deixa o umbigo "rendido"	Quem não usa faixa de umbigo, tem ele para fora

O terceiro objetivo, **Preservar / acomodar / repadronizar estes cuidados buscando a congruência cultural**, creio ter sido o objetivo com o qual mais me preocupei e o que mais senti dificuldades em desenvolver.

Primeiramente, foi difícil quebrar a barreira de que não somos os detentores absolutos da verdade e do saber, e que nem tudo tem que ser visto ou feito sob a nossa ótica. Ou ter que entrar na rotina familiar pois há necessidade de acompanhar a puérpera durante alguns dias, livre de preconceitos. Isso não foi tão fácil.

Fez-se necessário desenvolver habilidades de observação, de bom senso, de conhecimento técnico e, sobretudo, de negociação. Essa foi a palavra-chave para o alcance desse objetivo. No início de cada encontro, procurava ouvir ao invés de falar e, em hipótese alguma, emitir opiniões, antes de saber no que puérpera e família acreditavam, não ficando “em cima do muro”, nem impondo meu cuidado profissional, minhas crenças e meus valores e, sobretudo, para manter o aspecto ético dessa prática.

Com a primeira puérpera as formas de cuidado propostas foram trabalhadas em sua essência, pois ao visitá-la contou-me o cenário que havia montado para me esperar, escondendo e / ou trocando tudo que achava que eu não iria aprovar (tira de umbigo, chupeta e mamadeira).

Com a segunda, não tive as mesmas oportunidades, pois não aceitou que a acompanhasse no domicílio, fato que impediu o alcance desse objetivo. Por outro lado, senti-me tranqüila em relação ao seu posicionamento, respeitei sua decisão e tentei compreendê-la. Emergem daí alguns questionamentos: a puérpera não aceitou por uma questão cultural? Por ser mãe solteira e tentar, a todo instante, provar que pode cuidar do RN sozinha? Por imposição da família? Por eu não ter conseguido um relacionamento satisfatório? Por medo de ser expor?

Com a terceira o convívio foi mais proveitoso, talvez por ela realmente se sentir parte do projeto e acreditar que seus anseios não são exclusivos. Até agora continua mantendo contato solicitando minha opinião a respeito dos cuidados que deve ter com o filho. Talvez por eu já estar mais apta em preservar, acomodar e repadronizar, essas atividades tenham fluído naturalmente. Algumas vezes nem percebia que as

estava pondo em prática, notando isso somente durante a transcrição para o diário de campo.

Com a quarta puérpera saí com a sensação de dever não cumprido, pois não consegui repadronizar, apenas acomodar. Mas, fazendo uma análise, estava quase que impondo minha maneira de cuidar para tentar a repadronização. Todavia, a puérpera e sua família demonstraram que nada modificariam em suas formas de cuidar, pois as mesmas já haviam sido realizadas antes e haviam sido satisfatórias; então, diziam: por que trocar o certo pelo duvidoso? Até que ponto tenho o direito de interferir nesse cuidado?

A quinta puérpera me mostrou que, além de estar aberta à negociação, criou um método – o diário de cuidados – para melhor discutirmos os cuidados que estava prestando ao RN. Não que achasse que tudo que estava fazendo estava errado, mas porque poderia haver outras formas de realizar que fossem mais práticas e mais adequadas. Ela e a família tinham muito claro meu papel, de mediadora e não de detentora do cuidado, e isso fez com que conseguisse realizar e aprimorar a forma de realização desse objetivo.

Com a sexta puérpera, deixei a desejar, com a situação de atrito entre a mãe e a sogra, a puérpera estava meio perdida, cheia de cuidados para não descontentar nenhuma. Assim não consegui acomodar nem repadronizar todos os cuidados que julguei que deveria, pelo menos não a curto prazo. Quem sabe após alguns dias isto não tenha mudado?

Com a sétima puérpera, apesar de ser mimada e da resistência inicial da mãe, senti-me realizada, pude concretizar o objetivo proposto. Contudo, acredito ser necessário: interação, envolvimento, cumplicidade, aprendizagem, tudo isso baseado na negociação dialogada.

Com a oitava puérpera consegui realizar o objetivo; todavia não saí tão tranqüila com relação à família. Foi difícil trabalhar com um grupo grande de pessoas simultaneamente. Faço muito isso como enfermeira, mas com a mesma família foi minha estréia. Por vezes, fiquei perturbada com tantas pessoas, tantas falas, tantas opiniões divergentes.

Após o período de coleta, com os dados em mãos, analisei essas formas de atuação e questionei os limites entre acomodação e repadronização. Ao acomodar o cuidado, estava mantendo o cuidado cultural que **eu** julgava não prejudicial à saúde; quando repadronizava, estava alterando o cuidado que **eu** acreditava ser nocivo. Isso interferiria de forma direta na visão de saúde da família e em seus hábitos, mudando assim alguns aspectos culturais, mas não posso deixar de mencionar que o inverso também ocorreu, pois minha forma de cuidar sofreu sensível transformação.

6 REVENDO A TEORIA E OS CONCEITOS

Durante a prática de cuidar foi possível distinguir o que Madeleine Leininger chama de cuidado profissional e de cuidado popular e, também que a equipe de Enfermagem ainda tem muito para aprender sobre a cultura de seus clientes, fato que interfere diretamente no processo de cuidar e ser saudável da puérpera / RN / família / equipe de Enfermagem. Porém, tenho que concordar com a teórica, quando esta refere que o cuidar é a essência da Enfermagem e que para isso devemos utilizar, basicamente, três formas de ação: a preservação do cuidado, a acomodação do cuidado e a repadronização do cuidado.

Concordo também quando Leininger (1990) menciona que o cuidado profissional deve ser congruente com o cuidado popular, respeitando a individualidade da cliente e de sua família. E com base nessa afirmativa, creio que das três propostas de cuidar, a que a Enfermagem mais deva fazer uso seja a ACOMODAÇÃO, pois nem toda crença está errada e deve ser totalmente repadronizada, somente porque nós, profissionais da saúde, acreditamos ou temos outras crenças e por isso agimos e reagimos diferentemente. Todavia, para se tentar acomodar um cuidado é preciso educação, mas não uma educação unilateral e, sim, uma via de mão dupla em que aprendemos com a família sua forma de cuidar e ensinamos a esta a nossa e, a partir daí, negociamos um processo de cuidar aceitável para ambos. Althoff et al. (1998) diz que negociar refere-se ao processo interativo e dinâmico da família com a equipe. Para negociar, faz-se necessário que todos compartilhem saberes, decisões e poder.

É importante saber a hora e com quem se deve negociar cada cuidado. Mesmo considerando que a puérpera tenha esse poder de decisão, a realidade me mostrou

que nem sempre isso acontece dessa forma.

No que se refere à família, sempre considerei, na prática assistencial e na minha vida, toda pessoa que mantivesse algum laço afetivo com a puérpera e RN. Mas a família consangüínea ainda é base da maioria das famílias acompanhadas e, os amigos, vizinhos,... que marcam alguém ou o grupo de uma forma geral, é acrescentado a esta. Entretanto, pude perceber que o cuidado popular é desenvolvido por algum parente próximo, normalmente mãe e / ou sogra. E, também, que essa cuidadora é quem exerce o poder de decisão na da família. Assim, as situações de cuidado que, de acordo com meu ponto de vista, merecem ser acomodados ou repadronizados, têm que ser negociados com essa pessoa, apesar de a família, de uma forma geral, participar do cuidar.

Ficou marcante também a questão da saúde familiar. Muitas puérperas, mesmo não concordando com a forma de cuidar proposta pela família, realizavam o cuidado dessa maneira para não desagradá-la e, com isso, manter o equilíbrio familiar.

Ao observar e analisar as formas de cuidado popular, percebi que ele não é estanque e que pode ser alterado, ou até mesmo, erradicado se a família entender que deverá realizá-lo de uma forma melhor, que trará benefícios aos membros da mesma. Todavia, mais além, acredito que da mesma forma que os membros da família se sensibilizam e se permitem mudar em busca de um cuidado de qualidade, nós, profissionais de saúde, precisamos e devemos repensar nossas formas de cuidado profissional. Não somos detentores do saber e nem sempre conhecemos a realidade das famílias que cuidamos. Com isso, tornamo-nos impositores do cuidado que acreditamos como mais correto, sem nem questionarmos as formas alternativas de cuidar.

Afirmo, então, que o conceito de cuidado profissional levando em consideração puérpera, RN e família como seres únicos, com características próprias e valores culturais a serem respeitados, é um objetivo que vem sendo alcançado por alguns, mas que ainda necessita ser trabalhado e incorporado ao cotidiano do cuidar do profissional de Enfermagem.

7 ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

Creio que ao ultrapassarmos cada ciclo de nossas vidas é preciso refletir, analisar, considerar e traçar novas metas, ou então, usando a linguagem de Leininger, preservar, acomodar e repadronizar. Na prática assistencial da Enfermeira, e mais especificamente no Mestrado, isso também se faz necessário, visto que nada é absolutamente perfeito, muito menos estático, não podendo ficar melhor ou pelo menos diferente do que já é.

Inicialmente, gostaria de mencionar o quão importante e gratificante foi o desenvolvimento desse estudo. A troca de conhecimentos sobre o cuidado cultural fez-me pensar em algo que ocorre freqüentemente e que nem sempre nós, profissionais, nos damos conta. Mergulhar no mundo das famílias, compartilhar seus saberes e aprender a respeitá-los como forma de CUIDAR mexeu com sentimentos que eu não imaginava ter, mostrando-me o quanto somos profissionais voltados unicamente para NOSSA forma de cuidar.

Pude, com isso, perceber como este estudo pode ser o início de uma grande transformação. Esse processo começou com meu “choque” cultural, quando mudei de cidade e estado, foi aguçado durante minhas atividades na maternidade e, agora, tornou-se realidade palpável durante o desenrolar do Mestrado. Sei que não vou, e nem pretendia, mudar a Enfermagem mas, questionar que estamos fazendo para preservar a cultura da cliente e até que ponto isso pode fazer diferença em seu processo de viver saudável como ser humano e membro de uma família. Os

profissionais de Enfermagem podem sensibilizar e conscientizar os profissionais de outras áreas a respeito da necessidade de uma reflexão sobre o cuidado cultural.

No que se refere a puérperas / RN / famílias, foi notória a influência cultural no cuidado ao RN e esta é tão marcante que em alguns momentos entra em conflito com o cuidado profissional. Isso, todavia, não dá uma conotação negativa a nossa atividade, visto que temos um objetivo em comum, o CUIDAR, e de preferência realizar o melhor cuidado que pudermos e, com isso, fazermos a diferença.

Muitas vezes, na ansiedade de tentar e querer fazer esse melhor, não enxergamos quão impositores nos tornamos. Por exemplo: neste estudo faço menção ao curso de gestantes e à reação, durante minha visita domiciliar, de uma puérpera que participou de um desses cursos. Ela organizou e realizou os cuidados como eu havia ensinado no curso, mas não concordava com eles. Minhas intenções eram as melhores mas, ao me deparar com aquele cenário, precisei negociar e repadronizar minha prática profissional. Quero grifar aqui a necessidade de estarmos atentos, que não devemos preservar, acomodar e repadronizar somente os cuidados das famílias com as quais trabalhamos, mas utilizar essas formas de cuidar, propostas por Leininger, com nossa própria família e, principalmente, conosco.

Mexer com situações e sentimentos que desde criança acreditamos como certos não é tarefa fácil. Significa romper barreiras, desmitificar fantasmas e, acima de tudo, perceber que não somos as pessoas tão maravilhosas, corretas e sensatas que pensamos ser, mas sempre podemos melhorar e, principalmente, crescer como seres humanos que têm sua individualidade, sua família, seu trabalho e sua cultura.

Essas questões não são diferentes nas famílias com quem trabalhei. Para aquelas puérperas, mães, sogras e tias, também não foi fácil acreditar e aceitar que cuidados que sempre realizaram e que sempre acreditaram como corretos pudessem ser feitos diferentemente. Muitas ainda não aceitaram e nem vão conseguir repadronizar seus modos de vida e suas visões de mundo, ou porque não se permitem mudar, ou porque ainda não assimilaram o aprendizado; ou ainda, porque a família exige uma postura rígida e inflexível quanto a novas maneiras de cuidar.

É complicado, tanto para nós, profissionais, quanto para elas. Interagir com pessoas, com famílias, entretanto, é fundamental para nossa sobrevivência e crescimento pessoal e profissional. Para isso dar-se da melhor forma possível, é preciso sabermos respeitar o outro, aceitarmos seus defeitos e suas qualidades, suas alegrias e seus medos e, ainda valorizarmos sua cultura, sem esquecermos de que essa cultura não é absoluta, mas pode ser transformada de acordo com a necessidade, interesse e contexto social em que essas famílias estão inseridas. E que nada deve ser imposto e, sim, preservado, acomodado, negociado para, então, se conveniente, ser repadronizado.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Francisca D. O. **Repensando sobre a administração do cuidado prestado à Puérpera e familiar no contexto hospitalar.** 1999. Apresentado na disciplina de Fundamentos da Administração de Assistência de Enfermagem. Mestrado interinstitucional em Assistência de Enfermagem. UFSC – UFPEL – FURG - URCAMP. Pelotas.

_____. **O cuidado à puérpera acompanhada do familiar na maternidade e domicílio: uma abordagem cultural.** 2000. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

ALTHOFF, C. R. et al. **Família: o foco de cuidado na Enfermagem.** Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 7, n. 2, p. 320-327, maio / agosto. 1998.

BELTRAME, Vilma. **O Cuidado Cultural Compartilhado em Grupo com Pessoas na Condição Crônica de Diabete Mellitus.** 2000. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

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

CARRARO, Telma Elisa. **Desafio Secular - Mortes Maternas por Infecções Puerperais.** Pelotas: Universitária, 1999.

CESTARI, M. E. **Desenvolver a consciência crítica: uma proposta de ensino.** FURG, 1997. Relatório de Prática Assistencial. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Pelotas.

COSTENARO, Regina e ZAMBERLAN, Claudia. **O Fortalecimento do Relacionamento interpessoal: um Fator Determinante da Prática do Cuidado em UTI.** In: _____. **Cuidando em Enfermagem: Pesquisas e Reflexões.** Santa Maria : Série Enfermagem. UNIFRA, 2001.

DENARDIN, Maria de Lourdes et al. **Cuidando e sendo cuidado**. In:_____. **Cenários de Cuidado**: aplicação de Teorias de Enfermagem. Santa Maria : Pallotti, 1999.

DUNCAN, Bruce et al. **Medicina Ambulatorial: condutas clínicas em atenção primária**. 2. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1996.

GEORGE, J. B. et al., Madeleine Leininger. In:_____. **Teorias de Enfermagem**: os fundamentos para a prática profissional. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.

GOMES, Giovana C. **A Família como Cliente na Unidade de Pediatria: reflexões de uma equipe de enfermagem**. 2000. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Rio Grande .

GUALDA, Dulce Maria Rosa. **Eu conheço minha natureza: um estudo etnográfico da vivência do parto**. 1993. (Doutorado). Universidade de São Paulo, São Paulo.

HENCKEMAIER, Luizita. **O cuidado transcultural às famílias no hospital: o cotidiano de uma enfermeira em busca de um referencial para sua prática**. 1999. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

LANGDON, Esther, J. **A Conceito de Cultura**. Florianópolis, 7 p. (mimeo).

LAPLATINE, François. **Aprender Antropologia**. São Paulo : Brasiliense, 1998.

LARAIA, Roque de Barros. **Cultura Um conceito Antropológico**. 11. ed. Rio de Janeiro : Jorge Zahar:, 1996.

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**. Florianópolis : Papa-livros, 1999.

LEININGER, Madeleine. **Transcultural nursing: concepts, theories and practices**. New York : Wiley & Sons, 1978.

_____.**Culture care diversity and universality**: a theory of nursing. New York : National League for Nursing Press, 1991.

_____.**The significance of cultural concepts in nursing**. In: Journal of Transcultural Nursing, v. 2, n. 1. p. 52-59, 1990.

LENARDT, Maria Helena. **O Vivenciar do cuidado Cultural na situação Cirúrgica**. 1996. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Pólo I –Universidade Federal do Paraná, Curitiba .

MARANHÃO, Amélia Maria Scarps de A. **Roteiro sistematizado para o levantamento de Problemas e necessidades da puérpera.**: 1986. (Mestrado em Enfermagem e Obstetrícia e Neonatal). Universidade de São Paulo, São Paulo.

MARCELINO, Silvana M. Romagna. **Cuidado Domiciliar: reflexões sobre a convivência entre enfermeira, cuidado domiciliar e portadores de câncer avançado.** 2000. (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis .

MONTICELLI, Marisa. **Nascimento como um rito de passagem - abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos.** São Paulo : Robe, 1997.

NASCIMENTO, Maria da Graça Pereira do et alii. **Vivendo o processo de nascimento.** Texto e Contexto Enfermagem. Florianópolis, v. 6 n. 1, p. 157-167, jan / abr. 1997.

NITSCHKE, Rosane. **O nascer em família: uma proposta de assistência de enfermagem para a interação familiar saudável.** 1991. (Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se Cuidando – Fortalecendo o self do cliente oncológico e o self da enfermeira.** Goiânia : Cultura e qualidade, 1999.

SCHWARTZ, Eda. **Família Teuto-Gaúcha: o cuidado entre possibilidades e limites.** 1998. (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Pelotas .

ULLMANN, R. A. **Antropologia: o homem e a cultura.** Petrópolis : Vozes, 1991.

ANEXOS

ANEXO 1 – Esclarecimento livre e esclarecido

**Universidade Federal de Santa Catarina
Curso de Pós-Graduação de Enfermagem
Mestrado em Assistência de Enfermagem
Orientadora: Dr.^a Vera Radünz
Mestranda: Viviane Pereira Santos**

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É de meu conhecimento que a enfermeira Viviane E. Pereira Santos, Mestranda do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, está desenvolvendo um estudo com puérperas primíparas do Hospital Santa Catarina. Sua proposta de estudo consiste em propiciar um cuidado de Enfermagem à Luz da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Madeleine Leininger. Para desenvolver esse estudo, acompanhará a puérpera durante sua permanência na maternidade e em visitas domiciliares, em que procurará detectar e auxiliar nas dificuldades nos cuidados com o recém-nascido.

Concordo em participar do estudo de forma livre e espontânea, podendo desistir em qualquer momento, assim sendo garantida a confidencialidade e anonimato. Sei que, ao concordar em participar, as informações obtidas serão utilizadas de forma confidencial, e que minha identidade não será revelada no referido estudo.

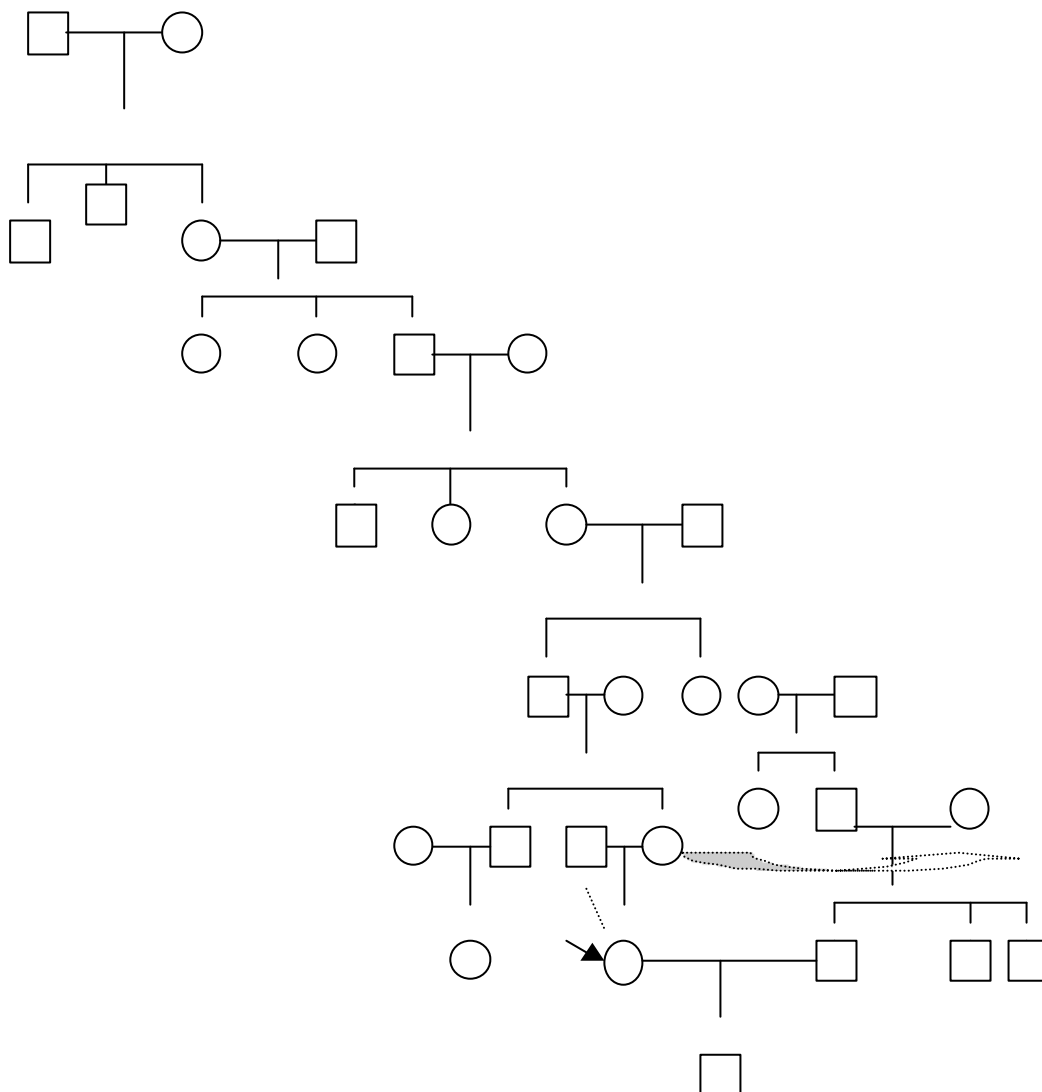
Eu discuti esse trabalho com a enfermeira Viviane E. Pereira Santos e minhas dúvidas foram respondidas. Se eu tiver outras perguntas a fazer, sei que poderei telefonar para Viviane, fone 2223262 ou 99976420.

Local e data

Assinatura

() Concordo com uso de gravador. () Concordo que sejam feitas anotações

ANEXO 2 - Heredograma - 6ª PUÉRPERA



↘ Puérpera

Elo forte da puérpera



Elos de divergências na família