

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

**REFLEXÕES DE UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM
A MÃE/CRIANÇA NO SISTEMA PROFISSIONAL**

SIMONE SANTOS ALMEIDA

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para obtenção do título, de Mestre em Enfermagem – Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

ORIENTADORA: Dra. MARTA REGINA CEZAR VAZ

Florianópolis , Novembro de 2001

FLORIANÓPOLIS , 29 DE NOVEMBRO DE 2001.

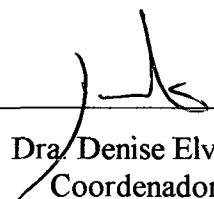
SIMONE SANTOS ALMEIDA

**REFLEXÕES DE UMA PRÁTICA DE ENFERMAGEM COM A MÃE/CRIANÇA
NO SISTEMA PROFISSIONAL**

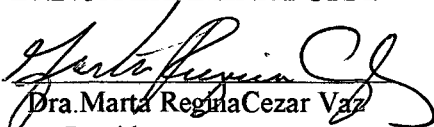
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de :


MESTRE EM ENFERMAGEM

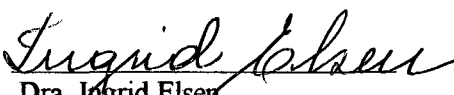
E aprovada na sua versão final em 29 de Novembro de 2001, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem , Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade..



Dra. Denise Elvira Pires de Pires
Coordenadora PEN/UFSC

BANCA EXAMINADORA:


Dra. Marta Regina Cezar Vaz
Presidente


Dra. Astrid Eggert Boehs
Membro


Dra. Ingrid Elsen
Membro


Dra. Eliana Marília Faria
Membro

DEDICO ESTA MENSAGEM AS CRIANÇAS DO UNIVERSO

POR FAVOR, ME TOQUE

*“Se sou seu bebê,
Por favor, me toque.
Preciso de seu afago de uma maneira que talvez nunca saiba.
Não se limite a me banhar, trocar minha fralda, me alimentar.
Mas me embale estreitando, beije meu rosto e acaricie meu corpo.
Seu carinho gentil, confortador transmite segurança e amor”.*
(Phyllis K. Davis, 1999).

ÁGRADECIMENTOS

À Deus por ter me abençoado com a vida.

À minha família por ser a fonte impulsionadora de amor que me acompanha na trajetória do viver.

À Marta por estar sempre presente em toda esta construção, pela sua sensibilidade, apoio e dedicação .

À todos os docentes por terem partilhado seus conhecimentos.

Aos amigos pelo incentivo, pela força , mas principalmente , por acreditarem junto comigo neste sonho.

Às famílias por terem me acolhido com respeito e carinho e, por serem participantes constantes na minha trajetória profissional .

A todas as crianças por terem me proporcionado a mais profunda alegria humana - a convivência.

A todas as pessoas que entraram na minha história e me ajudaram a crescer e ser mais gente.

ALMEIDA, Simone Santos. Reflexões de uma Prática de Enfermagem com a Mãe/Criança no Sistema Profissional. Florianópolis ,UFSC , 2001. 154 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina , 2001.

RESUMO

Trata-se de um estudo analítico, de caráter qualitativo que buscou compreender os significados que o cuidado cultural assume na prática em puericultura. Foi desenvolvido a partir da disciplina de Prática Assistencial de Enfermagem junto a mãe e criança, no Ambulatório de Puericultura e Pediatria do Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde da Universidade da Região da Campanha - Bagé - RS, em duas etapas, a primeira realizada durante os meses de Julho a Agosto de 1999 e a segunda durante os meses de Abril e Maio de 2000. A trajetória foi ancorada pelo marco conceitual de Madeleine Leininger e pelo suporte teórico dos princípios e diretrizes do SUS, a fim de olhar o sistema profissional de saúde como um sistema de cuidado com características de uma cultura profissional . Ressalta-se, ainda, que a prática e o processo de coleta dos dados para a dissertação ocorreu no ambiente familiar a partir da visita domiciliar, com os sujeitos mãe e criança, conforme opção. A coleta e registro dos dados originou um banco de dados que permitiu a seleção de quatro categorias temáticas que possibilitaram a apreensão do cuidado cultural por intermédio da mãe e criança inseridos no sistema profissional. Surgiram dados significativos a percepção da mãe e criança em relação ao cuidado cultural ofertado no sistema profissional como: A saúde e higiene não somente do ser humano mas também do ambiente, o toque foi considerado como fator importante para que o cuidado seja ofertado de maneira satisfatória. O ser humano necessita ser assistido culturalmente , ou seja é necessário perceber e respeitar suas crenças, valores e atitudes e, oferecer espaço para que este se posicione e participe da prática do cuidado. A criança tem prioridade no processo saúde-doença , pois é vista como um ser humano em crescimento e desenvolvimento , merecendo atenção integral em relação ao cuidado. Quando ao sistema profissional visualizou-se que este não encontra-se preparado para prestar um cuidado cultural , sendo premente que os profissionais de saúde ampliem seus conhecimentos referentes a universalidade e diversidade cultural do cuidado e que utilizem instrumentos como a interação e a comunicação para que juntos com o cliente construam uma prática congruente e real. Este estudo permitiu refletir acerca da prática em enfermagem com a criança, possibilitando uma nova caminhada direcionada para uma abordagem centrada na criança inserida no seu contexto familiar e cultural.

Palavras chave: mãe/criança , cuidado cultural e sistema profissional.

ALMEIDA, Simone Santos. Reflections on Mother/Child Nursing Practice in the Professional System. Florianópolis, UFSC , 2001. 154 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem). Programa de Pós Graduação em Enfermagem , Universidade Federal de Santa Catarina, 2001.

ABSTRACT

This study sought to understand the significance of culture in the care of children aged 0-5 years. The study was analytical, of a qualitative nature, whose research was developed in the department of Nursing, in the area of Nursing Assistance with the Healthcare Center of the Universidade da Região da Campanha, Bagé, Rio Grande do Sul. The study was carried out in two stages, the first being undertaken during the months of July and August in 1999 and the second in the months of April and May in the year 2000. The trajectory was anchored in the conceptual framework of Madeleine Leininger and by the theoretical support of the principles and procedures of SUS, in order to observe the health care system as a system of care with characteristics of a professional culture. The subjects involved were the mother and child of two distinct families with predominance given to the study of one of the two families as the other relocated to another city during the course of this study. Nonetheless, the practice and process of collecting data for the dissertation was able to be realized in a family atmosphere through home visits, with both the subjects of mother and child. The collection and recording of the data gave rise to a databank that allowed for the forming of a selection of four thematic categories, from which it was possible to learn and understand the culture that defined and surrounded the care given to the mother and child through their participation inside the professional system. The analysis was achieved through the concepts expressed in the above mentioned framework, as well as through dialogs with other authors, my own work, and with the principal participants. The analysis gave rise to significant data concerning the perception of the mother and child in relation to the cultural aspect of care offered in the professional system, such as: health and hygiene, both personal and that of the surroundings, where touch was considered to be an important factor in offering satisfactory care. The conclusion drawn was that humans need to be taken care of culturally as well as physically and that it is necessary to understand and respect the beliefs, values, and attitudes of the individual, offering space for him or her to participate in the care being offered. In this sense, the child is given priority, being seen as a human being in the process of growth and development, deserving of full attention in relation to the care given to him or her. The professional system must come to the realization that it is as of yet not prepared to offer a kind of care that takes culture into account. It is urgent that professional health care practitioners broaden their knowledge of the diverse and varied forms of cultural care that exist and that they use such techniques as interaction and communication so that together with the client they can construct a practice that is congruent and real. This study allowed me to reflect on the practice of nursing in the field of child care, and gave rise to the possibility of a new direction in the approach concerning the care of children inside their familiar and cultural context.

Key Words: mother/child, cultural care, and professional system.

SUMÁRIO

1 – INTRODUÇÃO	9
1.1 Posicionando o Início e Retomando a Caminhada	9
1.2 Justificando o Momento Atual do Estudo	12
2 - OBJETIVOS	19
3 - REVISÃO DA LITERATURA	20
3.1 Retrospectiva Histórica da Puericultura	20
3.2 Contextualizando a Puericultura na Atualidade.....	30
3.3 Sistema Único de Saúde.....	36
4 - MARCO REFERENCIAL TEÓRICO	40
4.1 Pressupostos	42
4.2 Conceitos	44
- Ser Humano	44
- Família	45
- Cultura	46
- Ambiente	47
- Saúde-Doença	48
- Consulta de Enfermagem	50
- Puericultura	50
- Cuidar/Cuidado	51
- Enfermagem	54
- Sistemas de Saúde	56
5 – METODOLOGIA	58
5.1 Local do Desenvolvimento do Cuidado Profissional.....	59
5.2 Sujeitos	62
5.3 Método de Coleta e Registro dos Dados	63
5.4 Análise dos Dados	65
6 – DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS	67
7 – CONSIDERAÇÕES FINAIS	134
8-BIBLIOGRAFIA	139
9- ANEXOS	152

1 INTRODUÇÃO

1.1 - Posicionando o início e retomando a caminhada

A proposta de dissertação emerge da implementação da Prática Assistencial, na qual privilegiei a prática em puericultura, com a co-participação da mãe e criança no exercício profissional da enfermeira. Ancorada na Teoria de Madeleine Leininger, busquei de forma harmoniosa e interativa a concretização das ações de enfermagem voltadas para o cuidado congruente, através da consulta de enfermagem em puericultura.

Os pressupostos e preceitos do estudo seguem os achados nas leituras de Leininger (1985, p. 258-259):

“a própria teoria, fundamentada na crença de que os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de Enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde”.

A idéia de desenvolver um trabalho voltado para a Consulta de Enfermagem em Puericultura surge a partir de necessidades e inquietações sentidas e vivenciadas

no decorrer de meu exercício profissional, enquanto enfermeira na área de Saúde Pública.

Exercendo a docência, aproximadamente há quatro anos, na Universidade da Região da Campanha (URCAMP) - Bagé, desenvolvo atividades teórico-práticas em diversas áreas, nas quais uma das principais preocupações está em centrar esforços para que se estabeleça a interação entre educador e educando no processo ensino-aprendizagem da enfermagem. Após algum tempo, fui convidada a participar da reestruturação do Ambulatório de Puericultura e Pediatria, pertencente a esta Instituição de Ensino Superior (IES), assumindo assim, a responsabilidade do mesmo como enfermeira assistencial.

O serviço oferece atendimento “*gratuito/público*” à população deste município, que apresenta carências gerais nas situações de vida. Este serviço é um importante campo de estágio para os docentes/discentes do Curso de Enfermagem e de outros cursos da área da saúde da URCAMP.

No referido Ambulatório, a enfermeira realiza o atendimento através da Consulta de Enfermagem em Puericultura. Sendo esta concretizada por intermédio de um prontuário, seguindo um roteiro de questionamentos, cuja intenção é de investigar e colher dados a partir do pré-natal até o nascimento, para prever e intervir em situações de saúde e doença da criança. Após perceber as prioridades da criança e obter informações da mãe ou da pessoa responsável, é que se repassam as orientações “*tidas*” como corretas pela profissional enfermeira.

Ao conhecer a teoria de Madeleine Leininger e inteirar-me de seus conceitos, sua visão de conduzir a enfermagem, sua percepção em relação ao ser humano, respeitando o mesmo em seu contexto histórico, este processo teórico e prático provocou reflexões acerca de minha prática assistencial frente ao atendimento ofertado às crianças e suas mães.

Em um dado momento, deparei-me com uma situação em que percebi, de forma clara, o choque cultural entre as pessoas que buscavam um objetivo comum - a saúde da criança. A experiência foi vivenciada da seguinte forma:

A mãe chegou com sua filha no Ambulatório para realizar a primeira Consulta de Enfermagem em Puericultura, após apresentação e esclarecimentos de como se desenvolve a consulta, a enfermeira deu início ao atendimento a criança. Ao despir a mesma, percebeu a existência de uma moeda aderida ao seu umbigo. O diálogo transcorreu de modo que a enfermeira deixava claro os perigos que esse procedimento poderia acarretar, abordando a maneira “*correta*” de como a mãe deveria proceder em relação ao problema apresentado. No entanto, foi percebido pela enfermeira a diversidade cultural e, também, de que a mãe possui uma forma de cuidado próprio, alicerçado na sua visão de mundo.

A partir desta problemática, é que decidi realizar a prática assistencial, trabalhando em conjunto, enfermeira, mãe e criança, procurando encontrar formas ou meios de conseguir atingir um cuidar congruente, ou seja, realizando a interação entre o sistema popular e o sistema profissional de saúde, através da integralidade da pessoa e de sua família como cidadãos culturais no sistema de saúde.

Ao vivenciar a trajetória da Prática Assistencial, obtive a certeza de que existem deficiências severas para operacionalizar as propostas públicas de integração da atenção no trabalho em saúde. É possível afirmar que para um grande número de grupos sociais, na sociedade brasileira, os serviços de assistência à saúde e doença encontram-se sucateados, desarticulados e descomprometidos.

O poder público necessita adotar medidas para garantir os recursos mínimos para efetivar a melhoria da qualidade do atendimento à clientela, tanto do sistema público quanto do sistema privado em relação ao Sistema Único de Saúde (SUS).

Facilitar o acesso do usuário ao Sistema Público de Saúde, é fundamental para mudar o quadro de dificuldades atualmente vivido pelo setor saúde, bem como,

melhorar as condições de vida dos brasileiros, particularmente das famílias com baixa renda.

Oferecendo melhorias para o Sistema de Saúde Pública poderá resultar em mudanças na cultura administrativa dos serviços, de forma que a assistência pública à saúde possa ser conduzida com maior equidade, seriedade e comprometimento do poder público, aqui representado pelos Órgãos Municipal, Estadual e Federal.

Faz-se necessário reconhecer que o problema não é exclusivo de falta de recursos orçamentários, associa-se a inadequada gestão das verbas e da própria organização dos serviços de saúde executado pela União, Estados e Municípios. Com a atuação de uma gestão eficiente, humanizada e solidária dos serviços e voltada para as ações preventivas, poder-se-á modificar o atual panorama da saúde pública, favorecendo melhores condições de vida aos brasileiros.

Logo, se prioriza, além da reparação do desafio de se viabilizar recursos, que o setor público procure a eficiência na gestão da saúde e, considero extremamente necessário intensificar as ações preventivas para que se possa controlar e reduzir as incidências de morte por doenças passíveis de controle, na população brasileira.

1.2 Justificando o momento atual do estudo

A abordagem referenciada acima demonstra a problemática da saúde no sistema público. É, desta forma, pertinente trabalhar esta articulação entre assistência à mãe e criança na área de puericultura e o próprio Sistema de Saúde, dado que emergiu no processo da Prática Assistencial, como dito anteriormente e, exemplificado pelo sujeito (mãe) que verbaliza seu posicionamento com a seguinte colocação:

“o atendimento pelo SUS é horrível, a gente não é bem atendida ... a gente fica lá um tempão, vai tirar ficha, depois fica lá esperando, e aí quando a gente entra, acho que fica dez minutos e eles não se interessam, assim, por exemplo, eles não examinam, não pesam, não medem”.

Considerando a Legislação Brasileira, a saúde é norteadada pela Constituição Federal Brasileira (CFB) de 1988, pelas premissas do Cap. II, Art. 7º da Lei Orgânica de Saúde (LOS) n.º 8.080, que norteia as ações e serviços e, por conseguinte, a formação dos profissionais de saúde, que é agir de forma universal, integral, individual, regionalizada, hierarquizada e igualitária, independente da diversidade das condições sócio-política-econômica da população. Entretanto, ainda, cada instituição, e até mesmo cada serviço desta, encontra-se politicamente articulada de maneira individual, visualizando seu benefício próprio e não o da coletividade.

O Rio Grande do Sul (RS) possui uma área de 269.153.90 Km², tendo 9.637.682 habitantes, com densidade demográfica de 43.17 hab/Km². O Estado possui 467 municípios, situados em zona urbana ou rural e distribuídos em 22 regiões (IBGE, 1997). O gestor de saúde no Estado, a Secretaria Estadual de Saúde do RS (SES/RS), agrupa os municípios em dezenove (19) regiões, de acordo com algumas características e distâncias regionais e, assim, constitui as dezenove (19) Coordenadorias Regionais de Saúde (CRS).

A representação da esfera regional é a 7ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS) do RS, que foi constituída até a data de 31/12/2000 por sete (7) municípios: Bagé (RS), Candiota¹, Dom Pedrito, Hulha Negra², Lavras do Sul, Pinheiro Machado e São Gabriel. Com o processo de emancipação de municípios no RS, a 7ª. CRS/RS sofreu alteração estabelecida pelo Estado, passando a ser constituída, a partir de 01/01/2001, pelos municípios de Aceguá², Bagé (RS), Caçapava do Sul³, Candiota, Dom Pedrito, Hulha Negra e Lavras do Sul, mantendo-se com o total de sete (7) municípios.

Esta região, comparativamente com as outras do RS, apresenta uma das maiores extensões territoriais, com uma população total de 24.618.80 habitantes e densidade demográfica em torno de 10 hab/km² (estimativa do IBGE para 1999).

Possuem um cenário econômico centrado na atividade primária, agropecuária, assentado numa estrutura fundiária com o predomínio de propriedade com mais de 500 ha (Gov. RS/99).

Os indicadores de saúde (SSMA/RS/97) da região de cobertura da 7ª CRS indicam uma posição inferior em relação às demais regiões do Estado. Dados dos últimos 5 anos, mostram que estes indicadores, como mortalidade infantil, mortalidade neonatal, perinatal I⁴, II⁵ e III⁶, encontram-se numa curva de declínio, mas sempre mantendo-se com os índices superior à média estadual; também, encontram-se elevados índices de mortalidade proporcional por grupo de causas, sendo mais comuns os óbitos ligados às doenças do aparelho circulatório, de neoplasias e do aparelho respiratório. Estes indicativos levam a pressupor que a condição geral de saúde desta região encontra-se, ainda, vulnerável e em desigualdade em relação a outras do Estado.

Cabe ressaltar em maiores detalhes, os indicativos referentes às estatísticas de nascimento para melhor se enquadrar à proposta do trabalho. Centrando-se no município de Bagé, espaço territorial deste trabalho, os coeficientes calculados com base em nascidos-vivos/97 apresentam os seguintes índices: coeficientes gerais (20,09% de natalidade) e coeficientes de mortalidade (27,11% de perinatal III, 11,86% de neonatal precoce, 4,24% de neonatal tardio, 16,09% de neonatal, 8,05% infantil tardia e 24,14% de infantil). (SINASC/SSMA/RS/97/98, p. 70).

Enquanto que os coeficientes calculados com base em nascidos-vivos/98 indicam os seguintes índices: coeficientes gerais (19,42% de natalidade) e coeficientes de mortalidade (30,98% de perinatal III, 12,97% de neonatal precoce, 3,89% de neonatal tardio, 17,73% de neonatal, 6,49% infantil tardia e 23,35% de infantil) (SINASC/SSMA/RS97/98, p. 136).

A Secretaria Municipal de Saúde e Meio Ambiente de Bagé (SMSMA/Bagé) apoiada pela determinação da Constituição Federal de 1988, por meio do SUS, apresenta a organização dos serviços públicos de saúde sob a gestão municipalizada,

compartilhando, desta forma, da execução das ações de saúde na abrangência do Município. Este Órgão Municipal estrutura-se em 20 postos de saúde e duas unidades móveis, com infra-estrutura e recursos materiais e humanos, distribuídos conforme necessidade da comunidade bageense, implementando alguns dos programas de saúde preconizados pelo Ministério da Saúde (MS), que são o Programa de Hipertensão Arterial e Diabetes, Programa da Mulher e o Programa da Gestante.

Vale lembrar que os Programas de Saúde do MS preconizam que suas ações sejam trabalhadas por uma equipe multiprofissional com atividades interdisciplinares, a fim de alcançar uma melhor qualidade da saúde do cidadão e, com isso, revertendo o quadro deficitário da assistência ofertada.

Torna-se relevante salientar que o atendimento ofertado através destes programas em Bagé, centraliza-se no profissional médico, obstetra e pediatra, enfocando e direcionando a assistência básica na consulta médica. Este posicionamento denota uma baixa preocupação com o objetivo principal que, segundo o MS, é o educar através da prevenção de doenças e promoção à saúde da gestante e da criança.

Outro dado relevante, que confirma tal posicionamento, ocorre na área da enfermagem, como reconhece e afirma a enfermeira responsável na SMSMA/Bagé, ao evidenciar como reduzido o número de seis (6) enfermeiras lotadas na Secretária. Conforme informação recebida na SMSMA/Bagé, destas enfermeiras duas atuam nos programas de prevenção de doenças e promoção à saúde da gestante e da criança. Uma destas duas enfermeiras é responsável pela realização da coleta de material citopatológico (CP), lotada no posto central e circulando pelos demais pos-

¹ Município emancipado de Bagé em 1992.

² Município emancipado de Bagé em 1992.

³ Os números correspondentes à área territorial, população e densidade demográfica ainda não foram estimados oficialmente pelo IBGE.

tos com a unidade móvel; e a outra , faz a consulta de enfermagem no pré-natal, em um dos 20 postos de saúde. Entre as demais enfermeiras do Município, a terceira , é responsável pela área da epidemiologia e imunizações; a quarta enfermeira direciona suas ações para a supervisão geral dos 20 postos de saúde; a quinta enfermeira responsabiliza-se pela supervisão de um dos 20 postos, e a sexta enfermeira faz a coordenação geral da área de enfermagem, lotada diretamente na sede da SMSMA/Bagé.

Estes dados comprovam a carência destas profissionais na rede municipal, inviabilizando a prática assistencial da enfermeira, tornando quase que impossível a consulta de enfermagem, considerada como um instrumento direto para executar e promover as ações educativas em saúde.

Nesse Município, além da atuação da 7ª CRS e da SMSMA/Bagé, que oferecem serviços à “mulher e à criança”, existe duas outras instituições que desenvolvem ações voltadas para o atendimento a gestante mãe e criança.

O Núcleo de Pesquisa e Atenção à Saúde (NPAS), lotado no Centro de Ciências da Saúde (CCS) da URCAMP-Bagé, possui na sua estrutura, entre outros serviços, dois ambulatórios, o de obstetrícia e o de puericultura e pediatria. O primeiro destes ambulatórios foi criado em 1994 e, o segundo, o de pediatria em 1995 (reestruturado em 1996 para Ambulatório de Puericultura e Pediatria).

⁴ Perinatal I – óbitos fetais com mais de 27 semanas de gestação mais os óbitos de até 6 dias. Nascidos vivos mais os óbitos fetais de mais de 27 semanas (SINASC/SSMA/RS/97/98)

⁵ Perinatal II – óbitos fetais com mais de 21 semanas de gestação mais os óbitos de até 27 dias divididos pelos nascidos vivos com os óbitos de mais de 21 semanas (SINASC/SSMA/RS/97/98).

⁶ Perinatal III – óbitos fetais com mais de 21 semanas de gestação mais os óbitos com até 6 dias, que é dividido pelos nascidos vivos com os óbitos fetais (SINASC/SSMA/RS/97/98).

Estes serviços do NPAS serão posteriormente descritos em maiores detalhes, visto que foram referências para a prática assistencial desenvolvida e, constitui-se o espaço no qual é dada continuidade para o estudo atual. Vale, no entanto, ressaltar que os interesses ou objetivos da IES voltam-se à formação de profissionais conscientes das questões sociais-políticas-culturais, além da formação técnica, empenhando-se em atuar e proporcionar melhorias no bem-estar da vida do cidadão bageense.

A outra instituição é o Hospital Santa Casa de Caridade de Bagé (HSCCB) que, mais recentemente, passou a oferecer um serviço semelhante ao do NPAS. Teve início em abril/97 (interrompido por seis meses em 1999 por questões administrativas e médicas e, reativado em novembro/99), com atendimento voltado ao pré-natal, composto por um (1) obstetra para a consulta médica e duas enfermeiras que trabalham na consulta de enfermagem. Em agosto/99, foi implantado e implementado o ambulatório de puericultura, tendo na equipe um (1) pediatra e seis (6) enfermeiras, revezando-se na consulta de enfermagem. Entretanto, hoje, este grupo reduziu-se para duas enfermeiras. O objetivo principal destes serviços ambulatoriais, neste Hospital, está voltado para alcançar o título de Hospital Amigo da Criança, através da ação direcionada ao incentivo ao aleitamento materno.

Os esforços dispensados pelos órgãos governamentais e municipais e demais instituições de saúde, referenciadas acima, têm sido válidos para amenizar ou diminuir os índices epidemiológicos de saúde apresentados. Entretanto, vale ressaltar que não há um comprometimento articulado entre eles que englobe a execução das atividades em saúde, tendo como meta central melhorar a qualidade de vida do cidadão bageense.

A realidade descrita permite observar que os demais prestadores de serviços na área da saúde são em número ainda mais reduzido do que o profissional médico. Isso leva a perceber a prevalência do modelo biomédico, centralizando o médico

como o detentor do saber em saúde e capaz de resolver ou curar problemas dos seus pacientes. Dessa maneira, nota-se um descrédito por parte do próprio conjunto de sujeitos envolvidos em relação aos demais profissionais da saúde, que talvez estejam, hoje, mais preparados para desenvolver sua prática na direção de uma relação mais congruente e segura.

Percebo uma descaracterização na interação profissional/cliente, de um modo geral, justificável, provavelmente, pelo despreparo na área de profissionalização no que se refere à temática comunicação, trabalho em equipe e inter-relação profissional/cliente, frente à diversidade de padrões, valores, crenças, modos e condições de vida do ser humano. Caracterizando o desenvolvimento da prática da saúde, num modelo mais técnico-científico e dessumaniza. Esta afirmação é efetivada a partir do panorama atual da saúde, por meio de leituras, pela minha vivência e pelas falas do sujeito mãe durante a Prática Assistencial.

A preocupação de exercer uma prática profissional que perceba o ser humano na sua integralidade, seu contexto de vida e, também, de satisfazer-me enquanto ser humano profissional e pessoal, direcionou à aquisição de conhecimentos mais aprofundados. Nesta direção, foi que construí esta dissertação, utilizando como referencia a prática assistencial desenvolvida.

2 OBJETIVOS

Partindo do universo dos significados apresentados pelos sujeitos mãe e criança acerca do cuidado no sistema profissional, o objetivo principal é compreender os significados que assume o cuidado, embasado em um marco referencial teórico, e da possibilidade deste cuidado passar a ser exercido como cultural na prática em puericultura, desenvolvida no Ambulatório de Puericultura e Pediatria do NPAS da URCAMP- Bagé. Para tanto foi necessário:

- Elaborar e implementar um marco referencial teórico para ser utilizado na prática assistencial ;
- Identificar e refletir sobre os significados assumidos pelo cuidado na prática em puericultura ;
- Elucidar as características do cuidado no sistema profissional, através da apreensão de seus significados apresentados pelos sujeitos mãe-criança na área de puericultura.
- Refletir sobre a possibilidade exercer o cuidado cultural na prática em puericultura.

3 REVISÃO DA LITERATURA

3.1 Retrospectiva Histórica da Puericultura

Escrever a história da puericultura seria igual a registrar uma parcela da história da infância. Num ou noutro sentido, muito pouco tem se construído a esse respeito. Nos livros de história da civilização, a criança costuma estar quase que sempre ausente, como se não fizesse parte da humanidade. Os historiadores nunca deram importância às crianças e as ocorrências no interior dos seus lares; sempre ficaram mais atentos aos acontecimentos públicos, as guerras, etc. Somente a partir desse século, começaram a surgir estudos sobre a infância em outras épocas (Ariès, 1979).

Num comentário geral, houve melhora da situação das crianças no decorrer dos últimos tempos. Procura-se demonstrar, que com a formação do Estado moderno ocorreu interferência deste nas relações pais e filhos, com educadores e, principalmente, médicos de família e puericultores agindo sobre a evolução da família, colocando os filhos no centro da vida familiar. Nos atuais países subdesenvolvidos, que correspondem a 2/3 da população mundial, as crianças

permanecem vivendo, em sua maioria, em situações terríveis e precárias. Os estudiosos e a imprensa estão, constantemente, mostrando os índices elevados de mortalidade infantil, o abandono, a fome, a doença e a miséria dessas crianças.

O Estado e os puericultores ensinaram bem os pais burgueses a amarem seus filhos e a se preocuparem por eles, mas se esqueceram de ensinar o amor às crianças, sejam elas de que origem forem, independente de raça, religião ou classe. Esses pais aprenderam a amar os próprios filhos mas não, os filhos dos outros. Basta olhar as ruas das cidades dos países subdesenvolvidos para perceber a ocorrência de crianças que dormem ao relento, famintas, abandonadas; e, também, a insensibilidade das famílias das classes privilegiadas e das autoridades diante de tal situação. Acredita-se que quem preparou o espaço e modificou os sentimentos paterno-filiais, no decorrer dos últimos duzentos anos, para possibilitar a imaginação e a criação de suas teorias sobre a infância, foi o trabalho contínuo do Estado moderno, por meio de seus educadores e puericultores, no interior do ambiente familiar. Tal atuação dos médicos de família ocorreu a partir do século XVIII, orientada por uma nova filosofia médica que surgia: a medicina social. Com o crescimento científico do século XIX e um melhor conhecimento da criança, de sua patologia e de suas necessidades, era natural que emergisse um novo ramo: a pediatria social. Mais recentemente, apareceu um ramo da sociologia que foi intitulado de sociologia médica (Orlandi, 1985).

No Brasil, de alguns anos para cá, houve grande expansão dos estudos da medicina social; sobre a pediatria social, muito pouco se tem escrito.

A crise estrutural da medicina determina estudos apurados sobre as relações entre saúde e sociedade. Sendo importantes nas pesquisas e na crítica das relações entre saúde infantil e sociedade. Nunes (1983) apresenta em seus estudos a idéia de que as crianças não são um problema brasileiro; os problemas brasileiros é que o são às crianças brasileiras. Elas devem ser tratadas com respeito, visto que são seres humanos como qualquer um de nós, sujeitas a sofrer as conseqüências da

exploração, pois estão inseridas no processo produtivo da sociedade. Na luta entre as classes sociais, as primeiras vítimas são as crianças. Parece que isso sempre ocorreu na história da humanidade.

Outro alerta aos que estudam a infância é que ela não é real se não for estudada dentro das classes sociais a que pertencem as crianças. É por hábito conceituar a criança em relação a sua “*natureza*” ou em oposição ao adulto, quanto à sua pouca idade ou a sua “*imaturidade*”. Falar da infância de maneira geral é abstrair a idéia de infância. Existe na realidade, diversas populações infantis. Portanto, não pode existir uma população infantil homogênea; deve-se perceber que existem diferentes populações infantis, em função de sua classe e socialização (Kramer, 1982).

No Brasil, há vários aspectos culturais, políticos e sociais que influenciaram na evolução das idéias sobre infância e na estrutura familiar. Modernamente, o sentimento de infância está relacionado a duas atitudes contraditórias: uma , visualiza a criança ingênua, inocente e graciosa; a outra , considera a criança como ser imperfeito e incompleto que precisa da moralização e da educação realizada pelo adulto. Na verdade, essas noções de inocência e razão não se opõem - pelo contrário, são os componentes básicos que fundamentam o conceito de criança como “*essência*” ou “*natureza*”, e é a partir dele , que as crianças são vistas como iguais. É relevante perceber a importância desse sentimento burguês de infância para a concepção atual de criança, quando se quer fazer acreditar numa essência infantil desvinculada das condições de existência, ou seja, na criança universal, idêntica , independente de sua cultura e sua classe social (Orlandi, 1985).

O conceito de infância tem um significado peculiar para as diversas áreas que estudam a criança. Assim , a pediatria e a puericultura tem também modos próprios de visualizar e lidar com a criança.

A puericultura como primeira educação é antiga, tem a idade da existência humana, só vindo a tornar-se científica a partir da era pasteuriana. Já a pediatria é uma “*especialidade*” relativamente nova .

Atualmente a pediatria enxerga a criança como o ser humano em crescimento e desenvolvimento, ampliando seu interesse por todo o processo gestacional até o nascimento, estendendo-se até o final da adolescência. A pediatria também reconhece que os fatores socioeconômicos, culturais e políticos, interferem e se inter-relacionam no grau de potencial biológico do crescimento e desenvolvimento do ser humano e, ainda, vem ampliando o interesse pelo estudo do desenvolvimento emocional e da aprendizagem da criança.

A puericultura organiza uma representação da criança um pouco diferenciada da pediatria. Ela enxerga a criança dentro de um padrão de “*normalidade ideal*”. É a criança ideal das classes média e alta .

A puericultura possui como meta a criança normal, propondo fazer com que a criança seja gerada e nasça sadiamente, cresça e se desenvolva em plena saúde até o final da adolescência. A criança passa a ser vista como um guia de acesso ao interior do ambiente familiar, para uma ação facilitada sobre a vida da família .

Com o passar do tempo, a puericultura foi se tornando cada vez mais abrangente e utilizada pelas classes dominantes , por meio do Estado moderno, desde o século XIX, com o objetivo de agir, principalmente sobre as pessoas das classes pobres, para controlar os acontecimentos mais íntimos da vida familiar (Orlandi , 1985).

Esse desenvolvimento da puericultura não foi natural; foi uma organização planejada de forma lenta, até atingir ao que atualmente os governos referenciam como programas de saúde materno-infantil. É através desses programas, que o Estado invade a intimidade dos lares.

A puericultura encontra-se intimamente inter-relacionada com a sociedade, por isso ao repensar sobre esta, o puericultor deverá estar repensando a sociedade. O seu papel assim como sua atuação é sempre um papel biopolítico-social.

Uma puericultura retrógrada, reacionária, contribuirá, certamente, com a formação de famílias, pais e crianças submissos, incapazes de participar e de reivindicar. A prática consciente de uma puericultura não reacionária é dinâmica e carregada de ternura, inovadora e criativa a favor dos desamparados; não é uma cópia das práticas de países industrializados, a qual toma como orientação básica as proposições da ciência dos centros adiantados, à procura das causas das doenças infantis nos microscópios eletrônicos, e se esquece de que as causas das doenças estão, também, nas relações sociais, econômicas e políticas.

A puericultura, é considerada como a primeira educação das crianças. Desde o nascimento e atualmente desde a vida fetal, o puericultor já interfere na existência do ser humano (Kramer,1982).

A medicina social desenvolveu-se no século XVIII como um dos componentes de controle da sociedade pelo poder do Estado moderno que se organizava.

As idéias de ter uma população em crescimento e de ampliar o número de habitantes de determinado país eram predominantes no pensamento político do mercantilismo do século XVIII. Questões políticas, econômicas e militares delimitaram o objetivo de empregar a economia e a vida social a serviço dos poderes políticos do Estado. Para se alcançar esse objetivo foi utilizada a medicina social na forma de "*medicina de Estado*"(Orlandi,1985).

É necessário acrescentar que no século XVIII era crença dominante que o ar exercia influência sobre o organismo como transporte de miasmas, e que o ar muito frio ou muito quente possuíam influência maléfica. Também priorizou-se, ainda neste século, o controle da água e dos esgotos.

A medicina urbana é uma medicina do ar, da água, das condições de vida, ou seja, uma medicina das coisas. Surgindo na França a noção de salubridade como sendo a base material e social garantindo aos indivíduos uma melhor saúde. E foi no século XIX que a técnica para sua aplicação político científica passou a ser conhecida como higiene pública.

Outra vertente da medicina social apareceu na Inglaterra. Em 1875, começaram a funcionar na Inglaterra os chamados serviços de saúde. A medicina social passava a ser a medicina a serviço de uma classe. Exercendo o ofício de fiscalizar a saúde das populações pobres para torná-las mais fortes e mais capazes para o trabalho e menos perigosas para as classes mais abastadas .

Outra característica marcante da política médica foi o privilégio da infância e a medicalização da família. A criança tornou-se um “*problema*” a ser resolvido não só em função da natalidade e da mortalidade, mas também de sua sobrevivência até a fase adulta, devendo ter boas condições físicas e ser economicamente produtiva.

São acrescentadas novas regras que direcionam as relações entre pais e filhos, e que indica uma série de obrigações, tanto dos pais em relação aos filhos como dos filhos para com os pais. As regras priorizam a limpeza, a higiene, o vestuário limpo, cuidados com a amamentação, e o incentivo a prática de exercícios físicos para melhorar o desenvolvimento das crianças. A família deixa de ser vista somente como um veículo de bens e de valores , e passa a ser um ambiente que prioriza a saúde a todos os seus membros, favorecendo o desenvolvimento da criança. A família passa a ser o alvo da medicalização. Originando, a partir da metade do século XVIII , uma série de trabalhos e publicações sobre os cuidados com as crianças.

Na sociedade medieval, não havia a consciência da particularidade infantil que diferencia a criança do adulto, não existindo , portanto , manifestações de um sentimento voltado à infância. Ariès (1978), relata que foi no início do século XVII que os adultos iniciaram a mudar a concepção de infância e a prestar mais atenção

às crianças. A família neste século, ainda não abrigava as características da família moderna, com ternura pelos filhos e intimidade afetiva entre seus membros. Somente, em meados do século XVIII é que a criança torna-se o núcleo da família, portanto, o sentimento pela infância é então relativamente novo em nossa história .

Por meio do contato do médico da família com os problemas das crianças, inicia a se desenvolver um conjunto de regras práticas e normas higiênicas à criança, origem do corpo de conhecimento que virá no futuro a ser conhecida como higiene infantil e, posteriormente, puericultura. A puericultura nasce da medicina social.

Até meados do século XVIII, não havia interesse por parte da medicina pelas crianças. Foi a medicina social que deu início a criação de uma série de condições, no interior da sociedade e das famílias, para colocar a criança em nível de importância. No final do século XVIII a medicina clínica oficializou seu nascimento. Foucault (1977), em seus estudos argumenta que a medicina medieval é do tipo individualista e apresenta a hipótese de que com o capitalismo, não ocorreu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas sim o contrário; o capitalismo crescendo no final do século XVIII e início do século XIX, socializou primeiramente o corpo, como força de trabalho. A pediatria clínica, como especialidade médica, emergiu no final do século XIX, originada da pediatria “social”, posterior à higiene infantil ou puericultura. O estudo da difusão da puericultura, do século XIX em diante, é um excelente fator de conhecimento da vida das classes pobres.

Boltanski (1974, p.7), afirma: “ A puericultura certamente é, um objeto privilegiado para quem quer compreender os caracteres específicos da difusão das técnicas e dos saberes no interior da uma sociedade estratificada. A difusão da puericultura é o resultado de uma empresa sistemática que, iniciada no século passado , e que prossegue na atualidade, e não constitui mais que um elemento de um projeto mais amplo: regulamentar a vida, principalmente a dos membros das classes pobres, regular todos os atos da vida, incluídos os que se realizam no seio do lar”.

Parece que o termo puericultura foi originado em 1865 pelo médico Francês Caron , mas posteriormente foi esquecido e somente revivido pelo professor Pinard em 1900 (Boltanski, 1974).

As obras de divulgação da puericultura que antecede a década de 1870 são diferentes das posteriores aos anos 1885 - 1890. No período entre essas datas, ocorre a revolução pasteuriana. Neste espaço os puericultores puderam criar uma teoria que agrupava todas as regras e saberes formando um corpo de saber mais rigoroso .

Boltanski (1974), afirma que as obras de puericultura, divulgadas após o ano de 1890, não são volumosas e possuem um estilo simples de escrever. Aparece temas fundamentais como assepsia, amamentação, regimes alimentares para várias idades - temas que vão se repetir, com pequenas alterações, em todos os livros de puericultura até 1940. Essas obras proporcionam aos pediatras uma autoridade científica, suas regras são transformadas em dogmas indiscutíveis e as mães passam a receber ordens e não conselhos. Sendo em função disso que, depois de 1890, surgem obras de puericultura em forma de catecismo e os médicos procuram ensinar as mães, por meio deste conjunto de dogmas. A partir dessa época , os livros de puericultura são escritos para as mulheres do povo, pois são elas que necessitam serem educadas e civilizadas.

A família burguesa foi sendo moldada por médicos e educadores que, atuando diretamente sobre os mínimos detalhes da vida familiar, foram deixando-a dependente e incapaz de decidir frente aos menores problemas surgidos em seu lar. A medicina social , por meio da higiene familiar, foi fazendo com que a família ficasse cada vez mais dependente dos conselhos médicos. Lentamente se introduziu no interior dos lares com o pretexto de defender as crianças ameaçadas em função das altas taxas de morbidade e mortalidade; impondo também a todos os membros da família uma educação de acordo com os conhecimentos da época.

Somente no fim do século XIX foi criada, no Brasil, a primeira cadeira de moléstias de crianças na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro. Foram médicos pioneiros na divulgação de temas de pediatria e puericultura sem, no entanto, existir um corpo de saber científico. Ainda durante o século XIX surgiram diversos “*guias maternos*” e, em 1879 foi editada a primeira revista de puericultura, criada por Carlos Costa - “*A mãe de família*”. Era a medicina social da criança que se estruturava antes mesmo de a medicina da criança, a pediatria e a puericultura se organizarem em um conjunto de princípios científicos fundamentais para formarem um corpo de conhecimentos teóricos, e de regras práticas, e se tornarem especialidades médicas no século XX (Rocha, 1987).

A medicina social no século XIX atuou nos mais diversos setores da sociedade brasileira, e não unicamente no interior das famílias. Atuou ainda em vários períodos históricos: na Colônia, no Império e na República. Em cada época, de acordo com os problemas mais importantes que surgiam, ela atuava mais como força transformadora do que em defesa dos costumes vigentes, desde que a transformação favorecesse o Estado.

No ano de 1915 foi realizado no Instituto de Proteção e Assistência à Infância do Rio de Janeiro um “*curso popular*” sobre “*higiene privada da infância*”, sendo que este conteúdo, posteriormente, foi organizado originando o livro *Higiene Infantil*, no ano de 1917. Talvez tenha sido o primeiro referencial publicado no Brasil que trás a puericultura fundamentada em bases científicas. Dentre as idéias emerge de maneira significativa a eugênia apresentada por Marfan, referenciando que “*A puericultura deve-se inspirar nos princípios da Eugênia de Francisco Galton e da Eugenética de Pinard*” (Moncorvo Filho, p.75,1926). O termo eugênica, passou a ser chamado, posteriormente, por eugenia.

Este autor apresenta a definição de eugenia segundo Galton como o estudo das condições socialmente controláveis que podem causar alterações, benéficas ou

não, nas qualidades raciais das gerações que há de vir. Acrescentando que tais alterações podem ocorrer tanto na parte física como na intelectual.

No Brasil , a eugenia começou a ser divulgada e apresentada em 1914 e, no ano de 1918 é fundada a primeira Sociedade Eugênica de São Paulo, por um grupo de médicos.

No início do século XX , historiadores , médicos , antropólogos, puericultores e sociólogos brasileiros usufruíram, fortaleceram e propagaram a eugenia (Orlandi,1985).

Costa (1976), relata em seu livro História da psiquiatria no Brasil, que a Liga Brasileira de Higiene Mental foi fundada em 1923 e que, seus estatutos colaboraram para que ocorresse a interferência dos psiquiatras, com enfoque preventivo, nos meios escolar, profissional e social. O conceito de eugenia passa a ser adotado pela higiene mental, a partir da Liga , no ano de 1929, estendendo-se até 1934 como meta principal nos programas de higiene mental . Sendo reconhecida como ciência pelos psiquiatras e, colaboradora na elaboração de programas de profilaxia dos distúrbios mentais .

Muitos obstetras e puericultores brasileiros acompanharam e multiplicaram os pensamentos da eugenia de Galton. Este autor, ainda, ressalta que a eugenia chegava num momento oportuno ao Brasil, pois este vivenciava, na época, problemas ideológicos.

Historiadores contam que a pediatria e a puericultura foram influenciadas por idéias racistas nas décadas de trinta e quarenta , o que coincide com o fortalecimento do poder na Alemanha. Este fato ocorreu porque o Brasil recebia, na época, grande influência alemã. Esta visão perdurou até o término da Segunda Guerra Mundial.

3.2 Contextualizando a Puericultura na Atualidade – Necessidades e Ações

A característica básica da criança que cresce é o desenvolvimento integral, ou seja, no completo alcance de suas potencialidades físicas, psicológicas e espirituais, que se modifica e se consolida como indivíduo. Ao dar atenção as suas necessidades essenciais diariamente, se afirma seu crescimento e desenvolvimento harmonioso e se prepara a criança para o futuro. O desenvolvimento também denota saúde. Se a saúde da criança esta afetada por problemas persistentes, não pode alcançar crescimento satisfatório.

Deficiências nas condições sanitárias, culturais e sociais permeiam o crescimento de um considerável grupo de crianças menores de cinco anos, refletindo de forma a não alcançarem o seu desenvolvimento integral, ou seja, no completo alcance de suas potencialidades físicas, psicológicas e espirituais. As oportunidades para se desenvolver são escassas, porque vivem em áreas superpovoadas, ficam sós, não sendo priorizado espaço para recreação que estimulem seus sentidos, aptidões, vocabulário e outras percepções.

Torna-se indispensável oferecer, às crianças, condições dignas para conservar a saúde, como também, estimular o desenvolvimento de todo seu potencial a fim de evitar que passem a ser participantes dos grupos de extrema pobreza. Desenvolver ações de higiene, nutrição, saneamento básico, prevenção de doenças, entre outras, podem acarretar melhorias à saúde mesmo na pobreza (Cortés, 1985).

Em 1986, ocorre a VIII Conferência Nacional da Saúde, onde foi discutido o conceito de saúde que deixava de ser visto apenas como ausência de doença e passava a assumir um significado mais amplo em relação às condições de vida da população.

“Em sentido mais abrangente, saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer

liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção e as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida” (Schneider, 1994, p. 34).

Esta abordagem determina que a saúde do indivíduo esta subordinada as suas condições de vida. Assim, a saúde deixa de ser uma responsabilidade apenas do indivíduo e passa a ser também da coletividade, integrando o campo das questões sociais.

A questão da saúde tem que ser instrumento de luta da população em geral. Favorecer ou oportunizar ao cidadão brasileiro acesso para se obter condições mais dignas de habitação, alimentação, melhores condições de trabalho e ambientais englobam um conjunto de possibilidades que vem favorecendo a situação de saúde do povo. É estabelecido como filosofia a equidade , ou seja, o atendimento do acesso à saúde como “*um direito de todos e dever do estado*” (Vanzin & Nery, 1998, p. 48):

“Garantir os direitos da criança é tarefa extraordinariamente complexa, que exige uma ação integrada do Estado e das forças sociais. Nunca num país onde a maioria das crianças sequer tem garantido o direito a sobrevivência, se poderá falar autenticamente em democracia. É preciso, ainda, mudar-se a perspectiva a partir da qual se olha o menor neste país, em especial ao carente, a prioristicamente chamado de infrator e delinqüente. É necessário, cada vez mais, difundir-se o conceito de que menor é o conjunto de todas as crianças e adolescentes, independentemente da classe social de sua família. Deveriam, estas crianças ter sua vida digna, garantida pelo Estado e ter assegurado os direitos elementares, o direito a infância, à família e a completa integridade como cidadãos” (Yunes, 1987, p. 34).

A partir das referências apresentadas, faz-se necessário retornar a questão concernente ao crescimento e ao desenvolvimento da criança, que são componentes da puericultura, de forma minuciosa para um melhor entendimento.

A infância é representada por um conjunto de fatores que se manifestam sucessivamente com suas peculiaridades referentes ao desenvolvimento. Apesar das

desigualdades do meio geográfico, de condições de vida de estruturas sociais e de valores culturais, todas as crianças do universo vivenciam os mesmos fatores.

O desenvolvimento é um fenômeno contínuo, ou seja, cada fator prepara o próximo, apesar de os limites, que os separam, sejam vagos. Alguns fatores são mais consideráveis que outros e abrem novas perspectivas.

O desenvolvimento é um processo global no qual a criança cresce e se desenvolve no campo intelectual, social e afetivo. Esses fatores pertencentes ao desenvolvimento estão interligados. A harmonia e o equilíbrio são indispensáveis para o desenvolvimento global.

Cada criança é única e possui um ritmo próprio para se desenvolver. O desenvolvimento em relação ao seu conjunto de fatores, expressa-se diferentemente, devido às diferenças de caráter, dos acontecimentos físicos, do ambiente familiar.

O crescimento e o desenvolvimento de uma criança inicia desde sua concepção e estende-se rapidamente até os primeiros anos de vida. A interligação de dois fatos é marcante em relação ao crescimento e ao desenvolvimento desde a concepção, sendo respectivamente: um fenômeno qualitativo, devido à multiplicação do número e do tamanho das células ao nível de cada tecido e, um fenômeno qualitativo que ocorre pela modificação da estrutura de certos órgãos e do seu funcionamento celular.

O crescimento de um indivíduo está direcionado ao aumento da massa corporal, na íntegra ou em suas partes, mensurável em unidades de peso, volume e extensão. O crescimento é um fenômeno determinado geneticamente que sofre interferências marcantes do meio físico, familiar e social e, ainda, da alimentação.

Considerando a abordagem de Schmitz (1989), ao destacar que a criança é membro integrante de sua família e de uma comunidade. Ela terá maiores oportunidades de crescimento e desenvolvimento quando conviver em um ambiente de carinho e estimulação.

As expressões do crescimento e desenvolvimento físicos diversificam desde aquelas ao nível molecular à complexa influência recíproca das alterações metabólicas e físicas associadas à puberdade e adolescência.

O processo do desenvolvimento neurológico, como a aquisição de habilidades motoras grosseiras e refinadas, dependem em parte da maturação de estruturas neurais, podendo sofrer grandes alterações pelo ambiente e pela experiência.

Crescimento e desenvolvimento cognitivo dependem de fatores genéticos e ambientais. No início da lactância, é complicado perceber o processo de maturação neurológico e comportamental. No fim deste período referente a lactância e durante a segunda infância, as funções cognitiva e intelectual são medidas pelas habilidades de comunicação e pela capacidade de trabalhar com material abstrato e simbólico.

No desenvolvimento psicossocial, a criança integra os elementos acima, num processo que incorpora a constituição genética, cognição e experiência para definição essencial e contínua do indivíduo como pessoa e personalidade únicas.

Os fatores genéticos podem estabelecer limites ao potencial biológico, estando entrelaçados com muita proximidade com o ambiente (físico, cultural, político e econômico).

Os fatores sociais e emocionais são os que atingem o potencial de crescimento, que englobam o sexo da criança, a situação da criança na família, a condição de interação da criança, desde seu nascimento, com pais, irmãos e outras pessoas, necessidades pessoais e preocupação dos pais e os padrões de educação infantil dos pais e da comunidade.

A abordagem cultural compreende a influência da cultura que pode limitar ou expandir a amplitude do comportamento das crianças ao conectar expectativas convencionais e que podem, também, modificar as etapas de aquisição de habilidades.

A questão política e cultural, são consideradas interdependentes, pois a vida política de uma comunidade favorece o cenário onde as prioridades públicas são definidas, inclusive as que podem surtir efeitos sobre as crianças (Nelson, 1994, p 12).

O cuidar, assistir, em enfermagem materno-infantil deve ser embasado em conhecimentos científicos, capacitando a enfermeira a não direcionar sua assistência para o modelo centrado na doença e, sim, focar o modelo centrado na criança e família (Sigaud & Veríssimo, 1996).

No meu entendimento, a criança merece e necessita ser criada com amor, afeto, carinho, por pessoas capazes, responsáveis e conhecedoras, para que acompanhe seu crescimento e desenvolvimento. A promoção da saúde, com raízes nos conteúdos das ciências biológicas e humanas, possui origens científicas que dependem de pesquisas operativas, para a resolução da problemática que afeta a saúde da criança.

A assistência à criança e sua família para ser eficaz, necessita de comprometimento profissional, englobando um trabalho interdisciplinar e multiprofissional, que irá democratizar o conhecimento pelo sucesso da comunicação das informações (Vanzin & Nery, 1998).

A partir das referências expostas anteriormente, pode-se notar que diferentes e necessárias ações estão sendo idealizadas e realizadas para melhorar a qualidade de vida das crianças em seus diferentes grupos sociais e, conseqüentemente, espera-se que todos os profissionais da área da saúde assumam seu compromisso com a comunidade.

Diversas são as ações sugeridas para que as crianças cresçam e se desenvolvam num ambiente que lhes ofereça amparo em todos os sentidos.

Salienta-se a validade da consulta de enfermagem à criança sadia, não só porque identifica problemas da criança e família, mas porque procura assistir a

problemas de forma racional, utilizando recursos disponíveis no serviço de saúde e na comunidade (Nogueira, 1977).

Atualmente, a profissional enfermeira vem assumindo seu espaço, assegurando seu compromisso com a comunidade, utiliza, dentre muitas das suas atividades, a consulta de enfermagem, visto que em nossa realidade firma-se a idéia de prevenir, educar a população, de modo que esta não procure os serviços de saúde somente para ações curativas, objetivando a conscientização preventiva com o intuito de fornecer à criança, garantia de uma assistência contínua a todo o seu crescimento e desenvolvimento condizente com uma situação de vida digna do ser humano (Vanzin & Nery, 1996).

Cabe a enfermeira manter uma relação direta com o seu cliente e/ou responsável, promovendo uma ação educativa, participante, reflexiva e transformadora. Devendo, desta forma, traçar objetivos em relação a assistência, sendo que estes indicarão as alterações esperadas no comportamento do cliente. Também podem ser dirigidos no sentido de repadronizar ou negociar um cuidado, ou no sentido de ajudar o cliente a enfrentar ou aprender a viver com o problema.

Compete a profissional enfermeira oferecer consulta à criança sadia mediante anamnese, inspeção física, informação à mãe sobre os cuidados com a criança, elaboração de um plano de assistência de enfermagem, incluindo a observação do crescimento e desenvolvimento, orientação dietética, imunização e educação sanitária, encaminhamento ao médico quando necessário; controle da criança doente, através de orientação após a consulta médica e relação de crianças para visita domiciliar (Vanzin & Nery, 1996).

A criança, sendo o foco central do cuidado, está assegurada pelo código de ética dos profissionais da enfermagem. As informações referentes a assistência de enfermagem, seus benefícios, riscos e conseqüências, como também reconhecer e respeitar o direito do cliente sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar, devem ser oferecidas pela enfermeira.

A estruturação de um plano de cuidados deve ser articulada em conjunto com a enfermeira, a criança e sua família, enfatizando conhecimentos, habilidades, experiências, bem como crenças, hábitos e valores das pessoas envolvidas neste processo (Sigaud & Veríssimo, 1996).

A enfermeira deve estar apta a diagnosticar e identificar o diagnóstico de enfermagem e estabelecer analogia deste com as prioridades da criança e da família. Cuidar dos problemas da criança merece atenção tanto em nível ambulatorial como domiciliar, deve ser exercido com qualidade e solicitar a participação da mãe neste processo (Vanzin & Nery, 1996).

Ao notar que a profissional enfermeira vem ampliando sua atuação nas mais diversificadas áreas da saúde, é conveniente destacar que, além da atividade de Consulta de Enfermagem, a visitação domiciliar é uma das formas de assegurar à criança e sua família, atenção com ações essenciais para promoção, proteção, e recuperação de sua saúde, podendo garantir uma melhoria em sua qualidade de vida.

3.3 Sistema Único de Saúde

Torna-se imprescindível acrescentar a este estudo, mais especificamente, o sistema brasileiro de saúde - Sistema Único de Saúde (SUS), visto que este encontra-se referenciado nas questões abordadas pelos sujeitos (mães) da Prática Assistencial, realizada na fase anterior deste , e, que articula-se com o foco do presente estudo – sistema popular e profissional.

Colla (2000, p. 12-15) referencia os modelos de saúde no Brasil, apresentando um relato sucinto da sua historicidade, em conformidade com os autores Luz (1979), Braga & Paula (1981), cordeiro (1984) e Oliveira & Teixeira (1985) in Bordin (1999) , que *“a evolução acompanha a situação do país, envolvendo os contextos político, econômico e social”*. A saúde brasileira,

principalmente desde a década de 70, *“passou por um processo de reorganização institucional, norteador pelo movimento sanitário em prol da saúde, que culminou na VIII Conferência Nacional de Saúde”*. Esta reorganização institucional da saúde *“se materializou na Constituição Federal Brasileira (CFB), promulgada em 1988”*.

A saúde é referenciada, portanto, na CFB/88, no Art.196, como:

“um direito de todos e um dever do Estado, garantido através de políticas sociais e econômicas, visando a redução do risco de doença e outros agravos e, ao acesso universal e igualitário a todos os serviços e ações para a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos”.

E, assim, foi instituído o SUS, que para assumir suas atribuições, a CFB/88 definiu as suas diretrizes no Art.198:

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

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

O SUS foi constituído e regulamentado, em 1990, na Lei Orgânica da Saúde nº 8080, indicando caminhos e viabilizando os mecanismos de consecução da Constituinte, quais sejam:

Art. 7º - As ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde - SUS são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no Art. 198 da Constituição Federal, obedecendo ainda aos seguintes princípios:

- I - Universalidade de acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência;
- II - Integralidade de assistência, entendida como um conjunto articulado e contínuo das ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso em todos os níveis de complexidade do sistema;
- III - Preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;
- IV - Igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- V - Direito à informação, às pessoas assistidas, sobre sua saúde;
- VI - Divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e a sua utilização pelo usuário;
- VII - Utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática;
- VIII - Participação da comunidade;
- IX - Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera de governo:
 - a) Ênfase na descentralização dos serviços para os municípios;
 - b) Regionalização e hierarquização da rede de serviços de saúde.
- X - Integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico;
- XI - Conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população;
- XII - Capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência;
- XIII - Organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos.

Em continuidade sobre a questão da situação da saúde brasileira, Colla (2000, p.18) cita que a :

“Comissão Organizadora da X Conferência Nacional de Saúde, que aconteceu em 1996, com o tema “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida”, apresentou um quadro em que o SUS estava se consolidando, através da municipalização da saúde em vários municípios brasileiros. A Carta da X Conferência Nacional de Saúde aponta:

“O SUS representa a mais importante proposta de democratização do Estado em nosso país. [...] Através do processo de descentralização e consolidação da municipalização plena da saúde, o SUS vem permitindo, nas cidades que aplicaram seus princípios e diretrizes em sua totalidade, a reversão de indicadores, a resolução dos problemas de saúde e a satisfação da população, provocando sua viabilidade”.

A Norma Operacional Básica (NOB-SUS/96) delinea uma reordenação do modelo de atenção à saúde, apresentando três campos de atuação, em nível da *assistência* (individual e coletiva, ambulatorial e hospitalar, e domiciliar); das *intervenções ambientais*; e das *políticas externas ao setor saúde*. E como base para o modelo de atenção deve:

“Resultar na ampliação do enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao

modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos abrangentes”.

Através desta abordagem, é possível perceber o SUS, em sua *legislação*, como uma estrutura organizada, alicerçada em diretrizes e atribuições, que são norteadoras dos serviços de saúde e, capaz de focar suas ações de forma universal, de caráter preventivo e curativo, individual e coletivo, independente do contexto sócio-político-econômico existente, visto que é oferecido a todos os brasileiros, no qual deve ser respeitada a integridade física e moral desses cidadãos. Entretanto, a questão do cuidado cultural permanece, de certa forma intrínseca, na referência da legislação do SUS, mas muito bem denotado pelas falas das mães na trajetória da Prática Assistencial.

4 MARCO REFERENCIAL TEÓRICO

A enfermagem tem aspirado edificar uma estrutura particular de saber, as teorias de enfermagem oferecem suporte para a fundamentação da prática profissional. Logo, ao se realizar um estudo, torna-se indispensável alicerçá-lo num marco referencial teórico.

De acordo com Monticelli (1991), marco de referência teórico significa uma construção mental que contém uma estrutura lógica de inter-relação entre os diversos conceitos que compõe sua construção, utilizado como guia ou como direção no processo do cuidado.

O marco referencial teórico deve entremear toda a trajetória do processo do cuidado, desempenhando o papel de referência nas relações de interação, vivenciadas entre a enfermeira e o cliente, além de oferecer espaço para reflexões, segundo (Nitschke, 1991).

Para o desenvolvimento deste estudo foi organizado um marco referencial teórico que lhe oferecesse sustentação. Assim, encontrei na teoria do cuidado cultural aspectos que se assemelham as minhas convicções. Em seus estudos, a teórica Leininger começou explorando como as crenças, os valores e as práticas

culturais poderiam influenciar os estados de saúde e doença das pessoas . Para ela as enfermeiras não conseguiriam prestar um adequado auxílio a seus clientes se não fizessem a compreensão de suas crenças e seus valores culturais. Concordo com ela, pois acredito que as enfermeiras necessitam conhecer seus clientes para , então, oferecer-lhes um cuidado de enfermagem congruente com as suas necessidades.

Acredito, então, que a teoria do cuidado cultural vá ao encontro de minhas pretensões pessoais e profissionais e ao estudo que me comprometi desenvolver. Saliento que não a utilizei na íntegra. O marco referencial foi elaborado a partir das contribuições desta teoria em conjunto com outros estudiosos que aparecem neste contexto e de minhas percepções.

A teórica Madeleine Leininger graduou-se em enfermagem, em 1948, concluiu o bacharelado em Ciências, em 1950 e tornou-se Doutora em Antropologia no ano de 1965.

Iniciou seus estudos explorando como as crenças, valores e práticas culturais podiam influenciar os estados de saúde e doença dos indivíduos. Assim, começou a sua dedicação pela enfermagem transcultural, entendida como subárea da enfermagem. Durante seus estudos desenvolveu suposições sobre teorias do cuidado, transculturalmente, apresentando o cuidado como uma necessidade humana essencial, e que este era a essência da enfermagem.

Na teoria transcultural o cuidado humano é apresentado como um conceito universal e diversificado, exigindo um adequado ajustamento as crenças, valores e modos de vida dos seres humanos em suas culturas, para que assim possa ser oferecido um cuidado benéfico, satisfatório e significativo. Tem importância por ser a primeira teoria transcultural em enfermagem e, por ser a primeira a considerar a enfermagem como um fenômeno pan-universal, porém com variáveis culturais. A teórica influencia a prática da enfermagem brasileira, dado que vários trabalhos acadêmicos fundamentam-se em suas proposições. Já publicou mais de vinte livros e duzentos artigos. Organizou e identificou, aproximadamente, cento e setenta e três

constructos do cuidar/cuidado com significados, usos e interpretações específicas (Leininger, 1991).

Sua teoria tem sido difundida e utilizada como referencial na construção de vários trabalhos científicos. apresento alguns, como: “CUIDANDO E SENDO CUIDADO: UM MODELO CULTURAL DE SUPORTE À SAÚDE EM UMA COMUNIDADE RURAL DE DESCENDENTES DE IMIGRANTES ITALIANOS”, de autoria de Budó (1994); “O NASCIMENTO COMO UM RITO DE PASSAGEM: UMA ABORDAGEM CULTURAL PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES E RECÉM-NASCIDOS”, de autoria de Monticelli (1994); “Vivendo o processo de nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família, inseridos num contexto cultural”, de Santos et al (1997); “Família teuto-gaúcha: o cuidado entre possibilidades e limites”, de Schwartz (1998); “PARTO VERTICAL: UMA VIVÊNCIA DA DIMENSÃO CULTURAL NO PROCESSO DE PARIR”, de Santos (2000); entre outros.

4.1 Pressupostos

De acordo com Fernandes (1998, p.22), pressuposto quer dizer que “... *são circunstâncias ou fatos que antecedem a outros, são idéias que antecedem a formulação de conceitos, sendo o quadro referencial do autor*”.

Para Leininger (1985, p.264), o propósito geral da sua teoria “*é descobrir significados, usos e funções culturais do fenômeno do cuidado humano, e usar este conhecimento para fornecer um cuidado benéfico ou satisfatório a pessoas de diversas culturas do mundo*”.

Faço a compreensão de que pressupostos representam as crenças, valores e significados que possuo como ser humano e que direcionam a organização e construção do marco referencial teórico do estudo que me propus realizar.

A partir da visão de Leininger e de minhas concepções é que apresento a elaboração dos pressupostos a seguir:

- A enfermeira, ao realizar sua prática assistencial, necessita perceber e compreender o seu cliente como um sujeito cultural;
- O ser humano cultural é o foco central da enfermagem e cuidar/cuidado é o núcleo de referência da prática assistencial ;
- O cuidar/ cuidado cultural popular deve ser respeitado e valorizado tanto quanto o profissional;
- O conjunto, enfermeira-mãe-criança, necessita compreender os estados de saúde e doença para então, ser traçado um plano de ação direcionado para um cuidar/cuidado cultural congruente;
- A prática de cuidados oferecidos pela enfermeira, por meio da consulta de enfermagem em puericultura, deve focalizar a cultura da família e esta como participante no trabalho assistencial;
- A enfermeira deve desenvolver a sua prática de cuidar/ cuidado alicerçada na cultura de seus clientes, mãe-criança, provendo seu crescimento e desenvolvimento de forma satisfatória, refletindo num cuidado congruente;
- A enfermeira deve ser detentora de conhecimentos referentes ao cuidado cultural, para desenvolver de forma congruente sua prática assistencial;
- A enfermeira ao desenvolver sua prática assistencial alicerçada na interação executa cuidados culturalmente congruentes;
- O SUS deve estar capacitado e instrumentalizado para oferecer uma assistência integral, qualificada e humanitária à sua clientela;
- A relação, entre o sistema profissional e o sistema popular, deve ser fundamentada na interação para que seja efetivada a construção de uma prática de cuidado cultural e significativa.

4.2 Conceitos

Segundo George (1993, p.14), Conceito “*são palavras que descrevem objetos, propriedades ou acontecimentos e constituem os componentes básicos da teoria*”. Para Torres (1986), conceitos são representações mentais descritas em palavras da concepção de um fenômeno.

Fawcett (1982), complementa a idéia, acrescentando que essas representações influenciam nossas atitudes, nossas condutas.

Leininger alicerça sua teoria no Modelo do Sol Nascente , sendo este, norteador para a elaboração dos conceitos do referido marco. Saliento que outros autores como Brandão,(1992); Gelbin,(1998); Saupe,(1998); Fortes,(1998); Leopardi,(1999); contribuíram de forma significativa nesta construção. Assim, os conceitos utilizados nesta abordagem cultural são: Ser humano; Família; Cultura; Ambiente; Saúde-doença; Cuidar/Cuidado; Enfermagem; Consulta de Enfermagem; Puericultura e Sistema de Saúde.

Ser Humano

Leininger (1978), entende que universalmente o ser humano é provedor de cuidados , que habita num universo de culturas diversificadas. Sendo capaz de proporcionar a universalidade do cuidado de inúmeros modos, em conformidade com as necessidades com as necessidades e as culturas do ser humano . Faço a compreensão de que ser humano é um ser único, racional e social, dotado de crenças, valores e práticas de cuidado, caracterizados pelo meio cultural onde vive; e durante todo seu processo de crescimento e desenvolvimento, preocupa-se em buscar e agregar recursos, individual-coletivos, para manter suas necessidades, preservando-as ou aprimorando-as, a fim de alcançar seu bem-estar no meio que o circunda.

Gelbin (1998), compreende que o comprometimento da ética com a formação da consciência individual e coletiva resultam na qualidade da assistência e também no direito que o cliente possui. O vínculo como medidor, quando presente e atuante, na relação profissional-cliente desencadeia um processo solidário e satisfatório refletindo na percepção e no respeito do ser humano enquanto cidadão e se estende à qualidade da assistência.

Neste estudo, o ser humano está representado pela figura da mãe, da criança, do pai e de todos os demais participantes. São percebidos como indivíduos únicos com características próprias, cada um com papéis peculiares, atuantes na sociedade. Com potencialidades para se comunicarem, expressarem idéias, manifestarem ações e sentimentos. São colaboradores e participantes de um contexto bio-psico-sócio-espiritual e cultural. Interagem entre si, praticando o auto cuidado e compartilhando do cuidado com outros indivíduos.

Família

Osório (1996, p.16) entende que família :

“é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais: aliança (casal), filiação (pais-filhos) e consangüinidade (irmãos) e, que a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência, e fornecendo-lhes condições para a aquisição de suas identidades pessoais, desenvolveram , através dos tempos, funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais”.

Na afirmação de Ângelo (1997) família trata-se da união de pessoas, com vínculos emocionais, afetivos ou legais, dividem um mesmo lócus social e convivem com regras, valores, deveres e crenças e também com responsabilidades para atingir metas no ciclo de vida dessas pessoas.

Pode-se descrever família, a partir de leituras realizadas como sendo, uma estrutura formada a partir da união de pessoas que, por laços afetivos, decidem viver em um mesmo espaço, possuem objetivos em comum, considerando variáveis sociais, econômicas, políticas, religiosas, culturais e ambientais.

Vale salientar que este processo de união deverá ser permeado pela interação, compartilhando e transmitindo significados e modos de viver cultural, de geração a geração. Convivem com outros grupos e comunidades, podendo, com o tempo, adquirir, ou não, novas crenças e valores que sejam culturalmente significativos.

Cultura

Cultura são os “valores, crenças, normas e práticas de vida de um determinado grupo, aprendidos, compartilhados e transmitidos, que orientam o pensamento, as decisões e as ações, de maneiras padronizadas” (Leininger, 1985, p. 261).

Chauí (1995, p. 293) apud Schwartz (1998, p.33) diz que “a cultura é uma segunda natureza, que a educação e os costumes acrescentam a primeira natureza, isto é, uma natureza adquirida, que melhora, aperfeiçoa e desenvolve a natureza inata de cada um”.

Em outras palavras, pode-se dizer que cultura vem a ser um conjunto de crenças, hábitos, valores, costumes e conhecimentos, herdados e aprendidos, que caracterizam o ser humano e que este é membro integrante de uma sociedade, onde vivencia, participa e partilha experiências, que são expressas pelo seu modo de viver; a cultura do ser humano bem como da sociedade pode ser mudada através dos tempos, ocasionada pelo processo contínuo de ensino-aprendizagem pelo qual passa o ser humano, influenciável por fatores internos e externos (meio).

De acordo com Langdon (1991), cultura não é algo imóvel, ela sofre transformações e modificações. Acrescenta, ainda, que é algo que se aprende, que se divide e se uniformiza. É considerada a resultante das interações.

Entendo que a cultura entremeia todo o processo de vida dos indivíduos e é através dela que estes se expressam, se posicionam e adotam condutas de cuidado.

Neste estudo a prática do cuidado deve respeitar as crenças, os valores e os significados culturais do indivíduo, possibilitando assim um cuidado linear e benéfico.

Ambiente

George (1993, p.288) comenta que a teórica Leininger não define ambiente, porém, referencia-o como um elemento primordial para sua teoria, *“se tiver representatividade no contexto cultural”* do ser humano, *“capaz de possibilitar um agir neste cenário ou ambiente, possibilitando, através do grupo deste ser, um aprender, um partilhar, um transmitir e um padronizar nos valores, crenças, normas e práticas de vida”*, em prol do bem-estar individual-coletivo.

A teoria de Leininger apresenta o contexto ambiental como sendo a totalidade de um acontecimento ou prática da vida particular que concede sentido às manifestações humanas, inserindo às interações sociais em suas dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais.

É aqui representado por um universo multicultural, no qual o ser humano vive e se inter-relaciona de forma dinâmica, permitindo exercer influência e ser influenciado pelo universo.

É neste hábitat que o ser humano se encontra e interage formando relações sociais fundamentadas em bases culturalmente determinadas e, também, é onde o ser humano experiencia o seu processo saúde-doença.

Saúde-doença

Inúmeras definições são apresentadas para o termo saúde. Leopardi (1999, p.97) referencia Leininger, que diz que saúde é *“o estado de bem-estar que é culturalmente definido, valorizado e praticado, que reflete a habilidade dos indivíduos ou grupos em realizar suas atividades diárias de forma culturalmente satisfatória”*.

A CFB/88 preconiza que a *“saúde é direito de todos os cidadãos e dever do Estado, sendo responsabilidade das políticas sociais e econômicas traçar metas priorizando ações de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde”*. Com a implantação e implementação do SUS, percebe-se que a Lei Brasileira respeitou o princípio ético da justiça distributiva (Fortes, 1998).

Inserindo esta contextualização para a prática assistencial, percebe-se a saúde como um bem maior, único, universal e diversificado, que o ser humano, indivíduo-coletivo, alcança quando se mantém o equilíbrio entre o modo de vida, as condições do meio ambiente e o acesso a um conjunto de ações que servem para garantir os padrões de vida desejados por este ser humano.

Torna-se primordial, no estudo deste referencial teórico, considerar o termo doença, mesmo considerando que a Teoria de Leininger, não o mencione. Justifica-se tal citação, visto que se encontra entrelaçado, tanto no sistema profissional como no popular de saúde, vivenciado na prática diária pelas diversas profissões que *“cuidam”* da saúde do ser humano. O contexto histórico e científico fortalece essa

percepção, pois se aprendeu e, ainda, se aprende, talvez erroneamente, que o desequilíbrio do bem-estar do ser humano, reflete ou denomina-se por doença.

George (1993) diz que doença se reflete no desequilíbrio do modo de vida do indivíduo com o seu meio ambiente, onde ele apresenta dificuldades para atender suas necessidades, interferindo negativamente no desenvolvimento das suas tarefas e na sua expectativa de vida.

Saúde é compreendida em seus conceitos, significados, expressões como um conceito que pode ser universal ou diversificado. Entendo como sendo universal porque está presente em todas as culturas e é diversificado porque cada cultura contextualiza saúde através de suas crenças, valores e significados.

Neste estudo, compreendo que saúde tem significado peculiar. É necessário que se tenha presente a realidade do indivíduo, suas crenças, valores, cultura e que esse indivíduo encontra-se inserido num contexto sócio político e econômico. Então, saúde é a resultante de uma relação dinâmica e equilibrada entre o indivíduo e o meio ambiente, que busca o seu bem viver em conformidade com suas necessidades.

A saúde, assim como a doença, são participantes de todo o processo de viver, sendo determinadas socialmente pelos modos de vida e de saúde do indivíduo, da família e comunidade. Portanto, doença é percebida como situações de desequilíbrio e desarmonia que ocasiona modificações no processo de vida do indivíduo, ou seja é quando esse indivíduo encontra dificuldades para atender e satisfazer suas necessidades.

É nessa vivência do processo saúde-doença que o indivíduo pode encontrar-se em situações de bem viver ou em situações de mal viver. A enfermagem pode assumir estas situações como *foco* para acionar seu processo de ação e, assim, implementar sua prática num formato cultural, no qual a satisfação humana possa ser o próprio resultado.

Consulta de Enfermagem

Vanzin & Nery (1996, p.51) referenciam que consulta de enfermagem “*é uma atividade onde há integração de ações que guardam relações de interdependência, sugerindo uma ação sistematizada e dirigida para produção de resultados esperados conforme padrões pré - estabelecidos e requerendo determinados recursos para sua produção*”.

Compreendo que realizar consulta de enfermagem é oferecer ações padronizadas, frente a uma situação problema ou acompanhar e orientar de forma sistematizada, para promoção e proteção à saúde do ser humano, da família e da comunidade.

Esta atividade deverá ser realizada por meio de uma relação de ajuda e troca entre a enfermeira, a mãe e criança a partir de uma abordagem individual e cultural e de um processo participativo.

O vínculo enfermeira , mãe e criança permite que a prática seja vivenciada de forma participativa, construtiva e coerente com a realidade do sujeito. Esta abordagem considera e respeita os valores pessoais do sujeito, sua individualidade e também seus direitos de cidadão, gerando motivação, confiança, participação cultural e aperfeiçoando a comunicação. A enfermeira, através da consulta de enfermagem, tem o compromisso de contemplar o ser humano em sua globalidade biopsicossocial, propiciando-lhe condições do pleno desenvolvimento de suas potencialidades.

A intenção é de estimular que todos os atores sociais em parceria sejam capazes de construir uma prática educativa e saudável.

Puericultura

Ballexserd (1750) apud Martagão-Gesteira (1957, p.8) criou a palavra puericultura como um termo que provem do latim, (puer= criança e cultus= cuidado dispensado a alguém), e veio intitular seu livro, que aborda, nos conhecimentos específicos, a higiene da gestante, da parturiente e do recém-nascido.

Pinard (1900) apud Rocha (1987, p.17) redefine puericultura: “*é a ciência cujo objeto é o estudo e a concretização das causas relativas a conservação e ao melhoramento da raça humana*”.

Martagão-Gesteira (1957, p. 8) conceitua puericultura como sendo:

“É parte da ciência médica que se ocupa em cultivar a vida e a saúde das crianças, esforçando-se por que cheguem ao mundo, sadias e fortes, e se desenvolvam normalmente e bem sobre todos os aspectos amparados contra os múltiplos perigos que as ameaçam resultantes de fatores biológicos, ambientais e sociais”.

Rocha (1987, p. 36) define “*puericultura como ciência que se ocupa em cultivar a vida e a saúde das crianças*”.

Sob estas abordagens, pode-se perceber puericultura como sendo a área da saúde que acompanha o crescimento e desenvolvimento do novo ser (criança), desde a sua concepção; encontra-se ligada à promoção da saúde e prevenção de doenças, exercidas através de um cuidado congruente e satisfatório, por meio de um conjunto de ações, de forma contínua e globalizada, objetivando a diminuição da morbimortalidade e a oportunidade de alcançar um nível ótimo de crescimento e desenvolvimento, físico e emocional da criança, conduzindo-a, certamente, para uma vida saudável, produtiva.

Cuidar/cuidado

Saupe (1998) destaca que as constantes buscas para melhorar a qualidade de vida e de saúde do ser humano é fonte de grande preocupação para que se crie um sistema de saúde condizente com a realidade atual da população e que atenda às

verdadeiras necessidades da sociedade, onde, prevalecem de forma precária, as dificuldades em relação às condições de vida e de saúde da grande maioria da população. A enfermagem, voltada para a educação, deve se comprometer com questões sociais, políticas e econômicas da sociedade brasileira para então promover sua prática, de forma a atender o seu cliente como um ser biopsicossocial, respondendo satisfatoriamente às demandas sociais.

Os estudos apresentados por Leininger inovam a assistência em enfermagem, quando a visualiza sob a percepção cultural do cuidar/cuidado.

O cuidado refere-se às atividades ou ações, capaz de auxiliar, apoiar ou capacitar o ser humano, indivíduo-coletivo; é aprendido e transmitido, subjetiva e objetivamente, através de suas crenças, valores e modos de vida padronizados no seu processo de vida; e assim, permite este ser humano desenvolver, em seu meio, melhores condições de bem-estar para a sua vida. Georges (1993, p. 287 e 288) e Leopardi (1998) referenciando os estudos de Leininger (1985):

“as mais variadas culturas, os significados, padrões e valores em relação ao cuidado são similares ou semelhantes” definido por Leininger como cuidado universal. Além, desta abordagem, a teórica contextualiza o cuidado em sua diversidade, que “indica a variação de significados padrões, valores ou símbolos de cuidado, culturalmente originários dos homens para alcançar seu bem-estar”.

A percepção de que todo o ser humano é detentor de conhecimentos referentes ao cuidado, hoje entra em cena. Vivência e prática com flexibilidade e criatividade onde a concretização do cuidado é formulada a partir de trocas de conhecimentos científico -profissional e popular, no qual se educa, mas também se é educado, ocorrendo a interação entre profissional-cliente em relação a assistência integral.

A teoria de Madeleine Leininger considera o cuidado como a essência da enfermagem , e também como foco central , dominante e unificador, Leopardi (1999). Cuidado cultural é entendido como:

“aquele em que os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetiva e objetivamente, assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, a melhorar suas condições e modo de vida, a enfrentar a doença, a incapacidade e a morte. Este cuidado cultural pode ser diversificado ou universal” (Leininger, 1991, p.47).

Cada cultura possui uma visão de mundo, uma forma de comunicação, uma religião, um contexto social, político, econômico, educacional e ambiental que influenciam as crenças, os valores e modos de vida do cuidado cultural.

A universalidade do cuidado cultural diz respeito aos valores, significados, expressões ou maneiras de vida daqueles cuidados com domínio uniforme ou similar, revelados em diversas culturas e que reproduzem modos de auxiliar os indivíduos, nas ações de assistir, apoiar, facilitar ou capacitar. E a diversidade do cuidado cultural diz respeito aos significados, modos de vida ou símbolos daqueles cuidados com variações e/ou diferenças, manifestados em várias culturas e que refletem maneiras de ajudar, apoiar, facilitar ou capacitar na prática do cuidado ao indivíduo (Leopardi, 1999).

A interação reflete a dinâmica de relações, neste estudo, representada pela enfermeira-mãe-criança, que é entremeada pela cultura, portanto ela é parcela integrante do processo de vida, porque permite aos indivíduos partilharem significados e refletirem frente saúde e doença (Monticelli, 1994).

O processo de interação que acontece entre a enfermeira, a mãe e a criança busca desenvolver uma capacidade crítica e reflexiva para preservar, acomodar ou reorganizar as ações do cuidado.

A preservação/manutenção cultural do cuidado se refere àquelas ações profissionais de assistir, facilitar ou capacitar que ajudam a mãe e criança a preservar e/ou manter seus hábitos a cerca do cuidado e da saúde, respeitando e valorizando seus valores culturais.

A acomodação/negociação cultural do cuidado ocorre quando as ações profissionais de assistir, facilitar ou capacitar estimulam à adaptações ou

negociação do cuidado com a mãe e criança, coerente com suas crenças e valores culturais.

A repadronização/reestruturação cultural do cuidado diz respeito as ações profissionais de assistir, facilitar ou capacitar, que auxiliam a mãe e criança a reorganizar, modificar ou substituir seus hábitos de cuidado e de saúde de acordo com a realidade cultural desses indivíduos. Propondo um modo de vida mais sadio e benéfico.

Enfermagem

Sob a perspectiva de Leininger (1985), na evolução de seus estudos, que inclui a visão cultural, até apresentá-los como teoria, bem como a de outros autores como Leopardi (1998), considera-se a enfermagem como uma profissão científica, que possui o seu foco no cuidado humano. A enfermeira é um agente capaz de auxiliar o ser humano, indivíduo-coletivo, a buscar condições para manter, preservar e agregar os recursos para que alcance o seu bem-estar, de forma culturalmente adequada e satisfatória no meio onde vive.

A enfermeira é a profissional que possui formação acadêmica, estando apta a desenvolver suas habilidades e conhecimentos científicos nas diversas áreas do saber, desenvolvendo o cuidar integral e global do ser humano e seu coletivo.

O papel da enfermeira de puericultura envolve todo aprendizado acima, porém, aprofundando-os de forma qualificada ao ser criança, para prestar, preservar, acomodar e, se necessário, oferecer cuidados no reabilitar, por meio do acompanhamento contínuo e vigilante de seu crescimento e seu desenvolvimento. Subentende-se, naturalmente, um entrelaçamento, principalmente, com a mãe (ou responsável) e, se possível, com os demais familiares de seu convívio, interagindo com o meio e a cultura, a fim de proporcionar um cuidar congruente, aplicado pela ação da consulta de enfermagem, podendo ser ambulatorial e domiciliar.

A abordagem de puericultura pode ser muito mais ampla, se aplicar os preceitos da Teoria cultural de Leininger, adaptando-a para operacionalizar, culturalmente, o cuidar/cuidado, compreendendo a sua universalidade e diversidade nos sistemas profissional e popular de saúde, através da interação da enfermeira com seus clientes, mãe-criança, no meio onde vivem.

Para Leininger (1991,p.47) “A enfermagem diz respeito a disciplina e profissão, humanísticas/aprendidas e científicas, com seu foco no fenômeno e atividades de cuidado humano com o propósito de ajudar, manter, facilitar ou permitir que indivíduos ou grupos mantenham ou recuperem seu bem-estar (ou saúde) de modo culturalmente significantes e benéficos, ou ajudar pessoas face a sofrimento físico/mental ou morte”.

A enfermagem possui um corpo de conhecimentos científicos e habilidades particulares que visam ajudar o indivíduo no processo saúde-doença. É uma profissão que realiza cuidados. Esses cuidados são alicerçados na percepção da enfermeira e da realidade do indivíduo com suas crenças, seus valores, significados e modos de cuidar, inserido no seu contexto diário. A prática da enfermagem, por meio da interação, com a mãe e criança busca efetivar o cuidado cultural e congruente.

A enfermeira possui uma cultura própria, originária de seu contexto cultural , pessoal e profissional , e deve ter consciência, durante sua prática, de que a mãe e criança podem ser sujeitos provenientes de outra cultura. Assim o sistema profissional interage com o sistema popular evitando-se o choque cultural.

A prática permeada pela interação permite, a enfermeira juntamente com a mãe e criança, organizar de forma adequada, a trajetória para o cuidado cultural. Esses atores experienciam uma prática reflexiva, favorecendo a oportunidade de ocorrer modificações neste processo (Monticelli ,1994).

Sistemas de saúde

Com a finalidade de educar culturalmente, os sistemas de saúde, resgato dois estudiosos que embora fundamentem seus conhecimentos no cuidado cultural centrados nos sistemas de saúde visualizam formas diferentes de como ocorre esta prática do cuidado. Leininger (1991) apresenta a existência de dois sistemas de cuidado e que estes interagem entre si. Para ela há o sistema popular e o sistema profissional de cuidados.

Esta teórica procura o entendimento frente as diferenças e as semelhanças na maneira com que as pessoas exercem o cuidado nas mais variadas culturas, propondo que a enfermagem exercite o cuidado culturalmente congruente.

Kleinman (1980), argumenta que o cuidado em saúde é entendido como um sistema de cultura, que engloba três componentes interligados, que são os setores profissional, popular e familiar. Ele distingue o setor popular do familiar, onde acontecem as práticas culturais de cuidados locais, tradicionais, que são considerados especialistas.

Leininger (1991), agrupa este setor ao popular pois emerge de um conhecimento empírico. Ela compreende que o sistema popular abriga todo e qualquer conhecimento, informação que seja informal e que não seja transmitida oficialmente por meio de instituições formais de ensino.

Outra diferença que emerge nos estudos dos autores, já referenciados, é que o cuidado em saúde não é delimitado, ou seja ele não aparece como definição em cada um dos setores, ele é visto como um cuidado abrangente, transitando livremente em todos os setores. Mas Leininger (1991) evidencia o cuidado em saúde em cada um dos sistemas e em cada cultura.

No enfoque de Kleinman (1980), o sistema profissional de saúde é outro setor do sistema de saúde, composto por profissões de saúde institucionalizadas e organizadas.

A autora apresenta, através do modelo do sol nascente, a enfermagem inter-relacionada ao sistema profissional e ao sistema popular, mas para que essa relação seja congruente e satisfatória é necessário que a enfermagem perceba e compreenda os significados, crenças e práticas do cuidado dos seus clientes. Assim esses serão co participantes no processo, permitindo que o profissional também aprenda e repense sua prática de cuidado.

5 METODOLOGIA

Este estudo foi desenvolvido a partir da concretização vivenciada na prática assistencial e, também, como uma disciplina do curso de mestrado no Programa de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem. A prática foi baseada na teoria cultural do cuidado, mediante a consulta de enfermagem na visita domiciliar com a mãe e a criança.

O trajeto teórico de referência, como apresentado anteriormente, assume a própria trajetória seguida na prática assistencial, no que se refere aos dados que emergiram com expressivo significado frente ao cuidado ofertado à criança com a mãe. Esta trajetória está ancorada no marco conceitual de Madeleine Leininger e no suporte teórico de outros estudiosos que contemplam concepções acerca do cuidado a criança, do cuidado popular e profissional e do sistema popular e profissional .

Trata-se, portanto, de um estudo de caráter qualitativo, tendo como fonte principal o banco de dados desenvolvido através da Prática Assistencial .

Opta-se por este tipo de estudo pelo insumo que o estudo exploratório tem de *“descrever ou caracterizar a natureza das variáveis que se quer conhecer, sendo*

mais trabalhado nas ciências sociais” (Köche, 1997, p. 126). Lakatos e Marconi (1992, p. 107) apresentam dois processos, como técnicas, para proceder à coleta de dados numa pesquisa: a documentação indireta e a direta. A primeira, compreende levantamento documental e bibliográfico, que neste estudo será usado como fonte secundária e, a pesquisa direta, que pode ser por observação intensiva e extensiva. Neste estudo opta-se pela observação direta intensiva através da entrevista, visto que esta técnica, ao usar *“a conversação, face a face, proporciona ao entrevistador verbalmente, a informação necessária”*.

5.1 Local do Desenvolvimento do Cuidado Profissional

O Ambulatório de Puericultura e Pediatria do NPAS, Centro de Ciências da Saúde (CCS), URCAMP-Bagé, foi considerado como serviço de referência e como fonte de origem para a seleção dos sujeitos incluídos na prática. Cabe explicitar que a prática, e o processo de coleta dos dados para a dissertação, propriamente dita, ocorreu no ambiente familiar a partir da visita domiciliar, com os sujeitos (mãe e criança) dos grupos, conforme sua opção.

Para oficializar este trabalho, foi necessário dar atenção especial aos preceitos éticos, porque se acredita que estes são produzidos no exercício profissional da enfermagem. Para os profissionais que atuam no NPAS, foi efetuado um comunicado verbal explicativo, detalhando o desenvolvimento das ações e de seus respectivos objetivos, visto que há um trabalho multiprofissional no local.

Apresento a seguir o cenário de desenvolvimento do cuidado profissional. A URCAMP, por meio do CCS e do Curso de Enfermagem, presta atendimento em diferentes modalidades.

- *Serviço de Enfermagem*: constituído por três ambulatórios: oferece atendimento a clientela e é campo de estágio curricular, incluindo monitoria, e extra-curricular; possui seu regimento interno:

– *Ambulatório de Ginecologia e Obstetrícia*: com serviço de Pré-natal; iniciado com um Ambulatório de Obstetrícia, em março de 1994, hoje, centralizado no NPAS dessa IES. Diretamente a esse Ambulatório, o médico obstetra e a enfermeira encontram-se ligados para prestar o atendimento à gestante;

– *Ambulatório de Puericultura e Pediatria*: é oferecido assistência à criança; foi criado em 1995 como Ambulatório de Pediatria e reestruturado em 1996, transformando-se em Ambulatório de Puericultura e Pediatria, hoje, centralizado no NPAS dessa IES. Diretamente a esse Ambulatório, o médico pediatra e a enfermeira encontram-se ligados para prestar o atendimento a crianças de zero (0) a cinco (5) anos;

– *Ambulatório de Enfermagem*: é oferecido atendimento geral de enfermagem, incluindo procedimentos ambulatoriais básicos de enfermagem para os trabalhadores da IES e a comunidade em geral;

- *Serviço de Fisioterapia*: são oferecidos atendimentos nas áreas de Fisioterapia em Ortopedia e Traumatologia, Fisioterapia em Cardiologia e Pneumologia, Fisioterapia em Neurologia - Adulto e Infantil, Fisioterapia a pacientes mastectomizadas; há uma fisioterapeuta (atende os funcionários da IES), três fisioterapeutas supervisoras de estágios (responsáveis pelos alunos do referido curso) e outra fisioterapeuta (voluntária, que atende o grupo de pacientes mastectomizadas e participa do grupo de Musicoterapia para as gestantes);

- *Serviço de Nutrição*: atendimento a pacientes da comunidade para avaliação e orientação nutricional (individual e em grupo) e avaliação dietoterápica; há uma nutricionista responsável para o atendimento em nutrição clínica, possui estágio extra-curricular para os acadêmicos do referido curso;

- *Serviço de Psicologia*: atendimento em psicologia clínica, com uma psicóloga responsável pelos acadêmicos do referido curso (estágio curricular e extra-curricular);

O NPAS, portanto, é constituído por uma equipe de multiprofissionais de saúde, composta por médicos (obstetra e pediatra), enfermeiras, nutricionista, fisioterapeutas e psicólogas, oferece assistência à comunidade e, também, como campo de estágio para os alunos da área da saúde. Os serviços desenvolvem suas atividades de forma individualizada, entretanto, a relação multiprofissional acontece somente pela ação de encaminhar, conforme a necessidade para outro profissional.

Salienta-se que os atendimentos no NPAS não são credenciados pelo SUS, não por falta de tentativa dessa IES. Portanto, a contribuição da IES para a comunidade figura como assistência “*gratuita*”, tendo como média anual em torno de onze (11) mil atendimentos em seus serviços, de segunda a sexta-feira, com horário agendado conforme o horário de trabalho do profissional.

Atuo no Ambulatório de Puericultura e Pediatria há cinco (5) anos, como enfermeira assistencial, desenvolvendo ações em saúde na área de puericultura e pediatria.

Direciono, principalmente, as minhas atividades para a consulta de enfermagem em puericultura, atendendo as crianças, principalmente, recém-nascidas (RN) até a idade de três (3) anos, trazidas pelas mães (em alguns casos, pais, avós ou responsáveis). Esse atendimento desenvolve-se por meio de comunicação formal e informal, através de informações e orientações, procurando detectar necessidades que as trouxeram a este serviço, quais conhecimentos que estes clientes detêm sobre o cuidar/cuidado, referente à criança e ao seu contexto cultural, além de realizar o controle do seu crescimento e desenvolvimento e de orientações de cuidados rotineiros preconizados para a sua respectiva fase de crescimento e desenvolvimento. Cabe salientar que a consulta de enfermagem desenvolvida no ambulatório foi ampliada, no sentido de vivenciar este instrumento do cuidado profissional no domicílio familiar, durante a prática assistencial.

Os encontros ocorreram nas residências das famílias (mãe e criança) , dentro do perímetro urbano de Bagé. Justifica-se a escolha das mães por residirem distantes, tornando-se dispendioso se os encontros viessem a ser no NPAS , visto que as mesmas possuem baixa renda familiar, necessitando de vale transporte e, também , porque iria interferir no cotidiano de suas atividades .

Esta opção das mães veio a possibilitar uma nova experiência à enfermeira fora de seu ambiente de trabalho, realizando, assim , a chamada “visitação domiciliar”. A ação de ir à habitação, com a finalidade de identificar maneiras de cuidar , sujeitos do cuidado, diferenças de cuidar/cuidado no interior das residências familiares , bem como , de proceder às ações do cuidado, ofereceu à enfermeira a oportunidade de partilhar do real contexto familiar e cultural de sua clientela. Buscando , assim, concretizar a prática do cuidado cultural, congruente e satisfatório.

O período de implementação da prática assistencial ocorreu em duas etapas. A primeira etapa aconteceu entre os meses de julho e agosto de 1999 com as duas famílias, perfazendo um total de quatro encontros com cada família, sendo que estes se realizavam em dia e hora pré determinados na semana anterior a cada encontro no ambiente domiciliar das respectivas famílias, com a previsão de duas horas para cada encontro.

A segunda etapa realizou-se somente com uma das famílias. Foram , então agendados , com aprovação verbal da família, quatro novos encontros, que se concretizaram durante o mês de abril de 2000, em dias e horários pré estabelecidos e acordados entre mãe e enfermeira. Cada encontro previa a duração de duas horas no ambiente domiciliar.

5.2 Sujeitos

Os sujeitos envolvidos neste trabalho foram mãe e criança pertencentes a duas famílias, que se enquadraram nos seguintes critérios: a criança ter idade correspondente entre dez (10) dias e três (3) meses de vida, primeira consulta de enfermagem realizada num período pré estabelecido , antecedendo o início da prática assistencial, criança sem história aparente de patologias ou complicações e, mãe primípara vivenciando pela primeira vez o binômio mãe-filho.

O processo de acompanhamento da criança , através da consulta no ambulatório e na visitação domiciliar, permitiu melhorar a interação enfermeira-mãe-criança de forma a emergir elementos relevantes como ajuda , confiança, atenção e toque, destacados na teoria de Madeleine Leininger , como elementos construtores do cuidado cultural.

O anonimato dos sujeitos foi garantido por uso de codinomes , para os grupos e para cada um dos sujeitos (mãe-criança), após o convite e consentimento destes. Para cada uma das famílias foi oferecida a opção de codinomes, que foram denominados por “*Laura-mãe e Lauren-criança*” e “*Anastácia-mãe e Benedito-criança*”.

Os sujeitos (“*Laura-mãe e Lauren-criança*” e “*Anastácia-mãe e Benedito-criança*”), permitiram a construção de um banco de dados , caracterizados como fonte primária para a etapa de análise do presente trabalho. Cabe ainda elucidar que existe uma predominância da família de “*Laura e Lauren*” , pois a família de “*Anastácia e Benedito*” fixaram residência em outro município durante a construção do referido banco de dados.

5.3 Método de Coleta e Registro dos Dados

A coleta e registro de dados foram desenvolvidos através do processo da prática assistencial. Neste primeiro momento torna-se essencial contextualizar a

implementação da prática assistencial para uma melhor compreensão da origem de um banco de dados que possibilitou, num segundo momento , a elaboração da referida dissertação .

Para que a prática assistencial atingisse seus propósitos , era necessário que esta estivesse permeada pelo seu foco central, os cuidados da criança com embasamento cultural .

Esta prática foi estruturada a partir dos cuidados que devem ser oferecidos à criança para que esta se mantenha saudável, priorizando os cuidados oferecidos, primeiramente a nível ambulatorial , por meio da consulta de enfermagem em puericultura e no ambiente familiar através da visitação domiciliar . Justifica-se os cuidados à criança saudável em função de que a consulta de enfermagem tem como meta prevenir , manter, assegurar e reorganizar estes cuidados.

Não foi elaborado um instrumento com questões direcionadas , mas , sim , uma abordagem com pontos centrados nos cuidados dispensados à criança e a sua saúde. O marco conceitual foi norteador desta vivência. Entretanto , foi elaborado um roteiro para ser desenvolvido com os grupos na prática , a fim de seguir de guia inicial para subsidiar a prática (anexo 1) .

Os encontros foram delineados, inicialmente , pela observação da enfermeira e, durante a caminhada em conjunto com a família, representada pela mãe e criança, à medida que a interação se oficializava, emergiam outros pontos a serem trabalhados. Isto instigou questões sobre cuidados e sobre os componentes do marco conceitual (anexo 2) .

Os encontros foram gravados e, posteriormente , transcritos na integra . Após esta construção procedeu-se a leitura e organização de um banco de dados tendo em vista captar: o entendimento que o sujeito (mãe) possui sobre o cuidado que ela oferece a sua filha , como o sujeito (mãe) percebe o ser humano e os diferentes papéis que este exerce no sistema profissional, quais os significados de saúde e doença que o sujeito (mãe) detém e quais os fatores que repercutem neste processo a

partir de seu contexto de vida e como , o sujeito (mãe) visualiza o sistema profissional de cuidado.

Originou-se um número considerável de dados que permitiu de quatro categorias temáticas que são: *Percepções do sujeito (mãe) acerca dos diversos significados de cuidar/cuidado à criança; Significados que o sujeito (mãe) apresenta sobre ser humano e os diversos papéis que este assume a partir do contexto profissional do cuidado ; Percepções do sujeito (mãe) em relação a saúde , doença e aos fatores que compõe este processo a partir de seu ambiente e Percepções do sujeito (mãe) acerca do sistema profissional de cuidar dos seres humanos mãe e criança.*

Depois de formalizar as quatro categorias temáticas busquei , no marco referencial teórico e na literatura , o apoio necessário para submeter estas categorias a reflexão e discussão .

5.4 Análise dos Dados

Minayo (1994, p.70) diz que o emprego de categorias, para analisar um trabalho, objetiva classificar os dados obtidos na coleta, tendo como referência os “*elementos ou aspectos com características comuns ou que se relacionam entre si, para configurá-las em um conceito ou em um tema*”.

Após a realização dos encontros, aconteceu a transcrição dos dados na sua íntegra. Em seguida foi realizada novas leituras para identificar os aspectos que mais se destacavam e que mais se repetiam . Logo destacou-se os aspectos mais significativos e relevantes que ao serem ordenados e agrupados deram origem , então a seleção de quatro categorias temáticas.

Após a seleção das quatro categorias , foram realizadas novas leituras. A análise foi elaborada a partir dos conceitos apresentados no marco referencial

teórico, de diálogos com outros autores , além dos posicionamentos verbalizados pelos atores sociais participantes mãe-criança e enfermeira/pesquisadora.

6 DISCUSSÃO E ANÁLISE DOS DADOS

Neste capítulo apresento a análise dos dados, através do destaque das quatro categorias temáticas que foram selecionadas do banco de dados, produzido na prática assistencial, sendo: *Percepções do sujeito (mãe) acerca dos diversos significados de cuidar/cuidado a criança ; Significados que o sujeito (mãe) apresenta sobre ser humano e os diversos papéis que este assume a partir do contexto profissional do cuidado; Percepções do sujeito (mãe) em relação à saúde , doença e aos fatores que compõe este processo a partir de seu ambiente cultural ; e Percepções do sujeito (mãe) referente ao sistema profissional de cuidar dos seres humanos mãe e criança .*

Percepções do sujeito (mãe) acerca dos diversos significados de Cuidar/Cuidado a Criança

O primeiro referencial abordado é o cuidado como ação dos sujeitos (mãe e família), para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. Emergindo significados como a higiene e a saúde, alimentação , toque e meio ambiente como sendo elementos construtores do contexto cuidar/cuidado. Com este

questionamento motivador, apresento o conteúdo em relação aos próprios significados manifestados pelo sujeito (mãe).

Leininger (1991) diz que o cuidado é uma necessidade inata que o ser humano exerce para o pleno desenvolvimento, manutenção e sobrevivência de sua saúde nas mais variadas culturas do mundo.

Na área da enfermagem, Leininger (1991) e outras pesquisadoras, tem estudado entre várias culturas comportamentos de cuidar, elucidando como os indivíduos conservam muitos dos rituais de cuidar que reproduzem os valores de suas culturas. Mesmo com a incrementação de algumas alterações, introdução de novos elementos, e ajustes, uma grande parcela desses rituais conservam e repassam suas origens, ao longo da história, de geração a geração.

É sabido que o cuidado é uma necessidade impírica, nasceu com o ser humano e conforme os diferentes momentos históricos, o cuidado é vivenciado e exercido de forma diversificada .

Para a autora, cuidado cultural *“É aquele em que os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetivamente e objetivamente, assistem, apoiam , facilitam ou capacitam outro indivíduo e modos de vida, a enfrentar a doença, a incapacidade e a morte. Este cuidado cultural pode ser diversificado ou universal”* (Leininger,1991,P.47).

Em toda sua plenitude o cuidado adquire significados variados, pelas visões culturais dos indivíduos que exercem esta atividade, por interferências políticas, sociais e econômicas. Sendo, então , o cuidado desenvolvido a partir das perspectivas de vida eleitas pelo ser humano. Traço este parecer através de leituras e compreensões referenciada por Waldow (1999). Concordando com suas idéias sobre as diversas faces do cuidado exercidos pelo ser humano, bem estar significa possuir bens, adquirir coisas. O ser humano vive de forma individualista e competitiva, ocasionando um descaso em relação à saúde e, esta será lembrada quando acusar indícios de debilidade, alertando para a procura de ações do cuidado voltado para o resgate do seu bem estar.

Outro significado de cuidado, referenciado pela autora, se centra no modo das pessoas viverem uma dicotomia frente seus sentimentos, emoções, ao se relacionarem com outras pessoas. O medo, a raiva, a desonestidade, a rivalidade, a violência dividem o mesmo espaço e são experienciados, concomitantemente, com sentimentos prazerosos e benéficos que irão fortalecer os laços interpessoais como o amor, o afeto, o respeito, a solidariedade, entre tantos outros.

Roach (1993), enfatiza que cuidado é um estado de ser. Acredita que a humanidade tem conseguido sobreviver porque abriga seres humanos que possuem atividades de cuidado que precisam ser fortalecidos para que prevaleçam no decorrer da existência humana. Portanto, torna-se vital resgatar não somente no ser humano como também nas diversas categorias de profissionais da saúde o cuidado humano que deveria ser entendido como um imperativo moral.

Leininger (1998) argumenta que o cuidado humano é universal, mas que há padrões variados de cuidado que podem ser conhecidos, identificados e explicados entre diversas culturas. A partir desta idéia traço a compreensão de que assim como a enfermeira, o sujeito (mãe) exercem a prática do cuidado, conforme as condições e disponibilidades do meio que estão inseridos, das suas experiências de vida e de suas visões culturais.

O indivíduo, a família e o grupo, inseridos numa comunidade ou numa sociedade, abrigam uma determinada cultura, porém com características variadas, emergindo assim, estilos diversos de cuidado. Cabendo então, a enfermagem prestar sua assistência de forma flexível, diversa, condizente com a realidade cultural de sua clientela.

Nitschke (1999) fortalece e contribui com a argumentação, acima, referenciada quando tece o entendimento de que os profissionais de saúde são (co)autores e (co)atores na construção do processo do cuidado.

A reflexão referente a esta abordagem, compromete de forma clara a participação de todas as categorias de profissionais preparados cientificamente em prol do seu exercício para a saúde do ser humano.

É premente contextualizar que estes profissionais estão inseridos em um contexto histórico devidamente estruturado e organizado de forma hierarquizada, regido e regulamentado por leis e por seus governantes. Proteger e amparar adequadamente a criança é uma opção política, portanto compete ao Estado, a sociedade e a família, em conjunto, assumir a criança. Uma nação que tem como meta priorizar esse ser em formação, deve demonstrar o amadurecimento moral, à medida que desvela sua real aptidão em construir uma sociedade livre, justa e solidária, capacitada a vencer os males que a acompanham historicamente, como a violência, a exploração, o preconceito, a pobreza, doenças, etc.

Essa prioridade deve ser real, operacionalizada no plano da vida, como concreta realidade, em que o Estado, a sociedade e a família exerçam seus papéis e objetivos, de maneira que estes sejam bem claros, definidos e programados (Ricco,2000).

O Estatuto da Criança e do Adolescente surgiu como modelo legal voltado a normatizar as relações entre os seres humanos em desenvolvimento e a União, o Estado, a sociedade e a família.

O teor do artigo 4^a. do Estatuto da Criança e do Adolescente relata de maneira clara os direitos inerentes à pessoa humana. Está registrado com a seguinte abordagem:

“É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar com absoluta prioridade, a efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à liberdade e a convivência familiar e comunitária”

(Carvalho,1997, p.181).

A necessidade de formalizar esse conjunto de normas específicas se deu porque tanto a criança como o adolescente, *“em virtude da falta de maturidade física e mental, necessita de proteção e cuidados especiais, inclusive a devida*

proteção legal, tanto antes quanto após seu nascimento”, visto que tem se experienciado e constatado o alto grau de imaturidade da família, da sociedade e do Estado no tocante a esses dois seres em processo de crescimento, amadurecimento e desenvolvimento e como sujeitos de direitos civis, humanos e sociais garantidos (Ricco, 2000, p.178).

“...então eu acho que o amor é super importante para a criança ter uma vida boa, se sentir amada, se sentir aceita” (Laura).

“ Eu acho que o amor é bastante importante para que a criança cresça bem, desde a barriga eu sempre tive amor pela minha filha”(Laura) .

A criança é um dos componentes integrantes do grupo familiar e por encontrar-se em processo de desenvolvimento, apresenta peculiaridades que a torna vulnerável aos problemas físicos e emocionais, carecendo assim de proteção para assegurar sua individualidade, integridade física , cognitiva e psicossocial .

É necessário possuir conhecimentos referentes à criança e ao seu processo de desenvolvimento para que se compreenda a complexidade dos cuidados que se fazem indispensáveis no curso de seu processo de crescimento , que compreende desde a concepção até a adolescência . A realidade do meio tem influência considerável no seu processo de crescimento , os fatores sócio-econômicos e culturais atuam de forma considerável sobre a criança nos primeiros anos de vida, principalmente.

Beihel et al (1992), abordam que o desenvolvimento da criança é entendido como um processo harmônico, que acontece gradativamente e o faz vir a ser um ser singular, por acompanhar tendências hereditárias e influências do meio em que está inserida. Por suas características próprias a criança precisa da colaboração dos adultos para que suas necessidades sejam atendidas. Tais necessidades são selecionadas em biológicas, físicas e emocionais. Classificadas como necessidades básicas: alimentação, hidratação, eliminações, habitação, amor, afeto, segurança, disciplina e autoridade, dependência e independência, entre outras.

Em relação aos cuidados, o sujeito(mãe) aponta a *higiene e a saúde* como os mais significativos e que, estes, estão relacionados não apenas aos utensílios, roupas, alimentação, bem como, ao bem-estar dos próprios componentes familiares. A socialização de determinado hábito cultural é de extrema importância para a criança ser reconhecida no grupo familiar como um sujeito partícipe, ou seja, é um indivíduo único e comum no seu meio.

“Acho que higiene e saúde são os mais importantes, tanto a higiene da criança como também de como eu cuido da minha filha. Das roupas, das mamadeiras. Alimentação... dá para ver se a Lauren está bem alimentada ou não, pelo peso, se bem que gordura não é saúde, mas ela é saudável, nunca esteve doente”(Laura).

“... Eu não tinha medo de cuidar da minha filha, de tratar da minha filha, de limpar ela é que eu tinha medo”(Laura).

“... , quando eu disse que não banhava minha filha todos os dias, no inverno ou quando estava muito frio, e tu me orientou de como eu poderia fazer para dar banho na minha filha todos os dias, como por exemplo eu poderia fazer para ela não ficar com muito frio nem se gripar ,... , eu resolvi tentar, e aí fui perdendo o medo, ...”(Laura).

“ ..., a gente gosta de banho, se sente bem tomando banho todos os dias, então a criança também deve gostar”(Laura).

Stefane apud Schmitz (1989,p.8), referencia que a higiene da vida é o equilíbrio resultante das atividades, refeições, repouso e sono. Cabendo a mãe ou responsável pelos cuidados com a criança, possuir informações básicas para direcionar a vida da criança de acordo com as necessidades prementes de cada faixa etária. Enfatiza que a higiene corporal tem influência no desenvolvimento da criança. A higiene do corpo produz bem estar e é importante para manter a saúde da criança.

A alimentação da criança é uma prática natural que não cabe ser exclusiva a esquemas rígidos, nem generalizados a toda classe infantil.

“Eu achei que era o meu leite que iria alimentar minha filha, sim, porque eu achava um nenê tão pequeno... vai oferecer outro leite ou outra coisa, está acostumado na minha barriga, recém nasceu, tem que receber o leite materno. Só o que eu dei para

minha filha até descer o meu leite , foi a glicose lá no hospital. Porque eu acho que a gente tem que amamentar nem que seja um mês, dois meses. No começo da vida ,tem que dar de mamar”(Laura) .

O aleitamento materno, constitui-se em questão fundamental quando se refere a saúde infantil e coletiva. Sendo um direito ético e biologicamente inquestionável, que deverá estar ao alcance de todos os seres humanos. Reconhecer, respeitar e lutar para que esse direito seja alcançado na sua plenitude, está entre as mais nobres atividades daqueles que trabalham com e pela criança (Del Ciampo,1998).

O papel de educadora que a enfermeira deve exercer, se fará sentir a partir da promoção de ações educativas sobre aleitamento materno a toda a população.

É necessário se manter vivo e atualizado o estímulo à prática do aleitamento materno, para as condições socioeconômicas e culturais vigentes e particulares para cada grupo populacional, em que se pretende que esta prática seja cada vez mais efetiva e plena de sucesso.

Naturalmente, o esquema nutricional é elaborado a partir da tradição cultural de cada população, sendo que a escolha de alimentos é determinada pela disponibilidade local dos mesmos e pela aceitação da criança. O reconhecimento de sua eficácia é visualizado pela adaptação da criança aos novos alimentos, sem que lhe causem prejuízos, também pela observação e acompanhamento de um crescimento sadio. Portanto, cada agrupamento familiar ou regional organiza um “*esquema*” alimentar de acordo com a idade, que é incorporado e repassado como um valor cultural (Leão,1988).

Cada criança deve receber um esquema alimentar individualizado e flexível, visto que as necessidades nutricionais variam conforme a idade, sexo, atividade, ambiente e reservas do organismo. Estes princípios básicos devem ser respeitados e, a alimentação da criança deverá além de suprir suas necessidades nutricionais qualitativa e quantitativamente, por meio de uma dieta balanceada, ser ofertada num ambiente tranquilo e agradável, aceitando e respeitando a tolerância e preferência de

forma individual (Marcondes, 1988). O exemplo apresentado a seguir mostra que a mãe absorve os princípios básicos da higiene alimentar.

“...ela nasceu, mamou, depois veio a papinha, a fruta e ela está cumprindo todas as etapas ... Eu iniciei com a papinha quando era para começar, dei suquinho, dei fruta, sempre. Chegou a época da fruta comecei a dar fruta ,chegou a época da papinha, comecei a oferecer para ela. Então tudo que era para dar para ela , eu fiz”(Laura).

É preciso conhecer e entender que cada criança possui características singulares, sua estrutura e dinâmica familiar, também horários, períodos e épocas da vida que, aliados as suas necessidades nutricionais, seus aspectos particulares de anatomia e fisiologia digestiva, além das características e propriedades dos alimentos podem em conjunto embasar uma proposta de esquemas alimentares adequados para cada situação.

Campos (1998), relata que a alimentação pode ser considerada como necessidade mais premente de um indivíduo, visto que desempenha um papel fundamentalmente biológico e imprescindível á vida. O alimento não é visto somente como fonte de energia e material para a construção do corpo físico, mas também é entendido como um gerador de emoções e reações, tendo seu significado relacionado a valores e padrões culturais.

Alicerçada na visão de Leininger (1985), vislumbro que os valores, crenças e práticas frente ao processo do cuidado se modificam , de maneira dinâmica conforme vão acontecendo e se firmando as relações de interação. Como é possível elucidar na linguagem expressa pela mãe Laura:

“..., Eu acho que minha filha vai crescendo, e é bom conviver com as pessoas. Acho que é bom para ela. Depois fica uma criança chorona, que briga com as pessoas ,não se dá com ninguém, as pessoas querem agradar e elas ficam emburradas, choronas. Eu não quero que minha filha seja assim”(Laura).

“ Eu gosto de levar minha filha sempre junto. A gente sai e se eu não levo ela parece que não tem muita graça. Eu adoro andar com minha filha. Eu acho que minha filha também deve gostar. Se a gente tem vontade de ir em algum lugar, a criança também, deve sentir vontade de estar junto”(Laura).

“Eu acho que minha filha precisa conviver com outras pessoas, outras crianças para ter uma vida boa e saudável”(Laura).

Interação pode ser interpretada como o processo pelo qual dois indivíduos vivem e adquirem um compromisso emocional e afetivo. O início deste processo se dá na gestação, tornando-se mais intenso no decorrer do parto e puerpério e, quando efetivado, torna-se consistente, assim, o termo interação será utilizado como um processo de ir e vir que será vivenciado entre a criança e seus pais. Ao ser efetivado, ele repercute na saúde mental e física de uma vida inteira. Nele se processa trocas de sentimentos, caracterizada pela atração e reciprocidade, a resposta é manifestada pela satisfação mútua, ocasionando outras trocas, e assim sucessivamente (Burruoghs, 1995).

Piaget (1995) mostra em seus estudos que as esperanças, expectativas e atitudes da mãe como também o estilo, as características e a predisposição da criança são consideradas elementos imprescindíveis na formação do relacionamento desta diade. Durante os dois primeiros anos de vida, tanto as alterações vivenciadas pela mãe como pela criança influenciarão de forma significativa em seus padrões de interação.

Brougère (1998) destaca o brincar como um componente significativo no relacionamento pai e filho, o autor tece o entendimento que há diferença no estilo de brincar de seu pai e mãe, e que os modos de reação da criança variam quanto a um e a outro. Estudos comparativos realizados em diversas culturas revelam que a qualidade da interação entre pai e filho tem uma forte influência no desenvolvimento social da criança.

“ Meu esposo é super preocupado. É um pai bem atencioso, bem presente. Em tudo, em toda a minha gravidez ele foi bem atencioso”(Laura) .

“ Quando ele está em casa, eu descanso, ele toma conta dela, dá banho dá papinha. Ela chora quando ele sai para trabalhar. Ela passa chamando ele, todo o dia, ele me ajuda bastante..., O meu esposo deu banho nela, trouxe ela aqui na sala bem limpinha, bem cheirosa, aí ela me deu um beijo e foi bem ligeiro e deu um beijo nele

também. Acho que foi para ninguém ficar com ciúme. Foi , deu um beijo em mim e deu um beijo nele”(Laura) .

“..., meu marido trabalha todo dia , chega cansado, brinca só um pouquinho com o filho e diz que esta muito cansado ”(Anastácia).

A partir deste prisma, a criança é parte integrante do sistema familiar. Seu desenvolvimento e comportamento manifestam-se conforme os padrões de interação e os métodos usados pelo seu grupo familiar. Qualquer alteração em qualquer indivíduo da família repercute sobre todos seus membros. Para entender a dinâmica familiar e para melhor se entrosar com sua dinâmica é preciso perceber e entender o contexto cultural no qual se insere a criança e sua família (Maldonado, 1991).

Enquanto ator, neste cenário, vivencio o papel da enfermeira que crê que seja por intermédio da interação que o cuidado poderá ser visualizado, presenciado, experienciado, planejado, reconstruído e ofertado, atingindo um objetivo único, que é suprir e atender necessidades provindas do ser humano inserido em seu contexto popular em sintonia com o contexto profissional , aqui representado pela enfermeira.

Ricco (2000), afirma que é através da cultura que se repassa, de geração á geração, atitudes, valores e crenças. Portanto, os hábitos alimentares são transmitidos culturalmente e adquirem significados peculiares de acordo com o grupo social ao qual a criança encontra-se inserida. Assim , reproduz em uma dada sociedade, de forma dominante, padrões socio-econômicos e culturais, compondo parte considerável do comportamento dos indivíduos, que são estimulados a agir em função ao que consideram importante para sanar suas necessidades.

“ Eu quero trabalhar para poder comprar as coisas para o meu filho. Quero que ele se alimente bem que ande ajeitadinho. Quero comprar roupas para ele, comprar bastante frutas, iogurte que ele adora ... e se ele adoecer? Eu preciso ganhar dinheiro para criar o meu filho”(Anastácia).

“ Eu cuido da alimentação na hora, não fico muito tempo sem oferecer nada. Por exemplo: um dia só oferecer leite. Eu nunca deixo de fazer almoço para ela, nem de dar a comidinha dela, nem de dar a fruta, se não tem eu vou comprar. Eu me

preocupo com a alimentação dela e com a higiene também, eu nunca deixo ela suja, xixi. Se vejo que ela esta xixi, já troco, o banho também, eu sempre procuro que ela esteja limpinha, porque eu acho horrível uma criança suja”(Laura).

A enfermeira, no exercício de sua prática, voltada para o cuidado cultural, deverá estar em “alerta” para perceber, detectar e atuar de maneira que a interação seja o elemento chave entre os sistemas profissional e popular destacando o cuidado em sua universalidade e em sua diversidade. Ao compartilhar do contexto de vida de sua clientela e pela abordagem já apresentada pelos sujeito (mãe) frente a situação do cuidado, ela não deve deixar de lado a importância da alimentação como sendo um momento de obtenção de prazer, alegria e de interação social. Levando em consideração, ainda o contexto familiar no qual a criança está inserida, com seus padrões e hábitos socio-econômicos e culturais. A enfermeira embuida do seu carisma pessoal e profissional, deve exercer a função de mediadora referente aos aspectos aqui apresentados, envolvidos com a alimentação, intervindo como um agente educativo. Este desafio exige da profissional compreensão, que se estende, além das queixas, até a história familiar de sua clientela e do papel desempenhado pelos alimentos na interação e no contexto sociocultural dos indivíduos participantes na construção deste processo.

Neste estudo, cultura está intimamente interligada ao processo referente a oferta de cuidado. Durante toda a trajetória percorrida pela enfermeira em conjunto com o sujeito (mãe) visualizei diversas idéias e formas de viver e exercer esta assistência.

Adotando a referência de Leininger (1985), cultura são os valores, crenças, normas e práticas de vida do sujeito (mãe) que foram aprendidos, compartilhados, propagados, que guiam seu pensamento, suas decisões e ações de forma padronizada durante o processo do cuidado. Estes padrões podem ser modificados e reorganizados durante o curso da vida, mesmo assim permanecerão enraizados na essência dos indivíduos.

No entendimento de Elsen (1984), uma sociedade ou grupo cria e detém uma cultura própria para poder usufruir e beneficiar-se dela. Assim a cultura e cuidados encontram-se intimamente relacionados. A incorporação da cultura pelo ser humano tem como ponto de partida o ambiente familiar, repercutindo, assim no universo que começa a manifestar sua simbolização e estruturação.

Langdon (1991), acredita que todo ser humano é detentor de cultura e que ela é, em grande parte, responsável por nossas diferenças.

A autora conceitua cultura como sendo “*qualquer atividade física ou mental que não seja determinada pela biologia e que seja compartilhada por diferentes membros de um grupo. A cultura inclui valores, símbolos, regras da vida e costumes*”. Esta estudiosa afirma que cultura é a resultante das novas interações.

Dando seguimento a apreensão dos significados do cuidado, o sujeito (mãe) aponta o *toque* por meio de suas falas, como elemento importante nesta construção.

“ ..., eu acho importante para minha filha, sempre tocar ela, eu estou sempre beijando, apertando, sempre fazendo carinho nela. Eu acho o toque importante para tudo, é importantíssimo na vida da gente”(Laura).

O sujeito (mãe) enfatiza que a criança necessita ser tocada, tanto pela mãe quanto pelo profissional de saúde, para que se comprove um cuidado com qualidade. A teoria de Leininger, preconiza o toque, como um, dentre os muitos elementos manifestados no cuidado cultural, aqui o toque é entendido como universal pois é destacado e utilizado tanto pelo sujeito (mãe) como pela enfermeira. Neste momento, percebo que o sistema de cuidado profissional, através da enfermagem, tem influência no cuidado e vice-versa, teço este parecer a partir do comentário, acima expresso pelo sujeito(mãe).

As práticas de cuidado acompanham a evolução histórica e humana do mundo. Ao longo dos tempos, as civilizações retratam o cuidado em suas variadas dimensões, caracterizando e vivenciando este cuidado no tempo e espaço, respectivamente.

Collière (1989) faz um resgate histórico, em especial a uma determinada época, das práticas de cuidado, no tocante as atividades da mulher, estarem relacionadas a vida. As práticas de cuidar representavam a manutenção das funções vitais como beber, comer, dormir. A mulher conhecida como cuidadora, faz uso do próprio corpo para assegurar as funções vitais. O corpo, manifesta e comunica através de seu potencial sublime de gerar e assegurar a vida e, através, também, do toque. Sendo este, capaz de expressar um arsenal de emoções, sentimentos, sensações que são expressas através de reações que podem ser satisfatórias ou não. Vale lembrar que este, também, expressa e propaga sentimentos por meio do olhar, da expressão facial, de movimentos, da postura, entre outros.

É curioso perceber que, ao longo deste período, o cuidado não era priorizado ao corpo, sendo esse originário de impurezas. Quando tocado pela cuidadora para ser tratado, era interpretado como sacrifício mas que ao realizá-lo atingia a salvação da alma. Num outro momento o corpo é visto como fonte de lucro, o seu significado está centrado na produtividade, na sua utilidade enquanto força de trabalho.

A ascensão da tecnologia abre espaço para que os cuidados dispensados ao ser humano, através do corpo e do toque, sejam substituídos por máquinas. Desvalorizando, assim, manifestações e expressões, que até então eram percebidas e sentidas como instrumentos do cuidado. Parece que o olhar expressivo como demonstração de carinho, o afago, ou, um cumprimento que expressa, ao ser manifestado, conforto, apoio e segurança, já não se fazem mais necessários.

Silva (1996, p.89) entende que tocar “*É o estudo do toque e de todas as características que o envolvem: pressão exercida, local onde se toca, idade e sexo dos comunicadores, entre outras*”.

Ela afirma que os elementos sensoriais provocados pelo contato físico desencadeiam alterações neurais, glandulares, musculares e mentais, e que estas são conhecidas como emoções. Exemplificando que o tato, muitas vezes, não é “*sentido*” como uma sensação, mas sim como emoção.

“ ..., eu acho o toque importante para tudo, para quem atende a gente, para carinho de família, para carinho de marido e mulher, então, eu acho o toque muito importante na vida da gente”(Laura).

Vários estudos descrevem situações em que o toque é utilizado como instrumento de apoio, ajuda e segurança. Quando vivenciamos uma situação que nos deixa deprimidos, nervosos e inseguros, um gesto consolador, um aperto de mão firme ou um abraço caloroso proveniente de uma pessoa significativa poderá ser tranquilizador. Muitas vezes se faz necessário procurar auxílio nos profissionais da (saúde) para que nos toquem e verbalizem que não precisamos nos preocupar. E ainda, se nos encontrarmos completamente sozinhos, poderemos recorrer ao nosso próprio corpo, abraçá-lo, tocá-lo de diversas maneiras para podermos suportar nossos temores e conflitos.

“Se eu vou tocar a Lauren, não pode ser ligeiro, pegar de qualquer jeito. Quando a gente vai tocar a criança, dar banho, todo o trabalho que tu vai fazer tem que ser com um toque de carinho, até uma comida tem que ser preparada com carinho e cuidado”(Laura).

“ Tu pesa , mede, é carinhosa. Porque atendimento ruim é aquele onde o médico só pergunta qual o sintoma, não toca, não pesa só olha “(Laura).

Durante a realização de procedimentos técnicos como a troca de um curativo e, também, quando em uma consulta, ao iniciar ou no término, profissional e cliente se cumprimentam, esta situação é presenciada diariamente, porque culturalmente essa forma de aproximação é inerente a cada pessoa Silva (1991) .

Montagu (1988) destaca e salienta a existência de fatores que devem ser analisados ao se estudar o toque e que sua leitura sofre interferências pela presença das diferenças individuais e culturais. Ao estudar o toque, verifica-se que o grau de acessibilidade varia em diversas culturas.

Este autor, ainda, apresenta um estudo em que o toque e a proximidade física são apontados como as principais formas de se comunicar e de expressar afeto para

com o cliente, emergindo, também, a segurança, o envolvimento e sua valorização como ser humano.

Os sujeitos participantes neste contexto, podem e devem ser vistos como instrutores do *toque*, tendo em vista que esta ação é assumida como parte do cuidado cultural. Assim, a profissional pode interagir com a mãe e com a criança trocando experiências e aprendendo num nível de horizontalidade cultural.

Outra forma considerada relevante pelo sujeito (mãe) de cuidado é em relação ao *meio ambiente* . Expressa por ela do seguinte modo:

“Eu acho a higiene super importante, até para tu viver, se no ambiente em que vive é sujo, tu não vive bem. O ambiente é super importante. O amor e a higiene é tudo, do ambiente, da roupa, banho. Por exemplo, as panelas, mamadeiras que eu vou prepara a alimentação dela , os alimentos dela também. Isso tudo tem que ser bem limpo”(Laura).

O ambiente, aqui manifestado representa o contexto de vida do ser humano, o meio no qual ele está inserido, vive, desempenha papéis, vivencia o seu processo de cuidar/cuidado, alicerçado em padrões culturais próprios.

Schmitz (1989) afirma que a qualidade do meio ambiente é um dos fatores determinantes para que o indivíduo cresça e se desenvolva de forma harmoniosa e com saúde.

Destaca que as condições de vida familiar e social podem alterar o ritmo natural da criança. Dar oportunidade a criança a receber cuidados com amor, calor humano, pelo toque, são consagrados momentos de comunicação, incentivando o despertar desta criança ao mundo exterior.

Ricco (2000) compartilha com a idéia acima referenciada e incrementa com sua abordagem, enfatizando que o meio ambiente influencia em todo processo de crescimento e desenvolvimento da criança, desde sua concepção. Fatores como nutrição materna, clima, condições sanitárias, nível socioeconômico, entre outros, estão atuando diretamente no processo evolutivo da vida. Salienta que o ambiente familiar quando equilibrado e a interação harmoniosa é exercitada, entre os

membros da tríade (pai-filho-mãe) podem resultar, em um saudável e completo crescimento e desenvolvimento, mas que este também pode vir a ter atraso considerável se entremeado por relações infelizes e desestruturadas.

“ Eu acho que tenho uma vida boa, às vezes a gente fica conversando, eu e meu esposo, a nossa filha é saudável, nossos pais estão bem. A nossa vida está andando aos poucos, a gente está construindo, a gente vive uma vida boa, não falta nada, ...”(Laura).

“... O meu esposo é bem caseiro, ele vive para a gente, para mim e para minha filha, porque hoje em dia esta difícil, os homens não vivem assim. Eu tenho exemplos de ver o contrário. O meu esposo não, ele é bem caseiro, de casa para o serviço e do serviço para casa, adora nossa filha, é um pai que me ajuda bastante, ...”(Laura).

Durante sua prática, a enfermeira necessita investigar o ambiente familiar em que a criança vive e a maneira como é cuidada, assim como as condições econômicas e os padrões culturais da família.

O cuidado é apresentado por Leininger como o fenômeno relacionado ao comportamento de prestar auxílio, apoiar ou capacitar, voltados a outro indivíduo ou grupo, com necessidades evidentes ou antecipadas de melhorar ou aperfeiçoar uma condição de vida humana.

Em todas as culturas , o cuidado à criança está presente. A partir desta perspectiva, é possível a enfermeira exercer sua prática de três formas distintas: preservar o cuidado cultural já desenvolvido pelo sujeito (mãe), acomodar, quando o cuidado necessita sofrer alguma alteração e repadronizar quando for necessário, provocar mudanças de comportamento frente ao cuidado.

Estas alternativas de atuação do cuidado cultural, apontados por Leininger podem concretizar-se a partir da interação, em ambos os contextos, do sujeito (mãe) para a enfermeira e vice versa, ou seja, da enfermeira para a mãe, propiciando o compartilhar de experiências e trocas, chegando a tornar possível a repadronização na maneira da enfermeira incluir o cuidado cultural em sua prática profissional. Porém, para que a enfermeira exerça suas ações por meio destas alternativas, é premente que esta , realize um trabalho educativo, que disponha de visão e amadurecimento para se permitir a mudanças de comportamento frente suas ações,

que esteja disponível e comprometida para buscar formas de exercer com interdisciplinaridade, alcançando o desenvolvimento de um cuidado científico, cultural e humanístico. A enfermeira deve realizar um estudo das possibilidades, para atuar conforme as potencialidades e capacidades do sujeito (mãe), buscando proporcionar melhorias à qualidade de suas vidas, preservando sua singularidade, e suas condições peculiares de promover a saúde.

Tomou emprestado a idéia de Monticelli (1994, p.51), quando ela elucida que é essencial à enfermeira compreender o real sentido cultural que os indivíduos aplicam ao agir, cuidar de maneiras variadas durante o seu processo de viver, para que então esta consiga desenvolver sua prática profissional de diversas maneiras, durante o seu processo de viver. A autora delinea que a interação cultural é vivenciada e exercitada, ao longo da caminhada da prática, quando a enfermeira visualiza o sujeito (mãe) como um agente de mudanças, frente ao cuidado, criando uma parceria para construir esta prática. Formalizando, assim, uma prática educativa.

É imperativo que a enfermeira faça uso de sua sensibilidade para perceber valores e crenças de sua clientela. Reconhecendo sua clientela, será capaz de perceber e tolerar comportamentos diferentes dos seus e, assim, terá condições de elaborar e desenvolver um plano de assistência individualizado, atingindo um cuidado congruente e satisfatório (Burroughs, 1995).

Compartilho desta idéia, visto que tornou-se possível implementar mais uma forma de ação cultural de cuidado de enfermagem. Destacando-se que por meio da interação entre a enfermeira e o sujeito(mãe) o cuidado foi acomodado/negociado, a partir da explanação referente ao uso do Hipoglós.

Laura diz que sempre usava bastante Hipoglós, mas que não sabia que tinha que retirar durante a higiene corporal de sua filha. No transcorrer do diálogo, ela descreve seu cuidado:

“eu parei um pouco de usar, diminuí a quantidade, procurava limpar bem o lugar, retirar a hipoglós, lavar bem e, depois passar um pouquinho. Ela nunca teve assadura, eu sempre uso bem menos, e toda vez que eu troco ela, eu limpo bem

limpinha, porque eu não limpava e passava por cima de novo, eu acho que até estava prejudicando ela, porque estava ficando uma crosta, mas eu não sabia”(Laura).

Enfatizo os aspectos referentes a interação e a cultura, visto ser indispensável que a enfermeira compreenda seus significados para poder atuar de forma diversificada em relação as variadas experiências vivenciadas pelos participantes, no decorrer do processo de cuidar/cuidado.

Significados que o sujeito (mãe) apresenta sobre Ser Humano e os diversos papéis que este assume a partir do contexto profissional do cuidado

A segunda categoria aborda percepções que o sujeito (mãe) tece sobre o ser humano e os diversos papéis que assume no contexto profissional. Emergindo assim, o ser humano criança , ser humano mãe e mulher , ser humano pai e ser humano enfermeira. Alicerçada nesta apresentação exponho um conteúdo construído a partir dos significados desvelados pelo sujeito (mãe).

O referencial apresentado por Leininger (1978), me oferece subsídios para entender que o ser humano é membro de uma cultura, sendo capaz de sobreviver ao longo dos tempos, através de diversas formas de se cuidar e de oferecer cuidado a outros indivíduos, em diversificados ambientes e de maneiras variadas. Detém um conjunto de conhecimentos, crenças, valores, hábitos de vida que lhe são ensinados e partilhados por outros indivíduos . O ser humano não vive tampouco sobrevive isolado, ele é fruto de uma família que o instrui e educa, através de sua herança familiar, para viver e interagir social e culturalmente, levando esta bagagem consigo enquanto realiza a viagem da sua vida.

Landgnon (1994) define ser humano como um ser único, indivisível, tanto em relação as suas características peculiares, quanto as sociais e culturais, que aprende, partilha e padroniza suas ações..

Ao iniciar o enfoque deste conteúdo direcionado ao *ser humano*, exemplifico a visão que o sujeito (mãe) detém:

“nós somos seres humanos, todas as pessoas são... Ser humano é uma pessoa que tem direitos. Eu me considero um ser humano, mas tem pessoas, médicos que não consideram as pessoas como ser humano... não tratam do mesmo nível deles, não tratam com a mesma atenção, o mesmo carinho, por isso eu acho que não tratam os pobres como ser humano. Nós somos seres humanos todas as pessoas são. Merecem receber respeito, carinho e atenção,... todas as pessoas são iguais e merecem viver bem e serem tratadas com atenção e não com descaso,...”(Laura).

O sujeito (mãe) expressa, por meio de sua fala, que as diferenças sociais, econômicas e também culturais interferem , muitas vezes, de maneira negativa, no convívio das relações sociais. Barton e Barton (1984), compreende a ética como sendo um conjunto formado por princípios que direcionam a conduta de um determinado grupo de indivíduos.

Importante lembrar que a questão ética deve permear toda a trajetória da profissional e, que esta deverá exercitar sua prática alicerçada na valorização e no respeito ao ser humano, enfatizando sua cultura, considerando suas crenças, valores, padrões, ações e estilos de vida (Gelain, 1987).

Neste contexto, ser humano está aqui representado pelo sujeito(mãe), sua filha, seu marido, seus familiares, a enfermeira e todas as pessoas que compartilharam e enriqueceram este estudo.

O sujeito (mãe) é percebido como ser humano que abriga e desempenha uma variedade de papéis. É mulher, mãe, esposa, trabalhadora, filha, cidadã entre outras. O sujeito (mãe), comporta, experiência e interage um universo de ações e emoções, com as pessoas e com o meio, conforme sua visão do mundo e sua cultura (Monticelli, 1998).

O esposo, apesar de aparecer de maneira discreta, nestas situações vivificadas, certamente é membro ativo e colaborativo no contexto familiar, pois participa, partilha e transmite culturalmente neste processo. Em conjunto com o sujeito (mãe), vivenciam um momento único a partir do nascimento da filha, na construção desta nova etapa de suas vidas.

O ser humano enfermeira detém uma cultura própria, nascida da união entre o seu grupo familiar e sua formação profissional. Ela deverá interagir com outros seres humanos para então dar início à implantação e implementação do processo de cuidar. Sua atuação estará centrada na busca da congruência entre o cuidado popular e o cuidado profissional.

Para Marcondes (1988) *“o recém-nascido é portador de um extraordinário potencial para a busca da felicidade, do triunfo e da dignidade, no sentido de se tornar um adulto fisicamente normal, psiquicamente equilibrado e socialmente útil”*, sendo a enfermeira uma das agentes facilitadoras para que esse ser humano possa alcançar e desenvolver suas potencialidades .

“..., eu acho importante que minha filha tenha contato com outras pessoas , com crianças, com o mundo. Agora ela não entende muito , mas depois vai ficar grandinha e vai precisar desse convívio”(Laura).

Na particularidade da enfermagem, sua prática concretiza-se por meio da promoção do crescimento e desenvolvimento saudáveis da criança, da prevenção das doenças passíveis de serem evitadas durante a fase de crescimento e desenvolvimento e na recuperação da criança doente com a meta de reintegrá-la na sua família e na sociedade .

Para que a enfermeira almeje a concretização de suas ações é preciso colocar-se próxima de seu cliente e de sua família, entendendo suas condições de vida, seus potenciais e limitações, assim sua postura deve ser despida de preconceitos e isenta de julgamentos e idéias pré-concebidas.

Nesta direção, a visão do sujeito mãe em relação ao conhecer e perceber sua filha, confirma a complexidade do espaço de interação/identidade do sujeito criança:

“Ela não sabe falar, tenho que conhecer minha filha para poder ajudá-la, quando precisar”(Laura).

Está subentendido que este sujeito (mãe) percebe e procura conhecer sua *filha* como um ser *humano*, possuidor de uma identidade, com significados próprios. Está idéia encontra suporte no entendimento de Rodrigues (1979, p.85), argumentando que em qualquer cultura o ato de nascer não privilegia a criança de ser vista como um ser completo da sociedade. “*É necessário incorporá-la por procedimentos simbólicos e dar-lhe um lugar particular no sistema social, aplicando-lhe um nome , atribuído-lhe pápeis , fazendo-a enfim, nascer socialmente. Trata-se de procedimentos rituais destinados a promover a sua transição, “do estado de natureza para o estado de cultura”.*

Face a esta abordagem, vislumbra-se um entrelaçamento entre o sistema profissional e o sistema popular a partir da percepção da enfermeira de contextualizar sua assistência com embasamento nos conhecimentos da teoria cultural do cuidado. Respeitando sua clientela com singularidade, possuidora de significados, hábitos de vida, formas de prestar cuidados oriundos de um contexto ambiental diferente do seu modo de visualizar e vivenciar o seu existir.

Reportando-me ao *ser humano mãe*, que desempenha, nesta trajetória, papel participante e dinâmico, contribuindo por meio de sua história, com sua visão de mundo, seus significados e experiências, na construção de uma prática assistencial voltada para a realidade cultural do indivíduo, refletindo na contextualização do cuidado congruente.

O sujeito (mãe) com espontaneidade verbalizou quanto sua aparência, da dificuldade para emagrecer.

“ Eu falo que estou gorda, que estou louca para emagrecer, que não me agüento mais gorda, ele não se importa, quer dizer, se importa, porque quem é que vai querer uma pessoa gorda. Mas ele diz que com o tempo eu vou emagrecer. Que geralmente na gravidez a pessoa engorda. E ele diz que não está preocupado com isso, que com o tempo eu vou emagrecer e vou voltar ao normal. Ele não cobra isso, beleza, ele não cobra”(Laura).

“Eu é que me cobro, porque eu acho horrível essas mulheres que ganham filho e se atiram, eu vejo isso, na minha família mesmo, tem muito disso. É bem comum, as mulheres casam, ganham filhos e ficam gordas. Não tem graça para se arrumar. Eu não tenho muito tempo, mas estou sempre querendo me arrumar, eu me incomodo porque não sobra muito tempo. Mas eu estou sempre querendo me arrumar. Vestir uma roupa bonita”(Laura).

“Eu me acho horrível, quando me olho no espelho. Acho que toda mulher tem que se gostar, é da gente se gostar, tu tem que te gostar. Como é que teu marido vai gostar de ti, se tu não gosta, como é que as outras pessoas vão gostar de ti se tu não gosta ?”(Laura).

Estas falas me induzem a questionar as dimensões do sujeito (mãe), a mulher, a mãe, a mulher-mãe detentora de cuidado, a mulher mãe que presta o cuidado, a mulher responsável pelo sucesso ou fracasso frente ao cuidado, suas ansiedades, seus temores, seus sonhos, seus desejos,..., enquanto ser mulher e ser mãe (?).

Para Dolto (1984), a palavra mãe designa uma mulher como criatura passiva, gestante ou consciente de gerar ou ter posto no mundo filhos carnis, mãe significa a representação humana da criatividade, o próprio símbolo da fertilidade humana.

O sujeito (mãe) em pauta não deve ser visto de forma fragmentada, como sendo apenas um instrumento, aqui representado pela figura materna, que possui instintivamente a responsabilidade de zelar e cuidar da saúde de sua filha e sim, como um ser humano que traz consigo toda uma história de vida, é um ser mulher-mãe com necessidades próprias e que precisa sanar, além das prioridades de sua filha, as suas também. Ela manifesta por livre vontade seus conflitos. Percebo que para se obter sucesso frente a esta desafiadora maneira de assistir o cuidado congruente, deve-se centrar forças na questão cultural das pessoas que se encontram inseridas neste contexto. É premente olhar o binômio mãe-criança na íntegra, em

seu contexto de vida, com suas características individuais e no coletivo, para que a profissional seja capaz de oferecer um cuidado benéfico e congruente.

Esta reflexão realizada pela enfermeira vem ao encontro das interpretações apresentadas por Dolto (1984), e Leão (1988, p.7), frente a percepção de integralidade do ser humano mãe e do ser humano criança neste contexto.

Leininger (1978), referencia que se a enfermeira perceber o ser humano inserido em seu contexto cultural, ela estará exercitando e exercendo o cuidado a partir de uma prática holística.

Visualizo, neste momento, que a enfermeira ao oportunizar ao sujeito (mãe) expressar seus conhecimentos, de forma subjetiva, através de uma comunicação própria, enfatizando não somente seu papel de ser humano mãe, mas também enquanto ser humano mulher, a profissional estará aprendendo pela interação a respeitar as crenças, os valores, as maneiras, a forma singular e cultural que este ser humano detém sobre si e sobre o cuidado, tornando-se capaz de colaborar para que a integralidade seja alcançada nesta relação.

É por meio desse “*vai e vem*” que o cuidado cultural é efetivado, oportunizando aos participantes, deste processo, crescimento mútuo, troca de saberes, revigorando e revitalizando a valorização do ser humano (Leininger, 1978).

Traço este parecer por acreditar que a enfermeira seja capaz de prestar o cuidado a partir de uma visão holística do ser humano, ou seja, visualizando este com suas necessidades, crenças, valores, expectativas, atitudes e meios de ofertar o cuidado, que será efetivado se for estabelecido através de um processo interativo entre enfermeira e cliente.

Para Weil (1991), o holismo se encontra intimamente relacionado ao “*estado pleno*” e sua natureza está no modo que cada indivíduo procura para melhor compreender-se e de perceber sua posição no universo. E, ainda, colaborar e partilhar informações e maneiras de cuidar, entendendo que cuidar é igual a amar, e que amar é conhecer.

Para que a enfermeira tenha condições de realizar uma abordagem direcionada para a visão holística é crucial que esta profissional possua conhecimentos científicos, acerca deste referencial, que deverá ser experienciado, vivenciado e sentido de forma plena.

A enfermeira, representante ativa do sistema profissional, deve entender e conhecer a realidade das práticas populares para interagir e efetivar o cuidado cultural através de sua manutenção ou de negociar o cuidado cultural quando houver necessidade e, ainda, propiciar um cuidado cultural por meio de sua reestruturação.

Este sujeito (mãe) está vivenciando pela primeira vez a arte de ser e exerce o papel de mãe. Naturalmente, a mãe vai desenvolvendo suas potencialidades instintivas e conseguindo identificar as necessidades de sua filha, indo em busca de alternativas para saná-las. Está oficializada a relação, mas como a criança participa, responde e interage nesta relação?

Interação é entendida por Burroughs (1995), como um processo que ao ser vivenciado, entre dois indivíduos, se consolida por meio de um acordo afetivo e emocional. Que tem como ponto de partida a gestação, crescendo e fortalecendo-se até o nascimento, que ao ser instalado se solidifica. Toda esta trajetória tem significado supremo para a criança, pois sua sobrevivência depende em parte da efetivação deste processo. Sendo também significativo para a mãe, porque a criança ao se expressar, respondendo ao ser estimulada, provoca e valoriza o sentimento de competência materna.

“ Eu me sinto muito tranqüila, o meu esposo é muito presente. No final de semana a gente aproveita bastante. Ficamos brincando com a Lauren, que estava no meu colo, aí ,ela pegou uma das minhas orelhas , e eu comentei: às vezes ela olha para uma das minhas orelhas para ver se está com brinco e, aí ela olha para a outra também. Eu troquei de brinco e ela olha as duas orelhas para ver se o brinco é o mesmo”(Laura).

“Aí a gente fica boba com a reação dela”(Laura).

O vínculo mãe-filho inicia a partir da concepção fornecendo proteção instintiva a seu filho.

“..., ela sempre foi desejada e amada, desde que estava na minha barriga. Então eu acho que o amor é super importante para que a criança venha a ter uma vida boa, ela precisa se sentir amada, bem aceita”(Laura).

Neste período o pai tem um importante papel de organizar o “*ninho*” para a chegada da criança e dar suporte afetivo a mãe. A ausência do pai neste período pode acarretar problemas que atingem indiretamente a criança, como falhas na organização do núcleo familiar e estados de insatisfação e depressão afetiva na mãe. A participação do pai, como membro ativo possibilita ao sujeito (mãe) vivenciar este processo com segurança, usufruindo e desfrutando de suas potencialidades maternas. O casal exerce a interação dividindo tarefas, e sendo cúmplices na oferta do cuidado a sua filha.

Esta afirmativa é aqui contextualizada com a abordagem realizada pelo sujeito (mãe), frente a participação do *ser humano pai* no processo interativo do cuidado.

“Acho que ele é mais preocupado que eu. Ele está sempre cobrando de mim, se eu estou cuidando bem da Lauren, está sempre querendo saber de tudo. De noite ele levanta duas ou três vezes para olhar se a Lauren está dormindo bem”(Laura).

“..., ele é um pai que participa de tudo. Agora na festinha da Lauren, ele se envolveu em tudo, ajudou em tudo. Ele é uma pessoa que me ajuda em tudo..., ele me dá bastante segurança”(Laura).

“..., ele fica perguntando: Será que a Lauren está bem? Quando eu chego da consulta tenho que contar tudo, não posso esquecer de nada, ele me pergunta três ou quatro vezes se a Lauren está bem, qual o peso que ela está, qual a altura dela. Eu tenho que contar tudo, e às vezes eu me esqueço de alguma coisa, vou contar depois, aí ele me diz: tu não tinha me contado isso. Ele adora essa filha, eu acho que ele adora muito ela”(Laura).

Segundo Chepaldi (1991), num passado bem recente a responsabilidade de cuidar e zelar pela saúde da família era única da mãe. No momento atual o pai vem assumindo o papel de participante e colaborador na prestação do cuidado,

merecendo destaque nesta atuação. Esta postura provavelmente é oriunda de mudanças que vem ocorrendo na estrutura social.

É constatado cientificamente que quanto mais precoce a participação do pai no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, mais sólida e saudável será esta relação (Nistchke, 1991).

Confirmo, por meio da percepção do sujeito mãe, que a figura do pai é fundamental no processo de viver da criança, tornando-se membro ativo na prática do cuidado, desmistificando assim, a percepção predominante de que a mãe é a maior responsável pela vida e saúde da criança. O pai é tão essencial quanto a mãe no processo de viver.

Esta abordagem vem ao encontro da questão cultural, já mencionada, gerando choques e conflitos nas relações sociais e, portanto, é premente repensar e exercitar este ponto, visto que é essencial no desenvolvimento da prática do cuidado à criança.

Leininger (1991), apresenta em sua teoria um entendimento próprio sobre cultura. Para a autora cultura representa um complexo de expressões, significados, valores, crenças, padrões e maneiras de viver que foram ensinados, partilhados e defendidos por um conjunto privativo de indivíduos, que orientam opiniões, decisões e atuações de modos padronizados.

A autora constata que cada cultura abriga uma maneira singular de entender e atuar frente a questão do cuidado, e que é por meio da cultura que os indivíduos estipulam suas necessidades e agilizam recursos para satisfazê-las. Patrício (1990) acredita que a cultura é integrada por crenças, hábitos, valores que direcionam os indivíduos de forma variável, frente suas ações no tempo e no espaço. Este significado está implícito na fala do sujeito mãe:

“ ... Outro ponto positivo é a gente conversar com outras pessoas, que não da família, do meio que a gente convive, isso é bom, muda a conversa, muda a cabeça. Por exemplo, eu vivo num mundo , tu vive noutro, então a gente conversa, troca idéias , a gente aprende”(Laura).

“..., para mim, essas conversas contigo me acrescentaram bastante. Eu tenho esse problema de estar me sentindo gorda, e contigo eu consigo conversar, tu me entende, tu me dá força, concorda comigo. Porque as pessoas da minha família, da família do meu marido, não dão bola para isso. ..., e contigo eu posso conversar, tu me incentiva, eu me sinto bem mais encorajada”(Laura).

É por intermédio da interação que o cuidado poderá ser vislumbrado, visualizado, vivenciado, planejado, ou seja, ofertado e executado, atendendo as necessidades e, conseqüentemente, atingindo assim sua meta central, que é suprir e atender as necessidades provindas do ser humano em seu contexto popular em sintonia com o contexto profissional no qual a enfermeira está inserida.

“ ..., conversar contigo foi super válido, para mim foi bom. Foi muito bom, me trouxe bastante segurança... eu acreditei e confiei em ti, segui tuas orientações, porque eu achava que era certo”(Laura).

“ Tu me recebe muito bem. Me ouve, se importa comigo, com meu filho, não fica olhando de cara feia para a gente. Lá vocês gostam de atender a gente e eu acredito em ti”(Anastácia).

A enfermeira participa como membro do grupo, tendo espaço para externalizar sua subjetividade, manifestando suas vivências e experiências, partilhando seus saberes, firmando o compromisso, em socializar pelo diálogo, seus conhecimentos científicos conferidos por meio de sua formação profissional.

Ao expressar e incorporar este perfil, a profissional encontra condições para desenvolver uma prática de cuidado em parceria com o sujeito (mãe) e criança, centrada na interação, que irá privilegiar os cuidados abordados no contexto da puericultura, em relação à criança, utilizando o instrumento já destacado, o diálogo, oportunizando espaço para que as experiências, vivências e saberes sejam compartilhados, favorecendo aos componentes formadores da parceria, clarificação e entendimento das informações e possibilitando, assim, percepção, manejo e utilização das ações do cuidado cultural de enfermagem como alternativas a serem

utilizadas e exercidas a partir do enfrentamento às diversificadas situações do dia-dia que abarcam o cuidado à criança.

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi oficializado a partir da Lei 8.069, de 13 de julho de 1990, composto por 267 artigos sobre o menor, a criança e o adolescente. Este, é constituído por um conjunto de normas que regula as relações entre o menor de idade e o Estado, a sociedade e a família. Na verdade, não deveria haver necessidade de se formular normas específicas nesse sentido, porque esses pequeninos seres são tão humanos quanto aqueles que se intitulam adultos, razão pelo qual desfrutam dos mesmos direitos inerentes à pessoa humana.

Segundo o Estatuto da criança e do Adolescente é considerado ser humano “*criança a pessoa até 12 anos de idade incompletos e, o adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade*” (Ricco, 2000, p.180).

De fato, no artigo 3 deste Estatuto encontra-se estabelecido que a “*criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esta Lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar o desenvolvimento físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade*”.

Leão (1988, p.7), entende que a criança deve ser vista como um “*ser social, com direitos que precisam ser assegurados não como benefícios ou favores mas como dever da sociedade*”. Direitos sociais da criança compreende-se o acesso a proteção física e emocional, a nutrição, a educação, ao lazer, a saúde entre outros. Não prevalecendo até hoje, uma compreensão e conscientização dos direitos sociais, conduzindo a população a uma postura passiva, contentando-se em receber benefícios sociais, como por exemplo consultas, não reivindicando a qualidade, a resolução de problemas e conseqüentemente a não mobilização em prol da defesa dos direitos da criança.

“ ..., eu acho que todas as pessoas precisam ser bem tratadas, mas tem pessoas, tem médicos que não consideram as pessoas como seres humanos, eu já vi, assim, estas pessoas não tratam bem os pobres, pessoas de outro nível como pessoas do mesmo nível que eles, não tratam do mesmo jeito, com a mesma atenção,...”(Laura).

A fusão de conhecimentos teóricos práticos e empíricos , com uma dose especial de intuição poderá ser uma fórmula para que se concretize o estabelecimento de uma relação interativa entre a enfermeira e sua clientela. Visto que a linguagem comumente é, um indicativo de afastamento entre os indivíduos. A atualização de termos científicos, explicações rápidas e por demais formais, utilizadas por grande parte dos profissionais, gera uma situação de constrangimento, confusão e insegurança nos clientes, não oferecer espaço para questionamentos, argumentações e posicionamentos, também é uma prática exercida com frequência pelos profissionais da saúde (Novaes, 1979).

O contexto significativo acima se expressa no próprio contexto empírico:

“ Lá no Núcleo é só com consulta marcada e vocês atendem a gente muito bem. Eu me sinto “gente”, e não como se tivesse que pedir favor para atender meu filho”(Laura).

“ O atendimento de vocês é muito bom, a gente é bem atendida, o filho da gente também, com bastante atenção e tudo, a higiene também é uma maravilha... Vocês conversam, explicam, esclarecem as coisas para a gente. Lá no posto é diferente, eles não acolhem muito a gente, eles metem medo na gente, a gente fica quase louca não tem liberdade de perguntar”(Laura).

“ Acho que para ser bem atendida, o médico tem que conversar com a mãe, saber tudo da vida do nené”(Laura).

Não é suficiente apenas entender e aceitar as condições apresentadas pela criança e família como algo imutável, e de forma passiva. Na realidade o processo se estende, sendo importante buscar junto a família superar as adversidades, visando encontrar saídas ou meios alternativos dentro do contexto de suas vidas para que se alcance de forma coerente, ou com coerência, as resoluções frente as dificuldades existentes.

“ Eu sei me sentindo mãe, como vou dizer, mãe já com experiência, ... quando eu fui lá eu aprendi muita coisa, é bem proveitoso, tu ajuda muito a gente, principalmente na primeira consulta, que é a mais importante. O teu trabalho é bem proveitoso para as mães, pela primeira consulta que orienta a gente de tudo”(Laura).

“Me senti super bem, bem a vontade , eu pude ser quem eu sou, não precisei nada , nem ficar sem falar o que eu acho certo, nem falar coisas que eu acho que não é verdade”(Laura).

“..., é muito difícil ir no posto, mal olham para seu filho e, às vezes o remédio não funciona, ou dão receita e eu não iria ter dinheiro para comprar”(Anastácia).

“..., mas se a gente vai falar isso para o médico, que não dá banho todos os dias, eu acho que ele chama a gente de relaxada”(Laura).

A condição de parceria, portanto, construída pela interação, entre a enfermeira a criança e a família aqui representada pelo sujeito (mãe), é o ideal, e deve ser exercitada ativamente quando se almeja o bem-estar integral da criança e seu pleno desenvolvimento.

Frente a estas colocações, faz-se necessário resgatar os sistemas profissional e popular de cuidado, visto que estes encontram-se intrínsecos e interligados no processo de cuidar e, também, porque permeia o contexto de vida da profissional enfermeira e de sua clientela. Este entrosamento permite que se busque a formalização de um cuidado harmonioso e congruente, que está sendo intermediado pela visão e respeito a cultura que abriga estes seres humanos. Whaley e Wong (1979, p.19) afirmam que as maneiras de interpretar e solucionar situações, bem como no modo de compreender o mundo, são vivenciados e sentidos por indivíduos de uma cultura de forma diferente em relação aos membros que compõe outras culturas.

Aqui o sistema profissional de saúde está representado pela enfermeira que desenvolve sua prática de cuidado, alicerçada na sua formação profissional, adquirida em instituição educacional. Já o sistema popular de saúde engloba o sujeito (mãe), criança, pai , ou seja a família, que realizam práticas de cuidados peculiares, tradicionais ou locais, que tem significados e usos especiais para prestar

assistência ao ser humano (Leininger, 1991). A autora utiliza o argumento de que a enfermeira que atua por meio de sua prática profissional, necessita ter conhecimento sobre a existência das práticas populares de cuidado, para então, aproximar-se destas. Assim, a enfermeira poderá concretizar as decisões e ações de cuidados de enfermagem. Se esta atuação for efetivada de forma interativa, entre a enfermeira e sua clientela, este exercício ocorre com cumplicidade, num “*ir e vir*”, ou seja, não é somente a enfermeira que atua sobre sua clientela, bem como a clientela age sobre o cuidado profissional, instigando a enfermeira a auto preservação, auto acomodação ou auto repadronização da sua forma de assistir, tornando o cuidado cultural , coerente e real.

Comprovando que a interação é uma alternativa construtiva que ao ser efetivada proporciona, naturalmente, aproximação e abertura para que as pessoas que se encontram envolvidas neste contexto desvelem sua realidade de vida, seus hábitos, valores, suas formas próprias de se cuidarem e de cuidarem do outro. Emergindo espontaneamente as práticas de cuidados populares, será permitido a enfermeira lançar mão de alguns elementos do cuidado, desenvolvidos por Leininger (1985), para auxiliar no entendimento frente a complexidade do cuidado, de maneira a identificar diferentes formas de cuidar, determinados pela cultura, pesquisando sua essência e seus significados.

O referencial apresentado oferece suporte para a prática de enfermagem. Já foi mencionado que a comunicação, quando bem empregada é um instrumento valioso para proporcionar aproximação entre o sistema profissional e popular. O depoimento do sujeito (mãe) vem de encontro com esta idéia, sendo questionada quanto a forma de comunicação e se a linguagem utilizada, pelo *ser humano enfermeira*, era clara e acessível, obteve-se a seguinte resposta:

“ Isso eu acho que foi o mais importante, porque tu é uma pessoa bem carinhosa, deixa a gente bem a vontade, eu me senti conversando contigo que nem eu converso com uma pessoa da minha família. E isso é muito bom, a gente cria laços com a pessoa, cria afeto”(Laura).

Percebe-se que a enfermeira conduziu sua prática por meio da ação reflexão, instigando um pensar e agir reflexivo. Esta postura leva a profissional avaliar e repensar sua prática assistencial, preocupando-se, constantemente, em reeducar-se, aprimorar seus conhecimentos frente a universalidade e diversidade cultural do cuidado e, se necessário redefinir seu papel social.

Como referencia um cartaz de propaganda de um determinado laboratório farmacêutico “*a primeira consulta a gente nunca esquece*” ou algo semelhante a esta mensagem, tem por objetivo provocar no profissional uma reflexão frente sua atuação a partir desta afirmação. Alguém tão especial na vida de outro alguém tem a responsabilidade de fazer por merecer esse mérito (Ricco, 2000).

“ Eu acho teu trabalho muito bom. Eu acho que tem que existir mais em Bagé, porque facilita bastante a vida da gente. Eu não sei se é porque eu me dei tão bem contigo, que eu gosto tanto do teu trabalho. Eu acho muito bom”(Laura).

“ Ele me ajudou bastante, claro que me ajuda ainda, mas eu te adorei desde o começo, pela primeira consulta que tu me esclareceu tudo, todas as minhas dúvidas, então eu adorei”(Laura).

O primeiro contato vivificado por meio da consulta de enfermagem, tem como finalidade primordial buscar a interação com os pais, mais especificamente com a mãe e a criança para que a relação se estabeleça de forma segura e compartilhada, propiciando assim, uma prática assistencial congruente e satisfatória para todos os membros que compõem esta relação.

Criar um relacionamento de troca, de confiança, de encantamento recíproco, olhando nos olhos, sorrindo, tocando, conversando com a mãe e, também com a criança , dando atenção as manifestações verbalizadas pela mãe e, quando possível pela criança , explicando detalhadamente, utilizando uma linguagem clara, de fácil compreensão, elogiando, participando e respeitando suas expressões e características são elementos determinantes na interação da tríade enfermeira-mãe-criança (Spitz, 1979).

A teórica Leininger (1991), apresenta alguns elementos chave do cuidado que são manifestados de forma variável através da universalidade e diversidade cultural. Entendo que estes elementos somente serão percebidos, compartilhados e assistidos se forem exercitados em conjunto com os participantes e se a profissional for detentora de embasamento cognitivo a respeito da questão cultural que é o recheio maior desta teoria.

Emergiu, ao longo deste trajeto, por meio das falas do sujeito (mãe) alguns elementos como a observação, a ajuda e confiança que de forma prematura, mas que com consideração significativa, foram percebidos pela enfermeira, que buscou entrelaçar e valorizar esses elementos durante o exercício de sua prática. A apreensão dos elementos instigou a enfermeira a compartilhar sua prática em conjunto com os participantes, compreendendo o real significado do binômio mãe-criança na íntegra. A sua prática deverá ser desenvolvida e direcionada a todas os participantes, percebendo cada um com suas singularidades, podendo, então, interagir e vivenciar este processo com o grupo. Acredito que este é o caminho para que se possa atingir e exercer o cuidado congruente, benéfico e satisfatório.

Percepções do sujeito (mãe) em relação a saúde , doença e aos fatores que compõe este processo a partir de seu ambiente cultural

A terceira categoria temática aborda percepções do sujeito (mãe) sobre saúde , doença e , também , em relação aos fatores que compõe este processo. Emergindo, assim , a comunicação , o contexto do ambiente , família , prática profissional , processo educativo e participativo e atividade recreativa . A partir desta idéia norteadora apresento o conteúdo originado da singularidade do sujeito (mãe).

Leininger (1985, p.261), define saúde como *“um estado de bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e, que reflete a capacidade que os*

indivíduos ou grupos possuem para realizar suas atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória”.

Neste contexto saúde significa um estado de bem estar, culturalmente definido, pela realidade de cada indivíduo ou grupo que compreende suas crenças, valores, cultura, padrões de viver, assim, particularmente cada indivíduo ou grupo desenvolve ações de cuidado de uma forma cultural e satisfatória.

Leininger (1991), sustenta que não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado sem que se produza a cura. Então, saúde não representa apenas a ausência de enfermidade e sim da harmonia que o indivíduo exerce com o meio em que vive, portanto, é válido afirmar que o cuidado é oferecido não somente em situações de debilidade física, mas também, pode-se trabalhar o cuidado preventivo e educativo.

Frente a esta abordagem é pertinente trazer o conceito de *saúde* que o sujeito mãe possui:

“significa a vida boa da gente, porque o meu pai ficou doente com 40 anos, a vida desmoronou, , porque a gente gastou o que a gente tinha e o que não tinha. Por muito tempo a gente teve uma vida bem ruim. Então eu acho que se a pessoa não tem saúde, tudo fica difícil . Claro que tu não fica doente porque deseja. Mas acho que tu tem que te cuidar. O meu pai até ficar doente, não ia ao médico, acho que foi ao médico quando era criança. Então eu acho que tu tem que te cuidar, cuidar da tua alimentação, não pode ficar comendo coisas que fazem mal. Pode não te fazer mal agora , mas mais adiante pode fazer mal. Eu acho que se ele tivesse se cuidado mais um pouco talvez não tivesse ficado doente. É que a gente sempre fica assim se tivesse feito isso, não tinha acontecido aquilo. É a mesma coisa quando morre alguém, ah, se tivesse ido ao médico, não iria acontecer tal coisa. Isso é característico das pessoas”(Laura).

Sob o olhar de Laura, saúde abrange além da integridade fisiológica, aspectos relacionados com o meio ambiente, nutrição e higiene, porém o médico, representante do sistema profissional, tem forte significado nesta visão. Fortalecendo o modelo biomédico ainda dominante em nosso meio, no qual é preconizado o desenvolvimento de ações voltadas para o tratamento e cura de doenças. Esta idéia não corrobora com a preconizada na estrutura conceitual do SUS, que enfoca um modelo assistencial voltado para a prevenção e para a saúde.

O sistema de saúde, ainda hoje não sofreu todas as alterações necessárias para se enquadrar aos *mandamentos* da constituição e da lei orgânica da saúde. É fundamental a efetiva implantação do Sistema Único de Saúde - SUS, com todas as prerrogativas previstas nas leis que o sustentam, para assegurar a toda a população o direito a saúde (Felisbino e Nunes, 2000).

Para que o SUS se efetive de fato e de direito no cotidiano das comunidades é necessário que os gestores se comprometam politicamente e que os profissionais estejam qualificados e preparados de forma a incorporar um espírito desafiador e arrojado, comprometidos e dispostos a implementar e executar modificações nas práticas de saúde, tornando-as modernas, atualizadas e inovadoras, na saúde do indivíduo, grupo, comunidade e sociedade. Este enfoque busca a participação efetiva da comunidade, favorecendo uma trajetória em conjunto com os profissionais da saúde, oportunizando condições para a legitimação das ações dos princípios e diretrizes do SUS que em grande parte ainda se constitui em informações teóricas a serem praticadas (Felisbino e Nunes, 2000).

Outro ponto importante a ser considerado dentro da prática do cuidado cultural é a educação. Para que os indivíduos tornem-se participantes neste contexto social é premente que os profissionais da saúde, mais especificamente a enfermeira, crie condições necessárias para o exercício da função de “*colaboradora ativa na educação*”, assumindo o seu papel de participante no processo de desenvolvimento local e regional, possibilitando a apropriação ativa e crítica do conhecimento, socializando-o e transformando-o em elementos indispensáveis para que os homens possam ser levados a pensar corretamente e de maneira unitária na realidade atual (Saupe, 1998).

Leininger, referencia que as ações de cuidado desenvolvidas pela enfermeira devem buscar ajudar o cliente a modificar padrões significativos de viver e de saúde para padrões que serão mais saudáveis para ele. Ao desenvolver essas ações, a enfermeira estará praticando um processo educativo. Educar é uma maneira de

voltar, considerar as informações, rever e buscar os dados disponíveis numa procura incessante de significados.

A despeito da percepção do sujeito (mãe) sobre saúde, Chammé (1994) salienta o aspecto cultural ao apresentar que na área da saúde, o partilhamento de códigos oferece liberdade para a construção de uma rede de significados comum aos representantes que a dividem. Este autor entende que os grupos sociais em conformidade participam, experimentam, trocam elementos culturais e optam por determinadas condutas frente a saúde e a doença.

Entre as camadas sociais com baixo poder aquisitivo a doença é significativa quando as atividades sociais do indivíduo sofrem sua interferência Boltanski (1989). Compartilhando dessa idéia Minayo e Souza (1989), destacam que nas camadas populares, o significado de saúde e de doença está arraigado as possibilidades do indivíduo para as atividades, principalmente, do trabalho.

Refletindo sobre outra referência que o sujeito (mãe) possui sobre a saúde de sua filha, quando verbaliza:

“A Lauren nasceu, nunca teve doença que criança tem. Ela aceita a alimentação numa boa, não tem problema de estômago, não fica vomitando, nem com a barriga inchada. Claro que as vezes fica, mas não é uma coisa de rotina, de estar sempre com isso. Febre teve uma vez só, e febre é uma coisa que as vezes a criança tem, porque está ruim da garganta ou porque está com gripe ou por causa dos dentes ,a Lauren não fica assim. Diarréia ela nunca teve, eu acho que a Lauren é bem saudável. Eu vejo ela assim, uma criança super saudável, porque o crescimento dela esta só indo, não teve nenhum atraso, uma parada. Eu acho que ela é saudável, acho que dá para dizer que ela é uma criança saudável”(Laura).

“ A minha filha tem uma vida super boa, porque eu cuido bem dela. Cuido da alimentação, cuido da higiene, se ela tem algum problema e tem que tomar medicação eu dou sempre na hora. Da higiene, o banho é todos os dias, eu não deixo ela cocô, nunca teve uma assadura. Eu acho que esses cuidados deixam a minha filha bem. Por isso que a Lauren está bem. A vida dela é normal, super boa. Porque além do amor eu cuido da alimentação, do banho, da roupa, de tudo”(Laura).

“ O ambiente em que a gente vive também é importante , tem que ser bem limpo para que se consiga viver bem. A gente tem que se preocupar com a higiene do ambiente, dos alimentos de como eu vou preparar tudo. Se tu tem uma infecção pode ser de um vírus ou bactéria, a gente pode pegar uma coisa ou outra, mas eu

acho que se tu tem pouca ou nenhuma higiene tu estas mais propensa a pegar alguma coisa”(Laura).

Conforme Elsen, Hense e Eckert (1992, p.30) ao referenciar que “*para a criança ser considerada saudável, são levados em conta sua atuação em diferentes campos, como o estado de espirito, a atividade, a presença/ausência de queixas, o funcionamento biológico do organismo entre outras, e não apenas a ausência da doença*”.

Reitero idéias anteriormente apresentadas, através de Kleinmam (1980) e Leininger (1991) ao destacarem em seus estudos que a integração de conhecimentos em saúde procedentes dos sistemas popular e profissional, edificados a partir de crenças, valores, hábitos e visão de mundo exercem influência no cuidado em saúde do indivíduo. Leininger compreende que os conhecimentos populares e profissionais exercem significativa influência nas crenças, valores e práticas do cuidado cultural do indivíduo. E, Kleinmam esclarece que o sistema de cuidado em saúde é construído a partir do meio cultural e social do indivíduo, sendo realidade do meio social. Em diversificadas culturas a primeira conduta adotada, por uma parcela considerável, pelo indivíduo frente a uma situação de doença, é o auto cuidado individual e familiar.

Apresento a seguir, um referencial próprio, construído a partir do resgate de minhas vivências e experiências, enquanto ser pessoa e ser profissional e por meio da realidade social a qual me encontro inserida.

Saúde não é , no meu entendimento, apenas a ausência de doença. É um estado de completo bem-estar físico, psicológico e social. Assim, saúde é um componente essencial da qualidade de vida, uma eterna preocupação de todo o ser humano. Percebo ainda , saúde como um estilo de vida. Devemos buscar constantemente meios que possam nos proporcionar um viver sadiamente, vale ressaltar, que os meios de comunicação desempenham um papel fundamental nesta caminhada.

A informação e a educação oferecem aos indivíduos oportunidades de adotar novas atitudes que com o tempo são transformadas em novos comportamentos e costumes, que posteriormente, serão incorporados pela comunidade. A cultura da saúde é um dos grandes objetivos das sociedades modernas. Sem saúde não há bem estar humano, para alcançarmos esta meta é preciso muito trabalho interativo.

Compartilhar o cotidiano dos indivíduos, colaborar de forma a despertar nestes a paixão pela vida, através de pequenas, mas consideráveis ações de cuidado, podem ser capazes de melhorar a saúde individual e do grupo familiar. Por meio de programas preventivos como o da amamentação, o das imunizações, o da higiene bucal, medidas simples, mas válidas e eficazes. Buscar no indivíduo, e junto com ele, amenizar, suprir ou solucionar suas dificuldades, dúvidas, anseios e seus problemas de saúde, sem gerar expectativas frustrantes, mas apenas, mostrando que esta conquista é, antes de tudo, um empreendimento interpessoal.

Este contexto reflete a importância da saúde para o desenvolvimento de todas potencialidades do ser humano. Ricco (2000) diz que ao se manter a criança saudável, estará se garantindo seu pleno desenvolvimento e assim, esta irá chegar a fase adulta também com saúde, ao proteger a saúde da criança, se protege a do adulto que ela será ao término do seu crescimento e desenvolvimento.

“..., eu acho que a Lauren é bem saudável eu vejo ela assim, uma criança super saudável, porque esta crescendo e se desenvolvendo, a gente enxerga isso”.

“ Acho que é a maneira de como eu cuido que faz com que minha filha seja saudável, ou porque já é dela mesma”(Laura).

“..., eu não sei se a minha responsabilidade é grande ou pequena por ela ser saudável. Eu não sei se isso é dela, da saúde dela, acho que a responsabilidade é de ambas as partes”(Laura).

O sujeito (mãe) expressa, por meio de sua fala que há um conjunto de medidas que devem ser efetivadas para que sua filha seja saudável.

“Eu cuido muito, as vacinas estão sempre em dia, tudo que é etapa que a Lauren tem que cumprir, tudo na vida dela, eu nunca deixei de fazer nada até hoje, vacina, alimentação, quando começou a papinha, quando começou o leite, quando começou o suco, tudo eu cumpri, eu fiz tudo, eu não deixei de fazer nada. Não deixei de dar

papinha quando era para começar, de dar suquinho, de dar fruta, sempre. Chegou a época da fruta, comecei a dar fruta. Chegou a época da papinha, comecei a dar papinha. Então, tudo que ela teve que passar até hoje eu fiz. As vacinas também estão sempre em dia”(Laura).

Encontra-se entre as ações básicas em saúde da criança, as imunizações que tem imenso significado social, apresentando um imposto direto nos coeficientes de morbimortalidade no mundo todo. Os calendários vacinais são dinâmicos, sendo elaborados e instituídos em função de diversos fatores locais, regionais ou nacionais, e também de estudos epidemiológicos, sendo capaz de sofrer interferências inclusive de aspectos econômicos, sociais, políticos, culturais etc (Ricco, 2000).

Leão (1988), afirma que a ação direcionada para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança dependem de diversos fatores que, analisados em conjunto oferecem uma visão integral da criança, permitindo quando necessário interceder, impedindo ou amenizando riscos que poderiam acarretar em perdas à saúde da criança.

A partir do referencial de Leininger, compreendo que a prática da enfermeira deverá ser realizada de forma a perceber o seu cliente inserido em seu contexto de vida, conforme já elucidado. Conhecendo suas crenças, seus valores, sua cultura, seus hábitos e modos de viver e exercer o cuidado, assim será possível ofertar uma atuação consciente e satisfatória para os participantes inseridos neste contexto.

A abordagem saúde faz extensão ao significado da *doença* e está sendo apresentado e definido a partir da percepção do sujeito (mãe).

“Eu não tenho medo de adoecer, por enquanto não tenho medo, acho que é porque sou nova, me cuido, nunca tive problemas”(Laura).

“... porque eu morro de medo que aconteça alguma coisa com a Lauren, que ela fique com alguma doença, assim, ou caia e se machuque, eu tenho medo, estou sempre cuidando ela, sempre atenta para que ela não se machuque, esses dias ela caiu e machucou a boquinha, eu fiquei quase louca, eu estava sozinha, não sabia o

que fazer, não sabia se eu ligava para minha sogra, se eu ligava para minha mãe, se eu ligava para meu esposo lá no quartel, se eu saía correndo para levar a Lauren no médico. Ai eu peguei e fui lá na vizinha com ela correndo sangue na boquinha, super assustada, já queria levar para o pronto socorro. Ai a vizinha olhou e disse que tinha cortado só um pouquinho. É que na boca sai bastante sangue. Ai eu me acalmei um pouco...”(Laura).

Leininger (1985) afirma que a cultura do indivíduo é o maior influenciador em relação ao significado e valor da doença e, também, das necessidades de cuidado. Doença é o desequilíbrio físico, psíquico, social e cultural ocorrido entre o indivíduo e a natureza, de acordo com a cultura a que este pertence.

Sob o enfoque de Queiroz (1993), doença é a resultante de problemas pluricausais relacionados com a maneira de viver dos indivíduos. Concordo com este parecer e faço o entendimento de que não existe uma definição universal para doença e que cada família, comunidade e sociedade com suas crenças, valores, significados e práticas culturais, constróem um parecer frente a doença.

A interpretação que se faz de doença, contudo, é como sendo parte de um conjunto de valores, significados e experiências entre agentes sociais que partilham de uma mesma cultura. Na perspectiva de Leininger (1991), a grande maioria das culturas possuem pareceres sobre doença e condutas particulares de cuidados. Por meio de sua cultura, o indivíduo prioriza suas necessidades e vai a procura de auxílio para sanar suas necessidades que podem ser revertidas em cuidados para atingir a saúde.

Falando em doença, Patrício (1990), argumenta que os cuidados prestados a determinada enfermidade são provenientes da cultura que o indivíduo, família, comunidade organizou e, também, pelos meios disponíveis para auxiliar no cuidado.

“ Eu acho que a gente tem que ser bem orientada, por exemplo: se a criança tem um bom peso, se esta gordinha, mesmo porque eu acho que isso não é saúde...”(Laura).

“A gente tem que saber de tudo que está acontecendo em relação ao filho. Por exemplo: se a criança esta com alguma coisinha, uma dor e o médico dá um remédio, ele tem que te dizer se pode ocorrer alguma reação porque de repente pode

dar sonolência, deixar o nenê irritado, vomitando ou muito choroso e se tu estiver bem orientada tu vai saber lidar com isso”(Laura).

“ Eu estou sempre preocupada, as vezes eu fico: será que a Lauren esta bem, será que não está magra ou quando ela chora muito, será que esta doente”(Laura).

Elsen (1984), referencia que o primeiro sistema de cuidado está centrado na família, e que tanto a responsabilidade como o instinto de proteção, compromete esta , a participar no cuidado e nos comportamentos adotados para com seus membros.

Considero que o ambiente cultural da família em interação com o ambiente cultural geral interfiram nas manifestações de doenças em cada indivíduo, que pertence a estes ambientes. Se estes ambientes estiverem em condições inadequadas, poderão ser vistos como elementos facilitadores e desencadeadores de enfermidades.

No domicílio são as mães que desenvolvem as práticas de cuidado aos seus filhos, por vezes elas prestam cuidados repetidos, ou seja, do modo como foram repassados por suas mães, tias, avós, amigas e até vizinhas.

Entendo que a enfermeira precisa estar atenta para aprimorar sua prática, principalmente, se o seu objetivo maior for o bem estar da criança por meio do cuidado profissional. Nesta direção, há uma variedade de recursos que a enfermeira poderá utilizar para que sua prática do cuidado seja satisfatória e adequada à realidade das crianças. O brinquedo é uma sugestão a ser implementada pela enfermeira. Estudos revelaram que o brinquedo causa conforto e alívio do stress, em relação a situação de doença. Este recurso propicia a interação entre enfermeira e criança, estimulando a criança a descobertas, exercitando e aumentando a auto-estima, promovendo sentimentos de segurança e contribuindo para melhorar sua qualidade de vida. Outro recurso que poderá ser operacionalizado é a atitude empática da enfermeira, oferecendo espaço à criança se posicionar e relatar suas queixas, sempre que possível.

O sujeito (mãe) manifesta , pela sua abordagem, sua visão cultural referente a *prática profissional* como um fator que compõe o processo saúde-doença.

“Eu acho super importante , tu pesa, mede, é carinhosa, porque atendimento ruim é aquele que chega a criança lá, por exemplo: vou levar a Lauren porque esta gripada e o médico pergunta quais são os sintomas e deu, não toca, não pesa, não mede, só olha . Então eu não sei se a minha filha esta com saúde ou não. Por isso eu acho super importante”(Laura).

“ Eu acho que a tua visita profissional é super boa, porque aproxima mais a gente, a gente fica bem próxima e cria uma amizade. Facilita bastante a gente fica com mais liberdade para expor as idéias da gente e é bom porque de repente eu tenho alguma dúvida. A Lauren pode estar sentindo alguma coisinha, tu vem aqui ou eu posso te ligar. Eu acho que me trouxe bastante beneficio. Então não é só aquela profissional lá do núcleo que eu vou de dois em dois meses ou de trinta em trinta dias, eu posso te ligar quando preciso. Então eu acho que esse atendimento é o ideal para mim, minha filha, para a minha família”(Laura).

“..., eu me sinto muito segura com o teu atendimento, tu estás sempre em contato com a minha filha, está acompanhando o crescimento dela ,a saúde dela, e para mim também, porque a gente conversa de tudo, me tira dúvidas, me ajuda em tudo”(Laura).

Conhecer uma criança exige tempo, autoconhecimento e preparação técnica, em função da complexidade da realidade humana que está envolvida com fatores sociais, psicológicos e biológicos. Em relação ao autoconhecimento é relevante para que a profissional da saúde seja capaz de perceber e discernir a situação dos clientes de suas próprias questões e seus valores culturais, impedindo que as informações sejam baseadas em suas vivências pessoais. A profissional necessita refletir sobre seu comportamento e sua atuação, buscando o aprimoramento em conjunto com seus clientes.

Dolto (1983), entende que o trabalho da profissional da saúde não deve ser unicamente a somatória das habilidades técnicas, mas também, deve-se fundamentar no relacionamento afetivo e no uso adequado da linguagem.

O diálogo com a mãe e a criança deve ser desenvolvido num clima de compreensão, oferecendo espaço e estímulo para questionamentos e discussões. A comunicação, verbal ou corporal , com a criança deverá ser adequada à sua idade.

Quando possível, é importante que a criança participe ativamente contribuindo com as informações e, também, no momento das orientações fornecidas pela profissional, além disso, que a criança tenha espaço para expressar seus sentimentos de raiva, medo, oriundos de suas próprias fantasias. É essencial que se respeite e compreenda a linguagem do cliente, suas atitudes, seus valores culturais e também seus preconceitos, assim se evita de censurar o cliente para que este não se sinta inibido e nem inferiorizado. A profissional deverá desenvolver sua prática a partir das necessidades manifestadas dentro do contexto social, econômico e cultural da sua clientela (Maldonado, 1983).

Quando se acompanha uma criança deve-se procurar conhecer e compreender a questão referente a saúde e desenvolvimento da criança inserida em seu contexto familiar e social, então as condutas determinadas na prática serão estruturadas com a participação da família e de seu contexto social, econômico e cultural.

A mãe precisa ser estimulada e destacada frente ao seu papel de orientadora e educadora para a saúde da criança. Exercitando-se a questão da auto-estima materna e do vínculo mãe-filho, visto que, elevando-se a auto-estima e reforçando-se o vínculo na diade mãe-filho, conseqüentemente, estaremos proporcionando melhorias na eficácia e na satisfação dos cuidados maternos. A mãe é a pessoa que mais conhece e cuida da criança.

Certamente, ao reconhecer este fato e ao fortalecer seus sentimentos de forma positiva para que seu papel seja desenvolvido com sucesso, a grande beneficiada neste processo será a criança (Ricco, 1999).

“ Eu adorei a forma como tu nos atendeu. Então eu acho que se todo o trabalho de enfermagem for que nem o teu, tem que existir mais aqui em Bagé, porque para mim foi importante para tudo”(Laura).

“Eu saí de lá realizada, porque nunca tinha tido um atendimento assim, tão bom, tão carinhoso... Ninguém é igual, mesmo que alguém faça o mesmo trabalho que o teu, tu tem um jeito diferente de fazer, de tratar a gente, cada um tem o seu jeito”(Laura).

“Eu sai me sentindo mãe, como vou dizer, mãe já com experiência, ...”(Laura).

“ Eu acho o teu trabalho bem válido, eu acho até que por exemplo: quando as mulheres estão fazendo o pré-natal no núcleo os médicos não orientam bem a gente para nada. Eu acho que a enfermagem deveria orientar em relação ao nené, recém-nascido, em relação a saúde da criança. Muita coisa eu aprendi lá , então é muito válido o trabalho da enfermagem. O médico trata da doença, ele não explica muitas coisas para a gente, tudo eu aprendi contigo”(Laura).

Concordo com Vanzin e Nery (1998) quando referenciam que a profissional de saúde deverá trabalhar, incentivar e estimular a adoção de medidas preventivas, de maneira simples, referentes aos hábitos e atitudes para que estes sejam capazes de tornar a vida da mulher e conseqüentemente a da criança mais saudáveis, por meios de recursos disponíveis e condizentes com a realidade cultural da população. Estas autoras acrescentam que para esta população de mulheres adotar estas novas alternativas de cuidado é necessário lançar mão de instrumentos informativos de forma a participar do processo do cuidado.

No Brasil, o desafio de assegurar a proteção e o desenvolvimento das crianças em seus primeiros seis anos de vida é basicamente um serviço de informar e apoiar as famílias a partir de uma realidade concreta e cultural, para que estejam aptas a cuidar de suas crianças e de garantir qualidade nos serviços públicos destinados às crianças e famílias.

Há 12 anos, o país aprovou uma nova Constituição Federal, onde encontra-se prevista absoluta prioridade à criança e ao adolescente como dever da família, da sociedade e do Estado. Há 10 anos, foi aprovado o Estatuto da criança e do adolescente onde meninos e meninas são conceituados como pessoas sujeitos de direitos, em condição peculiar de desenvolvimento (Leão ,1988).

Para que este processo se desenvolva com sucesso é premente que os profissionais de saúde estejam dispostos a conhecer, dividir e construir, em parceria com seus clientes, esta forma de trabalhar a cultura da saúde.

As diferenças sociais entre a profissional e o cliente podem complicar ou dificultar o estabelecimento do diálogo. A diferença do instrumento linguístico empregado e o afastamento nos discursos, provenientes de mundos distintos,

constituem barreiras para que se concretize o diálogo. Isto não ocorre apenas por diferenças da linguagem e no nível de instrução ou pela dificuldade de entendimento de determinadas terminologias científicas. A distância do diálogo entre a profissional e o cliente diz respeito as diferenças de classe que sustentam as diferentes expressões culturais. Os conceitos e os valores organizados conforme esquemas lógicos distintos, compondo visões de mundo desigual, acabam por caracterizar aparentemente dois discursos que são exercidos paralelamente e que parecem descrever o diálogo possível (Boltanski,1981).

Outro fator que emergiu nesta trajetória refere-se a construção de um *processo educativo* para ser vivenciado na prática do cuidado , fundamenta-se pela busca de apreender uma ação congruente, desmanchando com os indícios de uma ação vertical quase "desumana", pela própria ação humana.

O processo educativo e participativo prevê o envolvimento integrado de todos os membros inseridos no contexto, compartilhando a responsabilidade de execução, também na elaboração e avaliação das ações numa atuação em grupo que busca o desenvolvimento individual e do coletivo (Dalmás,1994).

A realidade de saúde e as condições de vida da clientela devem ser percebidas pela profissional enfermeira, que tenha a pretensão de exercer um cuidado cultural. Para isso há necessidade de atuar num patamar de renovação de idéias, assumindo uma postura criativa para provocar transformações nela mesma e no sujeito cliente (mãe, criança e família). Moraes (1986), faz uma reflexão sobre a intrínseca relação entre ciência e arte sendo a criatividade elemento integrante, para ele ciência e arte são atividades recíprocas.

Silva (1989), entende que o ser humano é integrante e que interage com um universo dinâmico, estando em constante trocas de energia com o meio.

“ Eu conversava com a minha mãe sobre as tuas orientações, muitas coisas ela concordava. A papinha, eu fiz como tu me orientou, eu não tinha nem idéia e preferi seguir tua orientação do que as da minha mãe, o suco também. Depois a Lauren foi crescendo e eu comecei a aumentar a papa e usava algumas coisas que a mãe me dizia , a minha filha está crescendo com saúde”(Laura).

“ Eu fazia o que eu acreditava e porque achava que era o melhor para a saúde da minha filha. Olha o banho mesmo, elas diziam que não se dava banho todos os dias no nené porque ele podia adoecer, aí nós conversamos, tu me ajudou a perder o medo de achar que a Lauren poderia adoecer tomando banho todos os dias, eu achei que era certo. cheguei em casa, tentei e deu certo”(Laura).

“Eu fazia algumas coisas que elas me ensinaram, porque também achei que seria bom para Lauren. Oferecer chazinho, passar oleozinho para cólica . Os chás que eram para oferecer para Lauren eu aprendi com elas”(Laura).

Este ser mãe é visto como agente de mudanças e que está passível a dinâmica do universo, que produz modificações que o conduzem a estados de equilíbrio e desequilíbrio em relação a sua saúde. É relevante lembrar que cada indivíduo é diferente em sua própria maneira de ser e de agir, e que a diferença não ocorre somente em função da hereditariedade e do meio ambiente, estendendo-se às experiências de vida do indivíduo e ao seu modo de perceber e reagir a essas experiências (Fadimam e Frager, 1979).

A enfermeira alicerçada em seu referencial científico, poderá praticar com criatividade, utilizando idéias inovadoras e criativas, formas alternativas, estimulando e desafiando sua clientela a ser participante nesta construção, proporcionando uma maneira mais saudável de viver e aprender, vinculado aos aspectos positivos do comportamento humano como alegria, satisfação e prazer.

O sujeito criança, em sua trajetória, atravessa um período prolongado de descobertas e exploração no mundo físico, pessoal e social. Estas descobertas subsidiam novas aprendizagens e instigam comportamentos exploratórios. Portanto, a qualidade dessa infância é essencial para o desenvolvimento de um processo criativo.

Quando a criança responder harmoniosamente ao seu crescimento e desenvolvimento e as influências do meio ambiente, neste processo, será um ser capaz de responder a estimulação e a recreação exercendo atividades que irão

contribuir para sua desinibição, sua socialização, para enriquecer sua linguagem de modo que se torne mais compreensiva e expressiva sua criatividade, favorecendo e fortalecendo seu desenvolvimento neuropsicomotor e prevenindo a perda de seu potencial intelectual (Schmitz, 1989).

As famílias e as comunidades necessitam ter acesso a informações sobre o desenvolvimento da criança. Os meios de comunicação, rádio, televisão, jornal, bem como os próprios profissionais da saúde, que ao utilizarem uma linguagem simples, clara e informal, venham a ser desenvolvedores de informações sobre a saúde da criança. Estes recursos podem desencadear e fortalecer, na população, sentimentos de valorização, capacidade e responsabilidade em relação aos seus conhecimentos empíricos despertando, muitas vezes a conscientização de seu real papel neste processo.

Cianciarullo (1996), interpreta que a comunicação é uma ação própria do ser humano, mesmo antes do nascimento este ser já está se expressando e dialogando com o mundo.

Esta abordagem está inclusa na fala do sujeito (mãe), quando se refere a um dos meios de *comunicação*:

“... a gente esta sempre vendo na televisão, a gente vê, vai no consultório médico e vê que tem cartaz. Antigamente se tu não tinha leite, tinha outra mãe, no hospital, que tinha, tu botava a tua filha a mama. Hoje em dia a gente não pode por causa da AIDS por que diz que pega”(Laura).

“a gente vê na televisão, uma vez até teve uma campanha lá no quartel sobre o câncer de mama e amamentação, eu fui, e foi super bom”(Laura).

“ Eu conversei bastante contigo e acreditei no que tu me falava. Seguia tuas orientações porque eu concordava e achava que estava certo. Porque cada época da vida é diferente. Cada geração já é outra coisa. Na minha época era comum criar as crianças assim, agora já não é mais, tem outras coisas. Eu acho que tem muitas coisas caseiras que são boas, mas também tem muitas coisas que já é antiquado, já não faz mais tanto efeito, já é mais bobagem “(Laura).

A comunicação pode ser entendida como uma habilidade que o ser humano pode ou não exercer, e para que ocorra este processo de maneira positiva, o ser humano deverá estar consciente da sua existência e lançar mão dos fatores que

podem contribuir para que se concretize este processo. Cabe a profissional enfermeira, por exemplo, desenvolver a habilidade de comunicação, por intermédio da interação, para atingir uma prática que satisfaça as necessidades e prioridades de sua clientela.

Quando a enfermeira, representante do sistema profissional, fizer uso de uma linguagem adequada com sua clientela, representante do sistema popular, será efetivada a interação e, conseqüentemente, concretiza-se o processo de cuidado, que será construído em conjunto, havendo capacitação entre estes atores na busca de soluções, provocando assim, mudanças de comportamentos e crescimento na relação interpessoal (Bordenave, 1985).

Stefanelli (1993), faz um resgate sucinto das idéias aqui apresentadas. O autor refere que se a enfermeira desenvolver a prática de forma interpessoal, estará exercitando a comunicação. E ainda, se esta prática interpessoal for exercitada a partir da realidade cultural apresentada, a enfermeira terá condições de visualizar seu cliente em todas as suas dimensões e buscar alternativas para tentar atendê-las, se possível, na íntegra.

Leininger (1991) define em sua teoria, *contexto ambiental* como o representante da totalidade de uma situação, acontecimento ou experiência privativa que confere sentido às expressões humanas, incluindo as alterações em suas dimensões físicas, ecológicas, emocionais e culturais.

O contexto aqui expresso, se refere ao espaço ocupado pelos participantes enfermeira e sujeito mãe e criança, que ao desenvolverem uma relação interativa, partilham suas experiências, recriando significados, crescendo culturalmente, construindo uma história individual e coletiva.

“ Quando ela vai no núcleo, entra na tua sala e vai direto nos brinquedos, mexe, coloca tudo no chão , brinca , esta sempre olhando para tudo, é novidade para ela e tu oferece os brinquedos e deixa ela bagunçar, brinca com ela e eu acho isso muito importante, ela gosta e eu me sinto super bem e a vontade”(Laura).

Entendo que é neste contexto ambiental, que o sujeito (mãe) e sua família vivenciam o seu processo saúde-doença. A enfermeira necessita estar ciente de que cada criança tem sua individualidade e, também, que cada cultura e grupo social cria condições particulares de desenvolvimento.

Motta (1990), refere que os vínculos estáveis e duradouros, concebidos nas interações entre mãe/filho, tem relevante importância em oferecer melhor qualidade de crescimento e desenvolvimento. Mussen (1977) acrescenta que a interação da criança com o adulto, reverte em uma fonte repleta e rica de acontecimentos e experiências, sendo de um significado valioso para o seu crescimento e desenvolvimento intelectual, bem como sua responsabilidade social.

Soifer (1991) tece algumas considerações a cerca de que nem todas as atividades relacionadas a estimulação e a recreação oferecem condições para o aperfeiçoamento de suas habilidades, podendo influenciar de modo a prejudicar o seu desenvolvimento, a formação de sua linguagem e na sua aprendizagem. Piaget (1995), aponta a fase sensoriomotora, como sendo a primeira fase do desenvolvimento cognitivo, que representa a exploração do ambiente pela criança, através de ações perceptivas e motoras. Este autor cita a televisão como uma alternativa que prejudica tanto o desenvolvimento físico, as crianças deixam de correr, de pular etc., como também seu desenvolvimento intelectual. Afetando, ainda seu relacionamento interpessoal por permanecerem num mundo sem interação.

“O pai não brinca muito com o filho, trabalha todo o dia e chega cansado. O meu filho passa a maior parte do tempo no quarto, sentado na cama, mexendo nos brinquedos ou olhando desenho na televisão. Esta casa é muito fria, não é minha e mora outros filhos da mãe do meu marido”(Anastácia).

“Eu é que me preocupo muito com a educação do meu filho, quero ensinar para ele que a gente precisa trabalhar muito para conseguir ter uma vida boa e ter as coisas que a gente deseja para viver bem. Eu não quero que ele puxe o pai nesse lado. Eu é que educo, o pai não ajuda muito, quase nunca está em casa, além do mais a mãe é que tem que educar e sou eu que estou em casa”(Anastácia).

Galvão (1998), entende que para se estudar o desenvolvimento da criança é necessário considerar os recursos próprios da criança e os do seu meio ambiente. O meio do desenvolvimento é formado a partir do espaço físico, das pessoas, de seu convívio, ou seja as mais próximas, da linguagem e dos conhecimentos peculiares a cada cultura. A criança interage com o meio, seleciona e retira dele os recursos que irão contribuir para o seu desenvolvimento. Assim, o meio é visto de forma dinâmica e heterogêneo, modificando-se juntamente com a criança.

A interação entre as condutas da criança e os recursos provenientes de seu meio, fortemente influenciados pela cultura, caracterizam o processo de desenvolvimento como relativo, com dinâmica e ritmo particular.

“ Eu acho que nós temos que ter o nosso espaço, nossa casa , para vivermos e criarmos nossa filha como a gente acha que é certo. Eu vivo a minha vida com a minha filha e meu marido. Nós somos jovens, temos os horários da gente, gostamos de ouvir música e televisão bem alto, ficamos na cama brincando com a Lauren até a hora que a gente deseja , não me importa quando ela bagunça jogando os brinquedos pela casa, ou quando faz alguma desordem. Tudo isso para a gente é alegria, é viver com as descobertas da Lauren e ficar felizes com atitudes e reações dela”(Laura).

“A Lauren fica bem louquinha quando enxerga o pai , se mexe toda e grita bastante, rindo para ele , ele pega ela brinca por um bom tempo, às vezes sai com ela , nem que seja para passear na volta da casa, leva ela na pracinha , qualquer lugar que ele vai ele carrega ela junto”(Laura).

Esta vivência familiar oferece a criança oportunidades de aprender afetiva e cognitivamente, instituir relações, exercer normas diárias aceitas pelo grupo familiar. A aprendizagem desses valores , normas, conhecimentos e condutas que administram as relações sociais, permite a criança apoderar-se da cultura do grupo que está inserida.

Infância é tempo de brincadeira, o que não quer dizer única e simplesmente diversão por diversão. A atividade de brincar tem significado básico no desenvolvimento da criança em seus vários aspectos intelectual, social, emocional e físico, a forma mais expressiva da criança se comunicar com o universo é por meio da brincadeira.

Rossetti-Ferreira (1998), em seus estudos aborda a importância das atividades lúdicas no desenvolvimento humano. A criança experiencia variadas atividades e brincadeiras em momentos de interação com o seu grupo.

De acordo com Brougère (1998), o ato de brincar estabelece ação dotada de significado social que requer aprendizagem, é importante salientar que cabe ao grupo familiar a responsabilidade de organizar um ambiente propício que irá facilitar e permitir a exploração e a interação da criança.

Os significados aqui apresentados, têm por finalidade contextualizar, de maneira relevante, que a estimulação e a prática de atividades recreativas influenciam e contribuem no processo de crescimento e desenvolvimento da criança, conseqüentemente na saúde da criança, quando em harmonia com o meio ambiente e pela efetivação da interação com as pessoas que convivem no cotidiano com a criança.

O contexto do sujeito (mãe) define o papel de sua filha nesta relação social, que é delineado a partir de sua ótica de visualizar o mundo, seu modo de pensar, agir, perceber a vida construídos culturalmente, ilustrado nas seguintes falas:

“ A Lauren tem uma caixa de brinquedos. Ela pede ou às vezes ela mesmo consegue virar a caixa e esparramar tudo no chão. Tem uns que ela gosta mais do que outros, mas brinca por muito pouco tempo”(Laura).

“Ela está descobrindo outras coisas , está aprendendo a mexer no controle da televisão, no som e até no telefone , quando está no andador adora chegar e abrir os armários da cozinha, retira tudo de dentro. Se eu deixo ela vira a casa do avesso..., gosta de mexer na água . Tem que cuidar quando a porta da cozinha esta aberta porque ela sai para o pátio e se some , quando eu vou ver esta toda molhada”(Laura).

“ Os brinquedos eu pego e escondo alguns ,e deixo outros , para ela brincar. Passa um tempo e eu troco, então parece que é novidade, aí ela brinca mais um pouquinho e assim eu vou levando, porque não posso comprar brinquedos todos os dias”(Laura).

“Eu não me incomodo se a casa fica bagunçada, eu acho que ela tem que ter espaço para brincar, para se movimentar, descobrir as coisas, isto significa que a minha filha esta bem, está com saúde. Claro que eu cuido e tento educar, mas eu acho que esse momento é bom para todos nós”(Laura).

Neste ambiente exposto acima através da fala do sujeito mãe, a criança aprende uma cultura lúdica própria, provenientes das interações físicas e sociais, para em seguida por em prática as aptidões conquistadas em outras etapas da sua vida. A criança é co-construtora dos significados concebidos, ao vivenciar de forma interativa experiências lúdicas.

A auto-estima da criança vai sendo desenvolvida a partir do momento que se estabelece relação de confiança em sua interação com o adulto. Esta capta e interioriza a estima e a confiança que o adulto demonstra sentir por ela. O processo da autoconfiança, que está em fase de construção, manifesta avanços e retrocessos. A criança pode expressar sentimentos variados como medo, raiva, vergonha, necessitando da compreensão e apoio do adulto que está acompanhando e presenciando estas situações, que devem estimulá-la e contorná-la de maneira flexível, porém de forma segura e com seriedade (Rossetti-Ferreira, 1998).

Durante a prática do cuidado as atividades de recreação devem estar presentes, como parte integrante deste cuidado. O ato de brincar com a criança deve ser interpretado e sentido pela profissional como necessário. Para que isto ocorra é preciso desenvolver habilidades durante a formação profissional. Atingindo, desta forma, uma das exigências que caracterizam a ação integral do cuidado à criança.

Valle (1984) enfatiza, ainda, que o brinquedo oferece a criança condições para aperfeiçoar suas habilidades psicomotoras e sociais. Este autor afirma que as atividades lúdicas são consideradas libertadoras de tensões: proporcionam prazer e são apontadas como um dos mais completos processos educativos, influenciando no intelecto, no emocional e no físico da criança.

Saliento que a estimulação da criança, adaptada à sua etapa evolutiva, é indispensável ao cumprimento de seu potencial como ser humano, promovendo as bases para a futura estrutura emocional, física e, principalmente, social para o exercício pleno dos direitos da cidadania. Essa estimulação faz-se espontaneamente em ambiente social adequado, ou seja, no contato dia a dia com os pais, irmãos, vizinhos, familiares, amigos, na creche e na escola. Entretanto, em nosso meio ,

onde há considerável carência psicossocial, a abordagem do desenvolvimento e da estimulação precoce da criança torna-se prioridade para que se atinja o máximo da realização de seu potencial como ser humano.

A família é uma estrutura essencial no processo de desenvolvimento da criança, sendo necessário contextualizá-la para poder situar a criança neste núcleo e no contexto social que se insere.

Apresentando a fala significativa do sujeito (mãe) sobre *família*:

“Família é tudo. Eu acho que é a coisa mais bonita que existe. Eu acho que a família da gente é super importante. Como é que tu estaria aqui, como é que tu tem a educação que tem? E por causa da família que tu teve, teus pais te educaram assim, tu vive assim, a tua vida é assim por causa da educação. Por exemplo: se tu não tem uma base boa, uma cabeça boa, a tua vida, eu acho que tu vai crescer meio perdido, não vai ter uma base para viver tua vida depois, para construir uma família. Para mim, essa família nova que eu formei, é tudo, eu adoro a minha família, eu amo muito, muito”(Laura).

“Eu só sou feliz se eles estão bem, se eles estão vivendo com saúde, se estão vivendo bem, se o nosso relacionamento for bom”(Laura).

“Minha família, que eu vejo, são cinco pessoas. Sempre que eu falo em família, meus pais estão incluídos. Depois que eu casei, a minha família é o meu marido e a minha filha. Eu vejo meu marido e minha filha, mas meus pais estão sempre fazendo parte, não sei se é porque eu sou muito apegado a eles, a gente convive muito juntos”(Laura).

Na concepção de Patrício (1990), família representa um sistema social composto por indivíduos ligados por compromisso mútuo, como afetividade e reprodução, que interagem entre si desempenhando papéis estruturados pela cultura e pela sociedade. Elsen (1984), afirma que a família é em primeira instância um sistema de cuidado, seus membros participam, desenvolvem e decidem sobre as condutas a serem tomadas frente ao cuidado, refletindo o compromisso e responsabilidade de seus membros.

Vanzin e Nery (1998), relatam que a família tem seu próprio ciclo vital, vivência etapas de desenvolvimento, com suas características peculiares e papéis determinados que deverão ser desempenhados para que seus membros atinjam

outras etapas evolutivas e com saúde. Sendo uma das suas funções acompanhar e contribuir no processo evolutivo da criança até a adultícia de forma saudável. É entendida como socialização primária e, também em relação a saúde, neste processo a família por intermédio de seus membros transmitem às futuras gerações a sua cultura, suas crenças, seus significados e normas de vida.

Leininger (1985), relata que a família abriga um arranjo cultural com padrões próprios de cuidado, dotada de um saber que foi aprendido, compartilhando e transmitindo no curso de sua vida, e vivenciado no seu cotidiano, que orienta suas idéias, ações e decisões.

O contexto sócio-cultural de uma família servirá de guia para que esta faça sua leitura e exercite de maneira particular suas práticas de cuidados, interpretações de saúde e doença, portanto é ela que detecta modificações na saúde de seus membros e movimenta meios para auxiliar na cura. Este saber que a família detém é denominado de cuidado popular que deve interagir com o cuidado profissional para que então seja elaborado um cuidado congruente que irá atender as reais necessidades dos membros desta família, valorizando e satisfazendo a saúde nesta experiência.

Esta trajetória relata que todo indivíduo é visto como um ser cultural possuidor de crenças, valores, significados e modos de viver que conseguem destacar e solicitar quais os cuidados que devem ser supridos. Buscando, assim, o equilíbrio no processo de viver com saúde.

“ Eu me preocupo muito com minha família, com meus pais. Eles moram longe, fora da cidade e são só os dois. Eu queria trazer eles para morar aqui, comprar uma casa ou morar no meu pátio, mas minha mãe nasceu e viveu toda a vida dela naquela casa, não quer vir e o meu pai concorda”(Laura).

“..., eu tenho medo que aconteça alguma coisa com eles, depois que eu casei a vida deles melhorou bastante, a gente esta sempre ajudando. Mas eu me preocupo porque o meu pai não caminha quase, fica tudo muito difícil”(Laura).

“..., ela não quer vir porque tem horta, cria galinhas, gosta de mexer na terra, tem medo de não fazer mais o que ela gosta, ..., eu tenho grande preocupação com eles.

Todo o final de semana a gente vai para lá com eles. Eu limpo a casa, lavo a roupa, faço tudo para a mãe , deixo tudo pronto para a semana”(Laura).

“..., eles tem todo o conforto, mas mesmo assim eu acho que ela não se cuida, não tem mais idade nem saúde. A casa é boa, tem lareira, tem tudo, mas o problema é que tem um pátio grande e muitos bichos. Por exemplo: ela está lá no quentinho aí tem que sair para dar comida para os bichos, se está frio ou chovendo, isso é ruim para a saúde dela”(Laura).

“ Eu tenho um bom relacionamento com os meus sogros, mas é diferente, eu não vejo o meu sogro e minha sogra na minha família, eu vejo como meu sogro e minha sogra. No caso assim , se eu tiver que falar da minha família eu não coloco eles, não sei porque, quando eu falo da minha família é o meu pai e minha mãe que estão incluídos”(Laura).

“..., a gente convive mais com os meus pais porque eles vivem longe, são só os dois e já são velhos. Eles não tem quem faça as coisas para eles e porque acho que eles precisam mais da nossa companhia . Já os meus sogros são pessoas bem mais jovens , moram aqui na cidade e tem outros filhos”(Laura).

É importante que a enfermeira ao realizar sua prática profissional se coloque no lugar de sua clientela, assim conseguirá aprender a fazer uso deste conhecimento popular e desenvolver sua atuação de maneira mais eficiente e efetiva, tornando esta uma prática educativa.

Leininger (1990), afirma que a enfermeira precisa estar atenta as variáveis culturais que permeiam o existir dos indivíduos, família, comunidade e da sociedade, ir em busca de alternativas que possam desenvolver a habilidade de percepção para atender suas manifestações, necessidades, apelos de ajuda, assim serão úteis contribuintes neste processo de diversidade cultural. Corroborando com Monticelli (1994), quando argumenta que as práticas de saúde não são estanques, ou seja, tanto os indivíduos, família e comunidade possuem culturalmente conhecimentos para prestar o cuidado. Assim, o cuidado é exercido pelo sistema popular bem como pelo sistema profissional.

É através do exercício da prática de cuidados que se deseja elevar a qualidade de vida de nossa população. A linguagem utilizada para divulgar e praticar esta mensagem deverá ser clara, direta, mas carregada de emoção, enfatizando a simplicidade e a beleza que são a própria expressão do cuidado e,

consequentemente, da saúde, esta pretensão tem com objetivo maior - uma população saudável.

Percepções do sujeito (mãe) referente ao sistema profissional de cuidar dos seres humanos mãe e criança

Esta categoria temática apresenta o sistema profissional como sendo a fonte do cuidado à criança expresso pelo sujeito (mãe). Serão discutidas as referências que articulam saúde, sistema profissional e cuidado cultural. Esta abordagem abre espaço para que seja apresentado um conjunto de significados que emergiram das vivências provenientes do sujeito (mãe).

Ao se contemplar amplamente as sociedades a partir de uma visão sócio-cultural, verifica-se a presença de um sistema de saúde, que tem por objetivo oferecer o cuidado, por intermédio de seus agentes que podem desenvolver um papel científico ou um papel empírico. Estes papéis são praticados por influências culturais que englobam suas crenças, valores, hábitos, padrões e visão de mundo. A cultura exerce influência no meio onde ocorrem as doenças, as condutas terapêuticas, as instituições que abrigam estes clientes e as tecnologias empregadas (Kleinman 1980).

O sistema profissional, desde o surgimento de nossa história, emergiu de informações originadas da prática do cuidado familiar, desenvolvido especificamente pelo sexo feminino. Estas informações foram aprendidas pelas experiências e difundidas pela tradição oral, que com o passar do tempo, a ciência apoderou-se desse saber, distanciando-se até tornar-se inacessível aos leigos (Collière, 1989, Pires, 1989).

A supremacia médica tem consumido ao longo do tempo, a maioria das atividades de saúde, que eram conhecidas como tradicionais, mas que não se ajustavam no sistema profissional. As demais profissões da saúde tem seus

destaques profissionais, porque de alguma forma se sujeitam à supremacia médica, sendo extremamente limitadas na prática (Kleinman ,1980).

A atual profissão médica tem sido tão dominadora a ponto de comprovar através de pesquisas sobre cuidados de saúde a predominância de si mesma, isentando os demais sistemas de saúde. Este autor diz que, tais estudiosos não tem noção deste fato pois são exercitados para enxergar tudo que abrange os cuidados de saúde por meio da estrutura cognitiva de sua profissão. E também, constata que os atuais profissionais de saúde encaram suas informações, como racionais e as informações que provém de seu público como leigas, assim como as práticas tradicionais são entendidas como irracionais e não científicas, expondo uma sucessão de dogmas pertencentes a prática dos profissionais de saúde. Salientando algumas como: práticas de saúde desenvolvidas pelo próprio cliente ou por algum membro de outro setor do sistema como perigosas e indulgente; aspectos biológicos dos agravos de saúde são por si só reais, enquanto que os aspectos psicossociais e culturais são considerados fenômenos de segunda ordem e pouco relevantes; o encontro entre médicos e clientes, incluindo familiares, denota encontro entre sábios e ignorantes, tanto que a função do médico é falar ou dar ordens aos clientes, e a função dos clientes é escutar inertemente e realizar; o médico ou outro profissional de saúde é o grande responsável pelo cuidado com o cliente, sendo que a não realização do processo de curar oriundo do médico é geralmente percebido como uma injúria moral, na expectativa do profissional (Kleinman , 1980).

É nas academias de ensino formal que o sistema profissional é formalizado e oficializado, na próprias palavras de (Leininger ,1991, p.48):

“o cuidado profissional formalmente ensinado, aprendido e transmitido com preparo teórico e prático relativos à saúde, doença, bem-estar e preparados em instituições profissionais, normalmente com pessoal multidisciplinar para servir aos consumidores”.

Estes universos, formados pelos sistemas popular e profissional de saúde, mesmo tendo características diferentes, podem desenvolver um processo de

interação efetiva no assistir o ser humano. Assim, há necessidade dos profissionais de saúde compreenderem os significados e as variadas maneiras de enxergar e interpretar a saúde, na ótica das culturas, para que então ocorra uma ruptura com a tradição do modelo médico, no qual os indivíduos são tratados de modo uniforme, partindo de suas doenças, não sendo considerado suas divergências.

É muito comum verificar que os profissionais de saúde, em sua maioria exercem atividades com seus clientes sem considerar suas variedades culturais, ou seja, a partir de seus próprios valores pessoais e profissionais. Favorecendo um afastamento entre os sistemas e propiciando um choque cultural pela imposição de uma visão do cuidado na saúde.

O indivíduo, durante a maior parte de sua trajetória de vida, cuida-se dentro de seu sistema de cuidado familiar/popular, em determinadas situações precisa do sistema profissional de saúde para ajudá-lo a sanar suas necessidades, assim passa a ter uma convivência com dois universos distintos: o de sua intimidade que engloba os aspectos de saúde do seu cotidiano e o profissional, que fragmenta os aspectos referentes a sua vida e que por várias vezes não contempla a sua conduta de cuidado.

O afastamento entre o que o indivíduo até o momento vem produzindo, referente a sua situação de saúde e doença, e o que lhe é proposto realizar em relação a esta situação é um dos fatores desencadeantes na não contribuição ou na sua contribuição limitada na proposta apresentada. O que vem confirmar a necessidade de um melhor entrosamento e aproximação entre os sistemas popular e profissional de saúde.

A abordagem acima contextualizada permeia as várias questões referentes a postura do sujeito (mãe) envolvido juntamente com a enfermeira nesta construção do processo do cuidado cultural.

Ao se questionar o sujeito (mãe) quanto a sua percepção em relação ao atendimento no *sistema profissional*, está expresso nas seguintes falas:

“Eu não confiei no primeiro médico, ele atendeu bem rápido não examinou nem nada, ele deu,..., e aí sim o outro médico, já bem de idade, até examinou a Lauren e tudo, e aí deu a medicação e resolveu”(Laura).

“ Eu não sou confiante no atendimento que é oferecido no posto. Eu dou medicação quando precisa, mas eu acho que não vai resolver e a primeira vez não resolveu mesmo, eu tive que levar de novo, e aí tinha outro médico aí sim a Lauren melhorou”(Laura).

“ Quando o outro médico examinou a minha filha aí sim me senti segura. Acho que foi pelo jeito que ele nos recebeu . Ele pesou, examinou a garganta, o ouvido, escutou o pulmãozinho, conversou comigo , perguntou se ela não tinha tosse, se ela estava se alimentando, aí senti que ele estava atendendo bem”(Laura).

“ Olha lá no núcleo é o mesmo que pagar uma consulta particular. É a mesma atenção, a gente é super bem atendida, não sei porque que no posto é diferente. Não sei quanto vocês ganham , nem sei quanto que eles ganham , mas vocês atendem super bem, de graça, a gente não paga nada, e no posto eles atendem a gente super mal”(Laura).

“ Minha mãe esta super descrente deste atendimento pelo SUS , dos médicos , ela podendo não vai consultar,..., ela toma medicação porque faz tratamento para hipertensão , mas outro probleminha que ela venha a ter como uma infecção urinária, uma dor, ela toma chá caseiro, ou um remédio que ela já tenha tomado antes e ela sabe que não pode tomar medicação por conta própria. Ela esta assim super descrente”(Laura).

“ Eu levo a sério o que tu me fala e de como me orienta sobre os cuidados em relação a Lauren. Tenho muito medo de oferecer remédio caseiro ou de benzer ou coisas desse tipo, ...”(Laura).

“ Eu acredito que o chá é bom, mas mesmo assim tu tem que ter um acompanhamento médico . Eu tenho muita insegurança com os médicos, mas eu acho que sempre um atendimento médico pode ser melhor , mais seguro”(Laura).

“ Eu acho que tem muita falta de atenção destes médicos, mesmo assim acho a medicina essencial . Eu fico me perguntando como é que existem tantos médicos e a medicina esta cada vez mais avançada, mas porque que cada vez está existindo mais e mais doenças”(Laura).

O propósito da teoria cultural do cuidado está centrado na percepção de que cada cultura pode vir a desenvolver um cuidado humano de maneira diferenciada, assim a enfermeira ao ser capaz de revelar estas maneiras, suas utilidades e atribuições culturais terá condições de servir-se deste saber para oferecer aos indivíduos de diversificadas culturas um cuidado satisfatório e benéfico. A partir do

momento que se percebe e se aceita o cuidado como cultural se abre espaço para respeitar e compartilhar suas crenças, valores, significados e práticas o que vem a proporcionar que não ocorra um choque entre o indivíduo e a profissional enfermeira caso este cuidado tiver de ser alterado, refletindo na interação entre os sistemas popular e profissional de cuidado (Leininger, 1991).

“ Minha mãe e minha sogra me diziam muitas coisas sobre como cuidar minha filha, me falavam toda hora, todos os dias tinha algo novo, me diziam o que fazer e como fazer”(Laura).

“ A maioria dos cuidados eu fazia como tu me orientava porque eu acreditava que era melhor, muita coisa que elas me diziam e que eu conversava contigo, a gente conseguia ajeitar, eu chegava em casa e dava um jeitinho e aí elas até aceitavam”(Laura).

“ Muitas coisas que elas me ensinaram eu fiz porque eu achei que também era bom e porque eu sabia que não era nada de mais. Oferecer chazinho para a Lauren, passar oleozinho na barriga para as cólicas . Os chás todos eu aprendi com elas”(Laura).

“ A mãe me ensinou a dar o leite com umas folhinhas de macela, foi como eu comecei a dar chá para Lauren”(Laura).

“ Minha mãe e minha sogra são de uma época que as coisas eram diferentes, eu fui criada dessa maneira , com chazinho. Eu também crio a Lauren com chazinho , mas também é só. Porque eu acho que muitas coisas mudaram, da maneira que eu fui criada, eu já não criei a Lauren assim, tenho outros cuidados,..., hoje a época é diferente, tem muitas coisas caseiras que é muito bom, mas também tem muitas coisas que já estão ultrapassadas que já não fazem mais tanto efeito”(Laura).

Os indivíduos são seres culturais que, por meio de suas crenças, valores, significados e práticas de vida, definem suas idéias, decisões e executam suas ações de maneira padronizada. Leininger, acredita que o cuidado de enfermagem será eficiente quando a enfermeira fundamentar-se no conhecimento e nas habilidades do cuidado cultural. Sabóia (1997) afirma que uma grande parcela dos profissionais de saúde, inclusive os da enfermagem, acreditam ter o domínio do saber e conseqüentemente o poder sobre seus clientes. O que nos impede de perceber e entender que o exercício das práticas populares está centrado na aproximação da realidade social e na compreensão que o cliente possui sobre saúde. A partir do

ponto de vista deste autor, torna-se premente que a enfermeira amplie sua visão e se permita a partilhar as diversidades do cuidado. O processo de conscientização desta realidade fará com que a enfermeira procure, freqüentemente, instrumentalizar-se para desenvolver uma assistência adequada e satisfatória, adotando, assim, uma postura ética, educativa e compromissada frente ao contexto de vida de sua clientela.

Leininger (1981), enfatiza que o sucesso do cuidado cultural depende da eficácia da interação estabelecida entre a enfermeira e seu cliente, para tanto é necessário que ambos tenham consciência a respeito da existência e do significado do cuidado popular e do cuidado profissional.

Em relação a esta abordagem, vislumbrando o início de uma nova leitura para o exercício da enfermagem, lançando mão de instrumentos como a comunicação, a interação, a participação do cliente na construção do *cuidado*, entrelaçando os sistemas popular e profissional permitindo possibilidades de visualizar e vivenciar novos horizontes. Traço este parecer a partir de algumas falas:

“Esse atendimento bom, só tive lá, nos outros lugares que fui não chegou nem a metade do nível de lá, tanto de higiene como de atenção com a gente”(Laura).

“ Quando eu vou lá eu volto bem tranqüila para casa. Eu confio no atendimento. Eu até confio mais em ti do que no médico”(Laura).

“ Eu gosto mais do teu atendimento ”(Laura).

“Eu acho que tenho mais liberdade contigo do que com ele. É diferente, cada pessoa é uma pessoa. O atendimento dele é bom, claro, mas o teu é bem melhor. Eu confio mais no teu atendimento do que no dele”(Laura).

“Eu acho que ele atende muito rápido, se a criança está com dor de ouvido, ele olha só o ouvido, rápido e não pergunta mais nada. E tu não, tu conversa de tudo, esclarece, tu olha toda a criança”(Laura).

“ Eu saí da tua sala segura, sem medo de cuidar da minha filha, porque o meu nenê nasceu e eu não sabia o que iria acontecer, o que estava por vir, quais os obstáculos que eu iria ter pela frente, aí tu me esclareceu muitas coisas, coisas que até já tinham acontecido e eu não sabia. Eu saí super tranqüila”(Laura).

“Eu acho o atendimento de vocês super bom, sempre gostei de tudo, da atenção que vocês me deram , do interesse pela Lauren. Vocês são bem interessados, porque em outro lugar a gente sempre tem do que reclamar”(Laura).

Estes depoimentos colaboraram no sentido de se apreender alguns elementos do cuidado elaborado por Leininger (1978). Entre eles , me permito destacar o informar, o esclarecer, demonstrar sentimentos de ternura (tocar), demonstrar confiança e desenvolver autoconfiança. Esta mesma realidade, também aponta a fragmentação do saber-fazer dos profissionais da saúde. A relação profissional-cliente é instituída e como tal, é toda ela condicionada pelo espaço em que se desenvolve. Nesse espaço, os personagens desta relação, compartilham e experienciam realidades, quando se aproximam ou se repelem. O profissional, assim como o cliente tem lugar no campo social e também com tudo o que isso implica: olhares diferentes, leituras diferentes de um mesmo campo em que ambos estão mergulhados. Estes personagens tem uma história de vida, história de escolhas, de posições e de injunções.

Leininger (1978), refere que é essencial se conhecer a estrutura social e as visões de mundo, onde os seres humanos se inserem, para então interagir com eles de modo congruente.

Lenardth (1996) afirma que a enfermeira ao contemplar e propiciar conhecimentos, de forma harmoniosa, ou seja, considerando além da parte técnica os aspectos relativos ao social e ao afetivo, estará desenvolvendo o papel de facilitadora no processo de interação com seu cliente, permitindo que este , participe com seu saber nesta construção. A interação, para Leininger (1985), é definida como um processo dinâmico e dependente realizado através da reciprocidade de diversos componentes estruturais ou organizacionais da sociedade, incluindo os setores político, econômico, educacional, religioso, familiar, tecnológico e cultural, e a maneira como estes componentes interatuam e trabalham, demarcados pelos contextos lingüísticos e ambiental.

Esses pontos tem o intuito de alertar que a relação profissional sujeito-cliente delinea um campo complexo. O saber fazer profissional deve ir além do detectar as demandas explícitas do cliente, estendendo-se a uma série de expectativas e desejos implícitos que atuam todo tempo no contato com o profissional, ou seja, buscar perceber a singularidade do cliente como um todo, assim como suas posturas e o que as condiciona (Marcondes, 1988).

As condições de saúde assim como o bem estar da criança estão estreitamente ligados com o modo de produção vigente em cada sociedade. Para se avaliar as condições de vida e de saúde da criança deve-se considerar os indicadores econômicos como o salário mínimo, desemprego, inflação e, também, incorporar os determinantes históricos e sociais de cada nação, bem como seu grau de desenvolvimento. Nesse enfoque obtém-se como resposta além da identificação do estado de saúde da criança, o valor que a sociedade atribui, enquanto ser humano, cidadão e como integrante, no presente e no futuro, de um determinado tempo histórico (Leão, 1988). Nesse contexto estão inseridos os profissionais de saúde que são coadjuvantes desta experiência. Adotar essa visão interativa e desempenhar este papel não é fácil, porque a maioria dos profissionais valorizam o patológico ou a doença, como ponto de referência para a ação. Esta postura é adotada em função de que durante a formação destes profissionais, as doenças e intercorrências são enfatizadas e as técnicas intervencionistas são as mais consideradas.

Reconhecer a individualidade do cliente, irá permitir ao profissional estabelecer com o sujeito mãe-criança um vínculo e perceber suas necessidades e capacidades de lidar com o processo *saúde-doença*. Permitindo, também, que as relações sejam compartilhadas de maneira menos autoritárias e menos desiguais, na medida em que o processo de interação ocorra, o profissional dá lugar a postura de detentor da situação e passa a adotar condutas que proporcionem bem estar e garantam a segurança para a saúde da diade mãe-criança (Ministério da Saúde, 2001).

“ Eu acho que a tua visita poderia fazer parte da consulta, desde o começo ela beneficiou tanto para mim como para a Lauren, porque é tu que cuida dela. Cuida lá no núcleo e segue em contato com ela , então tu esta sempre acompanhando o desenvolvimento dela e, também para mim é ótimo, a gente conversa de tudo sai fora da rotina “(Laura).

“Eu concordo com o agendamento no núcleo mas acho que se a gente precisasse teria que conseguir uma hora para levar a criança lá. A gente confia em vocês, são vocês que conhecem e acompanham a minha filha . A gente não vai procurar vocês por bobagem. Então eu acho que se a criança precisar teria que achar uma horinha para encaixar a criança”(Laura).

“Eu me sentiria muito mais segura porque levar ela noutra lugar fica difícil e eu não gostaria, porque quem vai atender não conhece ela, ..., fica difícil por isso e porque eu também não me sinto muito segura”(Laura).

“Então acho que é isso que tem que mudar lá, o resto é ótimo. E a visita deveria ser incluída no atendimento fica cem por cento melhor. Eu acho que a primeira consulta teria de ser agendada bem mais cedo. O meu marido foi lá no outro dia que a Lauren nasceu e só consegui marcar a consulta para dali a um mês. Eu acho que a primeira consulta tinha de ser feita logo que o nenê nascesse. Até a gente ir fica passando por um monte de coisas, fica pensando porque não sabe como cuidar da criança. Eu mesma fiquei sofrendo, então eu acho que tinha que ser logo após o nascimento do nenê ”(Laura).

A reorganização do sistema de prestação de serviços necessita fundamentar-se em uma rede nacional que atua segundo o princípio de reconhecimento da saúde do Estado.

De acordo com a constituição Brasileira promulgada recentemente (1988), a reorganização deve contemplar a integralidade da assistência, em um sistema universal e descentralizado, garantindo a equidade, a resolutividade e o controle social da população sobre as ações implementadas. O sistema assim constituído busca reorientar as instituições de saúde, instituindo um modelo assistencial, com níveis hierárquicos de atenção à saúde. A implantação deste sistema, deverá ter como meta a correção das desigualdades de acesso, a compatibilização dos serviços com as necessidades de saúde, o acréscimo da produtividade, a integração das ações e a melhoria da qualidade em saúde (Leão,1988).

A partir de uma visão mais complexa Mendes (1999), caracteriza o SUS como um subsistema público de um sistema plural, vigente no nosso país. E ainda

afirma que um sistema público de saúde só pode existir sob regulação de um Estado, necessariamente forte e socialmente legitimado.

A inserção da questão no contexto legal do Brasil encontra-se inserida na CFB/88, no Art.196, onde se lê como um direito de todos os cidadãos e um dever do Estado, que é garantido pelas questões sociais e econômicas, e deve ser concretizada pelo Sistema Único de Saúde (SUS), como bem definido no Art. 198 da CFB/88, constituindo-se numa rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, tendo como foco a descentralização da direção para cada uma das esferas do governo, o atendimento integral centrado na prevenção da assistência e na participação da comunidade.

A proposta do SUS inclui o reconhecimento da multicausalidade e também as decisões sociais, políticas, econômicas e culturais do processo saúde-doença.

Entendo que a participação do indivíduo é uma das diretrizes do SUS, visto que é este indivíduo que conhece e, participa e pratica o cuidado, a partir de sua realidade contextual, assim os profissionais do cuidado, inseridos no contexto do SUS, precisam estar instrumentalizados para perceber e realizar uma prática condizente com a singularidade do cliente e, também, estendendo essa visão para os diferentes coletivos.

“ O atendimento pelo SUS é horrível, a gente não é bem atendida, eu levei minha filha logo que ela nasceu no INPS ,com cinco dias, e o doutor nem bola deu, depois com vinte e quatro dias menos ainda, porque eu achei que ela estava com dor de ouvido. Quando eu cheguei lá falei que ela estava com dor de ouvido. Ai ele me perguntou: Tu sente dor de ouvido? Eu disse que não, então porque tua filha vai sentir? Mas eu acho que a criança é normal sentir dor de ouvido, geralmente tem , pelo que a gente sempre vê, aí eu acabei usando remédio por conta própria. Depois eu acabei levando a Lauren em outro médico que é o do sobrinho do meu marido e foi pelo IPE, ele deu um remedinho e era dor de ouvido mesmo”(Laura).

O comprometimento dos profissionais poderá resultar em um cuidado benéfico e congruente, quando se estará considerando os valores, as crenças, os significados, e modos de vida dos indivíduos, além dos aspectos socioeconômicos. Assim, o Sistema Único de Saúde, por meio de seus profissionais, estará assistindo

o indivíduo de forma a respeitar seus direitos a cidadania, proporcionando educação para que este exercite seu papel de cidadão no transcorrer do seu processo de vida e, assegurando melhorias na qualidade do existir deste indivíduo no seu meio cultural.

“ Eu acho que isso tinha que mudar, o atendimento tem que ser diferente e as pessoas também. Porque é tão bom quando a gente é bem recebida, bem atendida, quando o filho da gente é bem atendido com atenção e tudo. O ambiente também tem que mudar, o lugar é pequeno e tem que ser limpo, a gente tem que se sentir bem e com segurança”(Laura).

A UNICEF (2000), referência que quando os indivíduos, principalmente os mais pobres, tiverem recursos e oportunidades para serem saudáveis, nutridos, e com educação serão, então, capazes de desenvolver habilidades suficientes para participar, de forma plena, das decisões que dizem respeito as suas vidas. O acesso a serviços públicos eficazes terão condições de atender a tais necessidades, assim como uma das maneiras mais eficaz para reduzir os índices de pobreza em qualquer sociedade está no acesso universal a um conjunto integrado de serviços sociais básicos. O acesso a serviços básicos de saúde, educação e serviços de abastecimento de água e saneamento é a condição que faz possível o progresso econômico estável, auxilia o indivíduo a alcançar maior produtividade e contribui de modo a oferecer um anteparo particularmente básico para proteger e assegurar os indivíduos em tempos difíceis.

Esta abordagem em conjunto com a visão que exerço como ser humano e como profissional da saúde, me oferecem subsídios para acreditar que é premente ocorrer modificações nos serviços de saúde. O conceito de atenção humanizada é amplo e envolve um arranjo de conhecimentos teórico-prático e de atitudes que visam a promoção e a prevenção à saúde. Desta forma, ocorre a priorização da singularidade do indivíduo, e a garantia de que a equipe de saúde realize procedimentos comprovadamente benéficos e que preserve a privacidade e autonomia deste indivíduo.

É com essa abrangência conceitual que poderá ser possível determinar estratégias e programas de saúde que possam diminuir o espaço entre os amplos e importantes conhecimentos científicos e tecnológicos adquiridos e de aplicação ilimitada, com uma visão humanista, na promoção da saúde dos indivíduos.

Acredito que a busca de melhorias significativas na saúde, desencadeará uma mudança na sociedade em relação ao reconhecimento dos direitos de cidadania e igualitários a todos os indivíduos, ou na direção inversa esta mudança provocará aquelas melhorias.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Há algum tempo venho questionando o meu saber fazer profissional . Não estou falando nos compromissos, problemas, preocupações. Estou falando em simplesmente pensar sobre a vida plena, os comportamentos , as emoções.

Vivenciar os sentimentos mais simples e naturais, com reciprocidade, provenientes de atividades igualmente simples , porém infelizmente cada vez mais raras, como contemplar a cumplicidade e harmonia em uma relação profissional-cliente , presenciar a união e interação familiar, ou simplesmente um saudável sorriso infantil.

É bem provável que assim como eu, muitas pessoas concordem que isso é importante e desejável mas que *“nos dias de hoje não dá ”* ou que *“não sobra tempo para nada”*.

A verdade é que a evolução da humanidade e o desenvolvimento tecnológico nos levarão a abandonar as leis da natureza e esquecer o que temos de mais humano: as relações com o próximo. Uma de nossas maiores conquistas neste início de terceiro milênio talvez seja o despertar da consciência de que agora é preciso fazer o caminho de volta: preservar a natureza humana , a natureza do outro e a sua

própria natureza - o seu corpo , mente , alma, e suas capacidades de criação e de transformação. É daí que virão as soluções para uma vida com mais qualidade, saúde, equilíbrio e paz. Uma vida melhor, com tecnologia, sim , mas sem excluir a emoção das coisas simples e naturais. Que saibamos então fazer as pausas para olhar o universo humano de forma real e singular. Assim é fácil perceber que a expressão humana está em tudo e que ela é a grande força da vida.

Contextualizar e contemplar esta construção de idéias me é permitido pela oportunidade de interagir com um conjunto de conhecimentos científicos, pela convivência com pessoas dotadas de um grandioso saber profissional acerca do assistir em enfermagem e, ainda por intermédio de um compartilhar de experiências com os atores sociais, figuras singulares inseridas em um contexto histórico e cultural de vida , co-participantes na minha trajetória profissional . Possibilitando reflexões do ser , do saber e do fazer em enfermagem, recriando e redirecionando para uma visão voltada para integralidade/individualidade do ser humano.

Traço , neste momento, algumas considerações que julgo serem necessárias e significativas e que emergiram durante a construção deste trabalho. Acredito serem construtivas , no sentido de oferecer suporte para a prática do cuidado cultural em conjunto com a enfermeira, com a mãe e com a criança.

A essência do cuidado em enfermagem tem sido evidenciada como uma necessidade humana . A partir das perspectivas de estudiosos que tem priorizado o cuidado como o núcleo central da enfermagem é que me permito compartilhar com a visão de que o sucesso do exercer o saber cuidar em enfermagem está intimamente ligado a interação entre os sistemas profissional e popular, ou seja a compreensão que o indivíduo, pertencente ao sistema popular, detém sobre cuidado deve ser apreendida, considerada e, quando necessário, trabalhada para que seja utilizada na construção da prática do cuidado benéfico da profissional enfermeira. Mas para que este processo se torne real e efetivo é indispensável que a enfermeira possua conhecimentos referente ao cuidado cultural.

Perceber a criança em sua integralidade, é sintonizar com seus significados, suas experiências, seus afetos, suas cognições, contemplando seu corpo, seu contexto histórico, sua família, seu meio cultural e econômico, seu momento de vida, sua posição no processo interacional familiar e comunitário da organização social onde está inserida.

A criança precisa ser acolhida com muita atenção e afeição, ao vivenciar uma situação diferenciada do seu cotidiano, ou na qual ela não tenha controle ou, ainda, quando seu potencial cognitivo de entendimento sinta-se ameaçado. Portanto, é de imenso valor que a enfermeira exercite o papel de amiga e colaboradora junto a criança e sua família e que esteja instrumentalizada para entender seus anseios e oferecer alternativas para resolvê-los ou amenizá-los, por meio de uma comunicação simples e explicativa, condizente com a realidade cultural de seus clientes.

Entendo que o toque é um instrumento próprio do ser humano, que pode desencadear e provocar reações de cuidado. Com o aprimoramento da ciência, novas abordagens e maneiras de assistir na enfermagem estão surgindo, as teorias apresentam novos paradigmas, trabalhos propondo a necessidade de percepção por parte da enfermeira para exercer sua prática com embasamento teórico, aparecendo, assim, a forma científica de fazer enfermagem, ganhando lugar de destaque no discurso e na prática. Neste contexto, cabe a profissional refletir sobre suas ações durante o exercício de suas atividades, pois parece-me que ao estarmos instrumentalizadas de tecnologia e saberes, muitas vezes não usufruímos de elementos básicos que poderiam ser colaboradores na construção e operacionalização de cuidados mais congruentes, como por exemplo, o toque.

As alternativas de atuação do cuidado cultural, podem concretizar-se a partir da interação, em ambos os contextos, do sujeito (mãe) para a enfermeira e vice versa, ou seja da enfermeira para a mãe, propiciando o compartilhar de experiências e trocas, chegando a tornar possível a repadronização na maneira da enfermeira incluir o cuidado cultural em sua prática profissional. Porém, para que a enfermeira exerça suas ações por meio destas alternativas, é premente que esta, realize um

trabalho educativo, que disponha de visão e amadurecimento para se permitir a mudança de comportamento frente suas ações, que esteja disponível e comprometida para buscar formas de exercer com interdisciplinaridade, alcançando o desenvolvimento de um cuidado científico, cultural e humanístico. A enfermeira deve realizar um estudo de todas as possibilidades possíveis, para atuar conforme as potencialidades e capacidades do sujeito (mãe), buscando proporcionar melhorias à qualidade de suas vidas, preservando sua singularidade, e suas condições peculiares de promover a saúde.

Para que uma nova concepção de assistir em enfermagem seja adotada, deve-se considerar o processo saúde-doença em todos os seus elementos históricos e sociais, neste sentido é imperioso incorporar outras áreas do conhecimento, como a economia, sociologia, antropologia, e promover uma nova organização do processo de trabalho em saúde. Isso representa que além de uma visão global frente a saúde, é preciso uma reorganização do sistema prestador de serviços, uma redefinição da utilização de tecnologias e uma recomposição técnica da equipe de trabalho. Isto acarreta e solicita um novo perfil dos profissionais de saúde, que devem centrar-se na compreensão dos problemas individuais e coletivos, oferecer respostas oportunas, eficientes e eficazes para todos os indivíduos, independente de classe social.

Atualmente, pode-se observar ainda de maneira lenta e tímida, uma crescente tendência a constatação de um modelo de desenvolvimento que concede privilégio a ordem hierárquica, consumista e tecnológica. Tal constatação tem sido evidenciada nos protestos contra as sociedades de modelo político autoritário, na assertiva da liberdade e da democracia em objeção a maneira de ser tradicional, dominadora e apropriativa delimitada pelo modo de produção. A partir da ótica desse modo de transformação, é que deve sobrevir uma nova reflexão acerca da saúde brasileira. Pensar sobre uma nova postura de exercer saúde é pensar uma nova sociedade, que tem como guia central a qualidade de vida do ser humano desde sua concepção.

É necessário estimular a interação como instrumento de trabalho e instigar a clientela como ser co-participante na construção do processo de cuidar; a falta de preparo e carência de recursos humanos melhor qualificados e engajados na percepção do contexto sócio-político-econômico e cultural da população em geral, vem de encontro e justifica o posicionamento, verbalizado, pelos participantes do estudo.

Fundamentada nessas considerações, percebo que se torna necessário e, até imprescindível para este momento, realizar um trabalho com o objetivo de aprofundar a compreensão das relações interdisciplinares da equipe multiprofissional, que me encontro inserida – no Ambulatório de Puericultura e Pediatria do NPAS da URCAMP-Bagé. Este conhecer está na direção de compreender os significados presentes na prática destes profissionais, no que se refere ao cuidado cultural, incluindo a realidade expressa na prática assistencial, ou seja, estes trabalhadores encontram-se no sistema profissional percebido pelos sujeitos atendidos (mãe e criança) como inadequado. Assim será possível, então, compreender os próprios significados que estes profissionais possuem acerca do cuidado cultural na estrutura do SUS. Aprender, também as possibilidades e os limites da operacionalização do cuidado, de forma que se possa desenvolver o exercício da profissão voltada para a saúde cultural da criança no sistema profissional, que aparentemente segue os princípios e diretrizes do SUS.

8 BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, Simone Santos. *Desenvolver uma prática assistencial baseada na Teoria Cultural do Cuidado, mediante a consulta de Enfermagem na visita domiciliar com a mãe e a criança*. Florianópolis/Pelotas: UFSC-Escola de Enfermagem- PósGraduação em Enfermagem (PEN) – Programa de Mestrado Interinstitucional da UFSC, jun./2000, 136 p. (Relatório da Prática Assistencial).

ANGELO, M. Saúde da criança e do adolescente – políticas e programas de saúde: aspectos técnicos, científicos e éticos. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, 1993, Recife . *Anais*. Recife , 1993, p. 127-131.

_____. *Com a família em tempos difíceis: uma perspectiva de enfermagem*. São Paulo. 1997. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade de São Paulo .

ARIÈS, P. *História social da criança e da família*. Rio de Janeiro: Zahar,1979.

BARTON , W. G.; BARTON,G.M. *Ethics and law in Mental Health Administration* . New York: International Universities, 1984.

BOLTANSKI, L. *Relações Médico-Paciente nas Instituições de Saúde Brasileiras*. São Paulo, 1981. Dissertação (Mestrado em Medicina) - Faculdade de Medicina da USP.

_____. *As classes sociais e o corpo*. Trad: R.A.Machado. 3. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

_____. *Puericultura y Moral de Clase*. Barcelona: Editora Laia, 1974.

BORDIN, R. *Sistemas Locais de Saúde: Os Conselhos Municipais de Saúde e os critérios para hierarquização de prioridades*. Porto Alegre, 1999. 206 f. Tese (Doutorado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

BEIHEL, J. I. et al. *Manual de enfermagem em pediatria*. Rio de Janeiro: Médice, 1992.

BORDENAVE, J.E.D. *O que é comunicação*. São Paulo: Brasiliense, 1985.

BRASIL. Ministério da Saúde. Boletim Informativo. RH/SUS. Ano II, V.2,3 e 4, n° 02 e 03. Brasília, 1993.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil* de 5 de out. 1988.

_____. *Lei n. 8.080* de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as Condições para a Promoção, proteção e Recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 20 de set. 1990.

BROUGÈRE, G. *A criança e a cultura lúdica*. In: KISHIMOTO, T. M. (Org). *O brincar e suas teorias*. São Paulo: Pioneira, 1998.

BURROUGHS, A. *Introdução a Enfermagem Materna*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

CAMPOS, A . L. R. Aspectos psicológicos da alimentação . In : *Distúrbios da nutrição* . Rio de Janeiro: Revinter Ltda, 1998.

CARVALHO, E da S ; CARVALHO, W. B. de . *Terapêutica e Prática Pediátrica*. São Paulo: Atheneu, 1996.

CARVALHO, J. M. *Estatuto da Criança e do Adolescente*. São Paulo :Del Rey , 1997.

CHAMMÉ , S.J. Educação para a doença . *Saúde em Debate* , Londrina , n.44, p.32-34, set.1994.

CIANCIARULLO, T. I. *Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência*. São Paulo: Atheneu , 1996.

COLLA, Maria Madalena. *Relação entre a concepção do processo saúde-doença e a gestão do sistema único de saúde: um panorama dos municípios da 7º Coordenadoria regional de saúde, RS*. Porto Alegre,2000, 206 f. Projeto de Dissertação (Mestrado em Administração) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

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

CORTÉS, A. S. *La educacion en salud, base para el desarrollo integral del nino*. *Bol. Of. Sanit. Panam.*, v. 98, n. 6, p. 513-524, 1985.

COSTA, J.F. *História da psiquiatria no Brasil. Um corte ideológico*. Rio de Janeiro, Documentário, 2.ed., 1976.

DALMÁS, A . *Planejamento participativo da escola* . Petrópolis : Vozes , 1994.

DOLTO, F. *Como orientar seu filho* . 2 .ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves , 1983. V1

_____. *Sexualidade Feminina*. São Paulo: Martins Fontes, 1984.

DEL CIAMPO, L.A.; RICCO, R.G. *Aleitamento materno e meio ambiente*. Ribeirão Preto: Scala, 1998.

ELSEN, I.; HENSE, D.S.S.; ECKERT; E.R. Buscando uma compreensão do conceito “Criança saudável”. *Texto & Contexto - Enfermagem* , Florianópolis , v.1, n.2, p.20-35, Jul./dez.1992.

_____. *Concepts of health and illness and related behaviors among families living in a Brazilian fishing village*. São Francisco, 1984. Tese (Doutorado em Ciência da enfermagem) - University of Califórnia .

FADMAN, J.; FRAGER, R. *Teorias da personalidade*. São Paulo : Harper & Row do Brasil , 1979.

FELISBINO, J. E. ; NUNES , E. P. *Saúde da Família : Planejando e Programando a Saúde dos Municípios*. Tubarão : Unisul , 2000.

FERNANDES, Geani . *Desenvolvendo uma prática em busca de um processo de avaliação humanizado e participativo nos estágios supervisionados de enfermagem*. Florianópolis: UFSC, 1998. Relatório da Prática Assistencial (Mestrado em Enfermagem). Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação de Enfermagem. Universidade Federal de Santa Catarina.

FERREIRA, A. B. de H. *Novo dicionário da Língua Portuguesa*. 2. ed., Botafogo: Nova Fronteira, 1986.

FORTES, P. A. de C. *Ética e saúde: Questões éticas deontológicas e legais, tomada de Decisões, autonomia e direitos do paciente, estado de decisão*. São Paulo: E.P.C., 1998.

FOUCAULT, M. *EL nacimiento de la clinica* .3.ed. México: Siglo XXI , 1977.

GALVÃO, I. *Henri Wallon : uma concepção dialética do desenvolvimento infantil*.4. ed. Petrópolis : Vozes , 1998.

GELAIN, I. *Deontologia e Enfermagem*. São Paulo: EPU,1987.

GELBCKE, F. L. Processo saúde doença: à procura da essência. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v.2, n.1, p.4-19, jul./dez.,1992.

GELBIN, L. *Bioética na enfermagem*, São Leopoldo: Unisinos, 1998.

GEORGE, J.et.al. *Teorias de Enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas,1993.

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

GUALDA, D. M. R. Estudo sobre Teorias Transcultural de Leininger. *Rev. Esc. Enf. São Paulo* , v.26, n.1, p. 75 - 86, mar.1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICO (IBGE). Contagem da população/96. Disponível na Internet: <<http://www.ibge.gov.br/estatística/população/contagem/rscont96.shtm>>. Acesso em :28 maio 2000.

KLEINMAN, A. *Patients and healers in the context of culture*. London : University of Califórnia, 1980.

KLERING, L. R. Análise do desempenho dos municípios do RS em 1998. *Revista Analise PUC/RS*, dezembro/99 Disponível na Internet:<<http://wwwppga.ufrgs.br/nutep/analise/ANALISE/htm>>. Acesso em : 27 dezembro 1999.

KRAMER, S. *A política do pré-escolar no Brasil . Arte do disfarce .* Rio de Janeiro: Achiamé, 1982.

L'ABBATE, S.; SMEKE, E. de L. M.; OSHIRO, J. H. Educação em saúde como um exercício de cidadania. *Saúde em Debate.* n. 37, p. 81-85, dez. 1992.

LAKATOS, E. M. ; MARCONI, M. de A. *Metodologia do trabalho científico.* 4. ed., rev. e ampl. São Paulo: Atlas, 1992.

LANGDON, E. J. *Conceito de cultura.* Florianópolis, 1991, 8 p. (mimeo)

_____, *A relação saúde e cultura.* Florianópolis, 1994, 7 p. (mimeo).

LEÃO, E. *Pediatria Ambulatória.* 2.ed. Belo Horizonte: Cooperativa Editora e de Cultura Médica, 1988.

LEÃO, S.C. *A importância do vínculo afetivo mãe/filho .* *Jornal de Pediatria* , 57(4):381-382, 1984.

LEINIGER, M. *Transcultural nursing : concepts, theories and practices.* New York . John Wiley e Sons, 1978.

_____. *Caring : an essencial human need .* Thorofare , N. J: Slack , 1981. *The fenomenon of caring : importance research questions and theoretical considerations, part one ,* p.3-15.

_____. *Teoria do Cuidado Transcultural: Diversidade e universalidade.* In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM , 1,1995, Florianópolis: *Anais do 1º SIBRATEN*, Florianópolis : Ed. da UFSC, 1985. P. 255-276.

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

_____. *Culture, care diversity and universality: a theory of nursing*. National League for nursing Press; New York . 1991, p. 432 .

_____. In: GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem. Os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas. 1993.

LENARDTH, M. H. *O vivenciar do cuidado cultural na situação cirúrgica*. Curitiba, 1996. 114.f Dissertação (mestrado em Enfermagem) – Universidade de Santa Catarina .

LEOPARDI, M.T. *Entre a moral e a técnica: ambigüidades dos cuidados da enfermagem*. Florianópolis: E. DAUFSC, cap. 1, p. 27-42, 1994.

_____. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa Livros, NRF/UFSC, 1999, 228 p.

LOPES, M.J.M. et al. *Gênero e Saúde*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

MALDONADO, M.T. *Comunicação entre pais e filhos ; a linguagem do sentir*. 4.ed. Petrópolis : Vozes, 1983.

_____. *Psicologia da Gravidez*. Petrópolis : Vozes , 1991.

MARCONDES, E.. *Pediatria-doutrina e ação*. São Paulo: Savier, 1988.

MARQUES, M. B. Atenção materno-infantil como prioridade política. In: GUIMARÃES, R. *Saúde e medicina no Brasil*. 3. ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979, p. 121-146.

MARTAGÃO-GESTEIRA, R. *Puericultura: higiene física e social da criança*. 3. ed., Rio de Janeiro: Atheneu, 1957, p.495 .

MECKENNA, G. Cuidar é a essência da prática da enfermagem. *Rev. Técnica de Enfermagem*, ano 7, n. 80, Ed. Portuguesa, set.1994.

MENDES, E.V. *Uma agenda para a saúde*. 2.ed. São Paulo : Hucitec, 1999.

MENEGOLA, M. ; SANT 'ANNA, I. M. *Porque planejar? Como planejar ?* Petrópolis: Vozes , 1992.

MINAYO, M. C. S. et. al. *Pesquisa social: Teoria, método e criatividade*. 12. ed., Petrópolis: Vozes, 1999.

_____, H. de O . *Na dor do corpo, o grito da vida*. In : COSTA ,N. do R. et al. (Org). *Demandas populares , políticas públicas e saúde : movimentos sociais e cidadania .* Petrópolis : Vozes , 1989.v.2, p.75-101. (Coleção Saúde e Realidade).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Portaria GM nº 2.203, de 05 de nov. de 1996. (*Norma Operacional Básica do Sistema Único de Saúde - NOB-SUS 01/96*. Diário Oficial da União, Brasília, 06 de nov. 1996. Seção 1

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Parto , Aborto e Puerpério : Assistência Humanizada à Mulher .* Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

MONTAGU, A. *Tocar: o significado humano da pele*. São Paulo:Summus,1988.

MONTICELLI, M. *Uma proposta de cuidar utilizando um modelo de referencia cultural. O nascimento como um rito de passagem: uma abordagem cultural para o cuidado de enfermagem às mulheres e recém-nascidos*. São Paulo : Robe, 1988.

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

MORAES, J. F. R. de . *Filosofia da ciência e da tecnologia: introdução metodológica e critica*. Campinas : Papyrus ,1986.

MOTTA, M. da G. C. et al . *Enfermagem pediátrica - assistência à criança* .
Porto Alegre : Sagra, 1990.

NELSON, W. E. *Tratado de Pediatria*. 14 ed. Rio de Janeiro: Guanabara
Koogan, 1994.

NERY, M. E da S. ; VANZIN, A. S. *Enfermagem em Saúde Pública*. Porto
Alegre: Sagra: DC Luzzatto, 1994.

NITSCHKE, R.G. *Nascer em família: uma proposta de assistência de
enfermagem para a internação familiar saudável*. Florianópolis: UFSC.
1991, p.268 , Dissertação (mestrado em Enfermagem) , Universidade Federal
de Santa Catarina.

NOVAES, H. M. D. *A puericultura em questão*. São Paulo: FMUSP, 1979,
Dissertação (Mestrado. em Medicina) – Faculdade de Medicina da USP.

NUNES, A. M P. *Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem
: ciência e arte. Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v.5, n.1,
p.34-45, jan./jun., 1996.

NUNES, E.D. “ *introdução*” in *Medicina social - aspéctos históricos e
teóricos* . São Paulo : Global , 1983.

ORLANDI, O. V. *Teoria e prática do amor à criança: introdução à
pediatria social no Brasil* . Rio de Janeiro : Jorge Zahar , 1985.

OSORIO, L. C. *Família hoje*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996.

PATRICIO, Z.M. *A prática do cuidar/cuidado à família da adolescente
grávida solteira e seu recém- nascido através do marco conceitual de
enfermagem de enfoque sócio-cultural*. Florianópolis : UFSC ,1990.
Dissertação (mestrado em enfermagem) – Universidade Federal de Santa
Catarina.

_____. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. *Texto & Contexto – Enfermagem*, Florianópolis, v.1, n.1, p.89-106, jan./jun., 1992.

PENNA, C. M. de M. Uma questão conceitual. BUB, L. I. R. (Org.) Marcos para a prática de enfermagem com famílias. *Série Enfermagem*. Florianópolis: Ed da UFSC, p. 79, 1994.

PIAGET, J. *Seis estudos de psicologia*. 21. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

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

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

RICCO, R.G.. *Políticas Públicas na Área Materno-Infantil : Atuação do Departamento de Puericultura e Pediatria da FMRP-USP. USP-Estudos Avançado* 1999.

_____. *Puericultura : princípios e práticas : atenção integral à saúde da criança*. São Paulo : Atheneu , 2000.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. Coordenadoria de Informações em Saúde. *Estatísticas de nascimento: nascidos vivos 1997 e 1998*. Porto Alegre, 1999.

ROACH, S. M. S. . *The human act of caring: a blueprint for the health professions*. Ottawa:Canadian Hospital Association Press, 1993.

ROCHA, S. M. M. *Puericultura e Enfermagem*. São Paulo: Cortez , 1987.

RODRIGUES, J. C . *Tabú do Corpo* . Rio de Janeiro: Dois Pontos , 1979.

ROSSETTI, F. M. C. *A respeito do âmbito da experiência: desenvolvimento: pessoal e social do conhecimento de si e do outro*. Manuscrito não publicado preparado para discussão dos referenciais curriculares Nacionais de Educação Infantil, 1998.

SABÓIA, V. M. *A mão dupla do poder*. Niterói: EDUFF, 1997.

SAUPE, R. (Org.). *Educação em Enfermagem: da realidade construída à possibilidade em construção*. Florianópolis: Editora da UFSC, 1998.

SCHMITZ, E. M. e cols. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura*. São Paulo: Atheneu, 1989.

SCHNEIDER, J. F. Algumas idéias sobre a atenção integral à criança no atual sistema de saúde. *Município e Saúde*. Ijuí: Ed. Unijuí, Ano 2, n. 8, p. 30-35, jan./jun., 1994.

SHWARTZ, E. *Família Teuto-Gaúcha: o cuidado entre possibilidades e limites*. Florianópolis : UFSC, 1998. Dissertação (mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

SIGAUD, C. H. de S. ; VERISSIMO, M. De La Ó. *Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. São Paulo: EPU, 1996.

SILVA, L. de F. da et al. Família e redes sociais: o uso das práticas populares no processo saúde e doença. In: SILVA, Y. F. ; FRANCO, M. C. (Org.). *Saúde e doença: uma abordagem cultural da enfermagem*. Florianópolis: Papa Livro, p.75-96, 1996.

SILVA, M.J.P.da. “ *A percepção das enfermeiras sobre a comunicação não-verbal dos pacientes*”. São Paulo, 1989. 113 f. Dissertação (mestrado em Enfermagem) Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

_____. “ O toque e a distância interpessoal entre enfermeiros e pacientes nas consultas de enfermagem”. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, v.25 , n.3, p.309-318, 1991.

_____. *Comunicação tem remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde*. São Paulo : Gente , 1996.

SOIFER, R. *A criança e a TV*. Porto Alegre : Artes Médicas, 1991.

SPITZER, R. *O primeiro ano de vida; um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetais*. São Paulo : Martins Fontes, 1979.

SSMA/RS (SECRETARIA DA SAÚDE E DO MEIO AMBIENTE DO RIO GRANDE DO SUL). *Estatística de Saúde: Mortalidade 1997*. Porto Alegre: Núcleo de Informação em Saúde, v.23, 1998.

STEFANI apud SCHMITZ, M.E. *A Enfermagem em Pediatria e Puericultura*. São Paulo: Atheneu , 1989.

STEFANELLI, M.C. *Comunicação com o paciente - teoria e ensino*. São Paulo : Robe, 1993.

TRENTINI, M. ; DIAS, L. P. M. *Meu primeiro projeto assistencial*. Florianópolis, UFSC, s.d.

UNICEF, *Situação Mundial da Infância 2000*. Brasília : UNICEF , 2000.

UNIVERSIDADE DA REGIÃO DA CAMPANHA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo de Atenção e Pesquisa à Saúde. *Regimento Interno do Serviço de Enfermagem*. Bagé-RS: URCAMP, nov./1999. (digitado) .

_____. *Relatório Anual de 1998*. Bagé-RS: URCAMP, jan./1999. (digitado) .

_____. *Relatório Anual de 1999*. Bagé-RS: URCAMP, fev./2000. (digitado) .

_____. *Relatório Anual de 2000*. Bagé-RS: URCAMP, jan./2001. (em digitação) .

VALLE, E.R.M. A psicologia na formação e manutenção do desempenho na enfermeira pediatra. *Revista Paul., Enf. São Paulo* , 4 (3) : 105 - 108, jul./set.,1984.

VANZIN,A. S. ; NERY, M. E. da S. *Consulta de Enfermagem: uma necessidade social?* Porto Alegre: RM & L Gráfica, 1996.

_____ *Atenção Integral à Saúde da Criança: um enfoque epidemiológico.* Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1998.

WALDOW, V. R. *Cuidado humano: o resgate necessário* . Porto Alegre: Sagra Luzzatto, 1999.

WEIL, P. “ *Nova Lógica , novo amor*”. In : BRANDÃO, D.M.S.; CREMA , R.O *o novo paradigma holístico : ciência , filosofia, arte e mística.* São Paulo: Summus , 1991.

WHALEY, L.F. ; WONG, D. L. . *Enfermagem pediátrica , elementos essenciais à intervenção efetiva* . 2.ed.Rio de janeiro : Guanabara Koogan, 1979.

_____ *Enfermagem Pediátrica.* 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

YUNES, J. P. Apresentação. In: Seminário Estadual de Saúde da Criança, 2 ed., São Paulo, 02-05. dez., 1986. *Anais.* Secretaria de Estado de Saúde/Instituto Dante Pazzanese de Cardiologia., fev., 1987.

ANEXOS

ANEXO 1

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PEN
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPel
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE – FURG
UNIVERSIDADE DA REGIÃO DA CAMPANHA – URCAMP
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM CONVÊNIO
FAPERGS
DISCIPLINA PRÁTICA ASSISTÊNCIAL DE ENFERMAGEM**

ROTEIRO PARA SER DESENVOLVIDO COM OS GRUPOS DA PRÁTICA ASSISTÊNCIAL

Observação direta e intensiva , durante a visitação domiciliar, fazendo uso da conversação, proporcionando aos sujeitos , enfermeira e mãe , trocas de informações necessárias a ambas.

As questões significativas serão:

- Compreensão que a mãe possui sobre cuidar/cuidado ,sobre suas características;
- O que a mãe considera necessário para a saúde da criança ;
- O que a mãe entende ou conhece sobre puericultura;
- Como a mãe se sente em relação ao atendimento no sistema profissional;
- Como a mãe se sente em relação ao atendimento oferecido pela enfermeira (ações de enfermagem);
- Há troca de idéias, conhecimentos sobre o cuidado da criança , ou seja , a enfermeira interage com a mãe;
- Formou-se vínculo entre a mãe e a enfermeira, permitindo trocas de informações sobre o cuidado e em relação aos aspectos positivos e negativos neste processo;
- O desempenho da prática pretende compreender a cultura no contexto familiar e profissional.

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC
CENTRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE
PÓS GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – PEN
UNIVERSIDADE FEDERAL DE PELOTAS – UFPel
UNIVERSIDADE FEDERAL DE RIO GRANDE – FURG
UNIVERSIDADE DA REGIÃO DA CAMPANHA – URCAMP
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM ENFERMAGEM CONVÊNIO
FAPERGS
DISCIPLINA PRÁTICA ASSISTENCIAL DE ENFERMAGEM

REGISTRO DOS ENCONTROS

Projeto da Prática Assistencial do Cuidar/Cuidado na Puericultura , com a enfermeira na parceria mãe/criança , na busca por assisti-los como sujeitos culturais .

Mestranda : Enf. Simone Santos Almeida

1 – Identificação

- Grupo: _____
- Data: _____
- Hora: _____
- Local: _____

2 – Objetivo central do encontro, referente ao foco e cuidados da criança

3 – Registro de todas as informações situações que se destacaram durante a visita domiciliar

4 – Observações (objetivas, citações) , referentes aos cuidados da criança, englobando questões da teoria cultural que norteiam o desenvolvimento da prática

5 – Percepção da enfermeira (subjetiva) , em relação às vivências realizadas na visita domiciliar

6 – Avaliação diagnóstica , em relação aos objetivos e da aplicabilidade do processo de enfermagem

7 – Agendamento para o próximo encontro