

EDITORIAL

MEDEIROS, Marcelo03

ARTIGOS ORIGINAIS/ORIGINAL PAPERS/ARTICULOS ORIGINALES

O cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico nas representações sociais de usuários de um centro de atenção psicossocial*The care and non-care psychiatric assistance in the social representations for patients in a psychosocial health care service**El cuidado y lo descuido en el tratamiento psiquiatrico en las representaciones sociales de usuarios de un centro de atención psicossocial*

MOSTAZO, Rubiane Rodrigues; KIRSCHBAUM, Débora Isane Ratner.....04

A utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória de Enfermagem à criança*The utilization of the therapeutic toy in the nursing pre-surgery visit to children**La utilización del juguete terapéutico en la visita pre-operatoria de la enfermeria a los niños*

SCHMITZ, Silvana Machiavelli; PICCOLI, Marister; VIEIRA, Cláudia Silveira14

O cuidado humano diante da transição ao papel materno: vivências no puerpério*Human care facing transition to maternal role: puerperal experiences**El cuidado humano frente a la transición hacia el rol materno: vivencias en el puerperio*

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson; MARTINS, Marialda; PEREIRA, Karen Fabiana; ATHAYDE, Juliana24

Mapeamento de termos atribuídos aos fenômenos de Enfermagem nos registros dos componentes da equipe de enfermagem*Mapping of terms attributed to nursing phenomena in the written data of the nursing staff components**Mapeamento de los terminos atribuidos a los fenómenos de enfermeria en los datos escritos de los componentes de la enfermera*

NÓBREGA, Maria Mirian Lima da; GARCIA, Telma Ribeiro; ARARUNA, Jaqueline Ferreira; NUNES, Wilma Cristina de Assis Nóbrega; DIAS, Greicy Kelly Gouveia; BESERRA, Patrícia Josefa Fernandes33

O trabalho da enfermagem na detecção de problemas visuais em crianças/adolescentes*Detention of visual problems in school children and adolescents**El trabajo de enfermería en la detección de problemas visuales en niños/adolescentes*

LOPES, Carmen Luci Rodrigues; BARBOSA, Maria Alves; MARQUES, Elisângela de Sousa; AMORIM, Alexandra F.; MORAIS, Nicolly Helen F.....45

“Teste do pezinho”: por que coletar na alta hospitalar?	
<i>Newborn screening program: why to collect in hospital checkout?</i>	
<i>“Programa de selección de recién-nascido”: por que coletar na alta hospitalar?</i>	
SILVA, Marly Bittencourt Gervásio Marton da; LACERDA, Maria Ribeiro	50

REVISÃO/REVIEW/REVISIÓN

O uso da história oral na pesquisa em Enfermagem Psiquiátrica: revisão bibliográfica	
<i>The use of oral narratives in Psychiatric Nursing: a bibliographic review</i>	
<i>La utilización de la historia oral en la pesquisa de enfermería psiquiátrica: revisión bibliográfica</i>	
REINALDO, Amanda Márcia dos Santos; SAEKY, Toyoko; REINALDO, Telma Bonifácio dos Santos	55

Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de Saúde da Família	
<i>How to develop projects of mental health attention in the Family Health program</i>	
<i>Como desarrollar proyectos de atención para la salud mental en el programa de salud de la familia</i>	
SCÓZ, Tânia Mara Xavier; FENILI, Rosangela Maria	61

RELATO DE EXPERIÊNCIA/CASE REPORT/RELATO DE VIVENCIA

A visita domiciliária sob o enfoque do acolhimento e sua interface com a abordagem do desmame precoce no programa de saúde da família: um relato de experiência	
<i>The domiciliary health visiting under the perspective of the user’s embracement and its interface with the attention to early wean in the family health programe: a case report</i>	
<i>Las visitas domiciliarias bajo la perspectiva de la acogida del usuario e su interface con la atención al destete precoz en el programa de salud de la familia: un relato de vivencia</i>	
FRACOLLI, Lislaine Aparecida; MAEDA, Sayuri Tanaka; BRITES, Patrícia Rosa, SEPÚLVEDA, Sandra Cristina Ferreira; CAMPOS, Célia Maria Sivalli; ZOBOLI, Elma Lourdes Campos Pavone	68

Normas de publicação na Revista Eletrônica de Enfermagem	73
---	-----------

O CUIDADO E O DESCUIDO NO TRATAMENTO PSIQUIÁTRICO NAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS DE USUÁRIOS DE UM CENTRO DE ATENÇÃO PSICOSSOCIAL

THE CARED FOR/OR NOT PSYCHIATRIC TREATMENT SOCIAL REPRESENTATION THE INDIVIDUAL REPRESENTATION AT A PSYCHOSOCIAL CARE CENTER REGARDING PSYCHIATRIC TREATMENT
EL CUIDADO Y LO DESCUIDO EN EL TRATAMIENTO PSIQUIATRICO EN LAS REPRESENTACIONES SOCIALES DE USUARIOS DE UN CENTRO DE ATENCIÓN PSICOSSOCIAL

Rubiane Rodrigues MOSTAZO¹
Débora Isane Ratner KIRSCHBAUM²

RESUMO: O objetivo do presente estudo é identificar e analisar as representações que usuários de um centro de atenção psicossocial constróem acerca do fenômeno tratamento psiquiátrico. Foram entrevistados 11 usuários do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação. Os dados foram submetidos à análise referencial teórico-metodológico a teoria moscoviana de representação social. Os temas, definidos a partir da análise dos dados, possibilitaram a estruturação de uma categoria. A categoria, tratar é ser cuidado/(des)cuidado, foi delineada a partir das ações de cuidado e de descuidos atribuídos ao tratamento psiquiátrico, com os seguintes temas: o cuidado no tratamento psiquiátrico, violência e instituição fechada.

PALAVRAS-CHAVES: Cuidado, Saúde Mental, Psicologia Social, Enfermagem

SUMMARY: The purpose of this study is to identify and analyze individual representations at a psychosocial care center regarding psychiatric treatment. Interviews were held with 11 individuals at the Psychosocial Care Center. The data was analyzed according to Bardin using the moscoviscian social representation theory as a methodological-theoretical reference. The data analysis helped define one categorie. The categorie, to be treated is to be cared for/or not – was outlined on the care attributed to psychiatric treatment such as care in psychiatric treatment violence and closed institutions.

KEYWORDS: Care, Mental Health, Social Psychology, Nursing

RESUMEN: La finalidad de este estudio és la indentificación y análisis de las representaciones que los usuarios del centro de atención psicossocial elaboran acerca del fenomeno tratamiento psiquiatrico. Fueram entrevistados 11 usuarios del Centro de Atención – CAPS/Estação. Los datos fueran sometidos a la análisis de contenido, teniendo como soporte referencial teorico-metodologico la teoria moscoviana de representación social. Los temas, definidos a partir de análisis los dados, posibilitaran la estructuración de una categoría. La categoría, tratar és ser cuidado/ descuidado, se delineó a partir de las acciones de cuidados y descuidos atribuidos al tratamiento psiquiatrico, com los siguientes temas: cuidado em el tratamiento psiquiatrico, violencia y institución cerrada.

PALABRAS CLAVES: cuidado, salud mental, psicologia social, enfermería

INTRODUÇÃO

O presente estudo visou identificar e analisar as representações sociais que usuários de um centro de atenção psicossocial atribuem ao cuidado e ao descuido no tratamento psiquiátrico.

Acredita-se que o melhor entendimento da forma como estas pessoas compreendem o cuidado no tratamento psiquiátrico, possibilitará identificar elementos que possam orientar a busca de intervenções

que objetive a maior adesão ao cuidado em saúde mental.

Entende-se porém que o sujeito constrói significados para o tratamento psiquiátrico de acordo com os sentidos ou símbolos atribuídos pela história social (MOSCOVICI, 1978). Desta forma, opto-se por iniciar este artigo com uma breve retrospectiva histórica e social das formas de tratamento do adoecimento psíquico, que vem se consolidando na decorrer dos sécu-

¹Psicóloga. Mestre pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas – UNICAMP. Dentro da linha de pesquisa “Processo de Cuidar em Saúde e Enfermagem”. E-mail: mostazo@bol.com.br.

²Enfermeira. Professora Assistente Doutor do Departamento de Enfermagem da FCM/UNICAMP. Doutora em Saúde Mental. E-mail: isane@uol.com.br; isane@fcm.unicamp.br

los como conhecimento e prática na assistência ao portador de transtorno mental.

Segundo FOUCAULT (1987), até a Idade Média, a loucura era praticamente despercebida como doença e, quando notada, era vista como um fato cotidiano ou como uma dádiva divina, por meio de significações religiosas e mágicas. A loucura tinha na sociedade uma certa razão, um ingrediente natural que habitava as casas, os povoados e os castelos.

Os insanos, assim como os portadores de deficiência mental e os miseráveis, eram considerados parte da sociedade e o principal alvo da caridade dos mais abastados, que assim procuravam se redimir dos seus pecados. Apenas os casos mais extremados ou perigosos sofriam segregação social, e as recomendações terapêuticas eram: o contato com a natureza, viagens, repouso, passeio, retiro e o teatro, no qual se apresentava ao louco a comédia de sua própria loucura (FOUCAULT, 1979).

Ainda que houvesse o clamor por um tratamento mais digno aos alienados, e conseqüentemente se fizesse uma seleção mais nítida das anomalias mentais, a idéia de que os loucos eram perigosos e inúteis permaneceu na sociedade até o fim do século XVIII. Tal concepção fazia com que essas pessoas fossem mantidas em casas de internamento, levando uma vida de prisioneiros (PESSOTTI, 1996).

Em meados do século XIX, o hospital psiquiátrico se estabeleceu como um lugar de diagnóstico e de classificação, no qual as espécies de doenças eram divididas. O médico do hospital era ao mesmo tempo aquele que podia produzir a doença em sua verdade e submetê-la pelo poder que sua vontade exercia sobre o próprio doente, usando procedimentos como isolamento, punições, pregações morais, disciplina rigorosa, trabalho obrigatório. Tal espaço tinha como função fazer do médico o mestre da loucura (AMARANTE, 1995).

Jean Esquirol e Philippe Pinel, médicos vanguardistas da produção francesa, classificaram as doenças mentais e estabeleceram um novo tratamento para os internos de hospitais mentais chamado “trata-

mento moral da insanidade” (KAPLAN et al., 1997).

No tratamento moral, como terapêutica, usava-se o afastamento do indivíduo das causas da enfermidade e das outras possíveis forças de oposição à cura.

Este tratamento perdeu sua força no final do século XIX. A psiquiatria assumiria uma posição positivista, centrada na medicina biológica.

Com o progresso no campo da medicina, a psiquiatria se restabelece por meio do modelo biomédico no tratamento das doenças mentais. Segundo CAPRA (1982), o modelo biomédico é resultado da influência do paradigma cartesiano no qual o corpo é identificado como uma máquina que pode ser analisada pelo estudo de suas partes.

No início do século XX, a psicanálise, representada por Sigmund Freud, contribuiu com uma nova forma de tratamento da doença mental. Acreditando que ela seria causada essencialmente por fatores psíquicos, Freud passou a dar um tratamento psicoterápico, no qual a palavra do paciente é a expressão dos conflitos conscientes e inconscientes. A psicanálise se consolidou como um método de investigação, uma técnica terapêutica e um conhecimento científico (HERRMANN, 1988).

Na segunda metade do século XX, a quimioterapia tornou-se uma importante área de pesquisa e prática do tratamento para a doença mental. Em 1949, foi descrito o tratamento da excitação maníaca com o lítio, considerado um momento importante na história da psicofarmacologia, que passa a ser o início de um processo farmacológico no tratamento da doença mental (KAPLAN et al., 1997).

O uso dos psicofármacos introduziu uma mudança no tratamento dos indivíduos portadores de transtornos mentais. “Foram os pacientes esquizofrênicos os primeiros a se beneficiarem dos efeitos das drogas antipsicóticas, também chamadas drogas anti-esquizofrênicas ou neurolépticos” (ROLIM et al., 1997; p.93).

Após a Segunda Guerra, em diversos países da Europa e da América do Norte, um cenário de movimentos e reformas co-

meçaram a ser articulados nos asilos e nas instituições psiquiátricas. Surgiram experiências com a pretensão de reformular estes espaços, estendendo-se o serviço para a comunidade. Foram criados fundamentos de sustentação teórica e institucional para o tratamento da doença mental e, assim, as psiquiatrias reformuladas se organizaram por meio da seguinte ordenação: a psicoterapia institucional e as comunidades terapêuticas, a psiquiatria do setor e preventiva, e a antipsiquiatria e as experiências que surgiram a partir de Franco Basaglia (CAMPOS, 2000).

Toda trajetória dos movimentos teve como importância o fato de ser o ponto-de-partida para se chegar às reformas de desinstitucionalização, instituindo-se um processo de desmontagem e desconstrução do espaço manicomial e propondo a constituição de formas diferenciadas para o tratamento psiquiátrico ao portador de doença mental.

No Brasil, até a segunda metade do século XIX, não houve assistência médica específica aos doentes mentais. Quando não eram colocados nas prisões por perturbação da ordem pública, eram encarcerados nas celas especiais dos hospitais gerais. A inauguração do primeiro hospital psiquiátrico no Brasil ocorreu em 1852, no Rio de Janeiro. Ele recebeu o nome Hospício “D. Pedro II”, e foi dirigido exclusivamente pelos religiosos da Santa Casa de Misericórdia. Em 1886, um médico psiquiatra, pela primeira vez, ocupou a direção do Hospício (COSTA, 1980).

Segundo MACHADO (1978), o tratamento atribuído aos seus internos tinha como objetivo dizimar a loucura. Para isso, alguns princípios iriam organizar o espaço e a vida asilar. O isolamento e a vigilância tornaram-se princípios primordiais no tratamento e na segurança dos alienados. A cura era possível por meio do isolamento, restringindo o tratamento ao espaço asilar. A condição de excluir o alienado da sociedade implicava a possibilidade de uma reinserção futura, depois de sua reabilitação através do tratamento oferecido pelo hospício

Partindo de uma política ideológica, outras propostas na assistência psiquiátrica se estabeleceram, entre as quais a implantação de colônias agrícolas para doentes mentais, que foram vistas como a solução para o tratamento psiquiátrico, recuperando-os pelo trabalho agrícola e devolvendo-os à comunidade como cidadãos úteis. Este retorno era feito diretamente ou, por via intermediária, pela adoção do ex-interno por famílias das redondezas (RESENDE, 1990). Para estas famílias, era oferecida uma remuneração do Estado e o paciente constituiria mão-de-obra gratuita para o trabalho. Este tipo de assistência foi chamado heterofamiliar e não se consolidou, na época, como estratégia de assistência.

Entre 1965 e 1970 houve um aumento significativo do número de doentes mentais nos hospitais da rede privada, resultando num elevado número de internações e no afluxo maciço dos indivíduos portadores de transtornos mentais para os hospitais privados (COSTA, 1980).

Em meados da década de 70, começaram a surgir algumas experiências isoladas, contrapondo-se ao modelo asilar, inspiradas na comunidade terapêutica, na psicoterapia institucional e na psicoterapia preventiva, permitindo novas propostas na assistência psiquiátrica. Nessa época, foram observados discretos investimentos em comunidades terapêuticas, hospitais-dias e centros de saúde mental. Os investimentos, no entanto, foram esporádicos, pouco significativos e, alguns, pouco duradouros (AMARANTE, 1995).

Na segunda metade da década de 80, ocorreu no Brasil a implantação do processo de Reforma Psiquiátrica, que se consolidou norteadada por acontecimentos marcantes, como o II Encontro Nacional dos Trabalhadores de Saúde Mental, em Bauru, SP, e que fez ressurgirem novos rumos para a saúde mental, “na busca de redescrever, reconstruir as relações entre a sociedade e seus loucos”. Assim, a preocupação deixou de estar centralizada apenas na instituição psiquiátrica e passou a abranger a condição humana, social, política e cultural do doente mental, abrindo espaço para um

questionamento viável e crítico (BEZERRA, 1994; p.181).

Acredita-se que as explicações que o usuário do Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação dá sobre o cuidado e o descuido atribuído ao tratamento psiquiátrico estão de acordo com o que ele percebe em sua vida cotidiana. O pensamento cotidiano torna-se a base de suas representações.

O intuito desta investigação limita-se a compreender como o cuidado e descuido no tratamento psiquiátrico é elaborado por indivíduos com histórico psiquiátrico vinculado ao Centro de Atenção Psicossocial-CAPS/Estação, partindo do pressuposto de que as ações dos indivíduos são orientadas pelas representações estabelecidas no seu cotidiano.

Considera-se que o melhor entendimento da forma como estas pessoas compreendem o cuidado e o descuido no tratamento psiquiátrico, possibilitará identificar elementos que possam orientar a busca de intervenções que objetive a maior adesão ao cuidado em saúde mental.

OBJETIVO

Identificar e analisar as representações de cuidado e descuido no tratamento psiquiátrico, elaboradas por usuários de um Centro de Atenção Psicossocial.

ABORDAGEM METODOLOGIA

Reflexões acerca do referencial teórico-metodológico

O referencial teórico proposto para este estudo fundamentou-se na perspectiva teórica do conceito de representação social, tendo como principais autores Serge Moscovici e Denise Jodelet.

MOSCOVICI (1978) traduz a representação social como “uma modalidade de conhecimento particular que tem por função a elaboração de comportamentos e a comunicação entre os indivíduos” (p.26).

Para JODELET (1988), a noção de representação social se constitui na maneira de interpretar e de pensar a realidade

cotidiana, ou seja, uma forma de conhecimento social.

CAMPO DE PESQUISA

Local: O estudo foi realizado no Centro de Atenção Psicossocial (CAPS)-Estação, unidade pertencente ao Serviço de Saúde “Dr. Cândido Ferreira.”

Sujeitos: Participaram da presente pesquisa um grupo composto por 11 usuários do CAPS-Estação, de ambos os sexos, e que atendiam aos seguintes critérios: 1. Estar inserido no programa de atendimento do CAPS-Estação; 2. Estar em condições físicas e psíquicas (foram excluídos os usuários em crise, como critério para a entrevista) de participar das entrevistas; e 3. Haver consentimento tanto do paciente quanto de seu responsável.

Coleta de Dados: As entrevistas foram realizadas individualmente pela pesquisadora, seguindo o modelo de entrevista semi-estruturada. Organizou-se um roteiro com as principais questões abordadas na entrevista.

Análise dos Dados: Optou-se por trabalhar com o material obtido através da análise do conteúdo segundo BARDIN (1977). A técnica de análise de dados utilizada na análise do conteúdo foi a da análise temática. Segundo MINAYO (1999), esta é uma das formas que melhor se adequa à investigação qualitativa das pesquisas em saúde.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS:

As representações que envolvem o “tratar é ser cuidado/(des)cuidado” possibilitaram a estruturação da categoria composta pelos temas: o cuidado no tratamento psiquiátrico e violência e instituição fechada, uma vez que esses temas indicam as ações de cuidado e descuido atribuídas ao tratamento psiquiátrico pelos sujeitos entrevistados.

a. O cuidado no tratamento psiquiátrico

O cuidado no tratamento psiquiátrico é percebido pelos usuários como a obtenção da medicação e também como suporte nas atividades da vida prática. Estas atividades incluem alimentação, higiene, repouso e organização do espaço doméstico. Tal qual a medicação, as atividades da vida prática também são mencionadas como cuidados decorrentes do tratamento psiquiátrico.

ELINEU: "Aqui no CAPS é muito bom o tratamento. Várias pessoas cuidam da gente. É muito bom, pois essas pessoas cuidam muito bem. A gente toma banho todo dia aqui, se alimenta bem aqui, toma medicação nas horas certas, No fim de semana, leva medicação para casa, para tomar em casa, né?"

Segundo RODRIGUES et al. (2001), depois do início da existência do ser humano, o termo cuidar passou a fazer parte da vida cotidiana. O cuidar, o autocuidado e o cuidado permanecem como conceitos fundamentais para a sobrevivência do ser humano.

Desta forma, o cuidar é estabelecido como um ato indispensável, não só para uma vida humana, mas também para todo grupo social. O cuidar é uma função primordial na sobrevivência de todo ser vivo, conforme COLLIÉRE apud RODRIGUES (2001).

Portanto, a partir do momento em que a psiquiatria teve início e a loucura passou a ser considerada uma enfermidade, a concepção de que a loucura deveria ser cuidada por outras pessoas tornou-se predominante na história psiquiátrica (SZASZ, 1986).

Os depoimentos dos entrevistados mostram que a qualidade do tratamento psiquiátrico se estende a um cuidado diversificado, que envolve a medicação, o acolhimento, a alimentação e a participação do profissional na organização da vida pessoal. Para os entrevistados, o cuidado implica ser acompanhado no planejamento e na execução de ações do cotidiano.

Entretanto, o que se pode constatar nos depoimentos dos entrevistados é uma concepção de cuidado vinculada a uma ação prática e a um serviço social, pois ao tratamento psiquiátrico é destinada a função de prover as carências sociais básicas do dia-a-dia, ou seja, a sobrevivência diária.

OLINDA: "Porque aqui é tudo bom. Eu tomo o remédio, eu almoço aqui, eu tomo café e vou embora para minha casa."

ALMIR: "Olha, a gente vem para o CAPS pensando em tomar café, comer um pouco, almoçar, tomar remédio, fumar."

Para BASAGLIA (1979), quando o modelo manicomial é rejeitado, passa-se a mudar a vida básica do sujeito portador de transtorno mental, dando a ele uma situação de vida semelhante a dos demais cidadãos, isto é: comer, dormir, beber, de maneira e em momentos escolhidos pela própria pessoa, e não em função de regras institucionais, que não levam em conta os interesses do usuário, mas sim o interesse da rotina burocrática, o lucro dos hospitais, dentre outros. Com isso, possibilitam-lhe, por meio de uma mudança de vida, uma consciência de homem e, principalmente, uma consciência de vida sobre um novo modo de se relacionar com outras pessoas.

O rompimento com os manicômios determina a necessidade de respostas que possam se organizar a partir da reconstrução da cidadania plena, para assim, responder à melhora da qualidade do atendimento aos indivíduos portadores de transtornos mentais, por meio de uma assistência digna e eficiente (SARACENO, 1999).

Ao contrário disso, o que se pode identificar é que as representações de tratamento psiquiátrico para os entrevistados se constituem na manutenção para sua sobrevivência em condições básicas, onde o comer, beber e fumar tornam-se os elementos mais importantes e indicadores da qualidade da assistência psiquiátrica, reiterando, portanto, a representação correspondente ao que se esperava que ocorresse no

tratamento realizado no modelo manicomial, onde predominavam regras institucionais para as condições básicas.

O cuidado também está associado às qualidades pessoais dos profissionais que emergem das relações com os pacientes. Esse dado pode ser observado nas falas trazidas pelos entrevistados:

ANA: “Aqui no CAPS tem comida, tem apoio das pessoas, dos profissionais que recebem a gente bem. Eu tenho a certeza que o tratamento do CAPS é bom, sim.”

Das pessoas que trabalhavam diretamente com os alienados nos hospícios do século XIX, eram exigidas condutas e características próprias para a execução do serviço — caracterização que casava a severidade com a doçura, a coragem com a prudência, discricção e caridade e uma esfera intelectual para entender os doentes (MACHADO, 1978).

Esta concepção sofreu poucas mudanças na representação que os usuários apresentam. Como os usuários têm uma representação de tratamento psiquiátrico como sinônimo de ser cuidado por outrem, no sentido de ser tutelado e ter sua sobrevivência diária assistida ou até garantida por outras pessoas, no caso, os profissionais responsáveis por seu tratamento, é de se esperar que eles construam também uma representação de quem sejam e como agem estes profissionais. De fato, pelo que se depreende dos depoimentos fica claro que a representação que têm dos profissionais que tratam deles é de pessoas capazes de prover todas as suas necessidades, tratá-los com respeito e consideração, e também como profissionais que os consideram cidadãos, que possuem direitos e que devem ser respeitados como tais.

Segundo BRUM et al. (1983), a equipe profissional é fator de grande influência na recuperação e reabilitação do indivíduo portador de transtorno mental. O modo de seu funcionamento e sua integração são fatores importantes para o tratamento.

Outra forma assumida pela representação de cuidado no tratamento psiquiátrico pelos entrevistados estende-se ao modelo assistencial. Os profissionais aparecem como substitutos nas funções de cuidados anteriormente atribuídas aos familiares. Esta questão aparece claramente no seguinte depoimento:

ORLANDO: “Eu gosto daqui, pois minha mãe morreu, meu pai é doente, e minha irmã é quem toma conta de meu pai. Minhas irmãs trabalham, não tendo tempo para cuidar de mim. Eu espero me integrar aqui dentro.”

A subsistência aparece como uma preocupação dos entrevistados que têm no CAPS um suporte para a solução dessa questão. Dessa maneira, o “assistencialismo” mantém-se novamente presente nos relatos que se seguem:

ALMIR: “Minha referência que vai arrumar um lugar para eu ficar (...) são minhas colegas. Elas me dão remédio, sabem que eu sou pobrezinho (...) Quando eu estava em outra vida, em outro tratamento, eu não sabia o que era remédio, comer, dormir, beber, que se tem aqui no tratamento do CAPS.”

A imagem de um tratamento psiquiátrico que desempenhe a função de auxílio, proteção e cuidado efetivo é apontada pelos entrevistados. Para eles, a representação de tratamento psiquiátrico se mantém ancorada na assistência psiquiátrica manicomial, na qual o “assistencialismo” se estabeleceu como característica predominante no funcionamento deste modelo de assistência psiquiátrica.

Segundo BEZERRA (1992), as primeiras instituições para alienados no Brasil surgiram diante de uma reivindicação social na qual se clamava pela ordem e pela paz no meio social. Desde então, foi enfatizada a necessidade de lhes dar assistência adequada por meio de práticas e teorias exercidas na Europa. Para a execução deste tipo

de assistência, foram propostos requisitos como: remover, excluir, abrigar, alimentar, vestir e tratar — uma inserção totalitária do alienado nos hospícios.

O cuidado concedido pelo tratamento psiquiátrico no CAPS está representado pela liberdade e pela possibilidade de ser tratado com liberdade e poder contar com o tratamento, quando necessário. Isso implica uma satisfação pessoal para com o tratamento psiquiátrico.

ANA: “O CAPS é uma corrente do bem. A gente tem a liberdade de ir e vir. Hoje em dia aqui no CAPS a gente se trata com liberdade.”

O direito em receber tratamento psiquiátrico com liberdade e com a confiança de ser atendido quando necessário mostram que, para os usuários, o cuidado está representado pela condição de cidadão, a qual lhe permite receber tratamento apenas mediante a necessidade e sem exclusão social.

Para AMARANTE (1996), um novo contexto de cidadania ao portador de transtorno mental se concretiza no momento em que se pode dar-lhes o real direito ao cuidado. Não de ser excluído, violentado, discriminado, mas de receber ajuda em seu sofrimento e permitir que sejam sujeitos de desejos e projetos.

O cuidado no tratamento psiquiátrico se constitui para os entrevistados por meio da obtenção de medicação, pelo cuidado da vida prática, pelo cuidado assistencial e pelo direito de ser cuidado com liberdade. O autocuidado também é mencionado pelas usuárias do CAPS. Uma das usuárias comenta que no CAPS aprendeu a observar e a cuidar de suas alterações de humor através de uma atividade terapêutica oferecida pelo tratamento psiquiátrico.

NANCIRA: “A ginástica harmônica traz condições para você lidar com sua depressão, reconhecer quando você está caindo, né?”

Por sua vez, outra entrevistada diz que procura administrar sozinha sua medicação, admitindo estar apta para este cuidado. Para ela, a autonomia no uso da medicação lhe permite o autocuidado.

MARILDA: “Eu tomo meu remédio sozinha porque já acostumei, tem vez quando eu tô mal, quando eu quero aprender, eu presto a atenção e vou contando para ver como está o remédio para eu tomar”.

OREM (1991) define o autocuidado como a prática de atividades que os indivíduos iniciam e executam em seu próprio benefício, para a manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

Sobre essa questão, PEIXOTO (1996) alega ser fundamental que o indivíduo tenha o direito de exercer responsabilidades sobre seu tratamento, numa relação cooperativa com os profissionais de saúde, através da integração e participação em seu cuidado.

O que se pode perceber nas falas dos entrevistados acima é que a representação do autocuidado no tratamento psiquiátrico encontra-se presente, destinando-se aos cuidados pessoais que resultam em uma maior interação com o tratamento. Conclui-se que as representações atribuídas ao cuidado se estabelecem em ações de cuidados diversificados, voltados para a vida cotidiana.

b. Violência e instituição fechada

O poder destruidor e institucionalizante em todos os níveis da organização manicomial aplica-se unicamente àqueles que não têm outra alternativa que não o hospital psiquiátrico (BASAGLIA, 1985).

Portanto, o isolamento, a falta de liberdade e a falta de higiene se mantêm ainda como um marco no cuidado psiquiátrico institucional, compatível com o modelo manicomial, como se depreende do que é dito pelos entrevistados. Nos conjuntos dos relatos que compõem este tema, foi observada a semelhança nas narrativas sobre o

tratamento psiquiátrico hospitalar vivenciado por eles. Como pode-se identificar nos depoimentos abaixo descritos:

ANA: “Eu cheguei a agredir a enfermeira em um dos hospitais que eu estive, e daí eu usei camisa de força ... Todas as portas eram fechadas, chaveadas, num espaço aberto ao relento, com chuva e com sol, no tempo que fosse. As pessoas tiravam as roupas, um ambiente horrível, pois as pessoas faziam cocô. Chegaram a comer o cocô na minha frente.

A reclusão de pessoas portadoras de transtornos mentais teve, no curso da história, várias modalidades. A mais antiga era de recolhê-los junto com outras minorias sociais, desempenhando, assim, a função de abrigo ou recolhimento. Posteriormente, apareceram as instituições hospitalares que destinavam espaços ou edifícios inteiros exclusivamente ao recolhimento de alienados. Nas primeiras décadas do século XIX, o acolhimento aos doentes mentais se caracterizou pelo tratamento médico sistemático e especializado. As condições de vida dos alienados nos hospícios eram de reclusão e condições sanitárias extremamente precárias e sob uma disciplina brutal (PESOTTI, 1996).

Como remete FOUCAULT (1987), ao final do século XVIII, os insanos eram tratados como prisioneiros. Normalmente, eram acorrentados às camas pelos tornozelos e também amarrados em celas.

Verifica-se que a utilização de métodos agressivos punitivos e impositivos no tratamento psiquiátrico se mostram presentes nos depoimentos dos entrevistados. Para eles, o tratamento nos hospitais psiquiátricos revelam a impossibilidade de um questionamento e de uma intervenção na forma de assistência, e na predominância do uso da força e do poder.

ALMIR: “Naqueles hospitais onde eu tinha aquela crise, onde eu passava 30 dias num quarto só tomando inje-

ção. Chorava e pensava que nunca mais eu ia sair daquele hospital.”

Segundo BASAGLIA (1985), um hábito dos hospitais psiquiátricos era concentrar os pacientes em grandes salas de onde ninguém poderia sair, nem mesmo para ir aos sanitários. Muitos dos doentes acabavam fazendo suas necessidades fisiológicas onde eram mantidos. Devido à falta de espaço, um mesmo leito era dividido entre dois pacientes, aproveitando-se das condições físicas e psíquicas dos mesmos.

Verifica-se, porém, que as representações de violência e de exclusão no tratamento psiquiátrico hospitalar se mantêm fortemente presentes no universo cotidiano dos entrevistados, pelo conhecimento de uma realidade vinculada a um contexto social e histórico.

Mesmo sem nunca ter passado pela experiência da internação, a representação manifestada na fala de uma das entrevistadas está próxima das representações dos demais entrevistados. Tal relato mostra que a subordinação do interno, os métodos agressivos e indevidos estão em consonância com as demais descrições.

NANCIRA: “Eu não cheguei a ser internada, mas já tive contato com pessoas que já foram internadas em hospitais psiquiátricos. Visitei um hospital psiquiátrico várias vezes e realmente não é dos melhores. A gente sabe que tem que restringir o paciente, mas, antigamente, eu sei que a coisa era muito pior. Havia choque. Naqueles salinhas, a pessoa tinha que ficar o tempo todo escondida. Eu tenho colegas que tem marcas no pulso pela restrição indevida, né?”

Deve-se atentar que as representações de tratamento psiquiátrico em instituições fechadas são descritas de forma unânime nas falas dos entrevistados, não trazendo benefícios, sendo apenas precursora dos maus-tratos e da indiferença. Este tipo de assistência não possibilitou para os su-

jeitos entrevistados nem a cura, nem a melhora, restando as representações negativas mencionadas por eles.

ORLANDO: "A gente tinha que ficar no meio das fezes. Eu fiquei dois dias nesse quarto e duas vezes por volta de 1980. Eu acho que essas internações não me ajudaram."

O que se pode sintetizar desta categoria é que a violência e a exclusão mantiveram-se presentes no universo cotidiano como manifestações constituintes das representações que os entrevistados têm de tratamento psiquiátrico em hospital psiquiátrico. Observou-se, ainda, que o cuidado no tratamento se consolida por meio de vertentes diversificadas, da representação clássica do cuidado à autonomia e ao autocuidado, para assim constituir-se em ações reabilitadoras nas representações dos usuários.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tinha como objetivo identificar e analisar as representações de cuidado e descuido no tratamento psiquiátrico elaboradas por usuários de um centro de atenção psicossocial. Para alcançá-lo foi feito uma pesquisa qualitativa. Com base nos dados coletados conclui-se que as representações de tratamento psiquiátrico estão fortemente ao médico como precursor do tratamento. A este profissional é dada a responsabilidade de medicar.

A equipe de enfermagem é representada pela função de cuidador, e ao psicólogo é destinado o papel de ouvir e conversar. Instituições fechadas e violência no tratamento são apontados nos depoimentos como fatores presentes na representação de tratamento psiquiátrico.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMARANTE, P. (org). **Loucos pela vida: a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil**. Rio de Janeiro: SDE / ENSP, 1995.

_____. **O homem e a serpente: outras histórias para a loucura e a psiquiatria**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1996.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

BASAGLIA, F. (Org) **A instituição negada: relato de um hospital psiquiátrico**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

_____. **A psiquiatria alternativa: contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática**. São Paulo: Brasil Debates, 1979.

BEZERRA Jr., B. De médico, de louco e de todo mundo um pouco: o campo psiquiátrico no Brasil dos anos 80. In:____. **Saúde e sociedade no Brasil dos anos 80**. Rio de Janeiro: Relume - Dumará, 1994.

_____. Considerações sobre terapêuticas ambulatoriais em saúde mental. In:____. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1992. cap.IV. p. 133-170.

BRUM, M. F. A. et al. A equipe de reabilitação. In:____. **Psiquiatria e Saúde Mental**, São Paulo: Autores Associados, 1983. cap. 6, p.397- 403.

CAMPOS, B. C. F. **O modelo as reforma psiquiátrica brasileira e as modelagens de São Paulo, Campinas e Santos**. Campinas, 2000. 177f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas.

CAPRA, F. **O ponto de mutação**. 6ª ed., São Paulo: Cutrix, 1982.

COSTA, J. F. **História da Psiquiatria no Brasil**. 3ª ed., Rio de Janeiro: Campos, 1980.

FOUCAULT, M. **História da loucura na Idade Clássica**. 2ª ed., São Paulo: Perspectiva, 1987.

_____. **Microfísica do Poder**. 10ª ed., Rio de Janeiro: Graal, 1979.

JODELET, D. **Representação Social : Fenômenos, Conceitos e Teoria**. Rio de Janeiro: 1988. (mimeografado).

HERRMANN, F. **O que é psicanálise**. 8. ed., São Paulo: Brasiliense, 1988.

KAPLAN, H. et al. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psi-**

- quiatria clínica. 7ª ed., Porto Alegre: Artes Médicas, 1997.
- MACHADO, R. et al. **Da (n)ação da norma. Medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.
- MINAYO, M. C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 6ª ed., São Paulo: Hucitec, 1999.
- MOSCOVICI, S. **A representação social da psicanálise**. Rio de Janeiro: Zahar, 1978.
- OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. St. Louis: Mosby-Year Book, 1991, p.117-144.
- PEIXOTO, M. R. B., Divergências e convergências entre um modelo de assistência de enfermagem a pacientes diabéticos e a teoria do déficit de autocuidado em Orem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. V.30, n.1, p.1-13, abril 1996.
- PESSOTTI, I. **O século dos manicômios**. São Paulo: Ed. 34, 1996.
- PITTA, A. O que é Reabilitação Psicossocial no Brasil, hoje? In:____. **Reabilitação Psicossocial no Brasil**. São Paulo, Hucitec, p. 19-26,1996.
- RESENDE, H. Política de saúde mental no Brasil: uma visão histórica. In:____. **Cidadania e loucura: políticas de saúde mental no Brasil**. Petrópolis: Vozes-Abrasco, 1992. cap. I, p. 16-69.
- RODRIGUES, et al. Representaciones sociales del cuidado del anciano en trabajadores de salud en un ancianato. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.9, n.1, p.7-12, janeiro 2001.
- ROLIM, M. A. et al. Os cuidados de enfermagem no tratamento farmacológico dos transtornos mentais no Brasil. In:____. **O uso racional de medicamentos psiquiátricos**. Rio de Janeiro: Divisão de saúde mental e prevenção de toxicomanias. Organização Mundial da Saúde, 1997, cap. 11, p. 93-110.
- SARACENO, B. **Libertando identidades**. Da reabilitação psicossociais à cidadania possível. Rio de Janeiro: Te Corá, 1999.
- SZASZ, S. T. **O mito da doença mental**. São Paulo: Círculo do livro, 1974.

A UTILIZAÇÃO DO BRINQUEDO TERAPÊUTICO NA VISITA PRÉ-OPERATÓRIA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA

*THE UTILIZATION OF THE THERAPEUTIC TOY IN THE NURSING OPERATORY VISIT TO THE INFANT
LA UTILIZACIÓN DEL JUGUETE TERAPÉUTICO EN LA VISITA PRE-OPERATORIA DE LA ENFERMERÍA A
LOS NIÑOS*

Silvana Machiavelli SCHMITZ¹
Marister PICCOLI²
Cláudia Silveira VIERA³

RESUMO: A sistematização da enfermagem perioperatória ocorre nos momentos pré,trans e pós-operatório e também acontecem em crianças, adolescentes, adultos e idosos. Sendo assim, o nosso objetivo foi verificar os benefícios da utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória feita pelo enfermeiro de centro cirúrgico.

PALAVRAS - CHAVE: criança, enfermagem perioperatória, procedimento cirúrgico.

ABSTRACT: The systematization of the peroperative nursing occurs in the moments pre, trans and postoperative and also they happen in children, adolescents, adults and elders. Being like this, ours objective went verify the benefits of the utilization of the therapeutic toy in the visit preoperative by the nurse of surgical center.

KEY WORDS: child, per operative nursing, chirurgic procedure.

RESUMEN: La sistematización del oficio de enfermería del peri operatoria ocurre en los momentos pre, trans e y después de la quirurgia y también ellos suceda en los niños, envejecidos, adolescentes y adultos. Siendo así, nuestro objetivo fue verificar las ventajas del uso del juguete terapéutico en la visita pre -operatoria hecha por la enfermera del centro quirúrgico.

PALABRAS CLAVES: Niños, enfermería del peri operatoria, procedimiento quirúrgico

INTRODUÇÃO

A necessidade de brincar não deve ser eliminada quando as crianças adoecem ou são hospitalizadas, ao contrário, o fato da criança poder brincar desempenha papéis importantes para o trans-operatório, dentre eles, a capacidade de sentir-se mais segura em um ambiente estranho com pessoas estranhas.

De acordo com VAUGHAN e MCK-MAY (1977), as crianças ficam amedrontadas quando deixam a segurança e o ambiente do lar, especialmente aquelas que são incapazes de compreender o propósito da hospitalização. As experiências durante a indução da anestesia ou no período pós-operatório imediato podem produzir altera-

ções psicológicas como pesadelos, enurese e mau humor.

Os referidos autores colocam ainda que quando a criança é internada para realização de procedimento cirúrgico, sua rotina sai do normal podendo vir a desenvolver distúrbios psicológicos, provenientes do desconforto, ansiedade e alterações do sensorio (turvação da consciência, alucinações, ilusões e desorientação), devido ao medo do desconhecido.

Esta realidade pode ser verificada em instituições de saúde que realizam procedimentos cirúrgicos, onde não é tratado o medo e os anseios da criança, sendo este um fator relevante na assistência de Enfermagem perioperatória.

¹ Enfermeira, Aluna do Curso de Especialização em Saúde da Família da Universidade Estadual do Oeste do Paraná e Ministério da Saúde.

² Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Professora da Disciplina Assistência de Enfermagem III- Enfermagem em Centro Cirúrgico na Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil, e-mail: maristerpiccoli@aol.com. Endereço para correspondência: Rua Paraná, 2447, ap.18- 85812011- Cascavel – Paraná – Brasil.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem Fundamental pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, USP. Professora da Disciplina Assistência de Enfermagem VI- Enfermagem em Pediatria na Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Cascavel, Paraná, Brasil, e-mail: claudiavictor@terra.com.br

Isto fez com que a nossa atenção se voltasse para este assunto, ou seja, os motivos que fizeram-nos escolhê-lo foram principalmente as experiências vivenciadas frente às crianças que passaram por procedimentos cirúrgicos, em que percebíamos o medo e o desespero muitas vezes estampado no rosto da criança. Utilizando como mecanismo de defesa o choro.

Nossa motivação para estudar e trabalhar com o brinquedo em crianças que seriam submetidas a procedimentos cirúrgicos, baseou-se na crença de que a assistência de enfermagem à criança, deve ultrapassar a prestação de cuidados físicos e o conhecimento que o profissional de enfermagem deve ter a respeito de doenças e de intervenções cirúrgicas, tanto no âmbito preventivo, como curativo, que venham a ser realizadas. Para que a criança seja realmente atendida, o cuidado de enfermagem deve considerar também suas necessidades emocionais, sociais e abranger a utilização de técnicas adequadas de comunicação e de relacionamento, entre as quais encontra-se o brinquedo, que tem se mostrado um efetivo instrumento de intervenção de enfermagem.

Portanto, o desenvolvimento do presente trabalho visou a utilização do brinquedo terapêutico com crianças internadas para realização de procedimento cirúrgico, mais especificamente à utilização de uma boneca paramentada adequadamente para a unidade de centro cirúrgico (gorro, máscara, calça, camisa e pro-pés) e a utilização de estetoscópio, cubas e alguns instrumentais de brinquedo, observando suas reações no momento de sua recepção na unidade de centro cirúrgico, pois segundo HARKINS et al (1997), por ser o foco da preparação operatória mais psicológico que farmacológico, a criança geralmente chega consciente e alerta ao centro cirúrgico, permitindo que seus sentimentos, tais como medo e ansiedade, sejam expressos.

OBJETIVO

Verificar os benefícios da utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-

operatória realizada pelo enfermeiro da unidade de centro cirúrgico.

METODOLOGIA

O presente estudo foi realizado em um Hospital Público do Oeste do Paraná, com atendimento geral, de médio porte, com crianças de 03 a 09 anos internadas para realização de procedimento cirúrgico.

A direção do serviço de enfermagem do hospital foi consultada através de ofício e esclarecido quanto a viabilidade do estudo e do compromisso do anonimato, assim como, os participantes que fizeram parte do estudo foram esclarecidos e consultados (neste caso o responsável pelo menor) através de termo de consentimento por escrito (Anexo A – Termo de Consentimento) garantindo o direito de desistência, assim como o completo anonimato. O projeto foi avaliado e aprovado pelo Comitê de Ética da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, UNIOESTE, Protocolo: CR.3010/2001.

O estudo foi desenvolvido em duas etapas distintas. Na primeira etapa foi realizada uma visita pré-operatória de enfermagem à criança submetida ao procedimento cirúrgico na qual foi demonstrado através do brinquedo terapêutico e em linguagem acessível como a assistência se desenvolve na unidade de centro cirúrgico. Na Segunda etapa optamos pela observação como técnica de coleta de dados. De acordo com POLIT & HUNGLER (1995, p. 178), *“as técnicas de observação podem ser utilizadas para mensurar uma gama de fenômenos [...] que constituem uma abordagem bastante versátil para a coleta de dados”*.

Esta etapa se deu no momento da recepção da criança na unidade de centro cirúrgico até sua chegada na sala de cirurgia, sendo duas clientelas distintas: com a criança que recebeu a visita pré-operatória e com criança que não recebeu a visita pré-operatória.

Para direcionarmos a observação, construímos um instrumento de coleta de dados, que foi submetido a um teste piloto, para verificarmos o alcance do nosso objetivo e outras adequações.

O número de crianças acompanhadas foi suficiente quando, de acordo com MINAYO (1998) houve reincidência de informações e análise foi operacionalizada conforme pelas fases: Ordenação dos dados coletados; classificação dos dados e análise final.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Caracterização da amostra

Na presente investigação três pacientes (50%) receberam a visita pré-operatória de enfermagem e três (50%) não receberam

a visita pré-operatória de enfermagem. Em relação ao sexo, três crianças (50%) eram do sexo masculino e três (50%) eram do sexo feminino. Em relação a idade, quatro crianças (67%) eram da faixa etária de 03 a 05 anos e dois (33%) eram da faixa etária de 06 a 09 anos. A especialidade que obteve maior frequência foi a ortopedia (67%). Dos pacientes cirúrgicos acompanhados, a maioria (83%) chegou ao centro cirúrgico acompanhada pelo familiar.

Observação da criança na unidade de centro cirúrgico

Quadro 1 – Relação das crianças cirúrgicas acompanhadas (n = 06), segundo a presença ou não do choro na recepção da mesma na unidade de centro cirúrgico. Cascavel, 2001.

CHORO	COM VISITA ⁽¹⁾	%	SEM VISITA ⁽²⁾	%
Ao chegar ao centro cirúrgico a criança encontrava-se chorando	0	0	2	67
Ao chegar ao centro cirúrgico a criança não estava chorando	3	100	1	33
TOTAL GERAL	3	100	3	100

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: (1) Com relação ao recebimento da visita pré-operatória de enfermagem.

(2) Com relação ao não recebimento da visita pré-operatória de enfermagem

Segundo CARPENITO (1997), o choro é uma manifestação verbal do medo expressado pelas crianças.

Na criança, o choro é representado como um mecanismo de defesa, pois pelo fato dela não poder reagir contra possíveis agressões que está sofrendo no momento, sente-se então no direito de que chorando poderá ser ouvida ou atendida sua vontade.

Percebemos no desenvolvimento deste trabalho, que as crianças ao sentirem-se ameaçadas reagem com o choro, algumas tinham medo de chorar, pois acreditavam que iriam atrapalhar o desenvolvimento do procedimento.

Todas as crianças que choraram, acreditamos que sabiam da importância em se dar continuidade ao procedimento, por isso seu choro era representado de uma forma mais discreta, apenas para expressar o medo que estavam sentindo, ou seja, nenhuma das crianças chorou intensamente.

Elas choravam, pois naquele momento sentiam-se sozinhas, cercadas por muitas pessoas estranhas e principalmente vestidas estranhamente. Não entendiam aquele lugar e queriam voltar para junto da mãe, que também em algumas ocasiões ficavam chorando.

A partir da realização da visita pré-operatória de enfermagem, observamos que o choro tornou-se ausente no momento da chegada da criança ao centro cirúrgico e o tempo que se passou até ela ser anestesiada, pois já sabia que iria a um lugar diferente do que estava acostumada e que sua mãe não poderia estar junto.

Vivenciamos portanto, junto com essas crianças a importância em se realizar a visita pré-operatória de enfermagem, pois só assim poderemos diminuir ou até então cessar, este mecanismo de defesa o qual as crianças utilizam que é o choro

Quadro 2 – Relação das crianças cirúrgicas acompanhadas (n = 06), segundo a expressão apresentada na recepção da mesma na unidade de centro cirúrgico. Cascavel, 2001.

EXPRESSÃO	COM VISITA ⁽¹⁾	%	SEM VISITA ⁽²⁾	%
Ao chegar ao centro cirúrgico a criança apresentava-se com medo	0	0	1	33
Ao chegar ao centro cirúrgico a criança estava muito atenta/ apreensiva	1	25	1	33
No momento da recepção da criança no centro cirúrgico a mesma encontrava-se ansiosa	0	0	1	33
Ao chegar ao centro cirúrgico a criança estava tranqüila, pois sabia o que iria lhe acontecer	3	75	0	0
TOTAL GERAL	4	100	3	100

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: (1) Com relação ao recebimento da visita pré-operatória de enfermagem.

(2) Com relação ao não recebimento da visita pré-operatória de enfermagem.

O medo pode ocorrer como uma resposta a uma variedade de problemas de saúde, situações ou conflitos. Conforme a NANDA - NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (2000, p.149), o medo é definido como: "...resposta à ameaça percebida que é conscientemente reconhecida como um perigo".

Para CARPENITO (1997), nos pré-escolares e escolares o medo pode estar relacionado à situações maturacionais como: separação dos pais e dos amigos; não ser amado; estar só; estar com estranhos; danos ao corpo.

A mesma autora afirma que os comportamentos de medo nas crianças são consistentes e imediatos à exposição ou à menção de um estressor específico. Seguem uma seqüência de desenvolvimento e são influenciados pela cultura, ambiente e pelos medos dos pais.

Para WHALEY & WONG (1989), os medos dos pré-escolares evoluem de situações reais ou imaginárias, por exemplo, trauma ou mutilação, fantasmas, demônios, monstros, escuro, ralo da banheira e do vaso, ficar só, sonhos, ladrões.

Para o mesmo autor, os medos dos escolares (6-12 anos) são numerosos e incluem as máquinas grandes, trauma ao corpo, perda de autocontrole, não ser ama-

do, separação dos pais e amigos e fracasso.

O fato de a criança sentir medo é muito comum, principalmente em situações que não fazem parte de sua rotina, como é o caso, a presença em um centro cirúrgico.

Durante o tempo em que acompanhamos a criança no centro cirúrgico, percebemos que o ambiente fazia com que elas se sentissem incomodadas e que ao olharem aquele monte de equipamentos e luzes, principalmente por terem que ficar deitadas em uma mesa, sentiam-se ameaçadas e que de alguma forma causar-lhe-iam um mal, pois aquele monte de gente, vestida daquele jeito não lhe dava atenção, nem conversavam com elas o suficiente.

Acreditamos que o medo sentido pela criança seja diferente do medo sentido pelo adulto, pois o adulto tem medo do real, sabe o quê está se passando. A criança ao contrário, tem medo do irreal, ou seja, aquela situação é nova para ela e portanto, não sabe qual será as conseqüências após o procedimento.

Portanto, devemos estar atentos, em relação à realização da visita pré-operatória de enfermagem, pois só assim poderemos tranquilizar as crianças, explicando o que irá acontecer a ela, permitindo que a partir de

então o seu medo seja menos traumático pois saberá porquê está passando por isso.

Outro ponto percebido em algumas das crianças acompanhadas, foi que elas estavam atentas a tudo o que acontecia ao redor. Em situações diferentes, expressavam verbalmente a sua vontade em saber o que estava acontecendo.

Acreditamos que devido ao fato da criança passar por situações novas, que fogem de sua rotina acabam desenvolvendo um senso grande de atenção, o que as tornam inteligentes a ponto de percebermos, por exemplo, no caso da cirurgia, que apesar do medo, estavam atentas a tudo o que estava acontecendo, como se fossem impedir que pudesse ser feito contra ela.

As crianças orientadas pareciam ainda mais atentas, querendo confirmar se tudo o que foi dito na orientação pré-operatória era verdade e nada pudesse acontecer no centro cirúrgico.

A ansiedade percebido em algumas crianças acompanhadas, que segundo NANDA (2000, p. 131), é definido como “um vago e incômodo sentimento de desconforto ou temor, acompanhado por uma resposta autonômica; a fonte é freqüentemente não-específica ou desconhecida para o indivíduo; um sentimento de apreensão causado pela antecipação de perigo. É um sinal variável que alerta para um perigo iminente ao indivíduo tomar medidas para lidar com a ameaça.”

Para CARPENITO (1997), a ansiedade poderá ser desencadeada por qualquer fator que interfira nas necessidades humanas básicas de alimentação, ar, conforto e segurança. Pode ser manifestada por sintomas de cada categoria – fisiológicos, emocionais e cognitivos. Os sintomas variam de acordo com o grau de ansiedade.

Para a mesma autora, nas crianças a ansiedade pode estar relacionada à fatores maturacionais como: separação; ao ambiente e às pessoas desconhecidas; às mudanças no relacionamento com os companheiros.

A autora afirma ainda que, a ansiedade envolve um sentimento vago de apreensão e intranqüilidade, em resposta à a-

meaça ao sistema de valor ou ao padrão de segurança da pessoa.

A pessoa pode ser capaz de identificar a situação mas, na realidade, a ameaça relaciona-se com a intranqüilidade e a apreensão envolvidas na situação. Em outras palavras, a situação é a origem das ameaças, mas não é a ameaça em si mesma.

Ansiosos todos somos por natureza, mas devemos levar em maior consideração a ansiedade sofrida pelas crianças, pois se torna, assim como o medo, ainda mais difícil de ser trabalhada, pois essa ansiedade é gerada a partir de uma situação que até então era irreal para a criança, ou seja, ela não havia passado por situação parecida.

Para WHALEY & WONG (1989), os sinais de ansiedade em crianças variam grandemente, dependendo do estágio de desenvolvimento, do temperamento, de experiências passadas e do envolvimento dos pais. Os sinais de ansiedade podem ser vistos como parte do desenvolvimento, podendo refletir-se das seguintes formas: nos pré-escolares, a principal fonte de ansiedade é o medo do dano ao corpo; acreditar que o mau comportamento provoca a ocorrência de coisas ruins. Podendo elevar-se com modificações na rotina usual, ambientes estranhos, procedimentos dolorosos e ansiedade dos pais.

CARPENITO (1997), afirma que as crianças precisam de oportunidade e incentivo para expressar a raiva de forma controlada e aceitável. As crianças que não tem permissão para expressar sua raiva podem desenvolver hostilidade e perceber o mundo como sendo não-amigável.

Acreditamos que o momento para ser trabalhado a ansiedade aconteça durante a realização da visita pré-operatória de enfermagem, pois a partir da mesma poder-se-ia tentar diminuir e explicar os motivos que poderiam estar gerando a ansiedade ou medo.

Um ponto percebido durante a realização deste trabalho, foi que uma das crianças estava muito ansiosa, mas o motivo era por terem demorado em chamá-la para o centro cirúrgico. A ansiedade neste caso, foi gerada devido a uma situação em que a

criança sabia que ia passar e que não entendia o que iria acontecer a ela, portanto, ficou ansiosa para que acontecesse rápido tal situação e que ela pudesse voltar novamente para sua mãe.

Através da realização da visita pré-operatória de enfermagem, pode-se explicar à criança e à família todos os procedimentos pelo qual a criança irá passar e porquê as pessoas estarão vestidas diferentes, permitindo portanto, que estejam familiarizadas com o acontecimento.

Outro tipo de manifestação da expressão facial que foi observado durante o acompanhamento das crianças ao chegarem no centro cirúrgico após terem recebido a visita pré-operatória de enfermagem, foi a expressão de tranqüilidade que as mesmas transmitiam, pois se sentiam seguras e principalmente, percebiam que tinham alguém conhecida em que podiam confiar.

A tranqüilidade nestes casos só foi possível, após trabalhar com a criança através da utilização do brinquedo terapêutico na visita pré-operatória, a situação pela qual

ela iria passar e principalmente pelo fato de se usar a honestidade, transmitindo a possibilidade de acreditar em alguém no meio de tantas pessoas desconhecidas.

Como sabemos, o brincar como instrumento para ações de ensino e aprendizagem na infância já é de utilização corrente. Neste estudo, foi possível fazer uso dos brinquedos e materiais hospitalares para orientação às crianças diante das indagações apresentadas pelas mesmas durante a visita pré-operatória. O brinquedo foi um meio que também possibilitou a comunicação das crianças. Através do brincar, as crianças expressaram seus problemas de uma forma generalizada, e não somente as peculiaridades anatômicas que seriam corrigidas através da cirurgia. Muitas vezes, não é por vontade própria que as crianças expressam que estão tranqüilas, mas pelo fato de terem recebido a visita pré-operatória de enfermagem chegam menos ansiosas e conseqüentemente mais tranqüilas ao centro cirúrgico.

Quadro 3 – Relação das crianças cirúrgicas acompanhadas (n = 06), segundo a cooperação exercida pela mesma com a equipe cirúrgica na unidade de centro cirúrgico. Cascavel, 2001.

COOPERAÇÃO	COM VISITA ⁽¹⁾	%	SEM VISITA ⁽²⁾	%
A criança permitia que fossem realizados os procedimentos nela, cooperando desta forma com a equipe cirúrgica.	3	100	1	33
A criança não permitia que fossem realizados os procedimentos nela, não cooperando desta forma com a equipe cirúrgica.	0	0	2	67
TOTAL GERAL	3	100	3	100

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: (1) Com relação ao recebimento da visita pré-operatória de enfermagem.

(2) Com relação ao não recebimento da visita pré-operatória de enfermagem.

Quadro 4 – Relação das crianças cirúrgicas acompanhadas (n = 06), segundo a aceitação em ficar deitada na mesa cirúrgica na unidade de centro cirúrgico. Cascavel, 2001.

ACEITA FICAR NA MESA	COM VISITA ⁽¹⁾	%	SEM VISITA ⁽²⁾	%
A criança aceitava ficar deitada na mesa cirúrgica como se estivesse com medo de contrariar.	3	100	3	100
A criança não aceitava ficar deitada na mesa cirúrgica.	0	0	0	0
TOTAL GERAL	3	100	3	100

FONTE: Pesquisa de campo

NOTAS: (1) Com relação ao recebimento da visita pré-operatória de enfermagem.
(2) Com relação ao não recebimento da visita pré-operatória de enfermagem

A cooperação que a criança oferece só é possível conseguir após transmitir-lhe confiança, pois caso contrário, elas não permitem até onde lhes cabe, que causem algum dano físico a ela.

Neste estudo, a cooperação foi com a equipe que estava acompanhando.

Algumas das crianças ao chegarem na porta da unidade não queriam adentrar pois achavam que a equipe não permitiria que ela voltasse para junto de sua mãe. O quê tornava-se um grande transtorno a todos, pois, a criança usava de toda sua força para impedir que a equipe continuasse com seu trabalho e principalmente pelo estresse causado a criança.

Então, a equipe usou do diálogo para tentar convencer a criança a adentrar ao centro cirúrgico. Observamos que esta não era a melhor hora para estabelecer diálogo com a criança, pois a mesma encontrava-se temerosa com o que iria acontecer dali para frente, e procurava agarrar-se o mais forte possível em sua mãe. SCHMITZ (1989), coloca que neste momento, a criança não assimila nada do que lhe é falado.

Este tempo na recepção do paciente no centro cirúrgico é muito importante, além de trazer vários transtornos, os quais pode-

riam ser evitados se a visita pré-operatória de enfermagem fosse realizada, ele torna-se ainda mais traumático para a criança, e quando, mesmo que forçada, ela resolve entrar ao centro cirúrgico, parece que a mesma fica estarecida com o que irá acontecer, sendo evidenciado em todas as crianças cirúrgicas acompanhadas, pelo fato de aceitarem em ficar deitada na mesa cirúrgica.

Acreditamos que essa aceitação seria um mecanismo de defesa, pois se elas ficarem quietas e deitadas, a equipe irá causar menos danos que se elas ficarem agitadas. Isso tudo de acordo com suas concepções e experiências de vida, pois como já colocado, os pré-escolares, sentem a intervenção cirúrgica como uma punição a respeito de algo que tenham cometido.

Mas, temos que deixar claro, que o fato delas concordarem em ficar deitadas na mesa, não significa que concordem também com os procedimentos realizados nela, principalmente ao serem anestesiadas, pois das crianças que não receberam a visita pré-operatória de enfermagem e portanto não sabiam o quê era aquilo, expressavam verbalmente que não queriam pois “tinha um cheiro ruim.”

Quadro 5 – Relação das crianças cirúrgicas acompanhadas (n = 06), com relação ao reconhecimento do acadêmico na unidade de centro cirúrgico, após a realização da visita pré-operatória de enfermagem. Cascavel, 2001.

RECONHECE O ACADÊMICO	COM VISITA	%
A criança reconheceu o acadêmico no momento em que foi recepcionada pelo mesmo na unidade de centro cirúrgico.	3	100
A criança não reconheceu o acadêmico no momento em que foi recepcionada pelo mesmo na unidade de centro cirúrgico.	0	0
TOTAL GERAL	3	100

FONTE: Pesquisa de campo

Quadro 6 – Relação das crianças cirúrgicas acompanhadas (n = 06), com relação ao reconhecimento do ambiente cirúrgico de acordo com o que foi orientado na visita pré-operatória de enfermagem. Cascavel, 2001.

RECONHECE O AMBIENTE CONFORME O ORIENTADO	COM VISITA	%
Ao chegar ao centro cirúrgico a criança verbalizou que reconheceu o ambiente de acordo com as orientações que recebeu na visita	3	100

pré-operatória de enfermagem		
Ao chegar ao centro cirúrgico a criança não reconheceu o ambiente de acordo com as orientações que recebeu na visita pré-operatória de enfermagem	0	0
TOTAL GERAL	3	100

FONTE: Pesquisa de campo

O reconhecimento por parte da criança é importante no sentido de observar a importância da visita pré-operatória de enfermagem.

O fato das crianças que receberam a visita pré-operatória de enfermagem reconhecerem o ambiente de acordo com o que lhe foi orientado e reconhecerem o acadêmico, torna-se um ponto relevante na prestação dos cuidados operatórios a elas.

Através da verbalização, afirmavam que sabiam o que a equipe estava fazendo e que confiavam neles, pois “estavam fazendo o melhor para me curarem.”

Um ponto importante observado, foi relacionado a uma das crianças que recebeu a visita. Pelo fato do acadêmico demorar a recepcioná-la na porta do centro cirúrgico, a criança não queria adentrar pois queira a “tia Silvana”, que tinha prometido estar ali quando ela chegasse. E a mesma só concordou em entrar quando o acadêmico chegou e pegou-a nos braços e levou-a até a sala de cirurgia.

Através destes e de outros atos de confiança demonstrados pelas crianças que receberam a visita pré-operatória de enfermagem é que ressaltamos quão importante é para a criança quando chega a um lugar estranho mas já foi preparada para passar por aquilo.

CONCLUSÃO

Ao término deste estudo, verificamos o quão importante foi a relação direta estabelecida com os pacientes (crianças), os quais foram primordiais para a obtenção dos resultados alcançados.

Entendemos que o procedimento cirúrgico pode acarretar ao paciente complicações, muitas vezes emocionais, principalmente, devido ao fato, dos sentimentos

muitas vezes não serem considerados como significativos.

Observamos que a hospitalização é para a criança uma situação estressante, os resultados de uma hospitalização, mesmo que não haja comprometimento físico, poderá causar em algumas crianças traumas futuros e muitas vezes com conseqüências imprevisíveis.

A enfermagem tem participação significativa na diminuição deste estresse, através da utilização do processo comunicacional, estando atenta a alterações emocionais sofridas pela criança.

Para tornar a hospitalização da criança menos traumática e para humanizar a assistência de enfermagem prestada a ela, são necessárias medidas que venham a minimizar o trauma causado pela mudança brusca de rotinas e de pessoas. Para tanto, consideramos necessário uma mudança na assistência prestado a criança. E para isso, a utilização do brinquedo terapêutico como uma das principais medidas para prevenção das possíveis seqüelas decorrentes da hospitalização pode ser, conforme os autores citados anteriormente, uma técnica indispensável sendo que, o brinquedo pode ter várias outras funções para a criança, como: recreação, estímulo e uma forma de liberar os sentimentos relacionados ao medo e angústia. No hospital, o brinquedo pode ser usado como forma de terapia alternativa e auxiliar no tratamento.

A utilização do brinquedo terapêutico foi fundamental durante a realização da visita pré-operatória de enfermagem, pois através dos mesmos, as crianças expressaram seus sentimentos quanto ao procedimento cirúrgico, brincando.

Também verificamos que através do brinquedo, estabelecemos um elo com a criança, ao esclarecer o que iria acontecer,

ela passou a depositar confiança em nossa pessoa e estabelecer um vínculo.

Portanto, a realização da visita pré-operatória e conseqüentemente, a utilização do brinquedo terapêutico durante a mesma, é uma ferramenta que os profissionais de enfermagem podem utilizar para amenizar a ansiedade e o medo que o procedimento cirúrgico possa acarretar pela proximidade com o desconhecido.

A visita pré-operatória de enfermagem possibilitou-nos um maior conhecimento da criança, permitindo que obtivéssemos informações a respeito do procedimento cirúrgico além de estabelecer um relacionamento de confiança. Permitindo também o estabelecimento de um processo de comunicação, que gerou uma relação interpessoal baseada na confiança, favorecendo que elas expressassem seus sentimentos em relação ao contexto do procedimento cirúrgico e também à vida pessoal.

Acreditamos ser esse o tipo de comunicação empática, baseada no interesse em ajudar o outro, disponível para ouvi-lo, que permite o estabelecimento de um relacionamento efetivo entre a enfermeira e a criança.

Essa conduta pode ser uma das metas da assistência de enfermagem a criança hospitalizada realizada pelo enfermeiro da unidade de centro cirúrgico, tornando, por meio da realização da visita pré-operatória, o relacionamento menos distante entre ambos, tendo como objetivo o bem estar da criança na unidade de centro cirúrgico, e uma das formas é com a utilização do brinquedo terapêutico durante a realização da mesma.

Quanto ao conhecimento das crianças que não receberam a visita pré-operatória em relação à cirurgia, houve relacionamento entre a causa da internação com a presença de um sintoma decorrente de alguma alteração fisiológica, e também mencionaram o fato de “ficar bom” e “melhorar”.

As expressões usadas pelas crianças mostraram-se como conceitos dos quais se utilizavam sem, no entanto, conseguirem explicar seu significado, apontando para o

fato que essas expressões são as únicas informações que as crianças receberam de seus pais, ou mesmo dos profissionais de saúde, como justificativa para a necessidade de enfrentarem as cirurgias.

Os conhecimentos ligados à cirurgia, se constituíram numa incógnita para as crianças que não receberam a visita pré-operatória. As informações que detinham, basicamente se resumiam ao fato de que eles iriam operar e ficar bons. Nada de mais consistente lhes foi dito ou orientado. As crianças foram internadas como sujeitos passivos que iriam sofrer uma intervenção cirúrgica.

Essa situação pode ser mudada, pois, pelos aspectos mencionados através da comunicação com as crianças deste estudo, elas possuíam muitas dúvidas em relação ao contexto que envolve a intervenção cirúrgica, desejavam e necessitavam de orientações e informações, que são passíveis de serem fornecidas mediante o uso de estratégias que permitam a compreensão dos aspectos relacionados à hospitalização e à cirurgia em todas as suas etapas.

Após a análise dos dados, verificamos que nossos objetivos foram alcançados, pois de uma maneira simples, cujo procedimento deveria ser normal, ficou evidenciado a necessidade, ou melhor dizendo, a obrigatoriedade da visita pré-operatória de enfermagem, tendo como principal benefício a tranquilidade da criança, que gerou uma tranquilidade também, por parte da família que a acompanha, a qual através de confirmação verbal, expressavam sentir-se mais seguras e menos ansiosas com o sofrimento da criança, pois sabiam que ela encontraria alguém conhecida na unidade de centro cirúrgico, no caso, o próprio enfermeiro da unidade.

Frente a isso, o presente trabalho nos levou a ampliar conhecimentos e, com certeza a mudança de visão, a qual anteriormente estava limitada pelas poucas experiências vivenciadas e, com este estudo pudemos perceber que humanizar a assistência de enfermagem à criança como paciente cirúrgico pelo enfermeiro de centro cirúrgico é possível.

O maior desafio que este estudo nos deixou foi colocar em prática. Entretanto, estas atitudes que parecem ser simples, mas que na maioria das vezes não é praticada, é fundamental para tornar a assistência de enfermagem mais humana, para tanto, temos que mudar o modo de pensar e de agir em nosso dia-a-dia, e em todas as ações que vamos desenvolver em unidade hospitalar ou não.

A realização do presente estudo, veio confirmar a idéia inicial de que, para tornar a assistência prestada à criança hospitalizada humanizada, seria necessária uma assistência de enfermagem e de saúde centrada na criança. Nesse sentido, o brinquedo pode e deve ser usado, pois, é um dos instrumentos que mais se adequa à fase que a criança se encontra, ou seja, a infância.

Acreditamos que há muito para se estudar sobre esse tema, assim, o trabalho não acaba aqui, ele poderá ter continuidade em outros estudos a serem desenvolvidos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CARPENITO, L. J. Diagnósticos de enfermagem: aplicação à prática clínica. 6. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1997.
- HARKINS et al. Cirurgia pediátrica. In: Alexander/ Cuidados de enfermagem ao pa-

- ciente cirúrgico. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997.
- MINAYO, M. C. S. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC – ABRASCO, 1998.
- NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (NANDA). Diagnósticos de enfermagem: definições e classificações – 1999/2000. Trad. Jeanne Liliane Marlene Michel. Porto Alegre: artes médicas, 2000.
- POLIT, D. F.; HUNGLER, B. Fundamentos da pesquisa em enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- SCHMITZ, M. E. et al. A enfermagem pediátrica e puericultura. São Paulo: Atheneu, 1989.
- VAUGHAN, V. C.; McKAY, R. J. Pediatria de Nelson. 10. ed. Rio de Janeiro: Interaamericana, 1977.
- WHALEY, L. F.; WONG, D. Enfermagem pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1989.

Endereço para Correspondência:
Marister Piccoli
Rua Paraná, 2447 – Ap. 18
Galeria Paschoal
85812-011 Cascavel Paraná
maristerpiccoli@aol.com

O CUIDADO HUMANO DIANTE DA TRANSIÇÃO AO PAPEL MATERNO: VIVÊNCIAS NO PUERPÉRIO

HUMAN CARE FACING TRANSITION TO MATERNAL ROLE: PUERPERAL EXPERIENCES
EL CUIDADO HUMANO FRENTE A LA TRANSICIÓN HACIA EL ROL MATERNO: VIVENCIAS EN EL PUERPÉRIO

Ivete Palmira Sanson ZAGONEL¹
Marialda MARTINS²
Karen Fabiana PEREIRA³
Juliana ATHAYDE⁴

RESUMO: Discorre sobre as modificações que a transição ao papel materno suscitam no período de puerpério. Como objetivos buscou-se, desvelar como a mulher puérpera vivencia a transição ao papel materno, ao mesmo tempo em que é prestado o cuidado; estabelecer caminhos metodológicos de implementação de novos modelos de cuidado humano, que privilegiem a mudança de papéis. Estudo qualitativo, dentro da trajetória metodológica de pesquisa-cuidado. Foram entrevistadas treze puérperas, primigestas, independentemente da idade. Aplicou-se entrevista semi-estruturada em ambulatório. A análise iniciou através de leitura e re-leitura das informações. Através de exercício intelectual foram estruturadas unidades de significado tornando o processo de análise mais minucioso, atingindo a profundidade da compreensão. Obtiveram-se três categorias. Apontam para a necessidade do enfermeiro estar alerta para os sinais indicativos da vivência da transição, enfatizando o apoio profissional suportivo diante das múltiplas possibilidades do ser.

PALAVRAS CHAVES: Transição, puerpério, cuidado de enfermagem

ABSTRACT: It is a study on the changes the transition to maternal role brings about in the puerperal period. It objectified to uncover how the puerperal mother experiences transition to maternal role while care is delivered; to set up new methodological ways to implement new human care models privileging role change. It's a qualitative study trailing a methodological research-care trajectory. Thirteen puerperal, several-aged primiparas were interviewed. The instrument used was a semi-structured interview in the clinic. Analysis was effected by information reading and re-reading. To become the analysis process more accurate reaching depth in understanding, meaning units were structured through intellectual exercise. Three categories take up the apprehended. Point out the need for nurses to be alert for the signs of transition, stressing supportive professional help facing the multiple possibilities of being.

KEYWORDS: transition, puerperium, nursing care

RESUMEN: Discurre sobre las modificaciones que la transición hacia el rol materno suscitam en el período del puerperio. Como objetivos se busco, desvelar como la mujer puérpera vivencia la transición al papel materno, al mismo tiempo en que es prestado el cuidado; establecer caminos metodológicos de implementación de nuevos modelos de cuidado humano, que privilegien el cambio de roles. Estudio cualitativo, dentro de la trayectoria metodológica de búsqueda-cuidado. Fueron entrevistadas trece puérperas, primigestas, independentemente de la edad. Se aplico la entrevista semi-estructurada en ambulatorio. El análisis se inicio através de la lectura y re-lectura de las informaciones. Através del ejercicio intelectual fueron estructuradas unidades de significado volviendo el proceso de análisis mas minucioso, apuntando a la profundidad de la comprensión. Se obtuvo las categorías: Percepciones y sentimientos de la transición a la maternidad. Apoyo de soporte en la fase de transición puerperal. Dificultades que la transición suscita. Apuntan para a que el enfermero este alerta para las señales indicativas de la vivencia de la transición, enfatizando el apoyo profesional de soporte frente a las múltiples posibilidades del ser.

PALABRAS CLAVES: Transición, puerpério, cuidado de enfermería

INTRODUÇÃO

A transição à maternidade / paternidade é freqüentemente descrita como uma época de desordem e desequilíbrio, bem

1. Enfermeira. Professora Adjunto do Curso de Enfermagem da UFPR. Doutora em Enfermagem, área de concentração: Filosofia da Enfermagem. Coordenadora do NEPECHE/UFPR (Núcleo de Estudos, Pesquisa e Extensão em Cuidado Humano de Enfermagem). e-mail: ivetesanzag@yahoo.com.br

2. Enfermeira. Professora Assistente do Curso de Enfermagem da UFPR. Mestre em Enfermagem. Área de atuação Materno-Infantil. Membro do NEPECHE/UFPR.

3. Acadêmica de Enfermagem do 9º período. Membro do NEPECHE/UFPR.

4. Acadêmica de Enfermagem do 10º período. Membro do NEPECHE/UFPR. Bolsista PIBIC.

como de satisfação para as mães e os parceiros (EDWARDS, 2002). O início da adaptação à maternidade suscita nos pais sentimentos de incapacidade, confusão frente às novas demandas, levando a buscar apoio um no outro. As mães ocupadas com o cuidado ao filho nem sempre conseguem oferecer o apoio necessário ao pai, o qual sente-se privado de suporte. O despreparo em lidar com as emoções e cuidados exigidos neste período, conduz à inadequação no desempenho de papel, porém à medida que vivenciam esta experiência a inabilidade vai desaparecendo e emerge sentimentos de companheirismo, compartilhamento de situações e entrega aos papéis exteriorizados através do amor, carinho, afeto, solidariedade entre os pais.

A transição à maternidade / paternidade é uma transição desenvolvimental, uma crise de desenvolvimento, conforme salienta Demickm, Bursik e Dibiasse apud STETSON (2002, p.445), “no ponto de crise, ocorre um momento no qual a pessoa está mental e fisicamente preparada, a cultura empurrando e a pessoa tentando alcançar alguma mudança no desenvolvimento. Devido a isso a pessoa está motivada para a mudança... Os pais estão estimulados a tentar novas estratégias de enfrentamento, esforçando-se para dominar seus novos papéis e para atingir novos níveis de desenvolvimento”.

O desempenho dos novos papéis frente à maternidade/paternidade exige a adaptação ao novo ser, ao filho que nasceu, conciliando a criança real com aquela fantasiada, sonhada, durante todo o período gestacional. Os pais ficam surpresos diante do aspecto do filho, a aparência física, a qual difere da idealizada, levando a uma maior dificuldade na aceitação imediata. O vínculo pais-filho ocorre gradativamente à medida que as incertezas, angústias, decepções vão se dissipando e torna-se mais intenso quando conseguem superar o conflito interno com relação às dificuldades de envolvimento.

O desempenho e adaptação ao papel materno/paterno também estão envolvidos pelo aspecto cultural da família ou socieda-

de em que vivem. O envolvimento do marido, parceiro, mãe, sogra e mesmo dos profissionais de saúde com a nova mãe pode significar apoio ou indicar o quanto a mãe está inapta em realizar os cuidados de si e do filho. Assim, é importante oferecer orientações nesta fase, de forma gradativa, aos poucos, percebendo onde há maior precariedade de informações e então, dialogar, estimulando a auto-estima e aprendizado de forma motivadora, construtiva.

Com relação à adaptação materna diante do novo papel EDWARDS (2002, p.466) evidencia três fases evidentes neste período, a fase dependente, a fase dependente-independente e a fase interdependente. As características da **fase dependente** estão relacionadas à habilidade de adaptar-se, o que leva em média vinte e quatro horas ou até dois dias, cujo enfoque é em si mesma e no preenchimento das necessidades básicas de conforto, repouso, proximidade e nutrição do filho; constitui um período de grande excitação em que necessita explicitar a experiência da gestação e parto.

A segunda **fase dependente-independente** inicia no segundo ou terceiro dia e dura de dez dias a várias semanas. O enfoque está no cuidado do bebê e competência em desempenhar ou direcionar este cuidado. Esta fase caracteriza-se ainda, no assumir, comportamento que é facilitado através da preparação ao parto, controle da dor obstétrica, contato precoce com o filho, alojamento conjunto e alta precoce. Tem necessidade de aceitação, ânsia em aprender e praticar – período ideal para orientações – lida com desconfortos físicos, mudanças emocionais e pode experimentar melancolia.

As preocupações emocionais são mais comuns nas mães abatidas, tensas, irritáveis e deprimidas. A fadiga afeta vários aspectos de sua vida, entre eles as relações com o marido ou membros da família e as responsabilidades domésticas. Esta fase é freqüentemente caracterizada pela melancolia pós-parto ocorre em até 80% das mulheres. A instabilidade costuma atingir o pico em torno do quinto dia, diminuindo no décimo dia. Os fatores bioquímicos, psico-

lógicos, sociais e culturais tem sido apontados como possíveis causas para o estado depressivo pós-parto. Nesse sentido, EDWARDS (2002, p.468) afirma que “o pós-parto mostra-se um período de vulnerabilidade emocional e física para as novas mães que podem estar psicologicamente sobrecarregadas com a responsabilidade”.

A **fase interdependente** concretiza-se quando a mãe e sua família movimentam-se sob a forma de uma unidade, como membros em interação, ocorre a reafirmação do relacionamento com o companheiro, retomada da atividade sexual e resolução dos papéis individuais. A intimidade sexual favorece o aspecto adulto da família. Um esforço especial constante deve ser desenvolvido para fortalecer o relacionamento de adulto para adulto como base para a unidade familiar.

O movimento estabelece-se envolvendo toda a família com a chegada de um novo membro, o qual inicia-se com o nascimento e prossegue no domicílio. Para Sank apud EDWARDS (2002, p.457) “a paternidade/maternidade constitui um processo de aquisição e de transição de papel iniciado na gestação. A transição acaba quando os pais desenvolvem a sensação de conforto e de confiança no desempenho do papel de pais. O processo tem dois componentes. O primeiro envolve o conhecimento e a habilidade nas atividades de cuidado do bebê e o segundo, abrange a valorização e o conforto, a atitude de carinho, a conscientização e a preocupação com as necessidades e com os desejos do bebê”.

A transição como forma ameaçadora ao ser humano representa um obstáculo aos objetivos de vida, interrompe fases ou as sobrepõe. A transição suscita a crise, a qual surge como resposta aos eventos geradores de mudanças, seja no contexto individual, familiar ou social. DAL SASSO (1994, p.56-57) explicita que “o que faz surgir uma situação de crise no ser humano não é meramente a exacerbação de uma causa específica, mas principalmente uma combinação de sentimentos, reações e significados ao momento que está sendo vivenciado”.

Na mesma linha de pensamento situa-se KONIAK-GRIFFIN (1993) ao afirmar que as atividades de promoção à saúde começam no pré-natal, desde os estágios iniciais, mediante orientação antecipatória com relação à transição de papel e ensino efetivo e comportamental das habilidades maternas, facilitando, assim, o alcance do papel materno.

A adaptação ao papel materno pode ser difícil a muitas mulheres pela carência de clareza às especificidades do papel materno. O papel de mãe é um produto da cultura e refere-se a ações que se espera que a mãe desempenhe em relação a seu filho. A autora explicita que “o alcance de uma identidade materna é caracterizado pelo experimentar da mãe de um sentido de equilíbrio interno, confiança e competência no seu desempenho de papel” (p.258). A formação de uma identidade materna é hipotetizada por tomar lugar concomitantemente à internalização de papel.

Após discorrer sobre as modificações que a transição ao papel materno vivenciadas no período de puerpério suscitam, passamos a expor os objetivos deste estudo. Desvelar como a mulher puérpera vivencia a transição ao papel materno ao mesmo tempo em que é prestado o cuidado; estabelecer caminhos metodológicos de implementação de novos modelos de cuidado humano, que privilegiem a mudança de papéis.

CAMINHO METODOLÓGICO

Estudo qualitativo, dentro da trajetória metodológica de pesquisa-cuidado conforme preconiza ARRUDA e ZAGONEL (1997), buscando desvelar como se estabelece a transição ao papel materno ao mesmo tempo em que é prestado o cuidado. Ao desvelar o significado dessa vivência é possível implementar um modelo de cuidado voltado às reais necessidades da cliente/familiar, inovando através da implementação de novas tecnologias de cuidado e, portanto, delineando um modelo adequado a esta realidade da mulher.

O pesquisar-cuidar não se constitui em entidade metodológica isolada, separada, pois ao mesmo tempo em que o pesquisador está apreendendo o significado da experiência, está cuidando. A pesquisadora tem a preocupação com a inter-relação dos conceitos da metodologia e do cuidado simultaneamente. Esta abordagem não visa apenas ativar o desvelamento e as descobertas através do método, mas é um acender a luz dentro de nosso ser e do outro, percebendo a essência de estar e ser-no-mundo.

LEONARD (1989) afirma que somos seres engajados e constituídos por nossa compreensão interpretativa das situações significativas. Para obter essa compreensão interpretativa nós, enquanto seres, utilizamos nossas tradições lingüísticas e culturais conseguindo, assim, perceber os fatos do mundo mediante uma interpretação baseada em nosso referencial. Os sujeitos do estudo foram as mulheres puérperas, primigestas, independentemente da idade, as quais estavam vivenciando o período puerperal, a nível ambulatorial, atendidas na consulta de enfermagem de puerpério.

COLETA DAS INFORMAÇÕES

A coleta de informações foi obtida através da aplicação na realidade ambulatorial de uma maternidade de Curitiba, de instrumento dirigido à mulher puérpera, na modalidade de entrevista semi-estruturada, obtida diretamente entre pesquisador-cliente, quando do retorno da puérpera para a consulta de enfermagem com aproximadamente dez dias de pós-parto. A proposta de pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética da Instituição. O instrumento contemplou dados pessoais, obstétricos e aqueles relacionados à transição, com questões que conduzem à temática pesquisada. A entrevista envolve um processo informal e interativo entre pesquisadora-cuidadora e cliente. Nesta modalidade de pesquisa não há a preocupação com o número de sujeitos entrevistados, mas com a qualidade dos depoimentos de cada participante. Os depoimentos obtidos não se esgotam, são perspecti-

vais, a cada olhar surge um novo olhar. As entrevistas foram gravadas após consentimento esclarecido e assinado pelos sujeitos, os quais foram informados sobre a participação espontânea, que o anonimato das informantes seria garantido, assim como permitida sua desistência em participar. Foram entrevistadas treze mulheres puérperas, primigestas, independentemente de idade. A opção por primigestas deu-se pela característica de ser a primeira vez que experiência a transição à maternidade, possibilitando captar o sentido de tal vivência. Foi obtido o consentimento da instituição através do Comitê de Ética, bem como o consentimento livre e esclarecido de cada cliente entrevistada. Tomou-se o cuidado de preservar todos os aspectos éticos que permeiam a pesquisa com seres humanos e esclarecer a cada sujeito sobre a liberdade em participar, anonimato das informações, propósitos da pesquisa e formas de coleta das informações.

ANÁLISE DOS DEPOIMENTOS

A análise qualitativa iniciou percorrendo etapas de leitura e re-leitura das informações, apreendendo o sentido da vivência da transição ao papel materno. Através de exercício intelectual foram estruturadas unidades de significado tornando o processo de análise mais minucioso, atingindo a profundidade da compreensão. Como se trata de modalidade de pesquisa-cuidado, à medida que as informações eram coletadas, o cuidado era prestado de acordo com as demandas e necessidades indicadas pelas puérperas.

Na amostra de 13 puérperas, 4 (30,77%) eram adolescentes, com idade entre 15 a 18 anos, 8 (61,54%) incluídas na faixa etária de 20 a 28 anos e 1 (7,69%) com 35 anos. Todas são primigestas. Entre as puérperas 5 (38,46%) são casadas, 4 (30,77%) vivem em união consensual e 4 (30,77%) são solteiras. A idade dos companheiros variou de 19 a 30 anos. O grau de instrução prevalente é o ensino fundamental com 8 (61,54%) clientes e ensino médio com 5 (38,46%) clientes. Entre as treze pu-

érperas, 6 (46,15%) não tem ocupação, 2 (15,40%) são estudantes e as demais tem ocupação variando entre balconista, auxiliar de escritório, garçomete, vendedora e babá. A ocupação do companheiro é diversificada ocorrendo maior incidência nas funções de servente e vendedor com 2 em cada indicação (36,36%); 1 (9,1%) está desempregado. As demais se situam em pintor, padeiro, soldador, produtor cenográfico, motoboy, auxiliar administrativo. Não são apontadas as ocupações de 2 companheiros pelas puérperas, quando solteiras. Entre as treze clientes entrevistadas, 4 (30,77%) tem renda familiar de 300,00 a 500,00; 3 (23,08%) entre 600,00 e 800,00; 3 (23,08%) entre 900,00 e 1.100,00; e 3 (23,08%) não tem nenhuma renda, vivem da ajuda de familiares ou vizinhos. Todas realizaram pré-natal com o número de consultas acima de seis. O parto normal obteve maior prevalência, ocorrendo com 8 (61,54%) clientes e cesárea em 5 (38,46%).

Pela análise qualitativa, foi possível apreender o sentido da vivência, bem como a explicitação da transição ao papel materno, através de três categorias selecionadas a partir dos depoimentos expressos pelas puérperas: Percepções e sentimentos da transição à maternidade; Apoio suportivo na fase de transição puerperal; Dificuldades que a transição suscita. A letra após o depoimento indica D-discurso e o número 1, como sendo da primeira cliente entrevistada, e assim sucessivamente.

Ao analisar a primeira categoria **“percepções e sentimentos da transição à maternidade”** entre as adolescentes, foi possível apreender a simultaneidade de sentimentos vivenciados, os quais se misturam com satisfação e acúmulo de encargos pelos diferentes papéis assumidos, impedindo de realizar atividades que antes da gravidez conseguiam fazer. A falta de convívio social, horas de sono, dedicação exclusiva ao filho, torna a experiência diferenciada, porém prazerosa.

Independente da idade, a transição à maternidade pode ser imprevisível, estressante e modificar a autoconfiança da mãe no cuidado do filho. A transição à materni-

dade pode ser descrita conforme pontuam MC VEIGH e SMITH (2000, p.270) “como um rito de passagem e entrada à idade adulta. Tornando-se mãe adolescente, a jovem automaticamente, interromperá seus planos de vida e segundo as mesmas autoras, são menos motivadas a freqüentar cursos de pré-natal, a ter relacionamentos estáveis, recebe menos suporte social e aceitam menos sua gravidez. As mães adolescentes apresentam maior dificuldade para compreender as alterações comportamentais do bebê e são menos motivadas ao aleitamento materno.” Os depoimentos confirmam:

“São muitas mudanças, eu queria tê o nenê, daí eu engravidei e veio... Não durmo mais direito. Estou feliz, bem feliz” (D1-15 anos).

“O que mudou, é que tem que ter mais responsabilidade... tipo, tenho que cuidar de mim, dele... eu saia bastante, agora tenho que ficar mais com ele. Mas, estou muito alegre, eu queria ter um filho” (D2-16 anos).

“Foram muitas mudanças que aconteceu... deixei de fazer muita coisa, como sair, dormir direito. É bem diferente. Quando ainda tá na barriga é uma coisa diferente, mas agora, já tá com a criança do lado aumenta o afeto. Eu tô muito feliz” (D3-17 anos).

“O que mudou é que agora eu tô com minha filha aí do lado. Agora eu só cuido, cuido, cuido e não durmo mais. Não tem como explicar, é muito diferente, é ótimo. Valeu a pena todo o sacrifício, como ter apanhado durante a gravidez” (D4-18 anos).

Entre as mães não adolescentes, percebe-se que há maior envolvimento com o bebê, relacionando o cuidado como dependência a sua total dedicação, o que difere dos depoimentos das adolescentes. Assim, pode-se inferir que a idade interfere na adaptação ao papel materno, denotando maior responsabilidade e envolvimento sem a conotação de renúncia das tarefas que realizava antes da ocorrência da gravidez. A transição à maternidade estabelece-se ape-

nas com a ocorrência do nascimento, porém quando a esta, acrescenta-se a transição de saúde-doença pelo nascimento do filho com problemas respiratórios ou outros, a transição ocorre com impacto maior às mães e familiares. Ter um filho pela primeira vez e este permanecer na unidade neonatal, separando mãe-filho, suscita sentimentos de infelicidade, preocupação, ansiedade, medo, angústia pelo prognóstico desconhecido. Prematuridade ou doença podem dificultar a capacidade de interação dos pais com o bebê, influenciando na emissão de mensagens que signifiquem sinais de comunicação entre pais e recém-nascido, necessitando um cuidado adicional, empatia e apoio emocional, com ênfase nas intervenções individualizadas e de comunicação.

Nos casos em que a mãe tem alta hospitalar e o bebê permanece internado, as ansiedades da mãe e familiares são muito grandes. A vontade de estar sempre com o bebê, amamentá-lo e o desconforto de ficar longe do lar um tempo considerável do dia desorganizam a vida emocional da nova mãe, como salientam ELZIRIK et al (2001). A atitude da mulher como mãe depende de vários fatores, seu desenvolvimento, a identificação com a própria mãe, a aceitação do seu papel feminino e de mãe e suas experiências pessoais, o que pode ser observado pelos depoimentos.

“Quando você entra no hospital ainda não tem o nenê, quando você vai para casa com ele, tudo é diferente. Tem que se preocupá, tem que cuidá, você tá comendo tem que largá, tá dormindo tem que acordá porque o nenê começa a chorar. Você quer fazer alguma coisa, não pode, porque tem que cuidar do nenê. Mas... é tão bonitinho... Mudou tudo na minha vida, tudo, tudo, tudo. Tudo para melhor. Tirando a correria de não comer direito, as dores, é bom ser mãe. Estou feliz. É bom saber que tem uma pessoa que depende só de mim, que só eu posso cuidar, eu que dou mamá, ela depende só de mim” (D5-20 anos).

“O bebê toma todo o tempo, você fica ali só se dedicando, mas a gente

fica mais alegre, essas coisas. Eu sinto alegria” (D6-20 anos).

“As mudanças com o nenê foram mais no lado emocional, agora eu tenho alguém para me preocupar, depende de mim. Estou satisfeita, só quero ficar perto dela” (D7-21 anos).

“Eu acho que nem mudei, se mudei foi coisa boa. Estou me sentindo muito bem” (D8-24 anos).

“As mudanças foi bem pra melhor, porque eu era sozinha. À noite você muda o horário de dormir, é choro, tem que dar mamá. Mas é bom, não reclamo não. É uma coisa muito boa, é uma coisa diferente, eu não consigo explicar. É muito bom ser mãe” (D9-28 anos).

“Eu estou preocupada com ela. Agora eu fico um pouco triste que eu não posso ir lá dentro na neo. Fico feliz, dá uma emoção, mas na mesma hora eu tô triste. Agora ela depende só de mim”(D10-35 anos).

“No começo eu tinha um pouco de receio, como eu ia ajudar ela nascer, né. Mas, daí eu vi realmente, que não é aquela coisa, que é uma coisa que realmente você ajuda. Você tá num parto normal, você sente dor, mas aquela dor que vem e vai, né, uma dor de vida. Eu me sinto segura no cuidado com ela, como eu imaginava que seria. Agora sou mais feliz, sou mais forte, mais segura, sei mais o que fazer, digamos, sou mais decidida” (D13-22 anos).

A análise da segunda categoria “**apoio suportivo na fase de transição puerperal**”, demonstra ser de extrema importância a presença de familiar ou significativa para auxiliar nas ações domésticas e mesmo com o cuidado do bebê. Percebe-se entre as adolescentes que citam a mãe, sogra, marido, cunhadas, que contam com apoio físico, não ocorrendo maior envolvimento emocional para compreender seus sentimentos e poder conversar sobre este período. BRANDEN (2000) enfatiza que a cliente deve ser estimulada a expressar

seus sentimentos em torno dessa experiência, avaliando todos os progressos pelo estágio de adaptação materna, incluindo o estado emocional e quaisquer sinais de depressão puerperal. É importante auxiliar a desenvolver estratégias de enfrentamento das dificuldades, através da oportunidade de expressar seus sentimentos. A ajuda financeira necessária nessa fase, também é enfatizada, uma vez que a falta de condições dificulta atender todas as demandas do bebê e da própria puérpera. Pela pouca idade, ao assumir o papel materno, exteriorizam medo do futuro, insegurança do local para morar, a vivência solitária sem o companheiro, o desamor da família ao julgar a gestação nessa idade como um ato errôneo, falta de diálogo. As puérperas adolescentes impõem desafios especiais, inicialmente entendendo o comportamento específico da fase de adolescência, com abordagem imparcial para o desenvolvimento de uma relação positiva, oportunizando descobrir seus próprios sentimentos e atitudes com relação à maternidade.

“Minha mãe, minha sogra que tá comigo, meu marido também ajuda, minhas cunhadas. Mas, não tenho com que conversar, prefiro guardar as coisas pra mim mesmo”. Falta de dinheiro é o que mais atrapalha assim, o resto não atrapalha. O dinheiro faz falta e não tem como conseguir”(D1- 15 anos).

“Minha mãe me ajuda, ela me ensina como cuida, sabe lidar com essas coisas assim”(D2-16 anos).

Entre as puérperas não adolescentes percebe-se a indicação da mãe como apoio suportivo mais significativo, as vezes o pai ou irmão da puérpera. O apoio situa-se na dimensão física, sendo pouco enfatizada a dimensão emocional na fase de adaptação ao novo papel. Assim, é possível inferir que a falta de apoio suportivo emocional é deficiente por parte da família, tanto para as adolescentes, como para as mães não adolescentes.

“Meu pai, sempre que eu preciso de alguma coisa ele faz, leva no lugar que

eu preciso ir. A minha mãe sempre que o bebê está chorando ela vai me ajudar a trocar. Meu irmão, quando está em casa, faz comida para mim, me ajuda a cuidar dela, também fica com ela para eu dormir”(D5-20 anos).

“Minha mãe me ajuda, ela ajuda a dar banho na bebê, cuida da roupa, da minha casa”(D6-20 anos).

“Tem a minha irmã e tem uma vizinha lá, que eu trato ela de vó, sabe. Eu considero ela como uma mãe, por causa que eu não tenho pai nem mãe e, ela dá o maior apoio pra mim, assim, sabe. Ela é como uma mãe, cuida de mim, às vezes falta as coisas em casa, ela vem a traz, né. Sempre ela tá como uma mãe do meu lado” D10-35 anos).

“O pai do bebê é bem atencioso, graças a Deus, eu tenho muito apoio. Tive durante toda a gestação e agora também. A minha sogra me ajuda, até tô na casa dela, por enquanto, assim, né, ajuda na limpeza, na alimentação. Tem bastante pessoas me ajudando assim” D12- 22 anos).

A terceira categoria **“dificuldades que a transição suscita”** fez emergir através dos depoimentos, as dificuldades que permeiam a transição à maternidade, sendo variadas sob diferentes enfoques, de acordo com a experiência e modo de vida de cada ser envolvido.

Entre as adolescentes, é possível perceber as instabilidades financeira, falta de condições para oferecer maior conforto ao bebê, precariedade de moradia, bem como as dificuldades de ordem emocional, como o medo do futuro. Dificuldades sociais e econômicas são comuns entre as mães adolescentes, as quais podem contribuir negativamente no alcance ao papel materno. Uma forte rede de suporte social, suporte da família e a preparação, antecipando a transição, são estratégias que causam grande impacto para a adaptação ao papel materno.

O suporte social inclui recursos emocionais, materiais, informações e suporte

financeiro, estabelecido através do relacionamento interpessoal recíproco. MCVEIGH e SMITH (2000), enfatizam que as mães adolescentes que recebem suporte do companheiro, tendo maior envolvimento, interagem mais facilmente com seu bebê. Existe uma correlação negativa significativa entre auto-estima, ansiedade e depressão pós-parto. O período pós-parto é um período de redescobertas, reconstrução do próprio eu e a auto-estima que emerge frente ao papel materno, pode ser desafiada durante este período crítico de tempo.

“Falta de dinheiro é o que mais atrapalha assim, o resto não atrapalha. O dinheiro faz falta e não tem como conseguir” (D1- 15 anos).

Cuidar do filho envolve muitas tarefas, as quais são realizadas de acordo com a personalidade e experiência da mãe. Muitas pedem ajuda e instruções, outras desejam resolver sozinhas as dificuldades, julgando assim construir fundamentos mais sólidos de sua competência como mãe. Portanto, o enfermeiro deve dedicar especial atenção a esse período, utilizando medidas simples de abordagem domiciliar ou ambulatorial, pois as ações de cuidado dispensadas, podem representar a diferença entre uma gravidez, parto e puerpério bem sucedidos e um evento transicional traumático na vida da mulher e família.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Todas as ações de cuidado neste período devem estar dirigidas para a superação de dificuldades, as quais são detectadas ao desempenhar o cuidado, através da aproximação, da perspicácia e habilidade na observação e percepção de indicativos da instabilidade que a transição suscita. Somente o contato interpessoal entre profissional e cliente pode oferecer os instrumentos para a efetivação do cuidado humanizado a esta situação peculiar e especial.

O cuidado de enfermagem no período pós-parto tem por meta oferecer estratégias de enfrentamento e adaptação à transição à maternidade, através da rede de

suporte profissional, em que muitas informações são importantes e necessitam ser repassadas em um curto espaço de tempo, durante a internação ou quando de seu retorno para a consulta de enfermagem puerperal. Estes encontros entre enfermeiro e cliente/família, devem levar em consideração as mudanças ocorridas com a gestação e a readaptação ao estado não gravídico. É importante salientar as diferenças existentes para as mesmas experiências e expectativas entre adolescentes e não adolescentes. O tipo e a natureza do suporte recebido nessa fase pós-parto são fatores que podem contribuir negativa ou positivamente para a melhor adaptação e alcance do papel materno, pois se depara com as necessidades de suporte esperadas e as reais após o nascimento. Assim, durante o pré-natal o enfermeiro necessita avaliar a auto-estima, a rede de suporte social e a satisfação das futuras mães, para que após o parto, tenha o suporte necessário e disponível para enfrentar as mudanças e necessidades em sua vida.

A vivência no puerpério, da transição ao papel materno, exige a operacionalização do cuidado humano transicional, o qual auxilia a mulher a movimentar-se dentro da transição com maior autonomia e desprendimento para captar, enfrentar e adaptar-se ao novo papel. Somente alcança a transição quando ocorre a adaptação. Porém, esse processo nem sempre é tão simples e rápido, impõe a utilização de recursos internos e externos, disponíveis ou não pela mulher, para ultrapassar os obstáculos e barreiras que parecem intransponíveis, se realizado de maneira solitária. O apoio suportivo é essencial, em que o enfermeiro, ao conhecer a situação vivenciada, auxilia à puérpera a superar mais facilmente, pela localização correta das pessoas que podem oferecer esse suporte.

A utilização do referencial teórico sobre transição e da metodologia de pesquisa-cuidado estabelece os caminhos metodológicos de implementação de novos modelos de cuidado humano, que privilegiem a mudança de papéis. Essa trajetória necessita ser utilizada pelos enfermeiros em diferen-

tes contextos de atuação para firmar-se como estratégia de cuidado, pois ao mesmo tempo em que cuida, a pesquisa está sendo efetivada. Somente com os resultados de pesquisa é possível avaliar a resolubilidade do cuidado, compreender a dimensão vivenciada pelas puérperas adolescentes ou não, captar o verdadeiro sentido da experiência, estabelecer intercâmbio entre os profissionais e desenvolver uma relação interpessoal empática e de confiança.

and satisfaction with social support. *Midwifery*. v.16, n.4. p.269-276, 2000.
STETSON, B. Avaliação e cuidado no quarto trimestre. In : LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5.ed. Porto Alegre : Artmed, 2002. p. 424-456.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARRUDA, E.N.; ZAGONEL, I.P.S. Pesquisa-cuidado como uma abordagem filosófica para o desenvolvimento do conhecimento de enfermagem. *Texto Contexto Enfermagem*. v.6, n.3, p.161-176, 1997.
- BRANDEN, P.S. *Enfermagem materno-infantil*. 2.ed. São Paulo : Reichmann & Affonso Editores, 2000. p. 411-443.
- DAL SASSO, G.T.M. *A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda : um desafio para a enfermagem*.1994. Dissertação (Mestrado) Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis.
- EDWARDS, L.D. Adaptação à paternidade/maternidade. In: LOWDERMILK, D.L.; PERRY, S.E.; BOBAK, I.M. *O cuidado em enfermagem materna*. 5.ed. Porto Alegre : Artmed, 2002. p. 457-495.
- EIZIRIK, C.L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A.M.S. (Org). *O ciclo da vida humana: uma perspectiva psicodinâmica*. Porto Alegre : Artmed, 2001.
- LEONARD, V.W. A heideggerian phenomenologic perspective on the concept of the person. *Advances in Nursing Sciences*. v.11, n.4, p.40-55, 1989.
- KONIAK – GRIFFIN, D. Maternal role attainment. *Image : Journal of Nursing Scholarship*. v.25, n.3, p.257-262, 1993.
- MCVEIGH, C.; SMITH, M. A comparison of adult and teenage mother's self-esteem

MAPEAMENTO DE TERMOS ATRIBUÍDOS AOS FENÔMENOS DE ENFERMAGEM NOS REGISTROS DOS COMPONENTES DA EQUIPE DE ENFERMAGEM¹

MAPPING OF TERMS ATTRIBUTED TO NURSING PHENOMENA IN THE WRITTEN DATA OF THE NURSING STAFF COMPONENTS

MAPEAMENTO DE LOS TÉRMINOS ATRIBUIDOS A LOS FENÓMENOS DE ENFERMERÍA EN LOS DATOS ESCRITOS DE LOS COMPONENTES DE LA ENFERMERA

Maria Miriam Lima da NÓBREGA²
Telma Ribeiro GARCIA³
Jaqueline Ferreira ARARUNA⁴
Wilma Cristina de Assis Nóbrega NUNES⁴
Greicy Kelly Gouveia DIAS⁴
Patrícia Josefa Fernandes BESERRA⁴

RESUMO: Este trabalho tem como objetivo identificar os termos empregados pelos componentes da equipe de enfermagem, nos registros em prontuários de pacientes, para denominar os fenômenos de enfermagem e comparar com os constantes na Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE - Versão Beta. O estudo foi desenvolvido em unidades de internação de um hospital escola, utilizando-se como população todos os prontuários de pacientes admitidos nesse serviço durante o período de agosto/2001 a janeiro/2002. A amostra foi constituída por 167 prontuários, a partir dos quais foram identificados 586 fenômenos de enfermagem nos registros de enfermagem. Depois da fase de mapeamento, observou-se que existiam 340 termos incluídos na Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE – Versão Beta, e 246 novos termos com possibilidade de ser incluídos no futuro.

PALAVRAS-CHAVE: Fenômeno de enfermagem, Registros de enfermagem, Equipe de enfermagem.

ABSTRACT: This work aimed to identify the terms used by components of the nursing staff of the of the school hospital, in written patient clinical records, to designate phenomena of nursing; and to compare the terms identified with those included in the Classification of Nursing Phenomena of the ICNP^ε- Beta version. As the population of study, it was considered all clinical records of the patients admitted in this service during the period of August/2001 to January/2002; 167 clinical records that contained written data of components of the nursing staff constituted the sample. In the process, it was identification of 586 nursing phenomena. After the cross-mapping phase, it was identified 340 terms already included in the Classification of Nursing Phenomena of the ICNP^ε- Beta version; and 246 new possible terms to be included in the future.

KEYWORDS: Phenomenon of nursing, Registers of nursing, Nursing staff.

RESUMEN: Este trabajo apuntó identificar los términos usados por los componentes de la enfermera del hospital de la escuela, en registros clínicos de los pacientes, para señalar fenómenos del oficio de enfermera; y comparar los términos identificados con los incluidos en la clasificación de los fenómenos del oficio de enfermera de la CIPE^ε- versión beta, utilizando como población del estudio todos los registros clínicos de los pacientes admitidos en este servicio durante el período de Agosto/2001 a January/2002. La muestra constituyeron de 167 prontuarios clínicos que contuvieron datos escritos de los componentes de la enfermera. En el proceso, fueron identificados 586 fenómenos del oficio de enfermera. Después de la fase el cruzamiento, fueron reconocidos 340 términos como ya incluidos en la clasificación de los fenómenos de la CIPE^ε; y 246 nuevos términos como posibilidades que se incluirán en el futuro.

PALABRAS CLAVE: Fenómeno de enfermería, Registros del oficio de enfermería, Equipe de enfermería.

¹ Pesquisa vinculada ao Projeto de Pesquisa Identificação de termos da linguagem profissional para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a melhoria da qualidade da assistência de enfermagem.

² Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela UNIFESP. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq. E-mail: miriamnobrega@uol.com.br

³ Enfermeira, Doutora em Enfermagem pela EERP-USP. Professora do Departamento de Enfermagem de Saúde Pública e Psiquiatria, Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba. Pesquisadora CNPq.

⁴ Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem/UFPB. Bolsistas de Iniciação Científica - PIBIC/CNPq/UFPB.

INTRODUÇÃO

A linguagem da Enfermagem tem sido definida como o universo dos termos escritos e suas definições, que são usados com o propósito de indexar e classificar uma variedade de dados de enfermagem em prontuários clínicos, em sistemas de enfermagem, na literatura especializada e em relatórios de pesquisa (HENRY *et al.*, 1995). Para as referidas autoras, essa linguagem está representada por seus termos clínicos, sendo parte integrante e essencial do contexto teórico e prático da profissão.

A elaboração de sistemas de classificação da linguagem da Enfermagem pressupõe, de modo implícito ou explícito, que: os profissionais e ocupacionais da equipe de enfermagem constituem um grupo sócio-profissional que, em seu ambiente de trabalho, utiliza um vocabulário técnico particular, a que se pode denominar linguagem especial da Enfermagem; os termos (unidades léxicas) da linguagem especial da Enfermagem se deixam reunir em grupos estruturados (campos semânticos) de tal modo que cada um fica ali definido pelo lugar que ocupa respectivamente à posição dos demais, formando redes de termos para classificação da prática profissional; os termos empregados pelos elementos de um grupo profissional devem transmitir a todos o mesmo significado.

As várias tentativas de identificar e denominar os elementos que descrevem a prática da Enfermagem e que, portanto, fazem parte de sua linguagem especial, estão registradas na literatura especializada. Podemos citar como grande contribuição para isto o início do desenvolvimento dos modelos conceituais de enfermagem a partir da década de 1950, quando as enfermeiras começaram a identificar os conceitos específicos da profissão. Uma outra grande contribuição foi o desenvolvimento e utilização na prática do processo de enfermagem. As distintas fases desse processo, que são expressas de maneiras diferentes, de acordo com o modelo conceitual utilizado, favo-

receram o desenvolvimento de sistemas de classificação em Enfermagem.

Existem na Enfermagem diversos sistemas de classificação de termos relacionados com algumas fases do processo de enfermagem: diagnósticos de enfermagem, problemas de enfermagem; intervenções de enfermagem; e resultados esperados. Para CLARK (1995) estes sistemas de classificação, sem sombra de dúvida, contribuíram para promover a autonomia da enfermeira no julgamento sobre as necessidades de cuidado do cliente, para facilitar o uso dos conhecimentos específicos da Enfermagem e para a realização de estudos sobre a qualidade do cuidado de enfermagem, os quais apontaram para a necessidade de uma classificação da prática que proporcionasse uma nomenclatura a ser usada para descrever e organizar os dados mínimos de enfermagem.

Este fato desencadeou a elaboração e implementação do projeto de Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE [¶]), a partir de 1991, coordenado pelo Conselho Internacional de Enfermeiras – CIE, mobilizando todas as Associações Nacionais a ele filiadas. Os objetivos desse projeto eram os de estabelecer uma linguagem comum para descrever a prática de enfermagem; descrever os cuidados de enfermagem; tornar possível a comparação de dados de enfermagem; demonstrar ou projetar as tendências da prestação dos tratamentos e cuidados de enfermagem; estimular a investigação e propiciar dados sobre a prática de enfermagem (ICN, 1996a; 1996b).

Em dezembro de 1996, o CIE apresentou à comunidade de Enfermagem a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – Um Marco Unificador - Versão Alfa. Após o recebimento de cópia desse documento, a ABEn, através da Diretoria de Assuntos Profissionais, desenvolveu algumas estratégias para facilitar a disseminação e utilização desta classificação no Brasil. Entre essas estratégias podemos citar a criação de um Grupo de Trabalho para tradução da CIPE [¶] para o português

do Brasil; a publicação desta tradução, objetivando “a discussão, adaptação e validação dos termos frente à realidade brasileira, a partir de um novo referencial: o trabalho da Enfermagem voltado para a defesa da qualidade de vida e de atenção à saúde, como direito universal e equânime de cidadania” (CRUZ *et al.*, 1997); e o incentivo para a realização de vários estudos sobre o assunto, entre os quais estão divulgados os de Garcia, NÓBREGA e SOUZA (2002), NÓBREGA e GARCIA (2002), NÓBREGA (2000); CARVALHO e ROSSI (2000); MARIN *et al.* (1999) e ASSAMI, DIAS e GUTIÉRREZ (1999).

Diante da situação apresentada, questiona-se: Os termos constantes na CIPE^ε- Versão Beta são utilizados nos registros de enfermagem, para denominar os fenômenos/diagnósticos/problemas e as ações/intervenções/prescrições de enfermagem? Existem, nos registros de enfermagem, termos que ainda não estão incluídos nessa classificação? A resposta a esses questionamentos possibilitará a identificação de novos termos e a confirmação dos termos já constantes na CIPE^ε- Versão Beta na prática de enfermagem, contribuindo dessa forma para o desenvolvimento da linguagem especial da Enfermagem.

Este estudo tem como objetivos identificar os termos empregados pelos componentes da equipe de enfermagem, nos registros em prontuários de pacientes internados nas Unidades: Clínica Médica, Pediátrica e Obstétrica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB, para denominar os fenômenos/ diagnósticos/ problemas de enfermagem; e comparar os termos identificados com os constantes nas Classificações de Fenômenos de Enfermagem da CIPE^ε- Versão Beta.

METODOLOGIA

O projeto mãe deste estudo, a pesquisa “*Identificação de termos da linguagem profissional para inserção em sistemas de informação: instrumental tecnológico para a*

melhoria da qualidade da assistência de enfermagem”, que tem como objeto o vocabulário utilizado na prática pelos diferentes componentes da equipe de enfermagem (GARCIA, NÓBREGA, 1999). A finalidade desse projeto é a de verificar a utilização na prática de enfermagem, através do mapeamento e da análise conceitual, de termos atribuídos aos fenômenos/diagnósticos/problemas e às ações/intervenções/prescrições de enfermagem, comparando-os às classificações de fenômenos e ações de enfermagem constantes na CIPE^ε- Versão Beta (ICN, 1999), de modo a contribuir para a confirmação, refinamento e/ou expansão dos termos dessa classificação.

Para a realização deste estudo utilizou-se o método retrospectivo para coleta de registros de enfermagem em prontuários de pacientes, e o processo de mapeamento para análise dos dados contidos nesses registros. Segundo DELANEY e MOORHEAD (1997), COENEN *et al.* (1997) e MOORHEAD e DELANEY (1997), o mapeamento é um processo que consiste em comparar, através do cruzamento de dados (*cross-mapping*), os objetos que aparentemente apresentam semelhança, com a finalidade de identificar uma similaridade e validar estes objetos em diferentes contextos. Neste estudo, os termos empregados pelos componentes da equipe de enfermagem, nos registros em prontuários de pacientes, para denominar os fenômenos/diagnósticos/problemas de enfermagem foram comparados aos termos constantes nas Classificações de Fenômenos de Enfermagem da CIPE^ε- Versão Beta.

O estudo foi desenvolvido nas Unidades de Clínica Obstétrica, Pediátrica e Médica do Hospital Universitário Lauro Wanderley/UFPB. Utilizou-se como população todos os prontuários dos pacientes/clientes admitidos nesses serviços, durante os dois últimos anos. A amostra foi constituída pelos prontuários que continham registros feitos pelos componentes da equipe de enfermagem, que levaram à identificação de fenôme-

nos/diagnósticos/problemas de enfermagem. A aprovação do projeto pelo Comitê de Ética e a autorização da direção do HULW/UFPB para utilização dos prontuários dos pacientes foram garantias da observância dos aspectos éticos preconizados na Resolução Nº 196/96, do Ministério da Saúde (BRASIL-MS, 1996).

Para a coleta de dados nos prontuários foi desenvolvido um instrumento, contendo espaço para a transcrição literal de todas os registros feitos pelos componentes da equipe de enfermagem. A partir dessa transcrição foram feitas a categorização, a codificação e a análise preliminar de dados, para a construção das listas de termos dos fenômenos/ diagnósticos/ problemas de enfermagem, atentando para a normalização dos registros com manutenção de termos e/ou expressões de interesse para os objetivos do estudo e eliminação daqueles considerados *ad hoc* como não pertinentes.

Para a construção do *corpus* de análise dos fenômenos de enfermagem foram desenvolvidas as seguintes etapas: colocação das transcrições em ordem alfabética, com retirada das repetições, de diagnósticos médicos e de instrumental técnico; e normalização dos termos encontrados para cada uma das unidades pesquisadas.

Os dados foram submetidos ao processo de mapeamento cruzado, o que implicou na ligação desses termos e/ou expressões aos conceitos de fenômenos de enfermagem, de acordo com os eixos da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE[£]- Versão Beta, com a identificação de fenômenos de enfermagem constantes e não constantes na CIPE, por

unidade pesquisada. Depois esses dados foram submetidos a um novo processo de mapeamento cruzado, objetivando a identificação de fenômenos de enfermagem constantes e não constantes na CIPE nas três unidades pesquisadas.

Os resultados deste estudo estão apresentados através da frequência absoluta e relativa dos termos identificados nos registros em prontuários de pacientes nas Unidades de Clínica Obstétrica, Pediátrica e Médica, e classificados como fenômenos de enfermagem, constantes ou não constantes na Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE[£]- Versão Beta.

RESULTADOS

Foram retirados dos registros transcritos 4.173 termos ou expressões, que levaram a identificação de 586 fenômenos de enfermagem. Após o mapeamento de termos, observou-se que 340 termos foram considerados como existentes na CIPE[£]- Versão Beta e 246 como não existentes (Quadro 1). Dos 340 termos constantes na CIPE, 189 foram identificados no eixo *Foco da prática*, 34 no eixo de *Julgamento*, 6 no eixo de *Frequência*, 01 no eixo *Duração*; 15 o eixo *Topologia*, 91 no eixo *Lugar do corpo*; 3 no eixo *Probabilidade*, e 01 no eixo *Portados*. Dos 246 termos não constantes na CIPE, 82 foram classificados como termos do eixo *Foco da prática*, 86 no eixo de *Julgamento*, 14 no eixo de *Frequência*, 20 no eixo *Duração*; 01 no eixo *Topologia*, 20 no eixo *Lugar do corpo*; nenhum termo no eixo *Probabilidade*, e 23 no eixo *Portador*.

Quadro 1 – Frequência de termos identificados nos registros de componentes da equipe de enfermagem nas Clínicas Obstétrica (CO), Pediátrica (CP) e Médica (CL), por eixos da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE[£]- Versão Beta. João Pessoa, 2002.

EIXOS da CFE da CIPE [£] - Versão Beta	Termos constantes na CIPE [£] - Versão Beta				Termos não constantes na CIPE [£] - Versão Beta			
	CO	CP	CM	Total	CO	CP	CM	Total
Foco da prática	67	53	69	189	34	26	22	82
Julgamento	07	15	12	34	52	17	17	86
Frequência	01	02	03	06	12	02	00	14

Duração	00	00	01	01	17	00	03	20
Topologia	07	05	03	15	01	00	00	01
Lugar do corpo	33	33	25	91	18	00	02	20
Probabilidade	00	00	03	03	00	00	00	00
Portador	01	00	00	01	07	08	08	23
TOTAL	116	108	116	340	141	53	52	246

Analisando a identificação desses termos por Unidade Clínica, observa-se que dos 340 termos considerados como existentes na CIPE, 116 foram identificados na Clínica Médica, 108 na Clínica Pediátrica e 116 na Clínica Obstétrica, o que representa quase uma uniformidade na distribuição dos mesmos. Com relação aos 246 termos considerados como não existentes na CIPE, 52 foram identificados na Clínica Médica, 53 na Clínica Pediátrica e 141 na Clínica Obstétrica. Observa-se que a uniformidade de distribuição identificada nos termos considerados como existentes na CIPE não aconteceu com os termos não existentes, destacando-se a Clínica Obstétrica com duas vezes mais termo do que as demais clínicas. Pode-se inferir que muitos dos termos utilizados na linguagem para descrever e comunicar as atividades de enfermagem, na Clínica Obstétrica, ainda não são termos constantes na CIPE, tornando-se um campo propício para a identificação e validação de novos termos.

Termos identificados e classificados como fenômenos de enfermagem constantes na CIPE - Versão Beta.

Os 340 termos considerados como existentes na CIPE foram mapeados de acordo com os eixos da Classificação de Fenômenos de Enfermagem, da seguinte forma: 189 no eixo *Foco da Prática*, 34 no eixo *Julgamento*, 06 no eixo *freqüência*, 01 no eixo *Duração*, 15 no eixo *Topologia*, 91 no eixo *Localização*, 03 no eixo *probabilidade* e 01 no eixo *Portador*. Esses termos estão apresentados com mais detalhes nos quadros 2, 3, 4, 5 e 6.

O eixo Foco da prática de enfermagem é definido pelo CIE como “a área de atuação descrita nos regulamentos sociais e políticos da profissão e nas estruturas conceituais da prática de enfermagem” (ICN, 1999). Neste eixo, após o mapeamento dos dados, foram identificados 189 termos, dos quais 69 foram identificados na Clínica Obstétrica, 53 na Clínica Pediátrica e 67 na Clínica Médica. (Quadro 2). Submetendo esses termos a um novo processo de mapeamento cruzado, para retirada de repetições, obteve-se como resultado 111 termos, dos quais 25 são termos comuns às três unidades. Dos 111 termos, 94 são fenômenos pertencentes ao conceito Função; 12 ao conceito Pessoa; 2 ao conceito Grupo; e 3 ao conceito Ambiente.

Quadro 2 – Relação de termos identificados nos registros de componentes da equipe de enfermagem em Unidades do HULW/UFPB, incluídos no eixo Foco da prática da CIPE [£]- Versão Beta. João Pessoa, 2002.

Eixo	Clínica	Termos identificados
------	---------	----------------------

Foco da Prática	Obstétrica	Aborto, Adormecido, Amamentação, Ansiedade, Apetite, Autocuidado: higiene, Auto-exame, Bem-estar, Cheiro fétido, Choro, Cólica, Conforto, Conhecimento, Consciência, Constipação, Contração uterina, Deambulação, Deglutição, Diarréia, Dispepsia, Dispneia, Dor, Edema, Eliminação intestinal, Eliminação vesical, Expulsão uterina, Febre, Ferida cirúrgica, Fissura mamária, Flatulência, Função cardíaca, Gravidez, Hidratação, Hipertensão, Hipertermia, Hipoatividade, Hipotermia, Humor, Incisão, Ingestão de alimentos, Ingestão de líquidos, Ingestão nutricional, Ingurgitamento mamário, Lactação, Ligação mãe-filho, Mobilidade, Mucosas, Nascimento, Orientação, Pele, Pele seca, Perda sanguínea, Pressão sanguínea, Prurido, Repouso, Respiração, Secreção, Serviço de saúde, Sono, Sonolência, Tecido cicatricial, Temperatura corporal, Tosse, Trabalho de parto, Tremor, Tristeza, Vertigem, Vigília, Vômito.
	Pediátrica	Adormecido, Afasia, Agitação, Apetite, Atividade recreativa, Cansaço, Choro, Cólica, Consciência, Constipação, Convulsão, Deambulação, Deglutição, Desidratação, Diarréia, Dispneia, Dor, Edema, Eliminação, Eliminação intestinal, Eliminação vesical, Febre, Ferida, Hematoma, Hemorragia, Hidratação, Hipertensão, Hipertermia, Hipoatividade, Hipotermia, Humor, Ingestão de alimentos, Medo, Náusea, Orientação, Paralisia, Pele, Pele seca, Perda sanguínea, Posição corporal, Pressão arterial, Prurido, Repouso, Respiração, Secreção, Sono, Tecido cicatricial, Temperatura, Tosse, Transpiração, Úlcera, Úlcera de pressão, Vômito.
	Médica	Adormecido, Agitação, Ansiedade, Apetite, Atividade motora, Audição, Cansaço, Caquexia, Cólica, Comunicação, Confusão, Convulsão, Constipação, Deambulação, Deglutição, Diarréia, Dispepsia, Dispneia, Dispneia funcional, Dor, Dor artrítica, Dor muscular, Dor óssea, Edema, Eliminação intestinal, Eliminação vesical, Eritema, Espasticidade, Expectoração, Fadiga muscular, Fala, Febre, Ferida, Flatulência, Golpe, e calor, Hematoma, Hemorragia, Hidratação, Higiene, Hipertensão, Hipotensão, Hipotermia, Incontinência urinária, Ingestão de alimentos, Insônia, Mobilidade, Náusea, Orientação, Paralisia, Por-se de pé, Pressão sanguínea, Prurido, Repouso, Resíduos, Respiração, Retenção urinária, Secreção, Sono, Temperatura corporal, Tosse, Transpiração, Tremor, Úlcera, Úlcera de pressão, Vertigem, Visão, Vômito.

Para o CIE o Julgamento “é a opinião clínica, estimativa ou determinação da prática profissional de enfermagem, sobre o estado de um fenômeno de enfermagem, incluindo a qualidade relativa da intensidade ou grau da manifestação do fenômeno de enfermagem” (ICN, 1999). Na CIPE – Versão Beta, estão listados 49 qualificadores, subdivididos em uma escala de quatro pontos que varia de “em grau reduzido a grau

muito elevado”. No processo de mapeamento dos dados no eixo Julgamento (Quadro 3), foram identificados nas três unidades 34 termos. Submetendo esses termos a um novo processamento de dados, objetivando a retirada das repetições, temos como resultado 22 termos, dos quais 4 são comuns às três unidades: Aumentado, Comprometido, Dificuldade e Não.

Quadro 3 – Relação de termos identificados nos registros de componentes da equipe de enfermagem em Unidades do HULW/UFPB, incluídos no eixo Julgamento da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE ^ε- Versão Beta. João Pessoa, 2002.

Eixo	Clínica	Termos identificados
------	---------	----------------------

Julgamento	Obstétrica	Alterado, Aumentado, Baixo, Comprometido, Demonstrado, Dificuldade, Grau elevado, Grau leve, Grau moderado, Menor grau, Não, Sim.
	Pediátrica	Alterado, Aumentado, Baixo, Comprometido, Contaminado, Deficiente, Dificuldade, Diminuído, Disseminado, Doença, Elevado, Força, Melhorado, Não, Sim.
	Médica	Aumentado, Comprometido, Dependente, Dificuldade, Mantido, Melhorado, Não.

Na CIPE – Versão Beta, o eixo Frequência “é definido como sendo o número de ocorrência ou repetições de um fenômeno de enfermagem durante um intervalo de tempo” (ICN, 1999). Neste eixo há dois termos incluídos: *contínuo* e *intermitente*, esse último subdividido em “muito frequentemente”, “frequente”, “às vezes”, “raramente”, “muito raramente” e “nunca”. No pro-

cesso de mapeamento dos dados (Quadro 4), foi identificado 6 termos nas três unidades. Submetendo esses termos a um novo processamento de dados, objetivando a retirada das repetições, temos como resultado 4 termos, dos quais só o termo *frequente* foi identificado como comum às três unidades.

Quadro 4 – Relação de termos identificados nos registros de componentes da equipe de enfermagem em Unidades do HULW/UFPB, incluídos no eixo Frequência da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE ^ε- Versão Beta. João Pessoa, 2002.

Eixo	Clínica	Termos identificados
Frequência	Obstétrica	Às vezes, Frequente, Intermitente.
	Pediátrica	Contínuo, Frequente.
	Médica	Frequente.

O eixo Duração é definido pelo CIE (ICN, 1999) como sendo “o intervalo de tempo durante o qual ocorre um fenômeno de enfermagem”. Na CIPE ^ε- Versão Beta, há só dois termos incluídos nesse eixo: *Agudo* e *Crônico*. Apenas o termo *agudo* foi identificado no processo de mapeamento dos dados na Clínica Obstétrica. Chama a atenção o fato desse termo não aparecer nos registros dos componentes da equipe de enfermagem nas Clínicas Médica e Pediátrica, onde se acredita que são atendidos muitos mais problemas de saúde que poderiam ser classificados tanto como *Agudo*, quanto como *Crônico*.

O eixo Topologia “é entendido como sendo a região anatômica em relação a um ponto mediano ou extensão da área anatômica de um fenômeno de enfermagem” (ICN, 1999). Na CIPE ^ε- Versão Beta, estão listados nesse eixo 30 termos. No processo de mapeamento dos dados foram identificados 15 termos (Quadro 5). Submetendo esses termos a um novo processamento de dados, objetivando a retirada das repetições, temos como resultado 7 termos, dos quais *Direito*, *Esquerdo* e *Periférico* são comuns às três unidades.

Quadro 5 – Relação de termos identificados nos registros de componentes da equipe de enfermagem em Unidades do HULW/UFPB, incluídos no eixo Topologia da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE ^ε- Versão Beta. João Pessoa, 2002.

Eixo	Clínica	Termos identificados
------	---------	----------------------

Topologia	Obstétrica	Esquerdo, Direito, Periférico.
	Pediátrica	Direito, Esquerdo, Periférico, Superior, Superior esquerdo.
	Médica	Bilateral, Direito, Esquerdo, Inferior, Interna, Periférica, Superior.

O eixo Localização “é definido pelo CIE (ICN, 1999) como a posição ou localização no organismo de um fenômeno de enfermagem”. Neste eixo é apresentada, em ordem alfabética, uma lista de localizações anatômicas, retiradas na sua grande maioria da Classificação Internacional de Topografia do SNOMED – Nomenclatura Sistematizada da Medicina. No processo

de mapeamento dos resultados deste estudo (Quadro 6), foram encontrados 91 termos. Submetendo esses termos a um novo processamento de dados, objetivando a retirada das repetições, temos como resultado 73 termos, dos quais *Abdômen, Cabeça, Pele, Vagina* e *Veia* são comuns às três unidades.

Quadro 6 – Relação de termos identificados nos registros de componentes da equipe de enfermagem em Unidades do HULW/UFPB, incluídos no eixo Localização da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE^ε- Versão Beta. João Pessoa, 2002.

Eixo	Clínica	Termos identificados
Localização	Obstétrica	Abdômen, Cabeça, Coração, Dente, Dorso, Estômago, Ferida, Feto, Fissura, Mama, Mamillo, Membrana mucosa, Membro inferior direito, Membro inferior esquerdo, Membro superior direito, Membro superior esquerdo, Mucosas, Pálpebras, Pele, Pulso, Uretra, Útero, Vagina, Veia, Vulva.
	Pediátrica	Abdome, Articulação, Axila, Boca, Braço, Cabeça, Cavidade oral, Cóccix, Corpo, Couro cabeludo, Epigástrica, Extremidades do corpo, Face, Garganta, Intercostal, Intestino, Joelho, Lombar, Membros inferiores, Mucosa oral, Músculo, Nariz, Olho, Oral, Orelha, Palato, Pé, Peito, Pele, Sacro, Tórax, Vagina, Veia.
	Médica	Abdome, Articulação, Cabeça, Corpo, Coxa, Cutânea, Dedos das mãos, Estômago, Extremidades, Face, Flanco, Glândula mamária, Hemiface, Joelho, Jugular, Lábios, Mama, Mão, Membros, Mucosa oral, Olho, Orelha, Pele, Pulmão, Rede venosa, Região dorsal, Região plantar, Retal, Torácico, Tórax, Tronco, Vagina, Veia.

Na CIPE^ε- Versão Beta, o eixo Probabilidade é definido como “a possibilidade ou chance de ocorrência de um fenômeno de enfermagem” (ICN, 1999). Estão listados nesse eixo dois termos, “*risco de*” e “*oportunidade de*”, subdivididos em uma escala de cinco pontos que varia de “muito alto” a “muito baixo”. No processo de mapeamento dos dados foi identificado o termo “*risco de*”, “*alto risco*” e “*algum risco*”, todos na Clínica Obstétrica.

O eixo Portador é definido na CIPE^ε- Versão Beta como “a entidade relativamen-

te à qual se pode dizer que possui o fenômeno de enfermagem” (ICN, 1999). Esse eixo está dividido em dois termos mais amplos, “indivíduo” e “grupo”, estando esse último subdividido em “família” e “comunidade”. No processo de mapeamento dos resultados deste estudo só foi identificado o termo *Família*, na Clínica Médica. Merece ser ressaltado que foram identificados, nas três Clínicas, termos específicos relacionados ao termo indivíduo, como: *Acompanhante, Adolescente, Adulto, Cliente, Criança, Escolar, Esposo(a), Filha, Genitora, Gestante, Irmãos, Jovem, Lactente, Menor,*

Multigesta, Paciente, Pré-escolar, Primigesta, Puérpera, os quais não foram classificados como tal, por não existirem na CIPE. Apresentamos esses termos apenas para exemplificar a diversidade de clientela com que se lida nas três Clínicas.

Termos identificados e classificados como fenômenos de enfermagem não constantes na CIPE - Versão Beta.

Os 264 termos considerados como fenômenos de enfermagem não constantes na CIPE foram classificados da seguinte forma: 82 no eixo *Foco da Prática*, 86 no eixo *Julgamento*, 14 no eixo *freqüência*, 20 no eixo *Duração*, 01 no eixo *Topologia*, 20 no eixo *Localização*, e 23 no eixo *Portador*. Não foi identificado nenhum termo no eixo *Probabilidade* (Quadro 07). Esses termos estão apresentados com mais detalhes nos quadros a seguir.

Quadro 07 – Relação de termos identificados nos registros de componentes da equipe de enfermagem em Unidades do HULW/UFPB, como fenômenos de enfermagem não constantes na CIPE, e classificados por eixos da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE ^ε- Versão Beta. João Pessoa, 2002.

Eixo	Clínicas	Termos identificados e classificados como não constantes
Foco da prática	Obstétrica	Acianose, Amenorréia, Anictérica, Calma, Cárie, Cefaléia, Cefaléia pós-parto, Colostro, Cooperação, Desconforto, Disfagia, Distensão abdominal, Hiperemia, Mucosa hidratada, Mucosa hipocorada, Mucosa íntegra, Mucosa normocorada, Pele íntegra, Rouquidão, Secreção brônquica, Tranqüilidade, Varizes.
	Pediátrica	Abandono, Acordado, Angustia, Apatia, Ascaris, Cooperação, Crise de ausência, Desnutrição, Elasticidade, Emagrecimento, Equimose, Fístula, Hipertonia, Irritação, Lesões, Manchas, Micose, Mucosa hipercrômica, Mucosa hipocorada, Mucosa normocorada, Palidez, Pediculose, Petéquias, Pústulas, Tranqüilidade, Vesícula.
	Médica	Abscesso, Agonia, Cefaléia, Cianose, Contida no leito, Depressão, Desorientação, Disfagia, Distensão abdominal, Disúria, Doença, Dor pós prandial, Equimose, Força muscular, Fraqueza muscular, Hemiplegia, Higiene oral, Hiperglicemia, Hipoglicemia, Icterícia, Inflamação, Intercorrências, Jejum, Lesões, Mal estar, Manchas, Parestesia, Pústulas, Reação alérgica, Rigidez, Solução, Tranqüilidade, Vigília, Volume.
Julgamento	Obstétrica	Ausente, Bom, Concentrado, Difusa, Estável, Generalizado, Inadequado, Intenso, Limpo, Normal, Péssimo, Plano, Prejudicado, Presente, Preservado, Satisfatório, Timpânico.
	Pediátrica	Abundante, Agravado, Ausente, Bem, Calmo, Escasso, Espontâneo, Falta, Generalizado, Improdutivo, Normal, Prejudicado, Preservado, Pequeno, Presente, Produtivo, Satisfatório.
	Médica	Acamada, Acentuada, Agitada, Amolecidas, Apática, Asfíxiado, Ausente, A Vermelhada, Bem humorada, Cansado, Caquética, Cianótica, Comprometido, Comunicativa, Concentrada, Consciente, Conservado, Cooperativo, Descompensado, Desidratado, Desorientada, Discreta, Distendido, Dolorido, Edemaciado, Emagrecido, Eritematoso, Esbranquiçada, Escurecida, Espessa, Espontânea, Estável, Fétido, Flácido, Grave, Hemática, Infectada, Inquieto, Insatisfatória, Íntegras, Irregular, Letárgica, Necrótica, Normal, Precário, Prejudicado, Presente, Preservado, Regulares, Relativo, Ressecada, Satisfatória, Sedado.
Freqüência	Obstétrica	-----

	Pediátrica	Irregular, Rápido.
	Médica	Ausência, Bastante, Demais, Diminuído, Discreto, Excesso, Grande quantidade, Insuficiente, Maiores, Pequena, Pequena quantidade, Pouca.
Duração	Obstétrica	Dois dias, Seis dias, Três dias.
	Pediátrica	-----
	Médica	10 minutos, 5 em 5 dias, Acentuada, Constante, Dia inteiro, Fortes, Fraca, Grave, Há dias, Intensa, Leve, Mais ou menos 12 anos, Mais ou menos 3 dias, Mais ou menos 4 dias, Média, Moderado, Ocasional.
Topologia	Obstétrica	
	Pediátrica	
	Médica	Quatro focos de ausculta.
Localização	Obstétrica	Baixo ventre, Garganta.
	Pediátrica	-----
	Médica	Baixo ventre, Coluna, Costas, Epigástrica, Hemitórax, Hipocôndrio, Língua, Ombro, Ouvido, Parede abdominal, Pododáctilos, Pulso, Região do esterno, Região glútea, Região lombar, Retroesternal, Subclávia, Vias aéreas.
Probabilidade	Obstétrica	-----
	Pediátrica	-----
	Médica	-----
Portador	Obstétrica	Acompanhante, Cliente, Gestante, Jovem, Multigesta, Paciente, Primigesta, Puérpera.
	Pediátrica	Adolescente, Criança, Escolar, Genitora, Lactente, Menor, Paciente, Pré-escolar.
	Médica	Acompanhante, Adulto, Esposo (a), Filha, Genitora, Irmãos, Paciente.

Ao analisar esses termos considerados como fenômenos não constantes na CIPE – Versão Beta, é possível identificar que a sua grande maioria é constituída por sinais e sintomas, o que não representa um novo termo, mas características específicas dos termos considerados como fenômenos. Os termos classificados como foco da prática, são na sua grande maioria considerados como *sinais e sintomas*, compreendendo manifestações físicas e fisiológicas,

como por exemplo: Amenorréia, Anictérica, Cárie, Colostro, Disfagia, Distensão abdominal, Hiperemia, Rouquidão, Secreção brônquica, Varizes, entre outros termos deste eixo e dos demais eixos da Classificação de Fenômenos de Enfermagem da CIPE – Versão Beta, conforme pode ser visualizados no Quadro 7.

Outro ponto a questionar, em especial no eixo de *Julgamento*, é que alguns destes termos identificados como não constan-

tes na CIPE, em alguns momentos do contexto, poderiam ter sido classificados como sinônimos dos termos constantes, por exemplo: Satisfatório como Adequado; Preservado como Mantido; Grave como Comprometido; Presente como Sim, entre outros.

No eixo de *Duração*, como termo não constante na CIPE foi identificado apenas: *Vinte e quatro horas*, representando o intervalo de tempo durante o qual ocorreu um fenômeno de enfermagem. Desta forma, se levarmos em consideração a definição da CIPE para o termo *Agudo* que tem como característica específica ocorrer durante um intervalo de tempo curto, esse termo poderia ter sido classificado como fazendo parte do termo *Agudo*.

Vale salientar que esses termos considerados como não constantes nos eixos da Classificação de Fenômenos de Enfermagem, precisam de estudos futuros, para eliminar os que realmente forem considerados sinais e sintomas (características específicas) ou associá-los a um fenômeno de enfermagem, e só assim caracterizá-los nos eixos da classificação de fenômenos. Esses resultados têm a finalidade de exemplificar a diversidade de termos utilizados na prática de enfermagem e incentivar discussões, contribuindo, desta forma, para o desenvolvimento de uma Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A prática da Enfermagem vem demonstrando, ao longo dos anos, a necessidade da construção de um vocabulário próprio, preciso e consensual, que não só permitisse a sua definição como ciência, como proporcionasse uma aplicação mais eficaz de seus princípios, métodos e técnicas, o que viria a enriquecer sobremaneira esta área do conhecimento humano.

Os resultados deste estudo objetivaram a análise da utilização dos termos atribuídos aos fenômenos de enfermagem na prática profissional, onde se pode inferir que os componentes da equipe de enfermagem

das Clínicas Obstétrica, Pediátrica e Médica do HULW/UFPB, no registro do cuidado de enfermagem, utilizam termos que já estão incluídos na CIPE e novos termos, os quais devem ser pesquisados para serem incluídos na CIPE. Por este motivo, pode-se afirmar que os objetivos que nortearam esta pesquisa foram alcançados.

A partir desses resultados, sugere-se a realização de estudos futuros utilizando as abordagens metodológicas da Análise conceitual e de Validação de significado de termos atribuídos aos fenômenos identificados, para que desta forma possa garantir a compreensão e o reconhecimento intersubjetivo do significado dos termos incluídos no sistema de classificação da prática de enfermagem, elevando o potencial de aplicabilidade prática, destes termos, seja no ensino, na pesquisa ou na assistência de enfermagem.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ASSAMI, S. M.; DIAS, A. L. L.; GUTIÉRREZ, B. A. O. Is there any agreement between nursing phenomena from the International Council of Nurses (ICN) and the terms used by nurses in a School Hospital in Brazil?. In: ICN Centennial Celebrations, 1999, London. Concurrent session & Symposia programmer & Poster presentations. London, International Council of Nurses, p.178, 1999.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP. Resolução n.º 196/96 sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996, 24p.
- CARVALHO, E. C.; ROSSI, L. A. Validação da CIPE Alfa no Brasil. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE CLASSIFICAÇÃO DA PRÁTICA DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COLETIVA, 1, 2000. João Pessoa. Programa e Resumo. João Pessoa, ABEn Nacional/ABEn/PB, p.21, 2000.
- CLARK, J. An International Classification for Nursing Practice: Limits and perspectives. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL

- SOBRE DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, 1, 1995. São Paulo. Anais. São Paulo: Escola de Enfermagem da USP, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica, p. 34-45, 1995.
- COENEN, A.; RYAN, P.; SUTTON, J. Mapping nursing interventions from a hospital information system to the Nursing Interventions Classification (NIC). *Nursing Diagnosis*. v. 8, n. 4, p. 145-151, 1997.
- CRUZ, D. A. L. M. et al. (trad.). *Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem do Conselho Internacional de Enfermeiras: Versão Alpha*. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997. p. 9-40. /Tradução de partes de INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *The International Classification for Nursing Practice: A Unifying Framework - The Alpha Version*. Geneva: ICN, 1996. 251p./
- DELANEY, C.; MOORHEAD, S. Synthesis of methods, rules and issues of standardizing nursing intervention language mapping. *Nursing Diagnosis*. v. 8, n. 4, p. 152-155, 1997.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L.; SOUSA, M. C. M. Validação das definições de termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo Foco da prática de enfermagem da CIPE. *Rev. Bras. Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 52-63, 2002.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. Inventário Vocabular de Fenômenos e Ações de Enfermagem em Saúde Coletiva. In: GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. (Org.). *Sistemas de Classificação em Enfermagem: um trabalho coletivo*. João Pessoa, Idéias, 2000. Série Didática: Enfermagem no SUS.
- GARCIA, T. R.; NÓBREGA, M. M. L. *Linguagem Especial da Enfermagem e a Prática Profissional*. Projeto de Pesquisa, João Pessoa, 1999 (Mimeo).
- HENRY, S. B. et al. A comparison of Nursing Intervention Classification in HIV disease. In: GRESNES, R. A.; PETERSON, H.; PROTTI, D. (Eds.) *Proceedings of MedInfo95*, Amsterdam: North-Holland, 1995.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *ICNP[®] - International Classification for Nursing Practice - Beta*. Geneva, Switzerland: ICN, 1999.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *The International Classification for Nursing Practice: A Unifying Framework - The Alpha Version*. Geneva: ICN, 1996a.
- INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. *The international classification for nursing practice (ICNP)*. Part. II. Geneva: ICN, 1996b.
- MARIN, H. F. et al. Projeto Telenurse/Brasil: traduzindo e testando a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. *Acta Paul. Enf.*, São Paulo, v. 12, n. 1, p. 19-23, 1999.
- MOORHEAD, S.; DELANEY, C. Mapping nursing intervention data into the Nursing Intervention Classification (NIC): process and rules. *Nursing Diagnosis*. v. 8, n. 4, p. 137-144, 1997.
- NÓBREGA, M. M. L.; GARCIA, T. R. Adaptação transcultural dos termos identificados no Projeto CIPESC para o eixo Foco da prática de enfermagem da CIPE. *Rev. Bras. Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 55, n. 6, p. 579-599, 2002.
- NÓBREGA, M. M. L. *Equivalência semântica e análise da utilização na prática dos fenômenos de enfermagem da CIPE – Versão Alfa*. 2000. 263 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de São Paulo, São Paulo.

O TRABALHO DA ENFERMAGEM NA DETECÇÃO DE PROBLEMAS VISUAIS EM CRIANÇAS/ADOLESCENTES

DETENTION OF VISUAL PROBLEMS IN SCHOOL CHILDREN AND ADOLESCENTS
EL TRABAJO DE ENFERMERÍA EN LA DETECCIÓN DE PROBLEMAS VISUALES EN NIÑOS/ADOLESCENTES

Carmen Luci R. LOPES¹
Maria Alves BARBOSA¹
Elisangela de S. MARQUES²
Alexandra Isabel Amorim LINO²
Nicolly Helen F. MORAIS²

RESUMO - A detecção precoce de problemas visuais é uma medida de assistência primária importante. Este trabalho teve como principal objetivo, verificar a acuidade visual de crianças/adolescentes de uma escola conveniada de Goiânia-Goiás, utilizando o exame físico simplificado de saúde, através da Escala de Snellen. Das 414 crianças avaliadas, 46 (11%) apresentaram deficiência visual e foram encaminhadas para consulta oftalmológica no Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Goiás. Concluiu-se que o método de aferição da acuidade visual não está sendo amplamente adotado nas escolas, tal como indicado pelo Ministério da Educação através do programa de saúde ocular.

PALAVRAS CHAVES: Acuidade visual, escolar.

SUMMARY - The precocious detention of visual problems is a measure of important primary assistance. Thus being, this work had as main objective, to verify the visual level of children and adolescents in Goiânia (Goiás – Brazil) public school, being used the simplified physical examination of health through Snellen Table. Of the 414 evaluated children, 46 (11%) had presented visual deficiency and had been directed for oftalmological consultation in the Hospital of the Clinics of the Federal University of Goiás.

WORDS KEYS: Visual acuity, pertaining to school

RESUMEN – La detección precoz de problemas visuales es una medida de asistencia primaria importante. Este trabajo tuvo como principal objetivo, verificar la agudeza visual de niños/adolescentes de una escuela conveniada de Goiania – Goiás, utilizando el examen físico simplificado de salud, a través de la Escala de Snellen. De los 414 niños analizados 46 (11%) presentaron deficiencia visual y fueron dirigidos para consulta oftalmológica en el Hospital de Clínicas de la Universidad Federal de Goiás. Se concluyó que el método de verificación de la agudeza visual no está siendo ampliamente adoptado en las escuelas, como fue determinado por el Ministerio de Educación a través del programa de salud ocular.

PALABRA CLAVE: Agudeza visual, escolar.

INTRODUÇÃO

A visão é um dos mais importantes meios de comunicação, sendo que cerca de 80% das informações que recebemos são obtidas por seu intermédio. É, portanto, importante para o pleno desenvolvimento pessoal e relacionamento do indivíduo com o meio ambiente circundante (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1994).

Um fator a ser considerado, é o de que a visão é um aprendizado que evolui com o crescimento da criança. Ao nascimento o olho tem aproximadamente $\frac{3}{4}$ do

tamanho do adulto. O crescimento pós-natal é máximo durante o primeiro ano, prossegue num ritmo rápido mais desacelerante até o terceiro ano, e continua num ritmo mais lento até a puberdade, e após esta, o crescimento adicional é insignificante. As várias partes do olho têm ritmos diferentes de crescimento. Em geral, as estruturas da parte anterior do olho crescem proporcionalmente menos do que as da porção posterior (NELSON, 1983).

Qualquer obstáculo à formação de imagens nítidas em cada olho, até que a acuidade visual esteja totalmente estabele-

1- Docentes da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

2- Acadêmicos da Faculdade de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás

cida, certamente levará a um mau desenvolvimento visual de caráter irreversível. Daí a importância em se eliminar precocemente qualquer determinante de má acuidade visual da criança, sendo recomendado levantamentos periódicos da população na faixa de 0 a 6 anos.(NETTO et. al, 1993.).

Entre 5 a 10% das crianças na faixa etária pré-escolar e 20 a 30% no grupo escolar, apresentam algum problema visual. A diminuição da visão acarreta o retardo no desenvolvimento e aprendizado da criança, com importante repercussão social. (ALVES et. al, 1991).

Segundo BRUNNER & SUDDARTH (1998), o olho fornece estímulo visual para o córtex occipital. É importante testar a acuidade visual por ser ela a principal função ocular. Deve ser realizada primeiro, de modo que a visão seja avaliada antes que o olho seja realmente manipulado.

Os testes formais da acuidade visual formam a base de parte dos dados de cada paciente. A acuidade visual é testada com um gráfico ocular (tabela de Snellen) colocado a 6m do examinado. Solicita-se ao indivíduo examinado para cobrir um dos olhos com um pedaço de papel ou cartão mantendo os dois olhos abertos; em seguida, deve ler cada linha da tabela até que não possa mais distinguir os detalhes de um determinado tamanho da impressão. Se a pessoa usa óculos, sua acuidade deve ser avaliada com e sem lentes corretivas.

Se o examinado é analfabeto, recomenda-se o uso de tabelas “de Snellen” que mostrem a letra E em 4 diferentes posições. Isto também possibilita avaliar a visão de crianças com menos de 5 anos de idade.

Além deste fator que, em geral, é o que determina a escolha da técnica de exame a se utilizar, deve-se levar em conta o grau de inteligência, o tipo de comportamento e a capacidade de percepção, lembrando que a timidez e o medo na criança são obstáculos que devem ser superados quando se pretende uma medida fiel da acuidade visual (NETTO et. al, 1993).

Em cada 1.000 alunos do ensino fundamental, 100 são portadores de erros de

refração, necessitando de correção (hipermetropia, astigmatismo e miopia). Aproximadamente 5% deles apresentam redução de acuidade visual, isto é, menos de 50% da visão normal. (BRASIL, 2000).

Um escolar nessas condições e sem os óculos só enxergará a lição se estiver muito próximo do quadro negro. Pesquisas indicam que a boa visão é essencial para melhorar o rendimento escolar (BRASIL, 2000).

Mais de 90% dos problemas oftalmológicos podem ser evitados ou minorados com educação preventiva e assistência curativa (BRASIL, 2000).

Do ponto de vista de saúde pública, é muito dispendioso e mesmo inexecutável, a investigação de problemas oculares em crianças, por oftalmologistas, em exame de massa. Conforme afirma WICK; RICKER (1976), o especialista deve trabalhar num grau mais alto de competência, avaliando e corrigindo problemas e não pesquisando os normais.

Dessa maneira, a solução é de aplicação de triagem oftalmológica por pessoal não médico, treinados e supervisionados, em populações aglutinadas em escolas, ou clientela que procura serviços pediátricos do Estado, dentro do grupo etário onde os problemas visuais se apresentam como prioridade (BRUK, 1971).

É importante considerar as observações de professores do ensino fundamental quanto aos sinais apresentados por seus alunos na sala de aula referentes à visão. Estas observações e a aplicação do teste de acuidade visual são formas valiosas para a detecção de problemas visuais.

Com o intuito de contribuir com a redução dos problemas visuais em escolares, este trabalho teve como objetivos, aplicar o teste de acuidade visual em crianças/adolescentes de uma escola municipal conveniada e encaminhar ao oftalmologista aquelas que apresentaram deficiência visual após avaliação através da Escala de Snellen.

METODOLOGIA

Trabalho de campo, cuja população constituiu-se de 414 escolares na faixa etária de 5 a 14 anos do pré-escolar à 4^o série de uma escola conveniada de Goiânia-Goiás no período de agosto a dezembro de 2001.

Os testes de acuidade visual através da aplicação da Tabela de Snellen, foram realizados por acadêmicos de Enfermagem da Universidade Federal de Goiás, previamente treinados. Após a realização dos testes, as crianças que apresentaram resultado da acuidade visual inferior a 80%, tiveram consultas agendadas com oftalmologistas do Hospital das Clínicas da Univer-

sidade Federal de Goiás através da Secretaria Municipal de Saúde. Os pais foram informados sobre a data das mesmas e concordaram em acompanhar as crianças.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As características dos 414 escolares da Escola Municipal da Escola Conveniada de Goiânia-Goiás estão apresentadas na tabela I. Verificou-se que a maioria dos participantes era do sexo masculino (54%). A média da idade encontrada foi de 9 anos. Em relação à série cursada, a maioria (21%) estava matriculada na 1^a série.

Tabela I-Distribuição dos escolares em relação ao sexo, idade, turno e série- Escola Municipal Conveniada Goiânia-Goiás. 2002.

Características	F	%
Sexo		
Masculino	231	56
Feminino	183	44
Idade		
05-08	194	46,85
09-12	189	45,65
12-15	31	7,5
Série		
Pré-escolar	57	13,76
1 ^a	89	21,49
2 ^a	80	19,32
3 ^a	76	18,35
4 ^a	72	17,39
Aceleração	40	9,6
Turno		
Matutino	202	49
Vespertino	212	52

A tabela II mostra o resultado do teste realizado, sendo que, dos 414 alunos examinados 46 (11%) apresentaram acuidade inferior a 80%. A porcentagem encontrada é pouco superior ao valor de 10%

considerado normal pelo Ministério da Saúde.

Em estudos realizados no Brasil, observou-se percentuais variados como: 6,3% (CANO et. al, 1995); 14% (ALVES et. al, 1991); 31,1% (MOURA et. al, 2000).

Tabela II - Resultado do teste de acuidade visual dos escolares da Escola Municipal Conveniada Goiânia –Go. 2002.

Acuidade visual	F	%
normal	368	89

deficiente	46	11
total	414	100

Na tabela III, observa-se a deficiência da acuidade visual em relação à idade. NETTO et. al, observaram ainda que há aumento do percentual de deficiência da

acuidade com o aumento da idade. Neste estudo, constatou-se que o maior acometimento encontrado foi na faixa etária de 6 a 8 anos equivalendo a 52,2%.

Tabela III - Resultado do teste de acuidade visual dos escolares da Escola Municipal Conveniada Goiânia –Go de acordo com a idade.

Faixa etária	F	%
6-8	24	52,2
9-12	22	47,8
total	46	100

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar do método de aferição da acuidade visual por meio da aplicação de testes que utilizam sinais, ganchos, letras ou figuras (optótipos).ser de simples execução, de baixo custo e de oferecer um certo grau de segurança no resultado do exame, observou-se neste trabalho, que, o mesmo não está sendo amplamente adotado nas escolas, como indicado pelo Ministério da Educação através do programa de saúde ocular.

Considerando portanto, a influência da identificação precoce dos problemas visuais no desenvolvimento intelectual e psicossocial da criança e a importância da assistência preventiva, sugerimos que seja colocado em prática, a realização do teste de acuidade visual com todos os escolares assim que matriculados e que sejam encaminhados para consulta oftalmológica todos os que apresentarem deficiência visual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, João Guilherme Bezerra; CAVALCANTI, Helman Dantas de Olinda - Acuidade visual em escolares atendidos no ambulatório do Instituto Materno Infantil de Pernambuco. *Revista do IMIP*. v. 5, 1991.

BRASIL - campanha nacional olho no olho-2000.

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE - Secretaria da Assistência à saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-degenerativas. Informações básicas para a promoção da saúde ocular, 2.^a ed. Brasília, 1994.

BRIK, M. - Profilaxia da Ambliopia .Contribuição para o estudo do problema. *Arq. Bras. Oftal.*, v.34, 1971.

BRUNNER & SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica. v. 2. Guanabara Koogan, 1998.

CANO, M.A.T; SILVA, G.B. - Detecção de problemas visuais e auditivos de escolares em Ribeirão Preto: Estudo comparativo por nível sócio econômico. *Revista Latino – Americana de Enfermagem*. v. .2, p. 57-68,1994.

MOURA, Maria Aparecida Vasconcelos; BRAGA, Maria Ferreira da Costa - O exame da acuidade visual como medida preventiva. *Escola Anna Nery, Revista de Enfermagem*. Rio de Janeiro v. 4, p. 37 – 45, 2000.

NELSON, Waldo E.- Tratado de Pediatria. 11^a ed. v. II. Rio de Janeiro, 1983.

NETTO, Augusto Adam.; WERNER Alexandre; ROSA, Evandro Luis - Deficiência da acuidade visual em pré-escolares.

Arquivos Catarinenses de Medicina. v. 22, 1993.

TEMPORINI, E. R. - Validade da aferição da acuidade visual realizada pelo professor em escolares de 1.^a a 4.^a série de primeiro grau de uma escola pública do município de São Paulo, Brasil. *Rev. Saúde Pública*, S. Paulo, p. 229-37,1971.

“TESTE DO PEZINHO”: POR QUE COLETAR NA ALTA HOSPITALAR?

**NEWBORN SCREENING PROGRAM: WHY TO COLLECT IN HIGH THE HOSPITAL ONE?
“PROGRAMA DE SELECCIÓN DE RECIÉN-NACIDO”: ¿ POR QUE COLECTAR NA ALTA HOSPITALAR?**

**Marly Bittencourt Gervásio MARTON DA SILVA¹
Maria Ribeiro LACERDA²**

RESUMO: O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para pesquisa da Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias, conhecido como “Teste do Pezinho”, tem como objetivo detectar e tratar precocemente doenças que, se prevenidas, evitam seqüelas como a deficiência mental e outras. Pretendemos, através deste artigo, despertar a atenção dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, que atuam no atendimento do recém-nascido, da gestante, da parturiente e da puérpera, sobre a importância do diagnóstico precoce das enfermidades pesquisadas no Programa, com finalidades primordiais de assessorar o lactente para o seu bom desenvolvimento físico, neurológico, psicológico e intelectual, além de oferecer aos familiares o aconselhamento genético. O exame é gratuito e amparado por lei, e para que a prevenção seja efetiva, todas as Maternidades devem realizar as coletas de amostra de sangue do calcanhar do bebê sempre na alta hospitalar.

PALAVRAS CHAVES: Programa de Triagem Neonatal; prevenção; diagnóstico precoce.

SUMMARY: The National Program of Newborn Screening for research of the Phenylketonuria, Congenital Hypothyroidism, Cystic Fibrosis, Sickle Cell Disease and other Hemoglobinopathies, it has as objective precociously to detect and to treat illnesses that, if prevented, prevent sequels as the mental deficiency and others. We intend, through this article, to awake the attention of the health professionals, mainly of the nurses, who act in the attendance of the just-been newborn, of the gestante, the woman in labor and in puerperium, on the importance of the precocious diagnosis of the diseases searched in the Program, with primordial purposes to assist the suckle for its good physical, neurological, psychological and intellectual development, besides offering to familiar the o genetic advise. The examination gratuitous and is supported by law, and so that the prevention is effective, all the Maternities must always carry through the collections of sample of blood of the heel of the high baby in the hospital one.

KEY WORDS: Newborn Screening Program; prevention; precocious diagnosis.

RESUMEN: El Programa Nacional de Selección de Recién-nacido para pesquisa de la Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congénito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme y otras Hemoglobinopatias, conocido como “Examen del Piezito”, tiene como objetivo detectar y tratar precozmente enfermedades que, se prevenidas, evitan secuelas como la deficiencia mental y otras. Deseamos, através deste artículo, despertar a atención de los profesionales de la salud, principalmente de los enfermeros, que actúan en el atendimento del recién-nacido, de la gestante, de la parturienta y de la puérpera, sobre la importancia del diagnóstico precoz de las enfermedades pesquisadas en el Programa, con las finalidades primordiais de asesorar el lactente para su bueno desenvolvimiento físico, neurológico, psicológico y intelectual, el más allá del ofrecer a sus familiares el aconsejamiento genético. El examen es gratuito y amparado por ley, y para que la prevención sea efectiva, todas las Maternidades deben realizar las co-lectas del muestra de sangre de lo calcañar del bebé siempre en la alta hospitalar.

PALABRAS CLAVES: Programa de Selección de Recién-nacido; prevención; diagnostico precoz.

INTRODUÇÃO

O Programa Nacional de Triagem Neonatal (PNTN) para pesquisa da Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística, Anemia Falciforme e outras Hemoglobinopatias, conhecido como “Teste do

Pezinho”, criado e implementado pela Portaria do Ministério da Saúde MG/MS n.º 822/01 (BRASIL, 2001), tem como objetivo detectar e tratar precocemente doenças, que se prevenidas evitam seqüelas como a deficiência mental e outras..

¹Enfermeira da Fundação Ecumênica de Proteção ao Excepcional (FEPE). Especialista em Projetos Assistenciais de Enfermagem pela UFPR. Mestranda em Enfermagem (UFPR). Membro efetivo da Sociedade Brasileira de Triagem Neonatal (SBTN). Diretora de Divulgação da Associação dos Fenilcetonúricos e Homocistinúricos do Paraná (AFEHPR). Membro do Núcleo de Pesquisa do Cuidado Humano e de Enfermagem – NEPECHE/ UFPR. E-mail: marlymarton@hotmail.com

²Doutora em Filosofia de Enfermagem e Mestre em Assistência de Enfermagem pela UFSC. Especialista em Metodologia do Ensino Superior pela UEL, em Administração Hospitalar pela São Camilo e da Assistência de Enfermagem pela Ana Néri. Membro e Pesquisadora do NEPECHE e Professora do curso de graduação e pós-graduação de enfermagem da UFPR. E-mail: lacerda@milenio.com.br

Pretendemos despertar, através deste artigo, a atenção dos profissionais de saúde, principalmente dos enfermeiros, que atuam no atendimento do recém-nascido, da gestante, da parturiente e da puérpera, sobre a importância do diagnóstico precoce das enfermidades pesquisadas no PNTN, com finalidades primordiais de assessorar o lactente para o seu bom desenvolvimento físico, neurológico, psicológico e intelectual, além de oferecer aos familiares o aconselhamento genético.

Entre as múltiplas causas de deficiência mental, algumas são preveníveis, quando precoce e corretamente diagnosticadas. É o caso da Fenilcetonúria, do Hipotireoidismo Congênito e da Deficiência da Biotinidase.

A história do Programa de Triagem Neonatal teve início em 1961 com Dr. Robert Guthrie, médico pesquisador que desenvolveu o método de coletar amostras de sangue em papel filtro, em Jamestown, New York, com a pesquisa da Fenilcetonúria em crianças de dois hospitais e cujas amostras de sangue eram enviadas ao laboratório da Escola Estadual Newark; e, em 1963, após várias tentativas do Dr. Guthrie e colaboradores para convencer a comunidade científica da viabilidade do Rastreamento para Fenilcetonúria, o Estado de Massachusetts foi o primeiro a estabelecer uma lei obrigando a realização do teste em todos os recém-nascidos no Estado. A partir daí, o teste de Triagem Neonatal para Fenilcetonúria foi considerado o padrão para este tipo de metodologia (MARTON DA SILVA, 2002).

No Brasil, o Programa de Triagem Neonatal para Fenilcetonúria teve início em 1976, com o Dr. Benjamin José Schmidt, médico pediatra que juntamente com outros colegas também médicos, criaram um laboratório na APAE de São Paulo. Em 1986, o Programa de Triagem Neonatal foi implementado com a pesquisa também do Hipotireoidismo Congênito. Neste mesmo ano de 1986, Dr. Schmidt e seus colaboradores criaram no ambulatório da APAE/ São Paulo uma equipe multidisciplinar para atender os portadores de Fenilcetonúria e Hipotireoidismo Congênito, com tratamento especializado (MARTON DA SILVA, 2002).

O Programa de Triagem Neonatal de São Paulo, através da APAE/SP, e seu coordenador Dr. Schmidt, contribuíram significativamente para a aprovação da Lei Estadual n.º 3914/73 (SÃO PAULO, 1973), que foi a primeira lei no Brasil tornando obrigatória a realização do Teste de Triagem Neonatal para Fenilcetonúria, e em 1990 também a obrigatoriedade para pesquisa do Hipotireoidismo Congênito, que passou a ser chamado e conhecido como "Teste do Pezinho", devido ao local da punção capilar para coleta do sangue ser o calcanhar do bebê (MARTON DA SILVA, 2002). Também no mesmo ano foi aprovada a Lei Federal n.º 8069/90 (BRASIL, 1990).

No Paraná, o Serviço de Referência em Triagem Neonatal é a Fundação Ecu-mênica de Proteção ao Excepcional (FEPE), uma instituição privada e filantrópica, cuja missão é a pesquisa, prevenção, diagnóstico, bem como a educação, habilitação, reabilitação e integração das pessoas portadoras de deficiência; realiza sua missão há trinta anos, através de diversos programas como a Escola Ecu-mênica (sede e subsede), Estimulação Precoce, atendimento a portadores de Múltipla Deficiência, a Profissionalização e o Centro de Pesquisas. A FEPE que iniciou suas pesquisas para Fenilcetonúria em 1981 como projeto piloto em Curitiba, expandindo-se em 1987 com a pesquisa também do Hipotireoidismo Congênito, através da Lei Estadual n.º 8627 de 9 de dezembro de 1987 (PARANÁ, 1987). Atualmente, com a nova Portaria do Ministério da Saúde 822/01, a FEPE em parceria com o SUS, examina em média 180.000 crianças por ano, pesquisando as quatro enfermidades determinadas pelo PNTN e tria também para a Deficiência da Biotinidase, com ônus exclusivo para a FEPE, atingindo todos os municípios do Estado.

Os casos positivos para as patologias triadas são tratados por uma equipe técnica especializada, também da própria FEPE, em ambulatório no Hospital de Clínicas em Curitiba, devido à parceria existente entre as duas instituições.

Como pudemos comprovar através das leis citadas anteriormente, o "Teste do

Pezinho" é realizado gratuitamente e está amparado por lei. Todos os Hospitais/Maternidades devem realizar as coletas de amostra de sangue do calcanhar do bebê sempre na alta hospitalar.

Para que haja uma prevenção efetiva e como podem (embora não devam) ocorrer altas precoces, ou seja, antes do bebê completar as 48 horas de vida, está determinado que as coletas deverão ocorrer sempre na alta hospitalar, independente do tempo de vida do recém-nascido e, a mãe deverá levar seu filho à Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua casa, para repetição do exame, uma semana após a primeira coleta.

Esta determinação, às vezes, gera desconforto às famílias e até aos profissionais da saúde, mas é importante que se esclareça os motivos da repetição.

No "Teste do Pezinho" pesquisa-se também a Fenilcetonúria ou PKU (abreviatura de Phenylketonuria em inglês), é uma doença genética, autossômica-recessiva, na qual o organismo não metaboliza o aminoácido fenilalanina, que se acumula nos tecidos devido à deficiência de uma enzima que o converte em importantes produtos biológicos. Os altos níveis de fenilalanina causam uma progressiva perturbação no desenvolvimento do sistema nervoso que, após alguns meses, manifesta-se através de convulsões e retardo do desenvolvimento neuropsicomotor. A prevalência mundial da Fenilcetonúria é um caso positivo para cada 12.000 nascidos vivos (MARTON DA SILVA, 2002). O tratamento para esta enfermidade consiste em um leite especial e uma dieta com baixa quantidade de fenilalanina, programada e orientada pela nutricionista especializada. Este tratamento deve ter início precoce, preferencialmente na terceira semana de vida do bebê; e, com esta medida, pode-se reduzir a possibilidade do sistema nervoso ser afetado, permitindo um desenvolvimento satisfatório à criança, sem sinais e sintomas da seqüela que é o retardo mental.

A Fenilcetonúria para ser diagnosticada é preciso que o bebê tenha ingerido leite. AUERBACK & MORROW (1983), alertam que as concentrações de fenilalanina

podem não estar significativamente elevadas até que o lactente tenha ingerido proteína dietética durante as primeiras 48 horas de vida. Com a alta precoce, pode acontecer que ele ainda não tenha mamado e metabolizado o suficiente e apresentar um resultado de exame falso normal.

Como o Programa Nacional de Triage Neonatal pesquisa ainda outras quatro doenças que independem da ingestão de leite, é recomendada e obrigatória a coleta das amostras de sangue do calcanhar do bebê sempre na alta hospitalar, independente do tempo de vida do mesmo.

Outro aspecto é a desinformação das mães e até de médicos sobre o exame e a sua importância. Existem pessoas que acreditam ser o Teste do Pezinho o "carimbo" do pé do bebê, a impressão plantar e, se o Hospital/Maternidade libera as mães sem realizar a coleta, elas acabam acreditando que seus filhos já fizeram o teste.

Há também o fato da mãe não levar o filho para a Unidade de Saúde ou ao próprio Hospital para coletar o sangue, por desinformação, ou por medo, ou por dó, porque vai doer.

Temos conhecimento de casos que se confirmaram positivos já no exame realizado em coleta na alta precoce e que a mãe não procurou a Unidade de Saúde para repetição; assim como casos de mães que não coletaram na alta hospitalar e que só procuraram a Unidade de Saúde para primeira coleta quando o bebê já constava mais idade, implicando no risco de já haver se instalado a seqüela, retardo mental ou outra complicação. Na maioria das vezes a mãe considera que com o seu filho nada de mal acontecerá. Ninguém está imune, a única garantia em relação à prevenção das seqüelas dessas doenças é o "Teste do Pezinho".

É bom lembrar que as crianças portadoras dessas enfermidades nascem normais e desenvolvem-se normalmente até o quarto ou quinto mês de vida, mas já podendo estar se instalando a seqüela antes de um mês; portanto, a única e melhor maneira de prevenir é fazendo o exame em tempo hábil, da forma como é orientado, para que, caso apresente positividade para

o diagnóstico, inicie o tratamento o mais precocemente possível. SMITH (1984) vem corroborar nossas colocações quando afirma que os pacientes fenilcetonúricos e até mesmo os portadores das demais patologias, são normais por ocasião do nascimento. Caso a enfermidade permaneça ignorada e não tratada, o lactente, durante o primeiro ano de vida, desenvolve gradativo retardo mental, retardo de maturação psicomotora, tremores, convulsões, e tantos outros sinais e sintomas irreversíveis.

O diagnóstico dessas doenças pesquisadas no Programa Nacional de Triagem Neonatal - "Teste do Pezinho", é fundamentalmente laboratorial. A triagem de recém-nascidos principalmente para fenilcetonúricos, segundo LEVY (1979), é uma necessidade porque os sinais clínicos da doença não aparecem senão após o 6º mês de vida do bebê, quando o dano cerebral já é irreversível em algum grau.

Como enfermeira atuante no PNTN no Paraná, trabalhamos com afinco na divulgação, informação, sensibilização, orientação, fiscalização da realização do "Teste do Pezinho" por termos conhecimento técnico-científico sobre o exame e principalmente por reconhecermos o imensurável e inestimável valor que tem. Percebemos durante o nosso trajeto de seis anos nessa estrada quantas dificuldades existem: como o pouco interesse e conhecimento dos médicos pediatras (especialmente nos berçários); o conhecimento reduzido da técnica de coleta pelo enfermeiro e equipe de enfermagem; a ausência de enfermeiros em berçários; a dificuldade econômica da saúde pública; a gratuidade do Programa; a rotatividade dos profissionais de enfermagem dos Hospitais/Maternidades e Unidades de Saúde; a pouca divulgação do PNTN - "Teste do Pezinho" na imprensa escrita, falada e televisionada; a falta de comunicação entre os profissionais de saúde e o usuário; o desconhecimento pelo usuário dos seus direitos e deveres como cidadãos; a dificuldade para se acreditar e se efetivar a prevenção; a falta de sensibilização do profissional de saúde e às vezes, até mesmo o descaso, pela ignorância sobre o PNTN.

A Enfermagem tem participação importante e intransferível no PNTN porque é o profissional de enfermagem quem mais interage com a clientela alvo: a mãe e o recém-nato. Desde o pré-natal, nas Unidades Básicas de Saúde, é esse profissional quem deve informar e orientar a gestante que quando o seu bebê nascer ele fará um exame, na alta da maternidade, chamado "Teste do Pezinho", no qual serão coletadas algumas gotinhas de sangue para prevenir o retardo mental e, que este exame é gratuito e exigido por lei. Assim, a futura mãe já estará informada e ciente de que deverá exigir o exame quando seu filho nascer.

Na Maternidade, estas informações deverão ser repetidas e a coleta realizada. A técnica correta de coleta das amostras de sangue para o "Teste do Pezinho" é um procedimento de enfermagem. O profissional deverá estar ciente do quê e por quê irá fazer esta coleta. Deve haver uma preocupação no preenchimento da ficha de coleta, pois é nela que se encontram as informações necessárias sobre a criança e, se houver caso de reconvocação para repetição da coleta por problemas técnicos ou por resultados alterados dos exames, a busca da mãe será mais rápida e eficiente. Sempre fazer o preparo psicológico da mãe e, se possível, que ela participe no momento da coleta, com o bebê no colo.

Aquecer sempre o pezinho do bebê com bolsa de água morna ou compressa morna, para melhor obtenção do sangue. Fazer anti-sepsia no local correto do pé, com o algodão ligeiramente umedecido no álcool 70%, puncionar com lanceta estéril e descartável num movimento único e firme; desprezar sempre a primeira formação de gota de sangue; não comprimir demasiado, evitando a hemólise e iniciar a coleta, deixando sempre o sangue pingar no papel filtro, observando os círculos e o preenchimento completo nos dois lados do papel.

Assim que a gota de sangue pingar, movimentar o papel para auxiliar no preenchimento total do círculo e para evitar excesso local de sangue, no caso de pingar gota sobre gota. Observar visualmente ou com o papel contra a luz para se ter certeza

que o sangue passou para o outro lado, evitando-se assim a insuficiência de material.

Ao terminar a coleta pressionar o algodão seco sobre o local para estancar o sangramento, não sendo necessário nem recomendável fazer curativo. Destacar o "informativo aos pais" da ficha de coleta e entregar à mãe, reforçando a importância do exame e também a necessidade de que ela busque o resultado dentro de 15 dias na secretaria do Hospital/Maternidade, para apresentá-lo ao médico.

O papel da Enfermagem no PNTN - "Teste do Pezinho" é extremamente importante e necessário desde a informação às mães até a volta delas na busca do resultado do exame. É preciso que o profissional de enfermagem se conscientize do seu papel como agente multiplicador de informações e orientações no trabalho preventivo da Saúde Mental.

Como referimos no início desta reflexão, pretendemos ao menos despertar nos profissionais de saúde, principalmente de enfermagem, o interesse e o desejo de conhecer um pouco mais sobre o Programa Nacional de Triagem Neonatal, e assim, conseqüentemente prestar um cuidado integral e humano aos recém-nascidos que assistirem. Portanto voltamos à questão da coleta na alta hospitalar, independente do tempo de vida do bebê e, se acontecer antes das 48 horas, o exame deverá ser repetido uma semana após na Unidade de Saúde mais próxima da casa da mãe. Nada de "dós", de medos, por ter que repetir a coleta, porque "nenhuma doença é rara se ela atinge o seu filho".

Encerramos com a frase de uma mãe de criança com deficiência mental: é preferível vê-lo chorando por alguns minutinhos quando da realização da coleta, do que chorar a vida toda ao vê-lo deficiente mental ou com alguma outra seqüela, por não ter feito um exame gratuito e exigido por lei (MARTON DA SILVA, 2001. p 07).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AUERBACK, V. H. & MORROW III, G. - "Defeitos no metabolismo dos aminoácidos". In: VAUGHAN, V.C. Nelson. Trata-

do de Pediatria. 11ª ed. Trad. Elson da Silva Lima, Eryl Bon Cosendey, Euzébio Florentino da Silva Júnior. Rio de Janeiro, Interamericana, 1983. V.1, p.476-9.

BRASIL. Lei Federal n.º 8069 de 13 de julho de 1990. Estatuto da Criança: Do Direito à Vida e à Saúde. Artigo 10º Brasília – 1990.

Portaria GM/MS n.º 822/ GM em 6 de junho de 2001. Instituição do Programa Nacional de Triagem Neonatal, no âmbito do Sistema Único de Saúde, para Fenilcetonúria, Hipotireoidismo Congênito, Fibrose Cística e Hemoglobinopatias – Brasília, MS/ 2001.

LEVY, H. L. - "Erros inatos do metabolismo dos aminoácidos". In: SHOFFER, J. & AVERY, M. E. Doenças do recém-nascido. 4ª ed. Trad. Raymundo Martagão Gesteira. Rio de Janeiro, Interamericana, 1979. p. 485-94.

MARTON DA SILVA, M. B. G. - A coleta do Teste do Pezinho deve ocorrer sempre na alta hospitalar. *Revista Novidades e Notícias da Associação dos Fenilcetonúricos e Homocistinúricos do Paraná*. Curitiba, v.5, n.9, p.7, 2001.

Programa de Educação Continuada a Distância na Triagem Neonatal. 2002. Monografia - Especialização em Projetos Assistenciais de Enfermagem, 68p. Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Paraná. Curitiba.

PARANÁ. Lei n.º 8627 de 9 de dezembro de 1987. Torna obrigatória a realização do "Teste do Pezinho" no Estado do Paraná. Curitiba, 1987.

SÃO PAULO. Lei n.º 3.914 de 1973. "Torna obrigatória no Estado de São Paulo, a realização do Teste de Triagem Neonatal para Fenilcetonúria". São Paulo, 1973.

SMITH JR, L. H. - "As hiperfenilalaninemias". In: CECIL, R. L. Tratado de Medicina Interna. 16ª ed. Editado por James B. Wyngaardem e Lloyd H. Smith Jr. Trad. Drª Maria de Andrade et alii. Rio de Janeiro, Interamericana, 1984. V.1, p. 1116-8.

Texto original recebido em 09/04/2003

Publicação aprovada em 30/09/2003

O USO DA HISTÓRIA ORAL NA PESQUISA EM ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA: REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

THE USE OF ORAL NARRATIVES IN PSYCHIATRIC NURSING: A BIBLIOGRAPHIC REVIEW
LA UTILIZACIÓN DE LA HISTORIA ORAL EN LA PESQUISA DE ENFERMERÍA PSIQUIÁTRICA: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Amanda Márcia dos Santos REINALDO¹
Toyoko SAEKI²
Telma Bonifácio dos Santos REINALDO³

RESUMO: A história oral se situa, em meio ao desenvolvimento dos métodos qualitativos de investigação. O objetivo desse artigo foi realizar um levantamento bibliográfico sobre a história oral e sua utilização nas pesquisas em enfermagem psiquiátrica, uma vez que entendemos que este método tem como centro de interesse o próprio indivíduo na história. Observa-se a crescente utilização da história oral na enfermagem psiquiátrica, sendo que alguns autores têm trabalhado sobre a perspectiva de que conhecendo a história do sujeito podemos entender os significados que o mesmo atribui ao processo de adoecimento e suas implicações, assim como outras questões pertinentes a enfermagem psiquiátrica.

PALAVRAS-CHAVE: história oral; pesquisa; enfermagem

ABSTRACT: Oral narratives are one of the qualitative methods of investigation. This article aimed at conducting a bibliographic review concerning oral narratives and their use in psychiatric nursing since it is understood that such method focuses on the individual himself as part of the narrative. The use of oral narratives in psychiatric nursing has been increasingly observed and some authors have worked on the perspective that by knowing the subject's history, we are able to understand the meanings that he attributes to the process of becoming ill and its implications as well as other questions pertaining to psychiatric nursing.

KEY WORDS: Oral narrative; Research; Nursing

RESUMEN: La historia oral, se ubica como uno de los medios en el desarrollo de los métodos cualitativos de investigación. El objetivo de este artículo fue realizar un levantamiento bibliográfico sobre la historia oral y su utilización en las investigaciones en enfermería psiquiátrica, una vez que entendemos que este método tiene como centro de interés al propio individuo de la historia. Se observa la creciente utilización de la historia oral en la enfermería psiquiátrica, siendo que algunos autores han trabajado en la perspectiva de que conociendo la historia del sujeto podemos entender los significados que el mismo atribuye al proceso de enfermedad y sus implicaciones, así como otras preguntas pertinentes a la enfermería psiquiátrica.

PALABRAS-CLAVE: historia oral; investigación; enfermería

INTRODUÇÃO

O objetivo das presentes reflexões é contribuir para a discussão da crescente utilização da história oral no campo das pesquisas em enfermagem psiquiátrica.

Este artigo tem um caráter exploratório, derivado das inquietações da autora em relação ao uso da história oral e seus desdobramentos, entre eles, a história oral de vida, partindo de uma constatação, - embora seja inegável a importância da história oral em alguns estudos que utilizam abor-

tagens qualitativas, a forma como a mesma é apreendida não é um ponto pacífico.

Cabe afirmar que, não é nosso objetivo responder as questões conflituosas que permeiam a história oral, visto que entendemos que nossa postura diante do tema é de um pesquisador curioso, à procura de pistas que possam elucidar nossas dúvidas.

O texto está organizado em quatro tópicos, onde discorreremos um pouco sobre a história da história oral, destacando a produção científica de autores considerados expoentes no seu estudo e divulgação. No

¹ Doutoranda do Programa de Enfermagem Psiquiátrica da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. E-mail: amandamsr@ig.com.br ou amanda@eerp.usp.br

² Docente do Departamento de Enfermagem Psiquiátrica e Ciências Humanas da EERP/USP.

³ Docente do Departamento de História da Universidade Federal do Maranhão.

segundo tópico nos reportaremos à discussão sobre o status da história oral, no terceiro tópico estaremos discorrendo um pouco sobre a história oral de vida. E por fim nos voltaremos para apresentação de alguns estudos que utilizaram a história oral na área da enfermagem psiquiátrica.

Assim o panorama geral que aqui se apresenta é tão somente um esboço, que esperamos, suscite novas inquietações para trabalhos posteriores e contribua para ampliar a bibliografia que dispomos sobre a temática.

Um pouco de história

A história oral desenvolveu-se inicialmente após a II Guerra Mundial, tendo como grande marco a criação do primeiro projeto formal de história oral, na Universidade de Columbia, Nova York (GRELE, 2001).

Deve-se registrar que esse desenvolvimento deu-se através da combinação dos avanços tecnológicos, entre eles o gravador e à necessidade de se conhecer as experiências vividas por ex-combatentes, familiares e vítimas da guerra, através dos relatos orais.

“De início a história oral combinou três funções complementares: registrar relatos, divulgar experiências relevantes e estabelecer vínculos com o imediato urbano, promovendo assim um incentivo à história local e imediata” (MEIHY, 1998,p.22).

Para JOUTARD (2001), a primeira geração de historiadores orais surgiu nos Estados Unidos nos anos 50, com o propósito de reunir material para historiadores futuros. Tendo ainda como característica privilegiar as ciências políticas e se ocupar da história dos que ele denomina de *“notáveis”*. Na Itália a pesquisa oral foi utilizada para reconstituir a cultura popular, e no México os arquivos orais registravam as memórias e recordações dos chefes da revolução mexicana, sendo estes considerados por JOUTARD (2001), como a segunda geração dos historiadores orais.

Esta segunda geração foi marcada por uma nova concepção da oralidade, se

reportando aos relatos orais das minorias étnicas, dos iletrados, dos marginalizados entre outros. É uma história vista como alternativa a todas as construções historiográficas baseadas no escrito. Desenvolveu-se à margem da Academia, baseando-se implicitamente na idéia de que se chega à *“verdade do povo”* graças ao *“testemunho oral”* (JOUTARD, 2001,p.201).

Um dos aspectos indicativos do desenvolvimento dessa nova história oral foi a adesão de vários estudiosos entre eles Paul Thompson na Inglaterra, Mercedes Vilanova na Espanha e Danièle Hanet na França, podendo-se afirmar que foi a partir do XIV Congresso Internacional de Ciências Históricas de San Francisco, em 1975 e do primeiro Colóquio Internacional de História oral realizado em Bolonha, que se concretizou o marco fundamental da terceira geração de historiadores orais. No Equador, Bolívia e Nicarágua foram realizadas pesquisas orais sobre o mundo camponês, em Costa Rica a Escola de Planejamento e Promoção Social da Universidade Nacional em 1983, lançou um projeto com o objetivo de tentar escrever a história do país, através da narrativa do povo (FERREIRA; FERNANDES& ALBERTI, 2000).

No Brasil em 25 de junho de 1973, foi criado o Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil da Fundação Getúlio Vargas (CPDOC-FGV), que buscava através dos relatos orais *“pensar e entender melhor o Brasil daquele período”* (CAMARGO, 1999,p.23). Cabe pontuar que a história oral no Brasil assim como no restante da América Latina, principalmente nos países que viveram governos ditatoriais, teve sua incorporação associada ao processo de redemocratização, o que diferencia o papel da história oral latino-americana da europeia ou norte-americana. Outra diferença entre, a história oral brasileira e a *“história oral primeiro mundista”*, era o fato de não podermos utilizar os mesmos critérios analíticos usados pelos autores estrangeiros para estudar, por exemplo, a escravidão, a miscigenação, os grupos marginalizados e excluídos (MEIHY, 2000,p17).

Este fato em momento algum invalidou a troca de experiências acadêmicas, o próprio CPDOC-FGV no momento de maior atividade do seu Programa de História Oral, trouxe para o Brasil dois especialistas norte-americanos que apesar de não mostrarem uma preocupação maior com as questões metodológicas tinham grande experiência com o uso do gravador e as questões mais técnicas da entrevista (CAMARGO, 1999, p.23).

A fundação da Associação Brasileira de História Oral (ABHO) em 1994 durante o Segundo Encontro Nacional de História Oral no CPDOC-FGV congregou historiadores orais de diferentes Estados, o que fortaleceu as trocas de experiências entre os mesmos. Essa comunhão de pesquisadores possibilitou a realização de outros eventos no país, fato que culminou com a escolha do Brasil para sediar o X Congresso Internacional de História Oral em 1998, no Rio de Janeiro, incentivando a criação de uma revista semestral e de núcleos de estudos de história oral em diferentes instituições (CAMARGO; D'ARAÚJO, 1999).

História oral: método, disciplina ou técnica?

Segundo FERREIRA & AMADO (2001,p.10) discutir os “*usos e abusos da história oral*” é importante para que sejam definidos os “*rumos da história oral nos próximos anos*”.

“Em nosso entender, a história oral, como todas as metodologias, apenas estabelece e ordena procedimentos de trabalho – tais como os diversos tipos de entrevistas e as implicações de cada um deles para a pesquisa, as várias possibilidades de transcrição de depoimentos, suas vantagens e desvantagens, as diferentes maneiras de o historiador relacionar-se com seus entrevistados e as influências disso sobre seu trabalho – funcionando como ponte entre teoria e prática” (FERREIRA; AMADO, 2001,p.16.).

No entanto outros estudiosos da história oral, entre eles MEIHY (1998) advo-

gam que esta seria uma disciplina, para FERREIRA & AMADO (2001,p.31), a divergência entre os que postulam a história oral como disciplina e não metodologia está no fato destes “*reconhecerem na história oral uma área de estudos com objeto próprio e capacidade (como fazem todas as disciplinas) de gerar no seu interior soluções teóricas para as questões surgidas na prática...*”.

Os que defendem que a história oral seja uma técnica, geralmente, são pessoas envolvidas na constituição e preservação de acervos orais. Estes pesquisadores utilizam as fontes orais de forma esporádica, como fontes de informação complementar, o que teoricamente justificaria essa postura (FERREIRA; AMADO, 2001).

É consensual, entretanto, que a história oral atingiu sua maioria, e que apesar da discussão necessária, sobre o seu status, cada vez mais encontramos pessoas interessadas no tema. Nos processos de mudança no campo da história oral, é inegável o empenho com que seus estudiosos têm se empenhado em divulgá-la.

Nesse contexto, após 40 anos de sua existência, GRELE (2001), suscita outras questões a serem discutidas, entre elas: a confiabilidade da história oral; suas realizações e como avaliar as mesmas. Para tanto o autor apresenta dois problemas relacionados que merecem solução. O primeiro se refere ao gerenciamento dos registros, onde o controle de dados torna-se cada vez mais imperativo. O segundo ponto está associado a utilidade que esses dados têm para a profissão do historiador.

VIDAS QUE COMPÕEM HISTÓRIAS

O primeiro texto que tivemos acesso sobre história oral se intitulava “*Mulheres da vila – prostituição, identidade social e movimento associativo*” (MORAES,1995), e ao terminarmos a leitura das histórias daquelas mulheres que se referiam à suas vidas, trabalho, sexualidade e organização com uma clareza tão grande, em alguns momentos a sensação de que estávamos presenciando aqueles depoimentos era iminente.

Hoje, acreditamos que aquela tenha sido uma visão de certa forma romântica do que foi lido, pois, naquele momento fomos despertados para a história das pessoas ditas comuns, excluídas, marginalizadas e ao mesmo tempo vencidas e vencedoras. Atualmente, trabalhando com a história oral, não nos causa surpresa a dificuldade que alguns autores enfrentam para defini-la, o que, entretanto, não os impede de utilizá-la em seus estudos, nem tão pouco consultá-la como fonte de pesquisa.

Para ALBERTI (1989,p.41), esta dificuldade está relacionada ao fato da história oral não pertencer a um campo estrito do conhecimento, “*sua especificidade está no próprio fato de se prestar a diversas abordagens, de se mover num terreno pluridisciplinar*”. A própria autora quando se propõe a conceituar a história oral, usa a palavra “ariscando”, quando o faz.

“...um método de pesquisa (histórica, antropológica, sociológica,...) que privilegia a realização de entrevistas com pessoas que participaram de, ou testemunharam acontecimentos, conjunturas, visões de mundo, como forma de se aproximar do objeto de estudo. Trata-se de estudar acontecimentos históricos, instituições, grupos sociais, categorias profissionais, movimentos, etc...” (ALBERTI, 1989.p.52).

Talvez, em virtude dessa abrangência a história oral comporta três tipos de abordagens, a saber: história oral de vida, temática e tradição oral. Para CAMARGO (1989,p.52), a história oral de vida particularmente garantiu “*o rigor, a fidedignidade e a riqueza que a técnica que a história oral por si mesma não possuía*” segue afirmando que “*nada mais consistente do que uma longa vida que se decifra, com a chancela de um gravador*”.

Segundo DEBERT (1988), a história oral de vida tem aumentado seu âmbito de atuação, sendo enfaticamente reivindicada por várias disciplinas (História, Antropologia e Sociologia). Não é nosso objetivo discutir a quem pertence esse método, no entanto,

concordamos com a autora quando diz que as vantagens deste método são expressas através de duas possibilidades que a história de vida proporciona. A primeira é a “*produção de uma nova documentação*”, onde se tem a oportunidade de incorporar à literatura a versão que “*os oprimidos e desprivilegiados têm dos grandes e dos pequenos acontecimentos*” (DEBERT, 1988).

A segunda possibilidade é o estabelecimento de um diálogo entre informante e analista, onde é possível alcançar um ponto de interseção em que ambos possam, compartilhar algo novo, que se apresenta pela primeira vez ao analista e re-apresenta ao informante, através de sua memória (DEBERT, 1988).

Existem alguns pontos de discussão relativos a história oral de vida, que achamos pertinentes serem levantados, entre eles está o tratamento do material gravado, o destino a ser dado à história de vida do colaborador, a pertinência ou não de analisá-la a luz de um referencial teórico, apesar do pesquisador ter essa possibilidade? Quanto à relação que se estabelece entre pesquisador e entrevistado – ela interfere ou não no resultado final do estudo? O afastamento do pesquisador defendido pelos positivistas, é imprescindível ou não? Outras questões relativas à memória, construção do discurso, subjetividade, ética e metodologia também merecem uma discussão teórica mais aprofundada.

ENFERMAGEM PSIQUIÁTRICA E HISTÓRIA ORAL

Baseando-nos no que já apontamos anteriormente sobre o âmbito da história oral e sua interface com diferentes disciplinas que a utilizam, reunimos alguns trabalhos que serviram como pano de fundo para estarmos pensando sobre a história oral como uma forma de refletir sobre certas questões que permeiam a enfermagem psiquiátrica e seu campo de saberes e práticas.

Dois trabalhos, ao nosso ver, podem ser considerados como referência importante quando nos reportamos à utilização da

história oral na enfermagem psiquiátrica. O primeiro de autoria de KIRSCHBAUM (1994), reconstituiu historicamente as práticas de enfermagem desenvolvidas nas instituições psiquiátricas públicas do Rio de Janeiro, Porto Alegre, São Paulo, Salvador e Barbacena entre as décadas 20 e 50. O segundo foi realizado por HUMEREZ (1996), que usou a história de vida de pacientes psiquiátricos para refletir sobre assistência psiquiátrica.

Podemos destacar ainda, LEMOS (1982), GUIMARÃES (1998), OGATA & RODRIGUES (1995), KIRSCHBAUM & ALVES (2000), BRÊDA & AUGUSTO (2001), que por meio dos relatos orais estudaram a assistência dispensada ao paciente psiquiátrico na atenção básica de saúde, analisando as formas de enfrentamento da doença, e o tipo de cuidado prestado pelos familiares e equipe do Programa de Saúde da Família. E mais recentemente REINALDO (2003), que realizou um estudo sobre itinerário terapêutico em saúde mental. HUMEREZ (1994;1998), trata do uso da história oral na pesquisa em enfermagem, trazendo alguns conceitos, mais especificamente abordando a utilização da história oral de vida como forma de captação de dados em pesquisas qualitativas.

Observamos que o uso da história oral, ainda não é muito expressivo no âmbito da enfermagem psiquiátrica, entretanto diante os trabalhos compilados podemos avaliar que existe um interesse na temática e sobre tudo uma preocupação em relação ao rigor metodológico que implica sua utilização, por meio de ancoragens teóricas e conceituais consistentes.

CONCLUSÃO

A história oral possibilita a construção e a reconstituição da história por meio dos relatos individuais ou coletivos. O fato de ser considerada um campo multidisciplinar possibilita que algumas disciplinas, (entre elas a antropologia, psicologia, psicanálise, sociologia, etc...), possam dar suas contribuições teóricas, especialmente no tratamento e na análise da informação oral.

Observamos essa contribuição através dos estudos que trazem reflexões sobre as relações entre pesquisadores e sujeitos entrevistados, que tendem a discutir seus resultados com base nas teorias do sujeito.

Também podemos afirmar que a crescente difusão da história oral nos centros universitários, apesar de algumas diferenças em relação a sua utilização e status, nos parece que vem estimulando seu uso por parte dos pesquisadores, entre eles os da área da saúde, onde apontamos autores da enfermagem que através dos relatos orais têm realizado entrevistas com sujeitos que possam discorrer sobre experiências diretas ocorridas durante a vida, analisando-as a luz das teorias e práticas da enfermagem psiquiátrica.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALBERTI, V. **História oral: a experiência do CPDOC**. Rio de Janeiro: Centro de Pesquisa e Documentação de História Contemporânea do Brasil, 1989. 202 p.
- BRÊDA, M.Z.; AUGUSTO, L.G.S. O cuidado ao portador de transtorno psíquico na atenção básica de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.6, n. 2, p. 471-480, 2001.
- BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **BIREME/OPAS/OMS**. Disponível em: <http://www.bireme.br>. Acesso em: 01 fev. 2002.
- CAMARGO, A.; D'ARAÚJO, C. Como a história oral chegou ao Brasil, (entrevista). **História oral**. Rio de Janeiro, v. 2, n.4, p.167-179, 1999.
- DEBERT, G.G. Problemas relativos à utilização da história oral de vida e história oral. In: AMADO, J.; FERREIRA, M.M. **Usos & abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. 304 p.
- FERREIRA, M.M.; FERNANDES, T.M.; ALBERTI, V. (org.). **História oral: desafios para o século XXI**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000. 204 p.
- GRELE, R. J. Pode-se confiar em alguém com mais de 30 anos? Uma crítica construtiva a história oral. In: AMADO, J.; FERREIRA, M.M. **Usos & abusos da**

- história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. cap. 4 , p. 267-277.
- HUMEREZ, D.C. História de vida: instrumento para captação de dados na pesquisa qualitativa. **ACTA PAULISTA ENFERMAGEM**, São Paulo, v.11, n.2, p.32-37, 1998.
- _____. **Em busca de lugares perdidos: assistência ao doente mental revelada através de histórias de vida**. 1996. 212f. Tese (Doutorado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- _____. Representação da identidade de Armindo. **ACTA PAULISTA ENFERMAGEM**, São Paulo, v.7, n.1, p.43-49, 1994.
- JOUTARD, P. História oral: balanço da metodologia e da produção nos últimos 25 anos. In: AMADO, J.; FERREIRA, M.M. **Usos & abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. cap. 4 , p. 267-277.
- KIRSCHBAUM, D.I.R.; ALVES, M.A. A escolha pelo trabalho em psiquiatria como vocação nas décadas de 30 a 70: relatos orais de enfermeiras. Escola de Enfermagem Anna Nery. **REVISTA ENFERMAGEM**, Rio de Janeiro, v. 4, n.3, p. 311-320, 2000.
- KIRSCHBAUM, D.I.R. **Análise histórica das práticas de enfermagem no campo da assistência psiquiátrica no Brasil no período compreendendo entre as décadas de 20 e 50**. 1994. 361f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade de Campinas, Campinas.
- LEMOS, V.B.S. **Reflexões em torno do relacionamento enfermeiro paciente baseado na história da pessoa**. 1982. 211p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- MORAES, A. F. **Mulheres da vila – prostituição, identidade social e movimento associativo**. Rio de Janeiro: Vozes, 1995. 283p.
- MEIHY, J.C.S.B. **Manual de História Oral**. 2. ed. São Paulo: Loyola, 1998. 86 p.
- OGATA, M.; RODRIGUES, A. Contribuição à história da enfermagem psiquiátrica brasileira. **REVISTA PAULISTA ENFERMAGEM**, São Paulo, v.14, n.213, p.77-85, 1995.
- OLIVEIRA, A. G. B. **A história de um louco: reflexões sobre o modelo tecnológico psiquiátrico de Cuiabá**. 1998. 114p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) – Programa de Mestrado Interinstitucional, Universidade Federal de Santa Catarina, Universidade Federal do Mato Grosso, Universidade Federal de Goiás.
- REINALDO, A. M.S. O itinerário terapêutico em saúde mental por meio da história oral de vida de um paciente psiquiátrico. 2003. 134p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica) – Programa de Mestrado em Enfermagem Psiquiátrica, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- ROSENTHAL, G. A estrutura e a gestalt das autobiografias e suas conseqüências metodológicas. In: AMADO, J.; FERREIRA, M.M. **Usos & abusos da história oral**. 4. ed. Rio de Janeiro: FGV, 2001. cap. 8 , p. 193-200.
- UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Sistema Integrado de Bibliotecas. **DEDALUS**: banco de dados bibliográficos da USP. Disponível em: <http://dedalus.usp.br:4500/ALEPH/por/USP/DEDALUS/START>. Acesso em: 12 jan. 2002.

COMO DESENVOLVER PROJETOS DE ATENÇÃO À SAÚDE MENTAL NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA

HOW TO DEVELOP PROJECTS OF ATTENTION TOWARDS MENTAL HEALTH INSIDE THE PROGRAM OF FAMILY HEALTH

COMO DESARROLLAR PROYECTOS DE ATENCIÓN PARA LA SALUD MENTAL EN EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA

Tânia Mara Xavier SCÓZ¹
Rosângela Maria FENILI²

RESUMO: O desenvolvimento de Projetos de Atenção à Saúde Mental no Programa de Saúde da Família (PSF) é apresentado a partir de um resgate sucinto de alguns dos aspectos que compõem o PSF, a Reforma Psiquiátrica/Saúde Mental e o Sistema Único de Saúde. A inserção de ações de atenção a saúde mental no PSF, a partir, da existência e inexistência de um dos serviços substitutivos da rede de saúde mental nos municípios, aponta algumas possibilidades de articulação e desenvolvimento conjunto do como fazer.

PALAVRAS CHAVE: Saúde mental, Programa de saúde da família

ABSTRAT: The development of projects of attention towards mental health inside the Program of Family Health (PFH) is presented based on a brief rescue of some aspects that compose the PFH, the Psychiatric Reform/Mental Health and the Unique Health System. The insertion of attentive actions towards mental health in the PFH from the existence and the non-existence of one of the substitutives services of the mental health net around the cities, points out some articulation possibilities and an united development of how to do it.

KEY-WORDS: Mental Health, Program of Family Health

RESUMEN: El desarrollo de Proyectos de Atención para la Salud Mental en el Programa de Salud de la Familia (PSF) se presenta a partir de un rescate sucinto de algunos de los aspectos que componen el PSF, la Reforma Psiquiátrica/Salud Mental y el Sistema Único de Salud. La inserción de acciones de atención a la salud mental en el PSF, a partir, de la existencia e inexistencia de uno de los servicios sustitutos de la red de salud mental en las Municipalidades, señalan algunas posibilidades de articulación y desarrollo conjunto de como hacerse.

PALABRAS CLAVES: Salud Mental, Programa de Salud de la Familia.

INTRODUÇÃO

Como desenvolver Projetos de Atenção à Saúde Mental no Programa de Saúde da Família (PSF), no momento em que a saúde mental passa por um processo altamente dinâmico de reformulações e busca da sua própria estruturação? Como conciliar temas tão intrinsecamente ligados e tão conflitantemente capazes de despertar nossa capacidade de sonhar em um futuro tão brilhantemente próximo e tão assustadoramente desafiador? Como transformar um saber, um fazer, se estamos tão rotineiramente acostumados com as relações saúde/doença nos seus aspectos causa e efeito, com o viver e morrer como um processo natural evolutivo de nossa espécie, com a riqueza e a pobreza tão visivelmente evi-

denciadas e tão pouco constrangedoras, com a desigualdade social cada vez mais exacerbada e distante de uma prática solidária, humanitária que atenda as reais necessidades do cidadão? Como, como, como....?

Acreditamos que o **como** não se constrói sozinho. Conjuntamente outras interrogações, o que, por que, para que, para quem, onde, quem, surgem em nossas mentes e nos remetem a necessidade de buscar subsídios que apontam para o entendimento do **como** fazer nas suas mais diversas formas. Assim, pensamos ser necessário resgatar sucintamente alguns dos aspectos relacionados com o PSF, Reforma Psiquiátrica/Saúde Mental, principalmente na variável comum entre eles, ou seja, o atendimento do indivíduo no seu contexto

¹ Enfermeira, Mestre em Ergonomia

² Enfermeira, Docente do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Mestre em Assistência de Enfermagem. Rua Eugênio Raulino Koerich –619, Bloco E- Ap. 201 – Campinas – São José – SC – CEP – 88101-060 – Telefone – (048) 2412624 – E-mail – fenili@nfr.ufsc.br

familiar de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS) e o grau de complexidade do atual serviço de saúde.

ASPECTOS PONTUAIS DO SUS / PSF / REFORMA PSIQUIÁTRICA

1. SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS) : Com o objetivo de reorientar o sistema de saúde brasileiro, é implantado o SUS, que visa através das várias instituições dos três níveis do governo (união, estados e municípios), e do setor privado contratado e conveniado dar cumprimento ao mandamento constitucional de disciplinar legalmente a proteção e a defesa da saúde.

Dentre os princípios que norteiam o SUS destacam-se: o atendimento gratuito a **todos**, sendo o indivíduo e a comunidade, no qual está inserido, assistido de forma **integral**, garantindo-lhes o respeito a dignidade humana. A execução das ações deve ser **descentralizada**, delegando a responsabilidade para os municípios, os estados e a união de acordo com a abrangência do problema. O princípio da **racionalidade**, ou seja, o oferecimento de ações e serviços de acordo com as necessidades da população, deve ocorrer de maneira a atender a **eficiência e eficácia** do SUS, garantindo assim a qualidade da assistência. Através dos Conselhos de Saúde (nacional, estaduais e municipais), o exercício do controle social do SUS, busca assegurar o aspecto **democrático**, isto é, o direito de participação de todos os seguimentos envolvidos com o sistema. As desigualdades existentes devem direcionar as ações do sistema, ajustando-as as necessidades de cada parcela da população, respeitando o princípio da **equanimidade** (SC, 2001).

2. PROGRAMA (ESTRATÉGIA) DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF) : Em dezembro de 1993 o Ministério da Saúde (MS) cria um grupo de trabalho com o objetivo de discutir a proposta de implantação de um modelo de saúde mais adequado as necessidades do país. Como resultado o grupo aponta para a criação de um programa que elege o núcleo familiar como foco de suas ações, ou

seja, o PSF, lançado no início de 1994 pelo MS. Ao eleger a família como um subsistema decisório, consumidor e parceiro, verifica-se a incorporação dos princípios básicos do SUS, inserindo a unidade de saúde da família no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica.

De acordo com SANTOS et al. (2000, p.55)

A importância de visualizar a família, como uma unidade de cuidado, é expressada, freqüentemente, referindo que 'o paciente não é sozinho, ele vem de algum lugar e se trabalha a valorização das pessoas cuidadoras de quem necessita o cuidado quer sejam as figuras parentais e/ou outros profissionais' .

Os princípios da promoção da saúde, através do fortalecimento da atenção básica, tendo o PSF como seu eixo estruturante, permitem a construção da saúde através de uma troca solidária, crítica, capaz de fortalecer a participação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a criação de ambientes saudáveis e a reorganização de serviços de saúde, entre outros.

A visão sistêmica e integral do indivíduo em seu contexto familiar e social, é proporcionado através do trabalho "com as reais necessidades locais, por meio de uma prática apropriada, humanizada e tecnicamente competente, sincronizando o saber popular com o saber técnico científico, em um verdadeiro encontro de gente cuidando de gente" (SOUZA, 2000, p. 27).

Ainda para a mesma autora, a identificação de fatores de riscos e a busca de uma intervenção resolutiva é realizada através da vinculação da equipe de saúde multidisciplinar com a população, através de uma prática sustentada pela humanização e a saúde como um direito de cidadania, favorecendo a manifestação de qualidade de vida.

3. REFORMA PSIQUIÁTRICA: Conforme SERRANO (1998, p. xix), a reforma psiquiátrica "é o processo político assistencial, em nível mundial e em diferentes for-

mas, derivado da queda do paradigma asilar, que deixa de ser hegemônico, no tratamento psiquiátrico, em discussão desde a década de 60”, e que no Brasil reúne a reformulação da assistência, mudanças na cultura e mudanças normativas e jurídicas.

O processo de desinstitucionalização teve início nos anos 80 com o desenvolvimento de uma política em favor da saúde mental, e tendo como marco de referência a desinstitucionalização italiana. Ele se firma a partir do Sistema Único de Saúde, e é referendado com a realização de duas Conferências de Saúde Mental, a primeira no Rio de Janeiro, em 1987, outra em Brasília, em 1992 (FENILI, 1999, p. 38).

A desinstitucionalização procura preservar a subjetividade do cliente, sua história de vida, suas relações interpessoais, estabelecendo formas de tratamento em serviços abertos, criativos e maleáveis que atendam individualmente às suas necessidades e que o sustente no seu meio social (MORENO, 1995).

Em decorrência de todo o movimento político que discutia o modelo no qual estava inserida a saúde mental, surge no plano jurídico o Projeto de Lei da Câmara nº 8 de 1991, nº 3.657 de 1989, na casa de origem de autoria do Deputado Paulo Delgado, como substitutivo ao Decreto nº 24.559, de 03 de julho de 1934, que *Dispõe sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamenta a internação compulsória* (BRASIL). Essa lei vem “respaldar a desinstitucionalização, como uma estratégia alternativa ao modelo de saúde mental vigente” (SADIGURSKY, 1997, p. 29). Mas somente em 06 de abril de 2001 foi aprovado pelo presidente da República como a Lei Nº 10.216. O combate aos estigmas é a principal medida para garantir o sucesso da Lei da Reforma Psiquiátrica. Essa lei segue a diretriz da OMS: garantir tratamento aos pacientes sem necessidade de internação.

Em dezembro de 2001 realiza-se a III Conferência de Saúde Mental, em Brasília, tendo como título, proposto pela Organização Mundial de Saúde, “**Cuidar sim, exclu-**

ir não”. Baseada na Lei aprovada procurou direcionar suas discussões, em três temáticas: reorientação do modelo assistencial; recursos humanos e financiamento; controle social, acessibilidade, direitos e cidadania.

4. REFORMA SUBSTITUTIVA: Reforma substitutiva é todo tipo de ação que visa apresentar novas formas de cuidado da pessoa no seu processo de vida, através da reorientação do modelo assistencial.

Em se tratando de PSF e Reforma Psiquiátrica acredita-se que, a efetiva melhora na qualidade de vida converge para a realização do cuidado em saúde no próprio núcleo familiar.

A substituição do modelo hospitalocêntrico, centrado na doença, na exclusão social, intramuros, por um novo modelo de atenção descentralizado e de base comunitária, exigirá também uma adaptação dos profissionais, que deverão, através do processo de capacitação, se instrumentalizarem para permitir a viabilização do novo modelo assistencial. Concomitante, o grupo familiar parceiro deste modelo, deve assumir seu papel de ajudar o membro mais fragilizado a conviver com a situação, desta forma diminuindo a internação.

Apesar da legislação própria que determina a especificidade de suas ações, existem princípios que possibilitam a convergência de ações de saúde mental no PSF, por exemplo:

1. Princípios do SUS, apontados anteriormente;
2. Territorialização e responsabilidade pela demanda ;
3. Desinstitucionalização das pessoas internadas e a construção de rede de cuidado capaz de atender a demanda;
4. Modalidades de cuidado que garantam a escuta, o vínculo, que potencializem as singularidades, as biografias, as raízes culturais, as redes de pertencimento e estejam atentas e recusem as formas de medicalização, psiquiatrização e psicologização;
5. Planejamento, desenvolvimento e avaliação das ações em equipe multiprofissional;

6. Desenvolvimento das ações de saúde mental nas unidades de saúde, nos domicílios, nos lugares e recursos comunitários;

7. Atendimento às pessoas em situações de gravidade, através de ações efetivas que viabilizem o acesso.

PROJETO DE ATENÇÃO A SAÚDE MENTAL NO PSF

A intervenção conjunta da equipe em saúde mental e o PSF tem como estratégia atingir a meta de substituição do confinamento nos hospitais psiquiátricos pelo cuidado comunitário das pessoas que sofrem com transtornos mentais (SILVA et al., 200_).

Para subsidiar a resposta do **como** elaborar Projeto de Atenção a Saúde Mental no PSF, faz-se necessário conhecer a maneira como os PSF vêm desenvolvendo suas ações junto a comunidade. O relato de algumas experiências apontam para a realização de ações de saúde mental em alguns PSFs, bem como a provável inexistência em outros.

Frente a isso apresenta-se uma proposta do **como** inserir ações de atenção a saúde mental no PSF, considerando-se as possibilidades de, existência de um dos serviços substitutivos da rede de saúde mental no município desvinculada do PSF, e a ausência deste.

Entende-se por rede de saúde mental o conjunto de ações concebidas a partir da Reforma psiquiátrica, ou seja, a formação de serviços substitutivos organizados em nível de complexidade capaz de atender a demanda da população. Neste contexto destaca-se a hierarquização da rede de atenção em saúde mental constituída pela Atenção Básica, Centro de Atenção Psicossocial (CAPS) Simplificado, Núcleo de Atenção Psicossocial (NAPS)/ CAPS de média complexidade, Serviços residenciais terapêuticos, Hospital dia, Leitos psiquiátricos em hospital geral, Serviço de urgência psiquiátrica em hospital geral e Hospital psiquiátrico (BRASIL, 2001).

Salienta-se a importância da comunhão de esforços entre PSF e serviços substitutivos, pois acredita-se como LANCETTI (BRASIL, 2000, p.46) que a saúde mental é essencial ao PSF porque a doença mental não ocorre separada da saúde física. Outro fato é a singularização do atendimento no PSF; o paciente deixa de ser um prontuário para se transformar numa pessoa conhecida, obrigando as equipes de trabalho a lidar com o sofrimento humano, uma difícil tarefa para a qual não estão preparadas.

COMO FAZER QUANDO EXISTE SERVIÇOS/ REDE DE SAÚDE MENTAL?

A existência do serviço/ rede de saúde mental e do PSF nos leva a considerar que o prioritário é o desenvolvimento de ações conjuntas, articuladas de acordo com o grau de complexidade que a situação exige, no atendimento as reais necessidades de saúde da família.

Dentro as possibilidades de articulação e desenvolvimento conjunto de ações destaca-se:

- xcapacitação e supervisão para as equipes de saúde da família (ESF) completa, desenvolvendo temáticas relacionadas aos direitos de cidadania e direitos humanos (Estatuto da criança e do adolescente – ECA, direito dos portadores de transtornos mentais, dos idosos, das mulheres, etc.); princípios da reforma psiquiátrica e do PSF; família, grupos e rede social; intervenção na crise; problemas relacionados ao álcool e outras drogas; sexualidade/DST/AIDS ; uso de psicofármacos, entre outros. Reforça-se a idéia de que a capacitação, enquanto educação continuada, se desenvolva reciprocamente entre as equipe do PSF e do serviço;
- xintervenções familiares comunitárias conjuntas como um instrumento de capacitação (utilização da escuta como instrumento terapêu-

- tico na compreensão da dinâmica familiar e das relações sociais; olhar atento e sensível dos pontos de vulnerabilidade de quebra dos vínculos familiares e sociais; estreitamento dos vínculos da equipe com os familiares portadores de transtornos psiquiátricos severos);
- xcriação de uma equipe volante de saúde mental por parte dos serviços de saúde mental substitutivos, para o desenvolvimento das ações junto as ESF;
 - xintegrar a saúde mental nas diversas atividades de grupos oferecidas pelo PSF (caminhadas, ginástica terapêutica, salas de espera, oficinas);
 - xarticulações com as diversas formas de organizações populares (associações de bairro, grupos de auto-ajuda, etc), buscando construir novos espaços de reabilitação psicossocial (oficinas comunitárias, hortas comunitárias, cooperativas, etc);
 - xpromover ações para diminuir o comportamento violento, abuso de álcool/consumo de drogas, isolamento social/afetivo, entre outros, através da realização de palestras, debates, atividades artísticas e de grupos.

Para que essas ações sejam eficientes e eficazes acredita-se que existam duas formas de encaminhamento intrinsecamente ligadas a vontade política e técnica de resolatividade. A primeira, por iniciativa dos serviços substitutivos na área da saúde mental através das situações apontadas anteriormente e a outra realizada pela equipe do PSF através da busca constante e articulada com esses serviços, seja através de encaminhamentos, solicitação de supervisão, qualificação permanente e outros.

Os profissionais envolvidos no cumprimento destas ações devem ser conforme LANCETTI (BRASIL,2000, p. 46) “ pessoas corajosas com vontade de experimentar, pois vão atuar diretamente com a loucura, com a violência, sem proteção, sem muros,

apenas com o corpo e a inteligência. Apenas uma orelha que escuta, uma pessoa com a capacidade de compreensão”.

COMO FAZER QUANDO NÃO EXISTE SERVIÇOS/ REDE DE SAÚDE MENTAL?

Considera-se, como ponto de partida, a existência do PSF, a ausência de serviços de saúde mental estruturados e uma demanda de atenção, expressas por frases: - familiar “pegar remédios de nervos”, “falar de meus problemas com a psicóloga”; - da equipe “perder o medo de lidar com o doente mental”, “saber lidar melhor com as minhas angústias e da comunidade”.

Para a resolução desta problemática, a equipe do PSF poderá, solicitar a Secretaria de Saúde (níveis municipais, estaduais, federal) capacitação dos seus profissionais como requisito básico para o atendimento das demandas apontadas. Esta capacitação segundo CASÉ (200-, p. 123) deve envolver um planejamento no qual sejam “delineadas as seguintes ações: - pesquisa e estudo de campo em área piloto, - oficinas de sensibilização das equipes do PSF, - monitoração sistemática das ações, - elaboração de uma proposta de atenção a saúde mental”.

Uma vez capacitada e incorporadas as ações de atenção a saúde mental, a equipe do PSF, então instrumentalizada, torna-se mais apta a identificação de situações e prestar os cuidados de atenção básicos a família portadora de sofrimento psíquico. Torna-se, também, mais evidente, o reconhecimento da limitação de sua ação, o que por sua vez poderá levar a necessidade de fortalecimento de busca de reforço de acordo com a referência existente em sua região.

Pode ainda ocorrer a sensibilização da equipe no sentido de buscar uma maior resolatividade das questões emergentes, através da contratação de profissionais que irão compor a equipe de saúde mental junto ao PSF. Esta equipe dará início a uma proposta de atenção a saúde mental que poderá ser o embrião da constituição da rede de atendimento básico de saúde mental.

Qualquer que seja a alternativa de implementação das ações de saúde mental no PSF, julga-se, imprescindível reforçar o papel evidente de uma ação conjunta, respeitando os princípios básicos de reorientação do modelo assistencial, em que a estratégia de desinstitucionalização, atenção biopsicossocial interdisciplinar e a ampla participação e o controle social dos usuários, permitam atender os preceitos maiores do SUS, PSF e Reforma psiquiátrica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Como bem recordam SAMPAIO e BARROSO (200-, p.184) “ *O dono e o cliente do sistema de saúde são a cidade e o cidadão*”, o que a nosso ver determina a relação de direitos e deveres quanto a responsabilidade pela eficácia e eficiência de tal sistema”.

A inclusão das ações de saúde mental no PSF dependem de uma política de saúde nacional, estadual e municipal que garanta formas de financiamento capaz de manter a integração e a operacionalização das estratégias de promoção, prevenção, tratamento e reinserção social, nestas modalidades de serviços substitutivos.

Dependem, também, da disponibilidade para a mudança da organização dos processos de trabalho. Considera-se que todas as pessoas envolvidas no planejamento, implantação, execução e avaliação da construção de uma rede de atenção básica de saúde estão constantemente no processo dinâmico do ensinar-aprender... ou seja, no processo contínuo de trocas em que o relacionamento interpessoal permita assistir, como bem diz SANTOS (2000, p.52), “a todos os homens e ao homem total”.

O controle social efetivo da aplicação dos princípios SUS, PSF e Reforma psiquiátrica, realizadas, principalmente, através da participação ativa das comunidades, nos conselhos, associações entre outros, é uma das formas de garantia de continuidade no desenvolvimento das conquistas até então realizadas.

A compreensão dos vários níveis que compõe a complexidade do trabalho territorial, apontada pelas reformas substitutivas, garante o cuidado integral, tanto quanto, reafirma a responsabilidade de todos os envolvidos para a sua continuidade.

Na construção da saúde social para todos, a estratégia do PSF e da Reforma psiquiátrica, vêm se configurando numa forma inovadora de se fazer saúde, que fundamentada em uma nova ética social consolida a visão da família como a base, o centro de referência, o primeiro núcleo psicossocial no qual deve estar centrado a resolutividade das ações.

Como toda ação está imbuída de reflexão e, vice-versa, o término deste escrito objetiva contribuir para a sua ação/reflexão, através da leitura das transcrições a seguir:

- “*A gente não pode mudar tudo, mas pode fazer tudo para mudar*” (CAMINHA citada por SOUZA, 2000, p.27).

- “*Intervir nas famílias é também intervir na ordem institucional alimentando a produção de uma nova subjetividade*” (GONÇALVES, 200-, p. 116).

- “*Sonhamos com uma revolução de saberes, fazeres e sentimentos, pois acreditamos ser este o único caminho possível*” (CASÉ, 200-, p.134).

- “*O desafio consiste em buscar e conquistar a cidadania dos pacientes com ações conjuntas das equipes de saúde, dos familiares e da comunidade*” (CASÉ, 200-p.135).

- “*Os agentes comunitários de saúde são os grandes descobridores dos recursos escondidos da comunidade*” (FRANCO; LANCETTI, 200-, p.107).

- “*Nosso desafio é compreender o movimento familiar, acolhê-lo e continuar*” (ROCHA; DAVID, 200-, p.92).

- “*Eu vejo a vitória de um projeto onde todos podem contribuir com o que há de mais importante no ser humano que é solidariedade e o amor*” (MATTOS, 200-, p.58).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Senado Federal. Projeto de lei da Câmara nº 8 de 1991. Mimeografado.

- BRASIL, Ministério da Saúde. Orientações para organização da atenção aos portadores de transtornos mentais nos estados e municípios, de acordo com as diretrizes NOAS-SUS 01/2001. Mimeografado.
- BRASIL, Ministério da Saúde. Reorganização do sistema de saúde mental: uma experiência do Qualis2. *Revista Promoção da Saúde*. Ano 2, n.3, p. 446, ag.2000.
- CASÉ, Vânia. Saúde mental e sua interface como programa de saúde da família: quatro anos de experiência em Camaragibe. **SaúdeLoucura 7**, São Paulo, n. 1, p. 121-135, 200-.
- FENILI, Rosangela Maria. **Desvelando necessidade contrária através da assistência de Enfermagem ao cliente psiquiátrico**. Florianópolis, 1999, 157 p. Dissertação de Mestrado em Assistência de Enfermagem – Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina.
- FRANCO, Luiza, LANCETTI, Antônio. Quatro observações sobre as parcerias. **SaúdeLoucura 7**, São Paulo, n. 1, p. 103-107, 200-.
- GONÇALVES, Paulo L. A unidade de referência e a equipe volante. **SaúdeLoucura 7**, São Paulo, n. 1, p. 109-116, 200-.
- MATTOS, Solange Aparecida F. Entre a loucura e a liberdade: a experiência de uma agente comunitária de saúde. **SaúdeLoucura 7**, São Paulo, n. 1, p. 53-58, 200-.
- MORENO, Vania. **O processo de desinstitucionalização e a reforma psiquiátrica**: representações sociais entre profissionais e ocupacionais da enfermagem. Ribeirão Preto, 1995, 227 p. Dissertação de Mestrado em Enfermagem – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SADIGURSKI, Dora. **Desinstitucionalização do doente mental**: expectativas a família. Ribeirão Preto, 1997, 224 p. Tese Doutorado em Enfermagem – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo.
- SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Legislação Básica. SUS – Sistema Único de Saúde. 2001.
- SANTOS, Beatriz R. L. et al. Formando o enfermeiro para o cuidado à saúde da família: um olhar sobre o ensino de graduação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 49-59, dez.2000.
- SERRANO, Alan Indio. **Onze estações e um devoto de São Jorge** – discursos psicológicos num Serviço de Saúde. Florianópolis, 1988, 280 p. Dissertação Mestrado em Psicologia – Curso de Pós-Graduação em Psicologia, Universidade Federal de Santa Catarina.
- SOPHIA, Daniela. Cuidar sim, excluir não. **Revista Tema**, Rio de Janeiro, n. 22, p.23-24, set.2001.
- SOUSA, Maria de Fátima. A enfermagem reconstruindo sua prática; mais que uma conquista no PSF. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 53, n. especial, p. 25-30, dez.2000.
- ROCHA, Sílvia R., DAVID, Maria do Rosário F. F. Um louco lúcido. **SaúdeLoucura 7**, São Paulo, n. 1, p. 85-92, 200-.

A VISITA DOMICILIÁRIA SOB O ENFOQUE DO ACOLHIMENTO E SUA INTERFACE COM A ABORDAGEM DO DESMAME PRECOCE NO PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM RELATO DE EXPERIÊNCIA

THE DOMICILIARY HEALTH VISITING UNDER THE PERSPECTIVE OF THE USER'S EMBRACEMENT AND ITS INTERFACE WITH THE ATTENTION TO EARLY WEAN IN THE FAMILY HEALTH PROGRAME: A CASE REPORT

LAS VISITAS DOMICILIARIAS BAJO LA PERSPECTIVA DE LA ACOGIDA DEL USUARIO E SU INTERFACE CON LA ATENCIÓN AL DESTETE PRECOZ EN EL PROGRAMA DE SALUD DE LA FAMILIA: UN RELATO DE VIVENCIA

Lislaine Aparecida FRACOLLI¹
Sayuri Tanaka MAEDA²
Patricia Rosa BRITES³
Sandra Cristina Ferreira SEPÚLVEDA³
Célia Maria Sivalli CAMPOS²
Elma Lourdes Campos Pavone ZOBOLI⁴.

RESUMO: Este artigo relata a experiência da realização de visitas domiciliares a nutrizes, com o enfoque do acolhimento, como um instrumental para o enfrentamento da questão desmame precoce. Durante três meses quatro mães que estavam amamentando seus bebês foram visitadas por duas estudantes de graduação em enfermagem. Foi avaliada a eficácia desta intervenção usando os dados de entrevistas semi-estruturadas analisadas através de métodos qualitativos. Os resultados apontaram que visita domiciliária é importante para estabelecer uma relação acolhedora entre os profissionais de saúde e as mães. Assim, possibilita-se uma atenção consoante com a singularidade do processo de amamentação.

PALAVRA CHAVE: aleitamento materno, saúde pública, cuidados primários de saúde

ABSTRACT: This paper tells about a nursing intervention based on the caring relationship as an instrument to diminish early wean. During three months four mothers who were suckling their babies were visited by two undergraduate nursing students. The efficacy of this intervention was evaluated using the data of semi structured interviews which were analyzed by qualitative methods. The results shows that the domiciliary health visiting is an important way to establish a caring relationship between the healthcare professionals and the mothers. So it enables a healthcare assistance in accordance with the singularities of breast feeding a child.

KEY WORDS: breast feeding, public health, primary health care

RESUMEN: Este artículo relata la experiencia de realizar visitas domiciliarias a nutricias bajo el enfoque de la acogida como un instrumento para enfrentar el problema del destete precoz. Durante tres meses dos estudiantes de enfermería visitaron a cuatro madres que estaban amamantando a sus bebés. Se evaluó la eficacia de esta intervención usando los datos de entrevistas semi estructuradas que fueron analizados por métodos cualitativos. Los resultados muestran que la visita domiciliaria es importante para establecer una relación de acogida entre los profesionales sanitarios y las madres. De esta manera se hace posible una atención de acuerdo con las singularidades del proceso de amamantamiento de un niño.

PALABRAS CLAVE: lactancia materna, salud pública, cuidados primarios de salud

INTRODUÇÃO

O Programa de Saúde da Família (PSF), como estratégia técnico-política do

Ministério da Saúde (MS) para a implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), fundamenta - se nos princípios de acesso universal e igualitário às ações e serviços

¹ Enfermeira, Professora Doutora, Docente do Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP. lislaine@usp.br

² Enfermeira, Professora Assistente, Doutoranda da EEUSP, Docente do Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP enssecre@edu.usp.br

³ Aluna de graduação em enfermagem da EEUSP enssecre@edu.usp.br

⁴ Enfermeira, Professora Assistente, Doutoranda da FSP-USP, Docente do Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da EEUSP elma@usp.br

para promoção, proteção e recuperação da saúde. Constitui-se em uma estratégia para reorganizar a atenção primária, implementando uma mudança no enfoque da assistência ao processo saúde-doença, priorizando as ações de proteção e promoção à saúde dos indivíduos e da família, tanto dos adultos quanto das crianças, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Abandona o pólo tradicional de oferta de serviços de saúde voltados para a doença para investir em ações que atuam nas interseções entre a saúde e as condições de vida dos sujeitos (ARAUJO, 1999).

Assim, a implementação do PSF implica na interação com a comunidade, visando construir, de forma participativa e corresponsável, práticas e estratégias mais eficazes de enfrentamentos aos problemas e necessidades de saúde.

Um destes problemas é o desmame precoce. A amamentação é uma das primeiras intervenções nutricionais que a mãe pode empreender e assegurar à saúde de seu filho. No Brasil, a despeito da implementação de variados programas de incentivo ao aleitamento materno, ainda ocorre um declínio do número de mulheres que conseguem amamentar seus filhos até os seis meses de idade.

Estudos sobre a temática da amamentação têm revelado que o desmame precoce deve-se a diversos fatores, destacando-se entre eles o desconhecimento da mãe acerca dos processos fisiológicos da lactação, perda das tradições, crenças e valores sociais sobre o que é amamentar, desvalorização social da prática da amamentação, não reconhecimento do aleitamento materno como estratégia para alcançar a segurança alimentar, atitudes médicas e culturais desfavoráveis, influências comerciais negativas, falta de reconhecimento do rol de papéis da mulher na sociedade, mudança desfavorável da carga de trabalho da mulher e perda das redes sociais de apoio ao aleitamento materno (VALE, 1999; SOUZA, 2000; KITOKO, 2000).

O acolhimento tem se mostrado, no PSF, uma instância potente para a organi-

zação do serviço, quando articulado a outras práticas que busquem a definição e o reconhecimento das necessidades de saúde da população/área de responsabilidade da unidade. Desta forma, a equipe procederá ao acompanhamento, vigilância e priorização de riscos e agravos, permitindo-se assim, o estreitamento do vínculo com a população, seu monitoramento, bem como o incentivo à autonomia do usuário (CAMPOS, 1997).

MATUMOTO (1998) considera o “acolhimento” como um processo, especificamente de relações humanas, pois deve ser realizado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os momentos e tipos de atendimento. Não se limita ao ato de receber, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Da mesma forma, podemos concluir que não se limita aos espaços intramuros da unidade, constituindo a visita domiciliar também uma oportunidade para o acolhimento.

A prática do acolhimento tem configurado um momento tecnológico com potencialidades para imprimir qualidade na atenção e nos serviços de saúde. O ato de escutar que marca o acolher difere do “ato de bondade”, porque é um momento de “construção de transferência” com vistas ao estabelecimento de uma relação vincular e de promoção da cidadania e autonomização do usuário (MALTA et al, 2000).

PEREIRA et al (1999) em seu estudo sobre o atendimento de enfermagem prestado à mulher durante o aleitamento materno, nas Unidades Básicas de Saúde da Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, mostra que a assistência continua ainda muito voltada para ações curativas, o que dificulta o trabalho do profissional de enfermagem e o estabelecimento de vínculo deste com a mulher, uma vez que a procura pelo serviço se dá na presença de algum agravamento à saúde, requerendo do profissional ação puramente prescritiva.

Assim sendo, frente à ponderação dos profissionais de uma unidade de saúde da família acerca do desmame precoce co-

mo preocupação das equipes locais propôs-se a realização de visitas domiciliares a nutrizes, com o enfoque do acolhimento, como um instrumental para o enfrentamento da questão. O presente artigo, então relata esta experiência.

PERCURSO DA EXPERIÊNCIA

Durante três meses, quatro nutrizes cadastradas em uma unidade de saúde da família situada na região Norte do município de São Paulo foram visitadas por duas estudantes do curso de graduação em enfermagem. As visitas domiciliares tinham como objetivo acompanhar, sob a perspectiva do acolhimento, essas mulheres durante o processo de amamentação.

A cada visita as estudantes registravam a situação das mulheres, seus problemas, dificuldades, concepções sobre amamentação e intervenções de enfermagem desenvolvidas.

Esses registros, sob a forma de relatos foram analisados utilizando-se a metodologia do Discurso do Sujeito Coletivo e são apresentados como forma de avaliar a assistência prestada sob o enfoque do acolhimento.

O Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) proposto por LEFÈVRE et al (2000) constitui uma técnica de organização de dados discursivos em pesquisa qualitativa que permite resgatar o estoque de representações sobre um determinado tema em um dado universo. A matéria-prima a ser trabalhada pelo DSC é o pensar expresso de forma discursiva de um conjunto de sujeitos sobre um certo assunto. Os discursos são submetidos a uma análise de conteúdo que se inicia pela decomposição desses nas principais ancoragens ou idéias centrais presentes em cada um individualmente e em todos reunidos, seguindo-se a uma síntese que visa a reconstituição discursiva da representação social.

CARACTERIZAÇÃO DAS MULHERES ACOMPANHADAS

Quatro mulheres na faixa etária de 19 a 27 anos, sendo uma delas solteira, mantida financeiramente pelos pais. Apenas uma delas não era primípara e não residia com outros familiares além do marido e filhos.

Das quatro mulheres, uma estava inserida no mercado formal de trabalho (auxiliar de enfermagem) e uma no informal (diarista), durante o processo de acompanhamento. O marido de uma das mulheres estava desempregado.

Quanto ao tipo de residência, duas das casas visitadas tinham mais de quatro cômodos, uma era de um único cômodo anexo à casa da sogra e uma era de dois cômodos em uma favela.

Observou-se que essas mulheres, em sua maioria, encontram-se em condições precárias de vida e trabalho.

RELATO DA EXPERIÊNCIA DA AMAMENTAÇÃO NA PERSPECTIVA DAS NUTRIZES

Embora existam diferentes Discursos do Sujeito Coletivo (DSC) quanto ao tempo de duração da amamentação, os DSC apontam uma positividade e predisponibilidade para amamentar novamente:

"Amamentação é bom. Gosto de dá de mamá, foi bom, muito bom. Foi a melhor parte da gestação. Amamentação é um ato de amor. Dá mais saúde e proteção para o filho. Alimenta acima de tudo, não tem gasto nenhum e a gente não precisa se preocupar com a mamadeira. Amamentação é a hora que cê fica mais com ele e aonde tem um contato maior com o bebê. Com certeza amamentaria novamente. Porque eu gosto de dá de mamá, aproxima muito mais o bebê da gente. Acho muito bom, principalmente por causa da saúde do bebê, porque evita muitas doenças."

Somente uma das nutrizes acompanhadas relata como negativa a vivência da

amamentação, propondo-se a um limite de tempo para uma nova experiência.

"(...) Não gostei de dar amamentação(...)"

"(...) Amamentaria só dois meses, três, aí depois eu parava. Porque acho uma coisa chata, você é obrigada a tirar o peito pra fora(...)"

A visita domiciliar (V.D.) feita por alguém vinculado à Unidade de Saúde é vista como importante, embora os DSC discordem quanto à identificação deste encontro como um momento de partilha e conversa sobre a amamentação. A importância desse encontro decorre da oportunidade de acessar um saber tecnológico recebendo orientações que imprimem segurança para amamentar. A partilha e a conversa sobre a amamentação fica restrita ao âmbito das relações pessoais.

"Foi importante porque a menina que vinha acabou me esclarecendo bastante dúvida. Foi uma lição, né?! Me senti segura, bem orientada."

"Conversava com muitas pessoas. Com minha mãe, minhas irmãs, amigas, todo mundo que aparecesse e tivesse tido a experiência. Comentava com a cunhada, com outras e outras pessoas que não pode dá de mamã."

Somente uma nutriz relata que não conversava com ninguém:

"(...) Não, eu nunca conversei com ninguém (...)"

Trabalho realizado na Austrália com o objetivo de avaliar o efeito de V.D. após o parto na redução dos problemas neonatais e na melhoria da vacinação, contracepção e amamentação aponta que no tocante à amamentação o impacto desta intervenção não se mostra efetiva para aumentar significativamente o tempo de amamentação

(QUINLIVAN et al 2003). Entre os motivos para tal o estudo indica que parte das mulheres já havia abandonado a amamentação antes da alta hospitalar ou na primeira semana pós-parto, antes do programa de visitar ter início. Ainda menciona o constrangimento para amamentar e a falta de apoio do parceiro como variáveis para introdução da alimentação artificial. Vale notar que o referido trabalho incorpora, embora não explicitamente, a perspectiva do acolhimento na realização da V.D., uma vez que o protocolo prevê um espaço para escuta e encaminhamentos dos problemas maternos e infantis que ultrapassam a dimensão biológica.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Para uma atenção integral de enfermagem às nutrizes é importante considerar o acolhimento, abarcando dimensões de sua vida de forma a ampliar o conhecimento e a compreensão do processo de amamentação e seus determinantes e favorecendo o vínculo entre os profissionais e a comunidade. Embora esta não configure por si só uma intervenção suficiente para impactar a adesão da mulher à amamentação.

Segundo MERHY (1994),

"criar vínculos implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nós nos sensibilizamos com o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre o usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário. É sentir-se responsável pela vida e pela morte do paciente, dentro de uma dada possibilidade de intervenção nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, é integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo".

Dessa forma, investir na relação de acolhimento no processo de trabalho, com vistas a promover a expressão autônoma das mulheres que amamentam, poderia favorecer a verbalização dos anseios, expectativas e dificuldades inerentes a uma vivência, que muitas vezes lhe é nova, possibilitando uma intervenção consoante com a singularidade e cotidiano de cada uma. Além disso, é importante pensar em desfocar a atuação da mulher gestante ou puérpera para uma intervenção na particularidade da comunidade da qual ela participa, pois sendo a amamentação uma prática social, esta não é responsabilidade exclusiva de um único agente, mas demanda apoio de uma rede social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 – ARAÚJO, M.R.N. *A saúde da família: construindo um novo paradigma de intervenção no processo saúde – doença*. 1999. 180p. Tese (doutorado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.
- 2 - CAMPOS G.W. Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar trabalho em equipes de saúde. In: MERHY E.E; ONOCKO R., orgs. *Agir em saúde*. São Paulo: Hucitec; 1997.
- 3 - KITOKO P.M. et al. Situação do aleitamento materno em duas capitais brasileiras: uma análise comparada. *Cad Saúde Pública*. v.16, p. 1111-9, 2000.
- 4 - LEFÈVRE F, LEFÈVRE A.M.C, TEIXEIRA J.J.V, orgs. *O Discurso do Sujeito Coletivo: uma nova abordagem metodológica na pesquisa qualitativa*. Caxias do Sul: EDUCS; 2000.
- 5 - MALTA D.C, FERREIRA L.M, REIS A.T, MERHY E.E. Mudando o processo de trabalho na rede pública: alguns resultados da experiência em Belo Horizonte. *Saúde em Debate* v. 24, p. 21-34, 2000.
- 6 - MATUMOTO S. *O acolhimento: um estudo sobre seus componentes e sua produção em uma unidade da rede básica de serviços de saúde*. 1998. 225 p. Dissertação (mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.
- 7 - MERHY E.E. Em busca da qualidade de serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo tecno-assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO L.C, MERHY E.E, CAMPOS G.W.S. *Inventando a mudança na saúde*. São Paulo: Hucitec; 1994.
- 8 - PEREIRA M.J.B, ASSIS M.M.A; REIS M.C.G. O modelo assistencial de saúde e o atendimento de enfermagem prestado à mulher com vistas ao aleitamento materno. *Rev Bras Enf*. v.52, p. 423-436, 1999.
- 9 – QUINLIVAN J.A., BOX H., EVANS S.F. Postnatal home visits in teenage mothers: a randomized controlled trial. *The Lancet* v. 361, p. 893-900, march 15, 2003.
- 10 - SOUZA M.H.N. Aleitamento materno: um estudo de intervenção em favelas de Vila Mariana, município de São Paulo. *Rev Enf UERJ* v. 8, p. 93-100, 2000.
- 11 – VALE, I.N. *Amamentação ineficaz: proposta de diagnóstico de enfermagem*. 1999. 109p. Tese (doutorado) Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo.

NORMAS PARA PUBLICAÇÃO DE ARTIGOS

I- NORMAS GERAIS

A Revista Eletrônica de Enfermagem é um periódico quadrimestral destinado à divulgação da produção científica da área da saúde, com ênfase na da Enfermagem brasileira e estrangeira.

Serão aceitos artigos originais e inéditos, destinados exclusivamente à Revista Eletrônica de Enfermagem, que contribuam para o crescimento e desenvolvimento da produção científica da Enfermagem, Saúde e áreas correlatas.

Os artigos encaminhados são submetidos à avaliação de até três consultores *ad-hoc*, especialistas na área pertinente a temática do artigo, e aprovados pelo Conselho Editorial.

Os trabalhos poderão ser enviados por via eletrônica (e-mail ou disquete). Concomitantemente, os autores deverão enviar por via postal, um ofício solicitando a apreciação do manuscrito pela revista, autorização para sua publicação assinada por todos os autores e indicação da categoria do artigo segundo as definições explicitadas nas normas, com indicação de endereço completo, telefone para contato com o(s) autor(es). Especial atenção ao e-mail atualizado para contatos entre o Comitê Editorial e os autores dos textos originais.

Serão aceitos trabalhos escritos em português, inglês ou espanhol.

Não serão admitidos acréscimos ou alterações após o envio para composição editorial e fechamento do número.

As opiniões e conceitos emitidos pelos autores são de exclusiva responsabilidade dos autores, não refletindo, necessariamente, a opinião do Conselho Editorial da Revista.

As pesquisas que envolverem seres humanos devem, obrigatoriamente, explicitar no corpo do trabalho o atendimento das regras da Resolução CNS 196/96 para estudos dessa natureza e indicar o protocolo emitido para a aprovação por Comitê de Ética reconhecido pelo CONEPE.

II- INSTRUÇÕES PARA O PREPARO E ENVIO DOS TRABALHOS INFORMES GERAIS

A Revista Eletrônica de Enfermagem publica além de artigos originais, trabalhos de revisão, atualização, estudos de caso e/ou relatos de experiência e resenhas de livros, resumos de teses e dissertações.

Artigos originais: são considerados os trabalhos de pesquisa original e inédita, que contribuam para o desenvolvimento do conhecimento na área. Devem ser organizados contendo, necessariamente: introdução, objetivos, métodos, resultados e discussão. Até 20 laudas.

Revisão: são pesquisas sistematizadas a partir da literatura, com análise crítica e reflexiva dessa produção, devendo conter claramente explicitados no corpo do trabalho: a delimitação do tema, objetivos, procedimentos adotados e conclusão. Até 15 laudas.

Atualização: são trabalhos que descrevem ou interpretam assuntos da atualidade, que sejam de interesse para a área. Até 10 laudas.

Estudos de caso e/ou relatos de experiência: são trabalhos que apresentem experiências relevantes no campo da assistência ou ensino, que podem servir como indicadores de melhoria da abordagem de pessoas, com vistas a potencializar as ações de enfermagem e saúde. Até 10 laudas.

Resenhas de livro: constitui-se de uma análise crítica de obra recentemente publicada. Até 3 laudas.

Resumos de Teses e Dissertações: podem ser apresentados resumos com até 400 palavras, em português, inglês e espanhol, no espaçamento simples entre as linhas trazendo a referência bibliográfica da tese ou dissertação de acordo com a NB 66/1989 (NBR 6023) da ABNT e nome do orientador.

FORMA DE APRESENTAÇÃO DOS ORIGINAIS

Os trabalhos deverão ser apresentados em formato compatível ao *MS Word for Windows*, digitados para papel tamanho A4, com letra Arial, tamanho 10, com espaçamento entre linhas igual a 1,5 em todo o texto, margem superior igual a 2,5cm e inferior, esquerda e direita igual a 1,5 cm.

Título: deve ser apresentado justificado, em caixa alta, negrito e nas versões da língua portuguesa, inglesa e espanhola.

Autores: nome(s) completo(s) do(s) autor(es) alinhados à esquerda, com a especificação em rodapé numerado de: categoria profissional, titulação, local de trabalho ou estudo, e-mail atualizado e endereço para correspondência do autor.

Resumo e descritores: devem ser apresentados na primeira página do trabalho em português, inglês e espanhol, digitados em espaço simples, com até 300 palavras, contendo obrigatoriamente introdução, objetivos, métodos, resultados e discussão e conclusões. Ao final do resumo devem ser apontados de 3 a 5 descritores ou palavras-chaves que servirão para indexação dos trabalhos. Para tanto os autores devem utilizar os descritores da Biblioteca Virtual em Saúde (www.bireme.br).

Estrutura do Texto: a estrutura do texto deverá obedecer às orientações de cada categoria de trabalho já descrita anteriormente, acrescida das referências bibliográficas, de modo a garantir uma uniformidade e padronização dos textos apresentados pela revista. Os anexos (quando houverem) devem ser apresentados ao final do texto.

Ilustrações: tabelas, figuras e fotos devem estar inseridas no corpo do texto contendo informações mínimas pertinentes àquela ilustração (Por ex. Tabela 1; Figura 2; etc).

Citações: as citações *ipsis literis* de referências bibliográficas deverão aparecer entre aspas, incluídas no texto e indicando o número da página. Neste caso não são necessários recuos nos parágrafos. Os depoimentos dos sujeitos da pesquisa, se for o caso, devem vir em itálico, com o mesmo tipo de letra do texto, isto é Arial 10 e na seqüência do texto, sem recuos de parágrafos. No corpo do texto, devem ser es-

pecificadas as fontes segundo AUTOR, DATA. Para dois autores, AUTOR 1 & AUTOR 2, DATA e, para três autores e mais AUTOR 1 et al, DATA.

Errata: os pedidos de correção deverão ser encaminhados em, no máximo, 30 dias após a publicação.

Referências bibliográficas: devem ser digitadas de acordo com a ABNT, NBR 6023 e ordenadas em ordem alfabética. Este item deverá conter apenas os autores citados no corpo do texto.

Exemplos de referências

Artigos em periódicos:

MARTINS, M. M.; BOEMER, M. R. Produção científica sobre o tema da morte e do morrer: estudo de um periódico. *Revista Gaúcha de Enfermagem*. v. 22, n. 2, p. 141-156, jul, 2001.

Obs: até três autores, deve-se colocar todos. Mais de três, deve-se indicar o primeiro nome e a expressão et al.

Livros:

ALBARRACÍN, D. G. E. *Saúde e doença na Enfermagem: entre o senso comum e o bom senso*. Goiânia: Editora AB, 2002.

Capítulos de livros:

TAVARES, C. M. M.; TEIXEIRA, E. R. Trabalhando com representações sociais na Enfermagem. In GAUTHIER, J. H. M.; CABRAL, I. E.; SANTOS, I. TAVARES, C. M. M. *Pesquisa em Enfermagem: novas metodologias aplicadas*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

Tese/Dissertação/Monografia:

SOUZA, A. C. S. *Risco biológico e biossegurança no cotidiano de enfermeiros e auxiliares de enfermagem*. 2001. 183p. Tese (Doutorado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto.

Jornais

SOUZA, H.; PEREIRA, J. L. P. O orçamento da criança. *Folha de São Paulo*, 02 de maio de 1995. Opinião, 1º Caderno. São Paulo, 1995.

Leis/portarias/resoluções

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Resolução 196 de 10 de outubro de 1996*. Diretrizes e normas regulamentadoras da pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 1996.

Obras em CD-ROM

PEDUZZI, M. Laços, compromissos e contradições existentes nas relações de trabalho da Enfermagem. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 53., Curitiba, 2001. *Anais*. Curitiba, 2001. CD-ROM

Internet

CASTRO, A. M. *Desenvolvimento e subdesenvolvimento* [online]. Disponível: <http://www.josuedecastro.com.br/port/dese nv.html> [capturado em 20 fevereiro 2001].

Observação: Todo texto extraído da internet possui um autor ainda que institucional.

Periódicos disponíveis por meio eletrônico

SOUZA, H.; RODRIGUES, C. A alma da fome é política. *Jornal do Brasil* [online], São Paulo, 12 set. 1993. Disponível: <http://www.geocities.com/athens/thebes/7046/fome.htm> [capturado em 11 jul. 2001].