

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**JULGAR E COMPREENDER:** contradições da abordagem  
multiprofissional à família da criança envenenada

UFC	BIBLIOTECA UNIVERSITÁRIA
Nº. R 1414534	
03 / 07 / 2001	

**LINHA DE PESQUISA** – Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade <sup>OK</sup>

**ORIENTANDA** – Luiza Jane Eyre de Souza Vieira

**ORIENTADORA** – Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Maria Grasiela Teixeira Barroso

Tese apresentada à Banca Examinadora do Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem – UFC, como requisito parcial para obtenção do título de doutor.

**FORTALEZA – CE**

**2001**

V 716j Vieira, Luiza Jane Eyre de Souza  
Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada./ Luiza Jane Eyre de Souza Vieira.  
— Fortaleza, 2001.  
— 182 fl. : il.  
Orientador: Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Maria Grasiela Teixeira Barroso.  
Tese (Doutorado). Universidade Federal do Ceará. Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem.  
1. Envenenamento – Criança. 2. Envenenamento – Equipe de assistência ao paciente. 3. Antropologia Cultural. 4. Enfermagem. I.  
Barroso, Maria Grasiela Teixeira (Orient.) II. Título.  
CDD 615.9

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
DOUTORADO EM ENFERMAGEM

**JULGAR E COMPREENDER:** contradições da abordagem multiprofissional à  
família da criança envenenada

Tese apresentada à Banca Examinadora por Luiza Jane Eyre de Souza Vieira, sob a orientação da Profª. Drª. Maria Grasiela Teixeira Barroso, como requisito parcial para obtenção do título Doutor em Enfermagem, pela Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

Aprovada em 14 de maio de 2001, pelos membros da banca:

Profª. Drª. Maria Grasiela Teixeira Barroso  
Presidente

---

Profª. Drª. Lygia Paim  
Examinadora

Profª. Drª. Mirian Caliope Dantas Pinheiro  
Examinadora

Profª. Drª. Maria de Lourdes Peixoto Brandão  
Examinadora

Profª. Drª. Neiva Francenely Cunha Vieira  
Examinadora

Profª. Drª. Maria Eurideia de Castro  
Examinadora Suplente

Profª. Drª. Lorita Marlina Freitag Pagliuca  
Examinadora Suplente

Trabalho inserido na linha de pesquisa **Enfermagem, Educação, Saúde e Sociedade**, do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal do Ceará.

Esta pesquisa contou com o apoio financeiro da Fundação Cearense de Amparo à Pesquisa – **FUNCAP**.



Dedico este estudo às **equipes multiprofissionais** que trabalham em unidades de terapia intensiva pediátrica, exercendo uma prática harmonicamente conflitante, entre a alta tecnologia e a necessidade essencial do toque.

## AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter-me mostrado SUA fortaleza, em que tive de fazer da fraqueza a força.

Aos meus pais, que apesar de vivenciarem agravos à saúde, não me deixam esmorecer.

Ao meu filho Saulo, por tantos encontros, desencontros e uma nova descoberta.

Ao meu marido Rubens, por ter se feito presente na minha vida como um presente tão forte, compreensivo e encorajador.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Grasiela, orientadora e amiga de todas as horas, pelo seu silêncio na hora certa e pelo seu diálogo constante.

À Professora Dr<sup>a</sup>. Lygia Paim, por continuar com seu envolvimento afetivo e sábio.

Ao casal Ximenes, por ter estado tão junto e sempre disponível.

Ao Instituto Dr. José Frota, por ampliar minha prática profissional e não medir esforços para fortalecer a construção deste trabalho.

A todos os que se envolvem com o Centro de Assistência Toxicológica do Ceará - CEATOX, por tudo.

À Universidade de Fortaleza – UNIFOR, na pessoa da Coordenadora do Curso de Enfermagem, Professora Dr<sup>a</sup>. Mirian Calíope Dantas Pinheiro, meu agradecimento.

À Professora Francisca Liliâne Pereira da Costa, pelos constantes suportes, facilitando horas de estudo, minha gratidão.

Aos professores e funcionários do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFC, meu reconhecimento.

E a todos os que se mostraram solidários com a realização deste trabalho, meu obrigada.

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b>	08
<b>APRESENTAÇÃO</b>	09
<b>CAPÍTULO 1</b>	11
<b>NECESSIDADE DE COMPREENDER AS INTOXICAÇÕES EXÓGENAS</b>	11
<b>CAPÍTULO 2</b>	19
<b>APRESENTO A REALIDADE... REPENSO A MAGNITUDE DO PROBLEMA</b>	19
2.1 Breve relato sobre os envenenamentos	20
2.2 Conceitos de cultura na visão antropológica	30
2.3 Cultura e sua compreensão para o cuidado em saúde	35
<b>CAPÍTULO 3</b>	41
<b>ARGUMENTO DA INVESTIGAÇÃO</b>	41
3.1 Conduzo a pesquisa pela etnografia	43
3.2 Opto pelo método: etnoenfermagem	47
3.3 A etnografia e a etnoenfermagem no ambiente de trabalho	48
3.4 A pesquisa ética	52
3.5 Os participantes	54
3.6 Encontro com os participantes e os dados	57
3.7 Considerações sobre os achados	62
<b>CAPÍTULO 4</b>	66
<b>PANORAMA CULTURAL, PALAVRAS E REALIDADE OBSERVADA: mas ele vai ficar bom, não vai?</b>	66
4.1 Amplio a compreensão do estudo	71
<b>CAPÍTULO 5</b>	120
<b>JULGAR E COMPREENDER: contradições da abordagem multiprofissional à ... família da criança envenenada</b>	127
5.1 As dimensões da estrutura social e cultural da abordagem ..... multiprofissional à família da criança envenenada	150
<b>CAPÍTULO 6</b>	156
<b>VISLUMBRE DE PERSPECTIVAS...</b>	156
<b>ABSTRACT</b>	166
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	167
<b>ANEXOS</b>	

## RESUMO

Para cuidar respeitando a filosofia holística, este cuidado requer, por parte do profissional de saúde, bases filosóficas e epistemológicas afins. É preciso pois, inserir o senso comum das pessoas de quem se cuida, no planejamento e execução do próprio cuidado e, nesse processo, perceber a interrelação com o cuidar educando o ser humano. Esta pesquisa teve como objetivo compreender como os profissionais de saúde, enfermeira, médica, fisioterapeuta e assistente social, abordam a situação da família da criança envenenada, e quais as implicações dessa abordagem para a prática do cuidado em saúde. Optou-se pela etnografia, priorizando o método da etnoenfermagem, na construção teórico-metodológica. Foram entrevistados, intencionalmente, dezenove profissionais que desenvolvem sua prática em uma UTI-Pediátrica de um hospital público de emergência, localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Decorrente da análise dos descritores e padrões que qualificaram a abordagem profissional à família da criança envenenada, o tema cultural do estudo, emergiu como sendo *Julgar e compreender: contradições da abordagem da equipe multiprofissional à família da criança envenenada*. Estes achados foram refletidos à luz da Teoria do Cuidado Cultural e, mediante os ensejos revelados pelos participantes do estudo, identificou-se indícios de uma prática dialógica, contraditória em si mesma, porém harmônica em respeito às diferenças, fruto da diversidade de formações acadêmicas e visões de mundo de cada profissional, além das mudanças que advêm do reflexo da estrutura organizacional em que essa prática é exercida.

## APRESENTAÇÃO

---

---

O ato de pesquisar sobre envenenamentos em crianças e sua repercussão no âmbito familiar foi motivado por uma prática profissional, há cerca de 13 anos, em uma instituição de emergência.

Surgiram inquietações que suscitantes de novas pesquisas, culminando com a elaboração deste trabalho, o qual discorre sobre a abordagem da equipe multiprofissional que cuida da criança envenenada e, conseqüentemente, da sua família.

Esboço em capítulos a delineação deste estudo, e no Capítulo 1 menciono a necessidade de se compreender as intoxicações exógenas.

No Capítulo 2, delinheiro a realidade e repenso a magnitude do problema, realizando breve discussão sobre os envenenamentos; trago conceitos de cultura na visão antropológica; discorro sobre a importância da cultura para a compreensão do cuidado em saúde; e evidencio o objetivo do estudo.

No Capítulo 3, argumento sobre as norteações metodológicas da pesquisa e justifico minha escolha pelo paradigma qualitativo e sua condução pela abordagem etnográfica. Relato sobre minha opção pelo método da etnoenfermagem; faço considerações sobre a etnografia e a etnoenfermagem no ambiente de trabalho; enfoco posicionamentos da pesquisa ética; descrevo o encontro com os participantes e com os dados; e teço considerações sobre os achados.

No Capítulo 4, exponho o panorama cultural e a realidade observada, de uma forma coletiva, no intuito de resguardar, da melhor forma possível, os participantes do estudo e narro analiticamente as entrevistas dos participantes, os quais cognominei de espécies de pedras preciosas e semipreciosas, por considerar que o ser humano vive em constante lapidação.

No Capítulo 5, desenvolvo o tema cultural que se evidenciou como Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada.

No Capítulo 6, vislumbro perspectivas de uma abordagem ainda que contraditória e conflituosa, efervescente de ensejos de coerência cultural, e finalizo a pesquisa, ainda que na sua incompletude, pois que suscita novos questionamentos.

# CAPÍTULO 1

## NECESSIDADE DE COMPREENDER AS INTOXICAÇÕES EXÓGENAS

---

---

A intoxicação exógena é um dos acidentes em crianças que registra ocorrências, em número significativo, em diversos lugares do mundo inteiro e, como não poderia deixar de ser, adquire as peculiaridades ecológicas e culturais de acordo com a área geográfica e o contexto onde ocorre.

Visando ao melhor esclarecimento do que é intoxicação, autores como Guimarães et alii. (1997) a entendem como um conjunto de sinais e sintomas que demonstra o desequilíbrio orgânico promovido pela ação de um agente toxicante externo, revelado pela evidência clínica e/ou laboratorial.

A compreensão e a divulgação deste conceito não devem ficar restritas à literatura utilizada pelos profissionais de saúde e estudiosos da área toxicológica, e sim, ser extensivas às famílias e à sociedade, como incentivo a uma reflexão crítica da gravidade do envenenamento no organismo humano.

A ocorrência de intoxicações requer procedimentos de emergência, pois, a depender do agente, pode evoluir para o inevitável óbito. Exemplificando melhor, os casos tóxicos que decorrem da ingestão (ou outro modo de envenenamento) de pesticidas (organofosforado, carbamato) constituem uma emergência porque produzem síndrome

anticolinesterásica com a instalação de miose, bradicardia, acúmulo de secreções brônquicas, sudorese, sialorréia, fasciculações e fibrilações musculares, torpor, confusão mental e coma, sendo, portanto, reações sistêmicas graves que exigem intervenções rápidas e seguras na tentativa de eliminar e inativar o agente tóxico, além de requerer medidas de suporte terapêutico (Schvarstman, 1991; Guimarães et al., 1997).

Na introdução de sua obra sobre Intoxicações agudas, Schvarstman (1991) discorre sobre a evolução histórica da toxicologia e como a sociedade reagia frente aos problemas relacionados aos tóxicos, sendo possível interligar à intoxicação a historicidade filosófica das épocas. Inicialmente, na fase primitiva, o homem descobriu os tóxicos nos alimentos e nos animais nocivos e soube utilizá-los para sua defesa, tendo aprendido a evitá-los; posteriormente, o veneno foi utilizado com fins punitivos, relacionado aos atos homicidas e suicidas, encontrando o seu auge na Idade Média, sendo retratado pela literatura, arte e cinema, criando, então, na sociedade, conceitos inadequados, estando o veneno associado ao arsênico, cianeto, ácido sulfúrico e ligado aos crimes ou punições.

Continuando com o pensamento de Schvarstman (1991), este acredita que, talvez por esse fato, se possa explicar o verdadeiro descaso das pessoas em relação aos mais elementares princípios de segurança na utilização e manuseio, ainda nos dias atuais, de grande quantidade de substâncias tóxicas. E, na atualidade, a toxicologia abrange aspectos profissionais, alimentares, atmosféricos, como também se preocupa com o consumo dos entorpecentes, maconha, medicamentos psicotrópicos, inalação de colas plásticas, não sendo de todo ocioso lembrar que doenças iatrogênicas e teratogênicas constituem, ainda, objeto da toxicologia.

Minha afinidade com o tema decorre de uma prática profissional, que registra um período de 13 anos em um hospital de emergência, especializado no atendimento às pessoas acometidas desse tipo de



infortúnio, seja acidental ou intencional. No decorrer da minha prática, com o passar do tempo, fui me aproximando de pessoas acometidas de envenenamento e de componentes de suas famílias, tendo-me despertado maior interesse os casos que envolviam crianças. Fui identificando, com relação a esses envenenamentos, a necessidade de uma compreensão ampla, por parte do profissional de saúde, do contexto familiar em que estão incluídos os fatores educacionais e socioculturais que podem interferir nessas ocorrências.

Com efeito, o interesse crescente em me aprofundar nesta temática levou-me, no curso de mestrado, a desenvolver uma dissertação que buscou conhecer o comportamento das famílias de crianças envenenadas diante deste fato, o qual foi interpretado no contexto sociocultural que cerca esses grupos familiares. Mediante este estudo, foi identificado o fato de que a intoxicação exógena em criança é um dos acidentes domésticos que registra elevado número de atendimentos nos hospitais de emergência, caracterizando grave problema de saúde pública, porque, em sua grande maioria, pode ser prevenida.

Ao optar por conhecer como as famílias enfrentavam os casos de envenenamento com suas crianças, fui levada a conduzir um estudo com abordagem etnográfica para que pudesse me situar no mundo cultural dos informantes e, com eles, ser capaz de apreender os significados, por eles vivenciados, a respeito dos envenenamentos em crianças, acontecidos no seu ambiente natural, ou seja, no contexto familiar. No decorrer da pesquisa, fui observando, participando e compreendendo a complexidade e pluralidade dos fatores que cercam a vida dessas famílias e como estas se colocam diante das situações de agravos à saúde, convivendo, ao mesmo tempo, com as limitações educacionais, sociais e econômicas, compartilhando problemas familiares como a ameaça da fome, loucura, alcoolismo, imposições culturais, dentre outros problemas de várias naturezas.

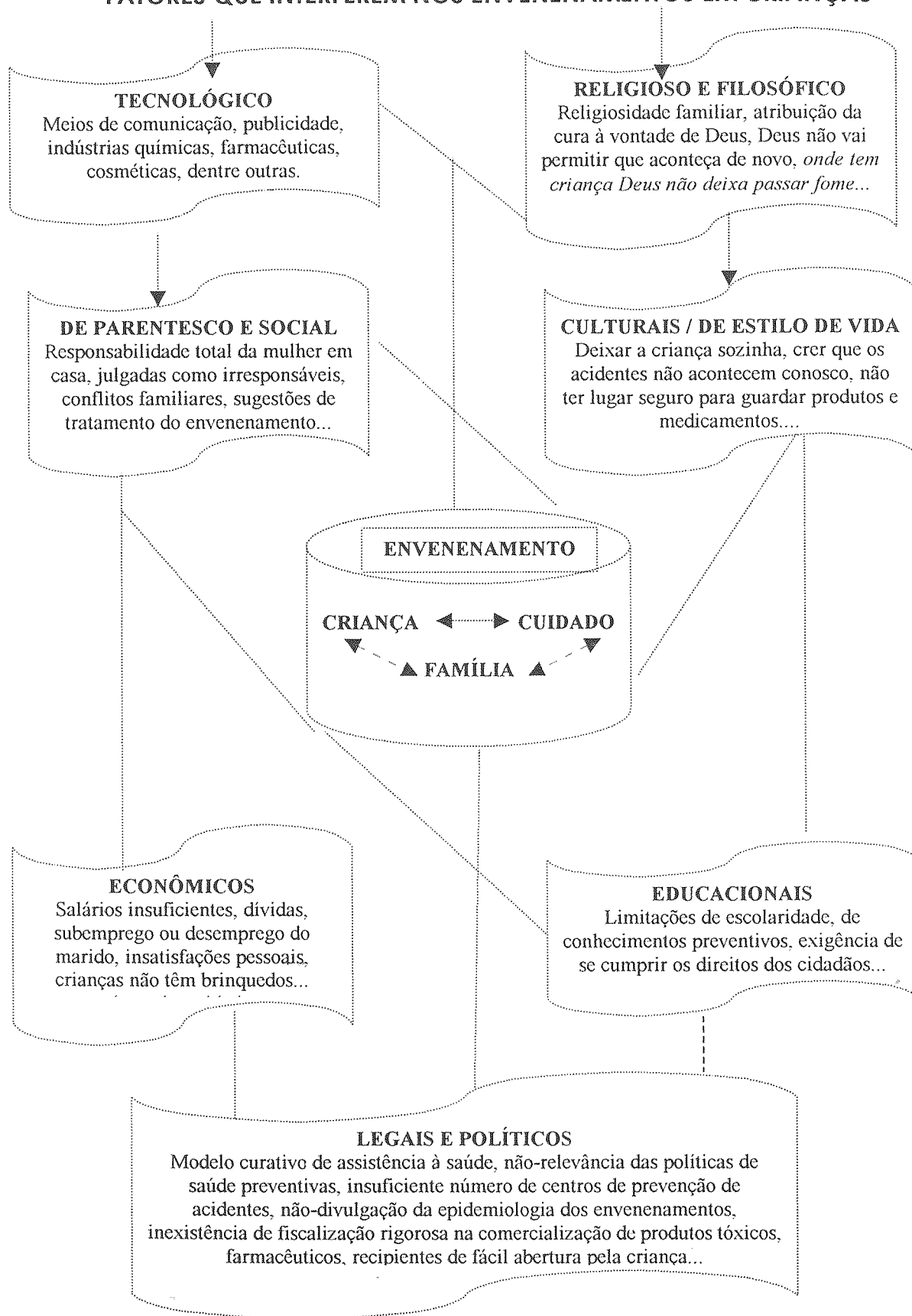
Para evidenciar de forma mais fidedigna possível, a expressividade das falas, enfatizei a linguagem do dia-a-dia dessas famílias, o que proporcionou o surgimento de vários domínios culturais que se aproximaram dos significados, na visão de mundo dos informantes, de como se colocaram frente ao envenenamento com suas crianças. Assim sendo, *Envenenar é mais perigoso, A gente tem outras preocupações, Mania de dar leite, Estar sempre no calo da criança*, foram alguns domínios que evidenciaram as interpretações registradas (Souza, 1997; Souza & Barroso, 1998).

A partir desses e de outros domínios identificados, foi possível inferir que as famílias do estudo demonstraram saber que o envenenamento é perigoso, porém, não evidenciaram conhecer a dimensão da gravidade que se instala, que a multicausalidade a permear essas ocorrências é complexa, que o cuidado popular se faz presente, mediante a rede social e de parentesco, e que a criança necessita de uma vigilância responsável por parte da família.

Concordando com o tema cultural emergido do estudo, de que *Nenhuma mãe quer que aconteça nada com seu filho*, e fundamentando os achados da pesquisa com a Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural (Leininger, 1991), identifiquei a forte interligação dos fatores tecnológico, religioso e filosófico, social e de parentesco, educacional, econômico, cultural e estilo de vida, legais e políticos, que compõem a estrutura cultural e social dos agravos à saúde e a busca da cura, junto ao envenenamento enfrentado pelas famílias do estudo. Foi com essa identificação que passei a ampliar a lente cultural para esse acontecimento e compreender a necessidade de repensar a magnitude desse problema.

Ilustrando os achados da minha dissertação de mestrado - *Envenenar é mais perigoso: uma abordagem etnográfica*, no contexto da estrutura social e cultural do cuidado, faço uma adaptação dos fatores que compõem o Modelo Sunrise, e os relaciono com a multicausalidade que interfere nos envenenamentos em crianças, colhidos da visão de mundo dos informantes do estudo.

## FATORES QUE INTERFEREM NOS ENVENENAMENTOS EM CRIANÇAS\*



\* Adaptado do Modelo Sunrise, Leininger (1991, p.43).

Com estes achados, foi possível compreender a inadequação do conhecimento, por parte das famílias, de aspectos importantes que contribuem com a prevenção dos acidentes tóxicos. Ao utilizar o primeiro nível da Teoria do Cuidado Cultural, ficou demonstrado que este referencial teórico possibilita condição de aprofundamento neste fenômeno, quando o cuidado à saúde perpassa os âmbitos culturais e formais de atenção à saúde.

Ao concluir o mestrado, tornei-me mais atenta durante os atendimentos desses casos, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P)<sup>1</sup>, meu setor de trabalho, ao indagar às pessoas das famílias sobre o modo de como ocorreu o envenenamento com a criança, e continuei identificando que o desconhecimento evidenciado pelas famílias sobre a gravidade do envenenamento era uma constante, e algumas questões novamente começaram a me instigar. Essas famílias comentaram que jamais imaginariam que "algumas gotinhas desse veneno pudessem deixar a criança sem respirar", que "com uma picada de uma cobra se perdesse uma perna", que "o veneno de muriçoca fosse tão perigoso", dentre outras manifestações de espanto e surpresa.

Sendo assim, como enfermeira e educadora em saúde, este desconhecimento demonstrado pelas famílias acerca dos efeitos colaterais dos medicamentos, das potencialidades tóxicas dos produtos utilizados no ambiente domiciliar, das reações orgânicas decorridas das picadas de animais peçonhentos, tão presentes em seus discursos, suscitaram-me dúvidas quanto a estarmos abordando essas famílias sobre a gravidade e a importância da prevenção desses acidentes tóxicos.

No presente estudo explícito, também, a relevância da temática para despertar nas pessoas a necessidade de conquistas sociais que incluam

---

<sup>1</sup> Passo a escrever UTI-P como abreviatura de Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

melhores condições de saúde e, conseqüente, qualidade de vida entre as famílias.

Busco, então, questionar o modo como nós, enfermeiras<sup>2</sup>, médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas estamos abordando as famílias; e como estamos ajudando-as na aquisição de informações e construção de conhecimentos sobre as implicações relativas aos envenenamentos e, desta forma, contribuir para que elas compreendam a importância de preveni-los. E, em especial, as formas com as quais estamos abordando essas famílias, durante o atendimento hospitalar, no momento em que estas se encontram fragilizadas e culpadas pelo envenenamento ocorrido com a criança que está sob sua responsabilidade e proteção. Estamos indo ao encontro ou de encontro às possibilidades de aprendizagem das pessoas atendidas quanto ao cuidado e promoção da saúde?

Apesar de estarmos buscando, como profissionais, novos caminhos para ampliar a condição de humanização nos atendimentos aos agravos à saúde, a influência do paradigma biomédico é muito forte na condução da prática dos profissionais de saúde; costumamos ter um olhar para o imediato, ou seja, para os distúrbios orgânicos que se instalam e, por vezes, não olhamos além-muros, nem sequer vislumbramos o contexto familiar como integrante daquela situação. Confirmando esta colocação, Good (1996) citado por Gualda (1998, p.36) destaca que a medicina tem tratado a doença como um objeto ou condição do corpo físico e não como uma ocorrência na vida e no mundo social, tendo, por isso, sido alvo de muitas críticas.

Quem sabe se nós, profissionais da saúde, em vez de nos limitar ao atendido como um indivíduo recortado do mundo, não consideraríamos nosso cliente sempre inserido em um contexto maior? Sendo assim, identifica-se um hiato, durante a oferta dos cuidados, sobre informações que possam surtir o efeito desejado pelos profissionais e pelas famílias na redução dessas

---

<sup>2</sup> Optei em assim denominar, contudo reconhecendo a crescente inserção do sexo masculino na profissão.

ocorrências e complicações, ou seja, abordagens culturais compatíveis e congruentes com a realidade do cliente, contemplando o bem-estar da família como parte da humanização ao cuidar da criança. Esta lacuna requer um preenchimento que corresponda a uma revisitação do cuidado das pessoas que nessas situações envolvidas em envenenamentos buscam os serviços de saúde. A humanização do cuidado, inclui, necessariamente, tornar as pessoas envolvidas no cuidado capazes de transformar uma realidade, desde que se desenvolva uma capacitação inserida em seu mundo cultural. Os profissionais da equipe de saúde, os que cuidam, constituem os eleitos no desenvolvimento e efetivação dessa abordagem cultural que carrega propostas educativas.

E a educação em saúde de que ora trato acontece a partir da filosofia de Paulo Freire, que preconiza uma educação na qual esteja inserida a consciência crítica para buscar uma transformação da realidade, e, partindo do seu cotidiano, o educando questione sua condição de oprimido, procure o diálogo e se torne consciente de seus direitos (Freire, 1987; Gadotti, 1991).

Nesta perspectiva, avancei no estudo do tema – criança envenenada e família - entendendo que abordagens centradas na compreensão da amplitude do ser humano possibilita ao profissional de saúde olhar o cuidado ao cliente, no âmbito das organizações, influenciando e sendo influenciado pelas dimensões e estruturas sociais do cuidado, como preconiza a Teoria do Cuidado Cultural<sup>3</sup>. No primeiro nível está delineada as dimensões da estrutura social e cultural do cuidado e a influência dos fatores tecnológico, religioso, filosófico, parentesco e social, cultural e estilo de vida, político e legal, econômico e educacional; ainda se encontra presente a influência da linguagem, etno-história, visão de mundo que interfere nas ações do cuidado e da enfermagem. Neste estudo coloco a equipe multiprofissional e a organização como foco deste cuidado.

---

<sup>3</sup> Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural, Leininger (1991, p.43).

## CAPÍTULO 2

### APRESENTO A REALIDADE... REPENSO A MAGNITUDE DO PROBLEMA

---

---

Esboço tópicos relevantes para ampliar a compreensão dos envenenamentos e sobre quais focos os autores, que têm afinidade pelo assunto, têm realizado suas pesquisas. Sobreponho a importância dos conceitos de cultura na visão antropológica, contribuindo para a compreensão do objeto de estudo.

É polêmica a inserção do pesquisador na literatura pertinente ao tema do estudo, antes da entrada no campo e do contato com a realidade. Algumas controvérsias desse tipo, na visão de alguns estudiosos, vêm originando correntes opostas sobre esse ponto.

Autores que se posicionam a favor de um conhecimento prévio (Miles & Huberman, 1994; Morse & Field, 1995; Gualda, 1998; Vieira, 1998) assinalam que o pesquisador, ao tomar ciência do que foi escrito com relação ao tema, tem nessa busca a ajuda para delinear, de maneira mais objetiva, as questões que suscitaram o estudo.

Por outro lado, autores que contrapõem essa visão – Lincoln & Guba (1985) citados por Alves-Mazzoti & Gewandsznajder (1998), - asseveram que o pesquisador já adentra o campo com um conhecimento

que o pode deixar menos perspicaz para fatos relevantes ao desenvolvimento do trabalho.

Além dessas posições, está a minha nesta pesquisa, já que venho construindo esse conhecimento, ladeada por literatura do meu interesse até por já estar adentrada no campo, em contato com realidades aproximadas com crianças envenenadas, não só pelo meu cotidiano de atuação profissional como também pelo estudo anterior para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Por todas essas exposições, concordo com a visão dos autores que se posicionam a favor de um conhecimento geral do tema que se está investigando, pois está mais próxima de mim, de uma certa forma, norteia-me como pesquisadora no delineamento das metas estabelecidas durante o percurso do trabalho. Permite-me aprofundamento do fenômeno a ser investigado. Sendo assim, retrato através da literatura alguns tópicos pertinentes ao desenvolvimento do percurso deste estudo.

## **2.1 Breve relato sobre os envenenamentos**

A relação dos tóxicos com o comportamento humano vem sendo discutida há séculos, assumindo interpretações vigentes em cada época bem como a visão que a sociedade vai construindo ao longo do tempo.

Pesquisadores europeus e norte-americanos publicaram vários trabalhos que têm como objetivos identificar a quantidade de substância tóxica no nível sanguíneo de crianças atendidas nos serviços de emergências; verificar a utilização e eficácia do carvão ativado e do uso do xarope de ipeca no tratamento desses casos; registrar a relação entre as condições ambientais e a intoxicação por determinado metal; determinar o grau de conhecimento demonstrado pelos pais sobre intoxicação por chumbo em criança, em que os autores concluíram que os pais não têm muito conhecimento dos modos de prevenir essas ocorrências; como



também, avaliar protocolos de condutas terapêuticas preconizadas nos programas de prevenção, dentre outros objetivos. Isto tudo vem mostrar a preocupação desses profissionais com este tipo de morbidade entre crianças (West, 1997; Krenzelok et al., 1997; Mehta & Binns, 1998; Fisher & Vessey, 1998; Hipkins et al., 1998).

São alguns exemplos de estudos referentes ao tema que focalizam o perfil de crianças envenenadas e os respectivos agentes envolvidos em diversas localidades do globo, os fatores de risco que contribuem na concretização desses casos, determinação de agentes específicos nos envenenamentos, são também objeto de investigação (Petridou et al., 1996; Petridou et al., 1997; Jaraczewska & Kotwica, 1997; Brito et al., 1998; HO et al., 1998; Marchi et al., 1998; Leveridge, 1998).

Outros estudos têm dirigido sua atenção aos aspectos preventivos, ou seja, os questionamentos não se restringem aos aspectos mencionados. Pelo contrário, ampliam-se, e a literatura aborda os aspectos preventivos nas intoxicações e a urgência de se fortalecer ações educativas mais eficazes junto ao público específico (Caliva et al., 1998; Fisher & Vessey, 1998; Knestrick & Milstead, 1998).

Em relação a tríade família, envenenamentos e prevenção, há uma literatura considerável, pois, quando pesquisei na biblioteca virtual em saúde, na base de dados do sistema de busca MEDLINE, usando estes termos como indexadores, obtive como resultado 34 trabalhos publicados no período de 1994 a 2000, envolvendo essa temática; porém, quando busquei a intersecção dos indexadores profissional, envenenamento e prevenção, encontrei apenas 8 trabalhos, no período mencionado. Ao pesquisar na base de dados do sistema de busca LILAC, encontrei 1 trabalho que aborda aspecto preventivo, na família, em relação à violência intrafamiliar e, não foi identificado, pelo sistema, estudo com os indexadores profissional, envenenamento e prevenção. Considero a relevância em se investigar o

assunto mediante este breve perfil de pesquisa bibliográfica que enfocasse o tema.

O interesse não está restrito ao âmbito terapêutico, pois se observa a necessidade da inserção da família no envenenamento. Pesquisas são também desenvolvidas, enfocando as ações de educação em saúde, visando ao esboço de medidas preventivas eficazes.

A profissional enfermeira, no plano mundial, tem dedicado pesquisas a esta temática, tanto nos aspectos das condutas terapêuticas necessárias no curso do tratamento, como na participação das políticas públicas para a redução dos envenenamentos, na atuação e evidência do importante papel da enfermeira da comunidade, família e da enfermeira escolar, na identificação dos riscos potenciais no ambiente e sua relação com os envenenamentos na infância, como questões que necessitam ser explicitadas e divulgadas na comunidade científica, e para a sociedade como um todo (Needham, 1994; Neuffer, 1994; Bond, 1995; Arvidson & Colledge, 1996; Block et al., 1996; Alvarez-Amaya et al., 1997; Knestrick & Milstead, 1998).

Na literatura brasileira, autores apresentaram em seus trabalhos diversos aspectos vinculados à ocorrência das intoxicações exógenas. Estes enquadraram-se no estabelecimento das medidas terapêuticas, no delineamento do perfil da criança intoxicada, na ecologia e cultura da intoxicação, nos principais agentes identificados, relacionando-os com a faixa etária, avaliação do conhecimento dos pais sobre a prevenção das intoxicações exógenas no ambiente domiciliar, dentre outros (Schvartsman et al., 1991; Beria et al., 1993; Lima & Reis, 1995; Silvany-Neto et al., 1996; Boischio & Henshel, 1996; Lebrão et al., 1997; Souza, 1997; Souza & Barroso, 1997; Souza & Barroso, 1998; Souza & Barroso, 1999; Salerno et al., 2000).

Para que se consiga penetrar na complexidade que cerca a intoxicação exógena e sua repercussão nos aspectos biopsicossociais do ser

humano, é preciso que se aprofundem os estudos direcionados para essa temática, ampliando, também, a epistemologia através da historicidade e dos aspectos culturais.

Reportando-se às investigações sobre a associação de agravos à saúde por causas ambientais, Asthana (1995) comenta o fato de que ainda há poucos estudos sobre a morbidade ocasionada por essas causas, em áreas urbanas dos países em desenvolvimento e acrescenta que os acidentes com crianças estão associados aos fatores internos, como os perigos no ambiente, a natureza do domicílio e a inadequada supervisão da criança.

No Brasil, estudos de Schvarstman (1983, 1991), Schvarstman et alii. (1984), abordam a intoxicação exógena na criança, principalmente as causadas por plantas tóxicas e produtos de uso domiciliar. Estes estudos enfocam a multicausalidade dessas ocorrências e a importância do conhecimento, por parte da família e da criança, das propriedades tóxicas dos agentes.

Outros autores também consideram as intoxicações exógenas interligadas às peculiaridades regionais, acreditando eles que a ocorrência do envenenamento exige uma emergência pediátrica e que necessitamos conhecer a magnitude do problema e suas peculiaridades (Johnansen et al., 1994; Racioppi et al., 1994; Souza, 1997; Souza & Barroso, 1997; Souza & Barroso, 1998).

Riedel (1980) realizou uma pesquisa em que focalizava o aspecto clínico-toxicológico de intoxicações agudas em crianças, desenvolvido nas unidades de prontos-socorros do Município de Fortaleza, abrangendo a unidade central do Instituto Dr. José Frota e três unidades distritais – Antônio Bezerra, Messejana e Parangaba, no período de 1974 a 1978. Identificou 3.827 atendimentos de intoxicações em crianças. Desses casos, 693 foram relacionados aos produtos químicos de uso domiciliar e 142 foram

relacionados aos medicamentos. Ainda delineando, 2.123 (55,47%) casos foram no sexo masculino e 1.696 (44,32%) no feminino. O querosene é o primeiro de uma lista de 10 produtos mais identificados no período investigado.

Em estudo anterior, Souza (1997) relata o fato de que as intoxicações exógenas são, na sua grande maioria, acidentais; porém, são conseqüentes das situações facilitadoras, das características peculiares às fases da criança, de comportamentos inadequados das famílias e de pouco incentivo às medidas e comportamentos preventivos.

Retratando a realidade e ratificando a significação desse tipo de morbidade na criança, os casos atendidos no Centro de Assistência Toxicológica do Ceará - CEATOX, localizado no Instituto Dr. José Frota, totalizaram 5.813 ocorrências, abrangendo a faixa etária de 0 a 9 anos, no período de 1990 a 2000. Considerando a gravidade do quadro que se instala e o potencial para o óbito, esse quantitativo assume importância ímpar para as crianças e componentes familiares que enfrentam o envenenamento. Esclareço que não foram computadas, nesta estatística, as ocorrências registradas como intoxicações alimentares, considerando sim os casos provenientes de picadas de animais não peçonhentos em virtude da inoculação de substâncias que podem desencadear reações alérgicas que, a depender da sensibilidade da pessoa, podem ser muito significativas. A título de ilustração, na UTI-P, houve registro de óbito de um adolescente, decorrente de picadas de abelhas, pois a repercussão no sistema renal foi grave, inviabilizando seu mecanismo fisiológico.

Ampliando a faixa etária para o intervalo de 0 a 19 anos, esse quantitativo se eleva, no mesmo período, para 9.568 casos, que envolvem, como agentes indutores, os medicamentos, os produtos químicos industriais, os pesticidas agropecuários, os produtos de higiene domiciliar, os produtos de toalete, as plantas, as picadas de animais peçonhentos (peçonha de

cobras venenosas, escorpiões, aranhas...) e não peçonhentos (cobra não venenosa, abelhas, outros...) dentre outros mecanismos que não são registrados na ficha de notificação, muitas vezes, pelo desconhecimento da pessoa envenenada ou dos que a acompanham.

Com este demonstrativo, é de se notar que os envenenamentos continuam a registrar um número considerável nos atendimentos de emergência e, realmente, necessitam ser tratados com maior amplitude na busca de uma adequação de estratégias preventivas.

É freqüente, na UTI-P, de um Hospital de emergência no Município de Fortaleza, a incidência de casos de crianças procedentes da zona urbana, internadas por intoxicações mediante a ingestão de Detefon, Baygon, Aldrin, formicidas, raticidas (rodenticidas) e outros tipos de produtos, inclusive os que têm seu uso restrito à agricultura. Estes convivem com as crianças, suas famílias e toda uma rede social, sem que essas pessoas demonstrem ser conhecedoras dos fatores de risco que acompanham o uso e manuseio dessas substâncias.

Dessa forma, vale salientar, as intoxicações por determinados agentes ocasionam repercussões sistêmicas graves, com o comprometimento neurológico, a depressão respiratória, levando a criança à submissão de procedimentos invasivos e de suporte ventilatório, mediante o uso de respiradores mecânicos e, muitas vezes, com graves complicações que culminam com o indesejável óbito. No período de 1995 a 2000, 157 casos de intoxicação exógena foram admitidos na UTI-P e as crianças foram submetidas aos cuidados intensivos e a todas as situações de estresses presentes em tratamentos nas unidades intensivas.

No interior da UTI-P, as famílias, ao presenciar suas crianças internadas (e submetidas a procedimentos dolorosos e invasivos, acompanhados de instalação de equipamentos e aparelhos como medidas de suporte à terapia estabelecida pela equipe de saúde, na tentativa de

estabilizar as condições fisiológicas do menor), tornam-se angustiadas e impotentes para enfrentar todo esse ambiente de estresse.

No dia-a-dia, é comum os profissionais cuidarem de crianças intoxicadas que desenvolvem reações sistêmicas graves, com perda de consciência e depressão respiratória, necessitando, pois, de cuidados intensivos, com monitoração dos padrões vitais e suporte ventilatório mecânico, na tentativa de se restabelecer aos parâmetros normais suas condições neurológicas, respiratórias e hemodinâmicas. As mães evidenciam, claramente, que não imaginavam a gravidade de situações dessa natureza e, mais uma vez, se instalam o sentimento de culpa, o arrependimento e as justificativas de que os responsáveis pelo cuidado e vigilância à criança não os estão realizando adequadamente.

O modo como essas situações ocorrem, em determinados momentos, suscita sérias indagações sobre como uma equipe multiprofissional em saúde pode contribuir, na redução desses casos de intoxicação. Para tentar retratar o quase inacreditável, recentemente foi admitida à UTI-P uma adolescente intoxicada por determinado tipo de agrotóxico, administrado pela sua mãe, ao equivocar-se, pensando estar "dando um xarope". O veneno estava acondicionado em recipiente cuja finalidade é conter substâncias terapêuticas, hábito muito comum entre as famílias. Consoante relatado pela própria adolescente "o veneno era tão forte, que, quando eu vomitei caiu em cima de uns caroços de milho... e 13 pintinhos comeram e morreram todos".

Autores como Whaley & Wong (1989), Ribeiro & Martins (1996), ao abordar os cuidados de enfermagem em crianças intoxicadas, enfocam a necessidade de se inserir a família e todo o contexto sociocultural no planejamento e execução desse cuidado. Concordando com os autores, observo a existência de lacunas que devem ser preenchidas em se tratando de envenenamento no ser humano, principalmente na fase da infância e

adolescência e, sendo a enfermeira parte integrante da equipe de saúde, pode desempenhar papel preponderante na prevenção dessas ocorrências, promovendo orientações específicas, junto às famílias e comunidades, sobre os comportamentos que acompanham as fases normais das crianças, esclarecendo sobre os acidentes mais comuns, de acordo com a idade, suas conseqüências e ações imediatas de manutenção da vida.

A temática vem sendo objeto de investigação, e pesquisadoras como Vicentim et al., (1996) preocuparam-se em estudar as intervenções de enfermagem no pronto atendimento pré-hospitalar e hospitalar com o uso de substâncias eméticas e carvão ativado, adstringente universal, e a instalação de outros suportes terapêuticos, objetivando, com isso, tornar eficazes os protocolos imediatos para preservar a vida. As autoras concluíram que é escassa a bibliografia abordando ações de enfermagem no atendimento das intoxicações exógenas, e que o profissional de enfermagem deve atentar para a identificação precoce do tóxico, tratamento e manutenção dos órgãos vitais.

Silva et al., (1996) registraram o perfil do atendimento toxicológico realizado no CEATOX, em Fortaleza, Ceará, no primeiro semestre de 1996, e identificaram os agentes mais envolvidos, sendo os medicamentos, pesticidas, escorpião e querosene os principais agentes registrados neste período, e a maioria dos casos foi classificada como geral (acidental); concluíram ser necessário que este atendimento seja extensivo a hospitais de outros municípios.

Com isto, não quero questionar a importância das discussões e estudos sobre o perfil do cliente intoxicado e acerca da eficiência da terapêutica estabelecida nos casos de envenenamentos, com uso de antídotos específicos e todas as medidas do suporte avançado de manutenção à vida, mas, chamar atenção para a complexidade do problema da intoxicação exógena em criança, porque há necessidade de

se conhecer o ambiente natural de ocorrência desses casos para que os profissionais que lidam e atendem crianças possam delinear ações preventivas eficazes.

Creio que compreender o envenenamento em criança é relevante para ampliar os conhecimentos dos profissionais de saúde e das famílias, para que se possa contribuir com a promoção da saúde do ser humano, vislumbrando qualidade de vida entre os povos. A cultura e o fator ecológico têm grande significado na caracterização e qualidade das intoxicações exógenas nas crianças; compõem o contexto ambiental das famílias, no cotidiano, na visão cultural de como se comportam no domicílio e com tudo o que as rodeia.

Para Black & Matarassin-Jacob (1996), emergência é qualquer enfermidade ou lesão súbita notada pelo cliente ou pela família e que reclama urgentes intervenções, continuando até que as condições se estabilizem e cesse a ameaça à integridade ou ao bem-estar do cliente.

Em seu capítulo sobre intoxicações exógenas na infância, Schvartsman (1977) enumera fatores gerais envolvendo o acidente tóxico. Refere a ignorância das pessoas em relação aos produtos, aliada ao intenso consumo, o que induz à imprudência e à negligência das famílias durante o seu manuseio e acondicionamento. Esta realidade precisa ser mudada, e a educação e prevenção serão os mais fortes aliados nesse caminho.

E, como essas intoxicações culminam em casos graves, retomando as considerações de Black & Matarassin-Jacob (1996) sobre situações de emergências, as autoras acreditam que esta assistência é desafiadora e gratificante; a enfermeira proporciona cuidados técnicos e psicossociais aos clientes e à família e a especialidade oferece oportunidades estimulantes na promoção da saúde, na prevenção, na educação, na pesquisa.



O cuidado entre os povos vem se perpetuando através da evolução cultural da humanidade e, dentro desta perspectiva, Leininger (1978, 1985, 1988, 1990, 1991) chama a atenção para o fato de que cuidar de forma mais humana ajuda as pessoas a viver e sobreviver às situações estressantes e às constantes mudanças ambientais, bem como conviver melhor com o contexto social.

É necessário, portanto, efetivar a prevenção desses casos, pensando na manutenção da saúde familiar, pois, no contexto da família, está a possibilidade de as crianças serem muito acolhidas, porém mais vulneráveis a esses envenenamentos com riscos indesejáveis e graves conseqüências, inclusive, de ocorrência de óbito. A enfermeira que trabalha em emergência precisa dispor, além do conhecimento técnico e científico para agir nas situações de urgência e emergência, a percepção para atuar como educadora, pois as pessoas, em atendimento, são agentes multiplicadores no repasse das informações aprendidas, fazendo-se fortes aliadas na minimização dos acidentes tóxicos.

Compreender o modo de como profissionais de saúde abordam a família da criança envenenada, durante os atendimentos no contexto hospitalar, talvez seja um caminho adequado para desvendar estratégias preventivas, no intuito de vislumbrar a adoção de um comportamento que se direcione para a educação em saúde.

Para que se consiga penetrar na complexidade que cerca a intoxicação exógena e sua repercussão nos aspectos biopsicossociais do ser humano, é preciso que se aprofundem os estudos direcionados para essa temática, ampliando, também, a epistemologia através da historicidade e dos aspectos culturais.

## 2.2 Conceitos de cultura na visão antropológica

A compreensão do conceito de cultura, em sua totalidade, é impossível de ser apreendida, pois, inerente às ações humanas, passa por constantes mutações, originando novas perspectivas de se formular conceitos, interferindo também nessa compreensão o contexto social, político e histórico. Em virtude dessa dimensão praticamente indizível da compreensão de cultura, procuramos nos deter nos conceitos de autores norteados pela corrente filosófico-antropológica, na tentativa, incansável, de compreender as atitudes, crenças e valores humanos.

Acreditando que a cultura permeia nosso modo de pensar, agir e se pronunciar frente às diversas situações, reflito sobre a importância de sua compreensão para ampliar a nossa capacidade de cuidar na enfermagem, procurando respeitar a cultura do outro. Este é um dos fatores determinantes nos agravos à saúde e no processo de cura e bem-estar, tanto das pessoas acometidas como dos profissionais que se propõem exercer a prática do cuidado.

A Antropologia, como corpo de conhecimentos, apresenta divisões que se preocupam em estudar o homem naquele contexto, tal como acontece na Arqueologia, na Biologia, na Lingüística, como também, não poderia deixar de ser, no social e cultural. No âmbito da Antropologia Cultural, os antropólogos procuram estudar a cultura dos povos, em uma determinada sociedade, juntamente com seus artefatos e símbolos, crenças, valores e atitudes, que direcionam o modo de percepção e ação no mundo das pessoas da cultura que está sendo estudada.

Do ponto de vista filosófico, Mathieu (1957) apud Mondin (1980), comenta duas definições para cultura, uma na óptica subjetiva, com significado similar ao nosso conceito de educação e, outra, na perspectiva

objetiva, como sendo os frutos adquiridos pelo homem através do exercício de suas capacidades.

Entendo cultura como a apreensão de significados, crenças e valores que impulsionam a nossa maneira de nos colocar no mundo e que nos foi repassada através de gerações. Enfatizando essa apreensão, todos acreditamos tanto na nossa cultura que em determinados momentos a idealizamos como única, tornando-a dogmática.

Reforçando nossa opinião, Laraia (1986, p.75) enfatiza que o fato de o homem olhar o mundo através da sua cultura o torna propenso a considerar o seu modo de vida como o mais correto e o mais natural. Tal tendência, denominada de etnocentrismo, é responsável em seus casos extremos pela ocorrência de numerosos conflitos sociais.

Reportando-nos ao fim do século XVIII e início do século XIX, já se utilizavam os termos *Kultur* (germânico) para representar os aspectos espirituais de uma comunidade e *Civilization* (francês) para representar as conquistas materiais de um povo. Edward Tylor sintetizou estes termos na palavra *Culture* (inglesa) e ampliou os significados, utilizando a etnografia e sua inserção nos conhecimentos das crenças, atitudes, valores, hábitos, moral, adquiridos pelo homem em uma determinada sociedade (Laraia, 1986).

Malinowski (1975) procura situar a cultura como um fenômeno importante que acompanha as investigações dos eventos sociais, e faz sua relação com a pesquisa de campo em Antropologia e com os dados etnográficos que emergem desse tipo de abordagem metodológica. A cultura, como objeto de investigação social, constituiu campo de interesse para várias disciplinas, e a Antropologia foi uma das últimas a reivindicar o estudo da natureza humana, relacionada com o contexto cultural e com as suas representações e simbolismos. Tal estudo procurava evidenciar a teoria

científica da cultura na reconstrução dos fatos históricos e sociais vividos pelo homem no decorrer da história da civilização.

O estudo da natureza humana interessa às Ciências Sociais, à História, à Lingüística, a Economia, enfim todas às ciências que inserem o homem como articulador de um contexto mutável. O entendimento de cultura está na satisfação das necessidades básicas do homem porque é um conjunto de condições impostas a cada cultura e os problemas decorrentes dessas necessidades requerem a construção de outro ambiente, que tem de ser reproduzido e administrado. A vida cotidiana, o fazer de todos os dias, é uma representação cultural. O fato essencial da cultura, o modo como se vive e experimenta, de como se observa cientificamente, e a organização dos seres humanos em grupos orientados por estatutos, normas, preceitos legais e éticos, constituindo um comportamento organizado, constituem a cultura (Malinowski, 1975).

O autor acrescenta o fato de que o homem modifica o ambiente físico em que vive e que existe uma constante interação das manifestações fisiológicas com o meio secundário, ou seja, com a cultura. A natureza humana consiste na necessidade de que todos os seres humanos têm de comer, respirar, dormir, procriar e realizar todas as outras necessidades fisiológicas inerentes ao homem. Em virtude da satisfação das necessidades básicas, surgem as respostas culturais que adquirem significados de acordo com o contexto em que surgiram, desenvolveram-se e permaneceram. O autor também faz alusão à Teoria Funcional, na visão antropológica, como a tentativa de compreender, de forma clara, a natureza dos fenômenos culturais antes que sejam manipulados com objetivos especulativos. Aborda também a Teoria das Necessidades, como a satisfação das necessidades básicas e a origem das secundárias, vinculadas às atividades culturais. E esta teoria nos dá uma idéia da interligação do determinismo biológico e fisiológico com o cultural (Malinowski, 1975).

Tento interligar, através da compreensão do autor sobre a Teoria das Necessidades, os objetivos da atuação do profissional de saúde quando está assistindo seu cliente, no sentido de uma assistência total, nos momentos em que busca satisfazer as necessidades básicas, e encontra possibilidades de ampliar seu olhar para identificar as necessidades secundárias mediante uma compreensão do mundo cultural do cliente.

Buscando uma compreensão relativa da Antropologia Social, Da Mata (1987) a situa como uma disciplina que relata, interpreta e relativiza os sistemas e sociedades. No campo da Antropologia Social, destaca os planos instrumental (das coisas feitas ou dadas), em que o homem foi feito aos poucos, concepção que, na atualidade, não se considera válida, e o plano cultural ou social, em que o mundo humano se forma em um ritmo dialético com a natureza. E, para responder às exigências da natureza, o homem construiu um plano onde pôde, ao mesmo tempo, reformular-se, modificando a própria natureza (Da Mata, 1987).

Continuando com o pensamento de Da Mata (1987), a cultura significa uma tradição consciente e elaborada, capaz de tornar uma geração única, individualizada, relativizada. É a responsabilidade de se incluir e de se excluir de um contexto social e cultural, demonstrando respeito pelos modos de pensar, ordenar e agir do outro sobre uma situação real. Pode haver cultura sem sociedade, embora não possa existir sociedade sem cultura (Da Mata, 1987).

As transformações do conceito de cultura têm importante significado para a Antropologia, haja vista Hoebel & Frost (1995, p.4) sustentarem que a cultura é o resultado da invenção social e é transmitida e aprendida somente através da comunicação e da aprendizagem.

Retomando a compreensão de Hoebel & Frost (1995) sobre a cultura como efeito da invenção social, concebo essa percepção extensiva à abordagem do profissional de saúde ao exercitar, mediante a experiência

vivida, em situações que requerem a efetiva comunicação com enfoque dialógico, o qual, possivelmente, constituirá rico aprendizado mútuo, ou seja, para o cliente e o profissional.

Atrelando a cultura ao simbólico, Geertz (1989) a compara como *teias*, e a sua análise não está buscando fundamentar leis mas, pela interpretação, procura por *significados*. Acrescenta que a cultura é tida como pública e discutir sua objetividade ou subjetividade torna-se uma maneira evasiva, sendo, pois, importante questionar os significados, seja de uma ironia, de um deboche ou de qualquer outra manifestação.

A complexidade do conceito de cultura se amplia e não basta tentar o entendimento de cultura mas de culturas, interagindo e originando padrões e comportamentos sociais. Neste sentido, Benedict (1934) esclarece que a Antropologia se interessa pelas condutas humanas modeladas por qualquer tradição, pela diversidade dos costumes que existem em culturas diferentes, com o objetivo de compreender a transformação e diferenciação, formas de expressão e como os costumes interferem na vida das pessoas que os praticam.

Para Spradley (1979, 1980), a cultura é o conhecimento adquirido que as pessoas utilizam para descrever e interpretar experiências e originar comportamentos, que não somente revelam divergências mas também semelhanças, fato comum a todas as culturas do mundo. Helman (1994), sintetizando as definições antropológicas de cultura, a conceitua como um conjunto de princípios que os indivíduos herdam, ao integrar uma determinada sociedade, e estes princípios permitem que as pessoas vivenciem e se comportem neste mundo social.

Resumindo a visão antropológica sobre os questionamentos conceituais de cultura, na minha óptica, o consenso se estabelece quando centra o homem nos seus valores, crenças e padrões, aprendidos e desenvolvidos em uma determinada sociedade com funções específicas.

Entrelaçando com o objeto deste estudo, os envenenamentos podem ser compreendidos a partir de fatores culturais que interferem em suas ocorrências, como também na condução do tratamento e das medidas preventivas. Situando melhor, as intoxicações medicamentosas podem ser fortalecidas pelo hábito, muito comum entre as famílias, de estocar e acondicionar medicamentos em locais e recipientes inadequados. Por outro lado, o fácil acesso à compra e o costume da automedicação constituem outros fatores culturais que vêm se mantendo constantes no cotidiano das famílias.

Analisando toda a influência cultural no nosso pensamento e ação, situo a compreensão dos diversos conceitos de cultura como um dos componentes que fundamentam a prática de enfermagem, que se propõe alcançar as expectativas dos clientes, contribuindo para a melhoria na qualidade de vida.

### **2.3 Cultura e sua compreensão para o cuidado em saúde**

A diversidade cultural entre os povos está a exigir que o profissional de saúde se aproxime das nuances culturais que interferem no modo de pensar e agir, inclusive nas decisões do cuidado à saúde.

Para Purnell & Paulanka (1998), autoras da obra **Transcultural health care: a culturally competent approach**, cultura é definida como a totalidade dos padrões de comportamento socialmente transmitidos, incluindo artes, crenças, valores, costumes, estilos de vida e todos os produtos do pensamento e trabalho humanos que guiam a visão de mundo e decisões de fazer. As autoras pregam a idéia de que a sociedade tem se tornado mais diversificada, tem aumentado a consciência das diferenças étnicas e culturais entre o cliente e o profissional de saúde.

Continuando com o pensamento das autoras, elas acreditam que, quando pessoas de diferentes culturas se encontram em um ambiente de

trabalho ou em um ambiente terapêutico, provavelmente haverá interesse no aprendizado da cultura de cada uma. Enfatizam que, aumentando a consciência das diferenças culturais, melhora a possibilidade de os profissionais de saúde desenvolverem o cuidado culturalmente competente (Purnell & Paulanka, 1998).

Ao discorrer sobre a relação médico-paciente, Helman (1994, p. 111) chama atenção ao referir que médicos e enfermeiros de qualquer cultura devem, portanto, atentar para as doenças populares – como evoluem, são adquiridas e manifestadas – e sua influência sobre o comportamento do paciente e o diagnóstico do problema de saúde.

Para Monticelli (1994), o conceito de cultura é amplo, extremamente complexo, e apresenta relação estreita com a enfermagem porque, se servimos ao ser humano, este deve ser compreendido em sua individualidade e em seu conjunto social. O cuidado vem sendo objeto de estudo na enfermagem mundial e nacional, quando trabalhos enfocam este tema, sob as mais diversas vertentes, mas, com objetivos que convergem para a oferta de um cuidado melhor que possa proporcionar qualidade de vida. A compreensão da cultura do cliente na formulação e prestação desse cuidado torna-se um dos fatores fundamentais.

Maiores detalhes podem ser delineados nos trabalhos de enfermeiras que têm afinidade com estudos em enfermagem transcultural, visando a identificar marcos-conceituais que se coadunem com as necessidades das pessoas, das comunidades e das organizações (Leininger, 1991; Boyle, 1995; Andrews, 1995; Andrews & Boyle, 1995; Lester, 1998; Purnell & Paulanka, 1998; Alves et al., 1999).

A importância do conhecimento da cultura na oferta do cuidado tem impulsionado as enfermeiras brasileiras a realizar estudos sobre cultura nas mais diversas áreas da prática profissional. Assim, vislumbrando uma prática coerente com a cultura do cliente, dentre os vários estudos



realizados, podemos observar que, na tentativa de conhecer o universo cultural de uma clientela diabética atendida em ambulatório, compreender os significados dos ritos no processo de nascimento, conhecer o comportamento de famílias frente à intoxicação exógena na criança, descrever o universo cultural das famílias do ser portador de leucemia, tudo isso revela uma aproximação da realidade cultural do fenômeno e das pessoas envolvidas (Gonzalez-Muñoz, 1993; Monticelli, 1997; Souza, 1997; Barreto, 1998; Ribeiro, 1998).

A compreensão da cultura e de conceitos culturais faz aumentar o conhecimento dos profissionais de saúde facilitando o cuidado, junto ao cliente, proporcionando uma abordagem culturalmente eficaz. Esta compreensão origina intervenções com sucesso, pois o conhecimento cultural é usado para conduzir a avaliação do cliente, da comunidade, ajudar na identificação de grupos de risco e desenvolver ações que provavelmente serão consistentes com os valores pessoais e coletivos (Boyle, 1995). De acordo com o pensamento dessa autora, acredito que estudos fundamentados em marcos-conceituais que contemplem a cultura das pessoas estudadas proporcionem a identificação de problemas vinculados ao processo saúde-doença, muitas vezes não identificados em ambientes formais de atendimento porque estes problemas estão tácitos ao ambiente natural dessas pessoas.

Portanto, os diversos conceitos de cultura relatados não têm a pretensão de esgotar a amplitude de seu significado, até porque seria uma tarefa inatingível em virtude da dinâmica social e histórica do processo cultural e a atuação do homem como agente desse contexto. Reflito, então, sobre a necessidade de compreender a cultura e culturas para fundamentar a prática do profissional de saúde e ofertar um cuidado que não carregue o etnocentrismo e contrarie as expectativas dos clientes.

antropológica, e a ligação direta com a prática da saúde nas situações de agravos à saúde, no caso deste trabalho, com o envenenamento em criança, e as expectativas das famílias durante o atendimento de sua criança envenenada, modos de orientações sobre a gravidade e prevenção desses casos. É preciso que respeitemos a cultura e saibamos ofertar um cuidado esperado pelo nosso cliente para que possa haver perspectivas de transformação da realidade com a implementação de um comportamento preventivo, centrado na educação em saúde.

Suscitada pela freqüente demonstração de surpresa, por parte das famílias, sobre a grave repercussão dos envenenamentos na criança, questiono como enfermeiras, médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas se reportam à família da criança envenenada e como se poderia contribuir para despertar a importância do cuidado preventivo, junto às famílias, respeitando, contudo, o mundo cultural dessas pessoas.

Deste modo, acredito que estudos com bases antropológicas devem ser realizados na tentativa de elucidar o ambiente natural, o cotidiano das pessoas e as expectativas em relação a manter e promover a saúde, buscando delinear estratégias para suprir a falta de informação para as famílias ou adulto responsável pelo cuidado ao menor, sobre a gravidade do envenenamento e sua efetiva prevenção, que constitui, a cada dia, uma ameaça à integridade física e emocional da criança, no contexto doméstico, que pensamos conhecer tão bem.

Destarte, a contribuição deste trabalho para a literatura que trata sobre o assunto consistirá nos significados descritivos e reflexivos sobre a abordagem profissional e suas implicações diante da família da criança envenenada, compreendendo e respeitando sua cultura e peculiaridades.

Defendo o argumento de que, quando se orienta as pessoas de acordo com suas necessidades e percepções, visualizando o contexto sociocultural no âmbito onde estas se encontram, estas orientações podem

Ao resgatar esses conceitos, há percepção clara da relação direta dos seus significados com o desenvolvimento da prática da saúde. Ao entender cultura como herança, tradição, teia de significados, como sendo pública, possuindo aspectos objetivos e subjetivos, passando pela satisfação de necessidades básicas, repleto de crenças, mitos, valores e atitudes, dentre outras definições, podemos todos enxergar o homem influenciando e sendo influenciado pela cultura.

Como a equipe multiprofissional em saúde cuida do ser humano, não pode dissociá-lo deste emaranhado de significados que interfere no modo como este ser se coloca e age no mundo, e essas ações incluem o modo como cuida de sua saúde e de como busca os caminhos para a prevenção e o tratamento.

A família é fundamental na condução desse processo. Conhecendo-se o mundo-vida e vivido dessas famílias, podemos desenhar uma assistência voltada para os riscos reais e potenciais de agravo à saúde. Em uma abordagem culturalmente competente, como diz Boyle (1995), uma avaliação cuidadosa do cliente e família, no ambiente domiciliar, proporciona a identificação de dados culturais que têm uma implicação direta no estabelecimento do cuidado oferecido, na busca da cura e bem-estar.

A importância e o reconhecimento do potencial que a família exerce tanto na transmissão e perpetuação dos padrões de cultura como na efetivação do cuidado no processo saúde-doença desperta, cada vez mais, a realização de trabalhos científicos investigando essa temática (Monticelli, 1997; Souza, 1997; Souza & Barroso, 1997; Souza & Barroso, 1998; Barreto, 1998; Queiroz, 1998; Rodrigues et al., 1998).

Compreendendo os aspectos socioculturais intrínsecos no envenenamento do ser humano, percebi a importância de estabelecer particularmente essa articulação dos conceitos de cultura, na visão

antropológica, e a ligação direta com a prática da saúde nas situações de agravos à saúde, no caso deste trabalho, com o envenenamento em criança, e as expectativas das famílias durante o atendimento de sua criança envenenada, modos de orientações sobre a gravidade e prevenção desses casos. É preciso que respeitemos a cultura e saibamos ofertar um cuidado esperado pelo nosso cliente para que possa haver perspectivas de transformação da realidade com a implementação de um comportamento preventivo, centrado na educação em saúde.

Suscitada pela freqüente demonstração de surpresa, por parte das famílias, sobre a grave repercussão dos envenenamentos na criança, questiono como enfermeiras, médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas se reportam à família da criança envenenada e como se poderia contribuir para despertar a importância do cuidado preventivo, junto às famílias, respeitando, contudo, o mundo cultural dessas pessoas.

Deste modo, acredito que estudos com bases antropológicas devem ser realizados na tentativa de elucidar o ambiente natural, o cotidiano das pessoas e as expectativas em relação a manter e promover a saúde, buscando delinear estratégias para suprir a falta de informação para as famílias ou adulto responsável pelo cuidado ao menor, sobre a gravidade do envenenamento e sua efetiva prevenção, que constitui, a cada dia, uma ameaça à integridade física e emocional da criança, no contexto doméstico, que pensamos conhecer tão bem.

Destarte, a contribuição deste trabalho para a literatura que trata sobre o assunto consistirá nos significados descritivos e reflexivos sobre a abordagem profissional e suas implicações diante da família da criança envenenada, compreendendo e respeitando sua cultura e peculiaridades.

Defendo o argumento de que, quando se orienta as pessoas de acordo com suas necessidades e percepções, visualizando o contexto sociocultural no âmbito onde estas se encontram, estas orientações podem

ser assimiladas com melhor compreensão, pois se vai ao encontro das expectativas de conhecimento do cliente.

Retomando o questionamento, penso que se torna viável refletir se os profissionais da saúde estão comunicando ou simplesmente repassando informações aos clientes, sem a certeza de que houve uma compreensão do conteúdo abordado e uma interação durante este cuidado.

Na construção do caminho da pesquisa, selecionei como objetivo:

- buscou compreender como os profissionais de saúde – enfermeira, médica, fisioterapeuta e assistente social – vivenciam a situação da família da criança envenenada e quais as implicações para a prática do cuidado de saúde.

## CAPÍTULO 3

### ARGUMENTO DA INVESTIGAÇÃO

---

---

Na busca de ampliar a óptica como pesquisadora, encontro na investigação qualitativa um caminho para atingir os objetivos propostos na investigação de um fenômeno permeado por fatores que interagem com as causas externas de agravo à saúde e com a estrutura social e cultural do cuidado.

Hammersley & Atkinson (1994) comentam que as ações humanas estão baseadas e incorporadas de significados, motivos, atitudes e crenças, e estes constituem objeto da abordagem qualitativa. E sobre o investigador qualitativo, das apreciações de Bogdan & Biklen (1994) relatam que este freqüenta os locais do estudo porque está preocupado com o contexto, e dissociar o ato, a palavra ou gesto, do contexto natural é perder de vista o significado.

A necessidade do rigor na pesquisa qualitativa tem sido uma das preocupações dos estudiosos deste paradigma, na tentativa de desmistificar a idéia de que esta modalidade de estudo não possua caráter científico. Assimilo o pensamento de que esta corrente de estudo proporciona ao pesquisador maiores possibilidades de familiarização com a realidade investigada. Demo (2000, p. 159) relata que a pesquisa qualitativa tem sofrido reveses sucessivos, mas tem um futuro brilhante; ao contrário do que muitos supõem, a pesquisa qualitativa busca o aprofundamento por familiaridade, convivência, comunicação. Embora a ciência, ao final das contas, não consiga captar a

dinâmica em sua dinâmica, mas em suas formas, a pesquisa qualitativa tenta preservar a dinâmica enquanto analisa, formalizando mais flexivamente.

Ao reconhecer que a realidade é dinâmica e que os fenômenos originados das ações humanas incluem valores, culturas, relacionamentos e outras características inerente ao ser, a abordagem qualitativa permitiu a descrição e reflexão neste estudo. A literatura consultada vem ao encontro desta assertiva quando se reúne os vários trabalhos que corresponderam às expectativas de seus autores ao investigar, de algum modo, assuntos direcionados à sua prática (Spradley, 1980; Morse & Field, 1996; Leininger, 1991; Streubert & Carpenter, 1999).

Na tentativa de compreender como os profissionais, enfermeira, médica, fisioterapeuta e assistente social estão realizando sua abordagem diante da família da criança envenenada em uma UTI – pediátrica, opto pelo paradigma qualitativo, pois o mesmo tem como objetivos permitir conhecer a realidade, descrever e explicar o mundo sociocultural. Esta realidade é explorada mediante a perspectiva êmica, ou seja, compreendendo-a sob a óptica dos informantes, no cenário estudado, na vida diária de seu ambiente natural (Bogdan & Biklen, 1994; Hammersley & Atkinson, 1994; Miles & Huberman; 1994; Hammersley & Atkinson, 1995; Morse & Field, 1996; Nachmias-Frankfort & Nachmias, 1997; Gualda, 1998; Vieira, 1998, Pinheiro, 1999).

No campo de conhecimento das Ciências sociais, a Antropologia, a Sociologia e a Filosofia Aplicada foram as áreas de conhecimento que mais se destacaram para ampliar os referenciais teóricos qualitativos. Dentre as abordagens que apóiam as pesquisas qualitativas, a Fenomenológica, o Interacionismo Simbólico, a Etnometodologia, a Etnografia, dentre outras variações teóricas, constituíram as mais preferidas pelos investigadores sociais (Bogdan & Biklen, 1994; Hammersley & Atkinson, 1994; Miles & Huberman; 1994; Hammersley & Atkinson, 1995; Morse & Field, 1996; Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998; Nitschke, 1999, Pinheiro, 1999).

### 3.1 Conduzo a pesquisa pela Etnografia

Para orientar esta pesquisa, selecionei a Etnografia como fio condutor e justifico minha escolha porque esta abordagem permite um contato com o fenômeno, em seu próprio local de ocorrência, sendo, também, enriquecida pela oportunidade de o pesquisador descrever o mundo vivido, de acordo com a interpretação e a visão dos participantes.

Com raízes na Antropologia Cultural, a Etnografia nem sempre foi realizada a partir da descrição das culturas estudadas. Os primeiros estudos etnográficos, como relatam Vidich & Lyman (1994), retratavam a cultura "civilizada", entendida como a cultura européia, representada pelos colonizadores do então recém-descoberto "Novo Mundo" que, na percepção dos europeus, era repleto de povos primitivos, portanto, "aculturados". Em muitos relatos, a cultura "refletia a própria imagem no espelho" dos que estavam conduzindo esses estudos. Muitas práticas tidas como naturais para os povos primitivos (canibalismo, sacrifício humano, homicídio infantil) eram interpretadas como aberrantes e contrárias aos ensinamentos bíblicos. Portanto, os relatórios não evidenciavam a visão de mundo das pessoas estudadas.

Tratando esta abordagem como método de investigação, Winkin (1998) remonta à Etnografia do século XIX, quando os etnólogos faziam pesquisas 'etnográficas' sem deixar seus locais de trabalho, quer fossem nas universidades, museus, institutos e escritórios, enviando questionários etnográficos aos viajantes, comerciantes, que viajavam para à Ásia. Provas disso podem ser encontradas no Museu Real da África Central, que ilustra o entendimento sobre Etnografia no século XIX.

Acrescenta que a primeira revolução na disciplina foi sua nomeação para a Antropologia, por volta de 1915-1920, quando Bronislaw Malinowski (polonês formado na Inglaterra) parte para o trabalho de campo para coletar dados de seu interesse, surgindo então um de seus mais célebres livros, **Os Argonautas do Pacífico Ocidental**, que retrata a



permanência, em campo, do antropólogo e a maneira de encarar o nativo como pessoa dotada de uma cultura própria e, não mais, como 'algo exótico'. A segunda revolução acontece quando antropólogos americanos (por volta de 1930-1935) questionam-se sobre a possibilidade de fazer Etnografia em seu próprio país e, não necessariamente, em terras estrangeiras. Assim, Lloyd Warner vai trabalhar em Harvard e fazer pesquisas etnográficas em cidadezinhas de Massachussets e de Illinois. Parte do princípio de que a cidade é um laboratório natural e os estudantes começam a explorá-la e esta exploração continua por gerações (Winkin, 1998).

A terceira acontece nos anos 50, quando esses antropólogos vão se libertando da tendência de investigar sempre o *desfavorecido* – pobres, desajustados, dominados, excluídos, minorias – e uma nova definição de cultura é dada por Ward Goodenough (1957) apud Winkin (1998, p.131) como sendo tudo o que é preciso saber para ser membro, integrante de um contexto, família, escola, sociedade, do bar que se frequenta e, assim por diante.

O autor procurou explicar, enfocando as revoluções da Etnografia, a evolução desta abordagem através dos tempos. Para ele, atualmente, a etnografia é, ao mesmo tempo, uma arte e uma disciplina científica, que exige saber ver, estar com e é preciso saber escrever. Portanto, o autor resume a Etnografia como arte de ver, arte de ser, arte de escrever. São estas três competências que a etnografia convoca (Winkin, 1998, p.132).

Concluindo, o referido autor esclarece que, se estudarmos minuciosamente um meio, um grupo, uma situação, extrairemos regularidades que formam um conjunto particular. Acredita na pertinência do trabalho etnográfico, pois *ele* permite apreender o social com todo o respeito que lhe é devido – e com todo o prazer que dele podemos retirar (Winkin, 1998, p.145).

Para compreender o homem, a descrição cultural é um dos primeiros passos a ser percorrido nessa compreensão. Entende Spradley (1979, 1980) que a etnografia é a cultura estudando cultura, não só para

compreender a espécie humana como também para servir às necessidades da humanidade. Mais do que estudar pessoas, Etnografia significa aprender com as pessoas.

No campo da saúde, a Etnografia foi incorporada ao cuidado por enfermeiras antropólogas, na tentativa de compreender como as crenças, os valores e as práticas populares interferem no processo saúde-doença. Sendo assim, várias pesquisas foram e são desenvolvidas com esta abordagem para que focalizem os padrões culturais e suas repercussões na prática da enfermagem, permitindo ao observador ver o fato no contexto em que ele ocorre (Morse & Field, 1996).

Boyle (1994), referida por Morse & Field (1996), classifica a Etnografia em clássica ou holística, particular e focalizada, seccional e etno-histórica, mas, apesar de diferenciadas pelo tipo, as etnografias compartilham características, ou seja, são holísticas, contextuais e reflexivas.

Neste estudo, opto pela Etnografia focalizada, direcionada a uma área específica do conhecimento, e que objetiva contribuir com a melhoria da prática profissional, permitindo um acesso prévio do que foi relatado sobre o tema que se está investigando. Esta opção não é para predeterminar julgamentos e compreensões, mas colocar o investigador com uma postura reflexiva-crítica da existência de sua subjetividade durante a condução do trabalho. Outros estudos apóiam essa tendência, tais como os de Spangler (1991), Wenger (1991), Bohay (1991), Leininger (1991), Gates (1991), dentre outros.

A Etnografia, na mais simples e extensa compreensão, pode ser entendida como um processo sistemático de observação detalhada, descrição, documentação e análise de estilos de vida ou padrões culturais das pessoas, permitindo entender seu ambiente familiar (Leininger, 1985, 1991).

Desde a década de 1950, Leininger (1991), enfermeira e antropóloga, dedica-se ao cuidado cultural da enfermagem, pois

compreende que esta cuida de pessoas das mais diversas culturas. Baseada nessa premissa, elaborou a **Teoria do Cuidado Cultural**, fundamentada na perspectiva antropológica, na qual o homem tenta compreender e respeitar o homem. Acredito, também, que é necessário conhecer o contexto cultural das pessoas de quem cuidamos para que as ações de saúde se consolidem. Também se torna primordial compreender que o processo saúde-doença recebe influências multifatoriais e está inserido num âmbito social.

Na concepção de Leininger (1978, 1985, 1991), a enfermagem poderá contribuir com um corpo específico do conhecimento transcultural, como disciplina e profissão. Acreditando nesta premissa, vários trabalhos foram desenvolvidos por Leininger (1978, 1985, 1988, 1990, 1991) e também por outros autores que compartilham com a Filosofia e Epistemologia da enfermagem transcultural. Uma quantidade significativa de trabalhos se encontra disponível, mediante o acesso ao sistema Medline, Lilacs, dentre outros modos de consultas bibliográficas (Andrews & Boyle, 1995; Habermann, 1996; Montbriand, 1997; Allen, 1998; Bonadio, 1998; Carr, 1998; Procter, 1998; Seymour et al., 1998; Wong, 1998; Holland, 1999; Morin et al., 1999).

Esta compreensão está sendo extensiva à enfermagem brasileira, quando várias pesquisas têm sido realizadas, tentando-se identificar um fenômeno específico, dentro de uma cultura específica, para que possamos melhor entender o ser humano e, como consequência, dele cuidar de uma forma mais completa. Trabalhos como os de Gualda (1993), Hoga (1996) Silva & Franco (1996), Monticelli (1997), Souza (1997), Barreto (1998), Queiroz (1998), Frota (1998), Costa (1998), Dias (2001) dentre outros, demonstram a importância do conhecimento do outro e da sua cultura no campo da enfermagem.

Leininger (1978, 1985, 1988, 1991) fez a opção por construir sua teoria a partir das experiências das pessoas, compactuando com a perspectiva do conhecimento **ênico**, portanto, dentro de uma abordagem

qualitativa, priorizando a relação do cuidado, proposto como a essência da enfermagem, e os padrões culturais existentes na visão de mundo dos diversos povos de que cuidamos.

### **3.2 Opto pelo método: etnoenfermagem**

Ciente da escolha pelo método da Etnoenfermagem, delineava-se a investigação e, ao mesmo tempo, reflexões para que os resultados que emergissem de todo o contexto cultural observado e dialogado, pudessem ser enriquecidos à luz da Teoria do Cuidado Cultural (Leininger, 1991), não imaginando, contudo, que as formulações teóricas teriam, obrigatoriamente, que abarcar a realidade encontrada, mas que o contexto desvelado fosse, natural e reflexivamente, "lido" pela estrutura e as dimensões que se desvelaram como contexto/realidades práticas na tríade agravos à saúde-cuidado profissional-família.

Nesta perspectiva, ampliei o estudo sobre o tema – criança envenenada e família - entendendo que a Teoria do Cuidado Cultural permite olhar o cuidado à saúde no âmbito das organizações, influenciando e sendo influenciado pela cultura presente nas práticas populares, como nas instituições de saúde, onde se caracterizam os atendimentos baseados no "saber científico" mas, sem também, estar isento das vivências dos profissionais que praticam estes atendimentos.

Como sublinha Leininger (1991), o propósito da etnoenfermagem, como método de pesquisa, é estabelecer descobertas que possam explicar o fenômeno de estudo em enfermagem, relacionando-o à Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural.

Considerando-se que nesta abordagem o pesquisador é o principal ator de investigação, alguns teóricos (Leininger, 1991; Miles & Huberman, 1994; Alves-Mazzotti & Gewandsznajder, 1998) recomendam que se faça este esclarecimento para o leitor, com o objetivo de tornar claras as

colocações dos significados dos informantes e as interpretações do pesquisador, no decorrer das formulações teóricas.

Conforme sugerido por autores nesta área de pesquisa (Leininger, 1991; Hammersley & Atkinson, 1995; Morse & Field, 1996), esclareço que, já tendo uma experiência nos atendimentos desses casos em decorrência das minhas atividades como enfermeira de um hospital de emergência, e realizando alguns trabalhos neste tema, estou ciente das possíveis inferências no decorrer da investigação, necessitando esclarecimentos nos momentos em que, como pesquisadora, estiver me colocando no contexto descritivo, interpretativo e reflexivo da pesquisa.

Estes procedimentos compõem, também, princípios éticos da pesquisa e originam novas indagações sobre como um pesquisador se insere no seu próprio ambiente de trabalho com um olhar etnográfico.

### **3.3 A etnografia e a etnoenfermagem no ambiente de trabalho**

Preocupava-me sobre como lidaria com as questões éticas e os dilemas internos próprios das organizações, na medida que um cliente interno se insere no seu *locus*, e tenta assumir postura de investigador, afastando-se e refletindo, da maneira mais imparcial possível, com o intuito de se aproximar da realidade do fato investigado e evidenciar o rigor e a validade que esses tipos de pesquisas requerem.

Utilizando-me desta vertente paradigmática, tentei seguir, durante toda a condução da pesquisa, o rigor metodológico, buscando explicitar os resultados que emergiram da realidade observada e posteriormente dos depoimentos dos participantes do estudo. Sendo assim, ao optar pela concretização desse estudo no ambiente de trabalho da pesquisadora foi preciso pensar nesta escolha e refleti-la visando, de certo modo, a produzir um trabalho no qual se percebesse o compromisso com o enriquecimento da prática profissional.

Inicialmente as indagações sobre como deveria me conduzir neste percurso me inquietaram porque integro o setor e faço parte dessa equipe que, naquele momento, tinha selecionado como equipe informante para a efetivação deste estudo. Tentando amenizar anseios e questionamentos, encontrei o que precisava para certificar-me de que o resultado por vir seria viável para o engrandecimento da nossa prática e, sendo impossível dissociar vários aspectos, estava ciente da cultura e dos conflitos organizacionais, dos problemas internos, dos dilemas éticos, das questões e posicionamentos dos informantes que, sob nenhuma hipótese, poderiam estar recheados pelos juízos de valor da pesquisadora.

Investigando sobre os padrões culturais das organizações de saúde, Forte (1996, p.19) considerou que somente mergulhando na vida organizacional pode-se definir a dimensão real destes padrões e a condição de sua razão de ser. A preocupação sobre se pesquisar no ambiente de trabalho foi tema da Conferência da Associação de Pesquisa Qualitativa, realizada em Melbourne, Austrália (1999), onde houve momentos em que se discutiu a problemática que os pesquisadores e seus respectivos supervisores enfrentam quando optam por este caminho.

De acordo com Smyth & Holian (1999), ao pesquisar na própria organização em que o pesquisador trabalha, vamos encontrar situações que trazem à tona as vantagens e dificuldades dessas pesquisas, e lembraram dos riscos, das características pessoais e das habilidades necessários para desenvolvê-las. Contudo, fundamentados nas suas experiências, os autores discutiram que a realização dessas pesquisas vale a pena e tem grande utilidade porque ajuda a solucionar problemas práticos; força-nos, ainda, avaliar as questões do dia-a-dia, como também, nos envolver nessas questões, confrontando as hipóteses de outras pessoas com as nossas suposições, nossas percepções e o impacto que porventura possa causar.

A literatura reforça a idéia de que a realização de pesquisa na própria organização pode trazer grandes benefícios, tanto para o

aprendizado pessoal/formação do profissional como para a melhora de práticas na instituição, contudo, há riscos reais para o pesquisador e a pesquisa. Os pesquisadores estão freqüentemente desempenhando papéis e ocupando posições de poder e autoridade, formal ou informal, o que os obriga (e origina oportunidades de acesso às pessoas) aos processos e às informações e, ao mesmo tempo, é preciso identificar a dimensão da intimidade com o cenário de estudo, pois deve-se tornar envolvido o mais que possível com o cenário investigado, sem contudo, perder a própria objetividade (Smyth & Holian, 1999; Roper & Shapira, 2000).

Esclarecendo sobre o papel do pesquisador, este tem um passado, um presente e um futuro dentro da organização, os quais carregam aspectos da história organizacional, das relações de trabalho e das alianças pessoais em algum momento do processo da pesquisa. Estas considerações e influências dão forma à percepção e ao comportamento do pesquisador e dos membros da organização envolvidos no estudo. Isto ocasiona impacto, ampliando o conteúdo dos dados e o modo como estes serão interpretados. O risco da validade da pesquisa não se limita somente aos eventos que o pesquisador não perceba ou identifique como dados importantes, mas, também, pelos acontecimentos que ele poderá ver em excesso (Spradley, 1980; Schwartzman, 1993; Smyth & Holian, 1999).

Alertando sobre os riscos da pesquisa na organização, vários autores enfatizaram que o pesquisador tem acesso às informações não previamente discutidas, arranjos particulares que servem a algumas pessoas ou propósitos, confrontando-se com as observações, a evidência da prática e dilemas éticos. A habilidade para conduzir este tipo de pesquisa consiste em uma explícita tomada de consciência dos possíveis efeitos dos "vieses" percebidos durante a coleta e análise dos dados, como também, questões éticas relacionadas ao anonimato da organização e dos participantes de forma individual. Isto também envolve a influência do pesquisador nos papéis de coerção e acesso às informações privilegiadas. Estas questões

necessitam ser consideradas e direcionadas em todos os estádios da pesquisa, incluindo o planejamento, como é esta conduzida, os métodos de análise utilizados, o tipo de publicação e disseminação dos achados e das recomendações (Spradley, 1980; Schwartzman, 1993; Smyth & Holian, 1999).

O pesquisador deve ser capaz de discernir sobre as situações em que deve imergir e naquelas de que deve se retirar, para refletir e analisar o que está acontecendo, e quais os próximos passos que ele deverá seguir. Efetivamente, o pesquisador necessita de uma autoconsciência, como também, de ser cômico da estrutura da organização, do limite de suas competências pessoais, incluindo mecanismos de enfrentamento das tensões, da ansiedade e do conhecimento sobre estratégias metodológicas específicas (Spradley, 1980; Gubrium, 1987; Smyth & Holian, 1999).

Desta maneira, acredito que, para se concretizar da melhor forma possível a realização da pesquisa no ambiente de trabalho do pesquisador, este deve mostrar um compromisso verdadeiro e a seriedade ímpar que a situação requer. E, para trilhar nesta abordagem, a diferença essencial entre a pesquisa no próprio ambiente de trabalho e as demais formas tradicionais de se investigar necessita ser claramente explicitada para que possa ser compreendida, no decorrer de todo o processo teórico-metodológico.

Minhas inquietações eram fundamentadas em alguns pontos: ser funcionária da instituição há 13 anos, plantonista do setor *locus* do estudo há 6 anos, ter um relacionamento pessoal ampliado, o que proporcionava indagações freqüentes sobre o porquê da minha presença no setor nos dias em que não estava trabalhando. Também me preocupava em não ocasionar julgamentos equivocados do tipo – “está nos observando, vou andar bem direitinho”, ou “vou morrer mas não me acostumo vendo você aqui na semana” – comentários feitos por auxiliares de enfermagem. Nessas situações, sentia necessidade de reforçar a verdadeira razão da minha estada no campo de investigação e justificar os propósitos do meu estudo.



Foi vivenciando essas situações que me deparei, realmente, com os dilemas éticos que o pesquisador enfrenta ao investigar em um ambiente onde é conhecido e integra a equipe de trabalho, porque é real a dificuldade de se distanciar do contexto observado e, ao mesmo tempo, se manter próximo do fenômeno investigado para que o colega, naquele momento informante do estudo, não se sinta à margem dos acontecimentos. É necessário também que a pesquisadora adote uma postura crítica-reflexiva da dinâmica do serviço, da comunicação intrapessoal, das relações interpessoais e atuação dos profissionais diante das famílias que acompanham suas crianças internadas.

Contudo, é premente fazer uso do bom senso e resguardar os juízos de valor que porventura venham originar vieses e comprometer a seriedade e o rigor da pesquisa. Estando alerta a todos esses desafios, ou seja, os riscos do novo papel de um experiente trabalhador, o período de entrada no campo aconteceu de maneira gradual, informal e empático. Foi necessário e providencial enfrentar momentos de curiosidade por parte das pessoas que trabalham no setor o que, de certa forma, ocasionou instantes de "estranhamentos" para que se estabelecesse a relação de confiança e diálogo entre os informantes e a pesquisadora.

Etnografia no próprio local de trabalho tem como objetivo final, ao descrever o cenário e os aspectos culturais do que foi investigado, contribuir para uma leitura subjetiva dos envolvidos no processo, sobre sua postura, conduta, atitudes, crenças, valores e visão de se posicionar no mundo. E o mundo profissional é também uma extensão dos nossos valores culturais que exige o exercício da ética. Não se pode excluir a relevância dos princípios éticos no caminhar da construção de uma pesquisa.

### **3.4 A pesquisa ética**

Com base no referencial etnográfico e na etnoenfermagem, alguns componentes éticos estão presentes em todas as fases da pesquisa qualitativa. Escrevendo sobre **Ethical and Moral Dimensions of Care**, Leininger

(1990) acresce que o etnocentrismo nos faz acreditar que somente os nossos valores são os melhores e mais desejados e que o discernimento ético-transcultural prevenirá problemas legais, como também conflitos culturais que se estabelecem no cuidado enfermeira-cliente. Cabe acrescentar que o etnocentrismo origina problemas legais e éticos que podem interferir na dinâmica e nos propósitos do cuidado multiprofissional-cliente.

Portanto, na realização de uma pesquisa, devem-se considerar alguns princípios, como: solicitar a participação das pessoas sem esboçar atitudes coercitivas; informar os objetivos da pesquisa, garantir o anonimato dos informantes; não se apropriar dos achados para fins contrários aos objetivos da pesquisa; inserir-se no campo, gradativamente, e com a permissão dos informantes; realizar leitura e releitura dos achados, junto aos informantes e informantes-chave, para validar os dados da investigação; realizar a devolução da pesquisa para a comunidade pesquisada. Estes requisitos foram seguidos no desenrolar desta investigação.

Ainda estive atenta quanto às recomendações da Resolução n.196, aprovada na 59ª Reunião Ordinária, em 10 de outubro de 1996, em que foram aprovadas as diretrizes e normas regulamentares de pesquisas envolvendo seres humanos, no território brasileiro (Brasil, 1996).

Após a aprovação no exame de qualificação do projeto e, portanto, apta a iniciar a coleta de dados, submeti o projeto de tese aos comitês de ética da Instituição, *locus* da pesquisa, como também do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará. Conhecedora da aprovação, dei andamento à construção do estudo.

Elaborei um *folder*-convite (Anexo A), no qual contava a retrospectiva da minha dissertação de mestrado, evidenciava a razão pela qual continuava com o tema de crianças envenenadas e acrescentava que o objeto de investigação, no momento, estava centrado na vivência dos profissionais com a família da criança envenenada, enquanto esta se encontrava sob os cuidados intensivos da equipe multiprofissional. Junto ao

convite, entreguei aos informantes do estudo um formulário de consentimento expresso (Anexo B), para que o informante que desejasse participar do estudo tomasse ciência de todas as questões éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos e, assim, expressasse sua participação por meio de comunicação escrita.

Cultivei durante o transcorrer da pesquisa os princípios éticos, respeitando horários e dias escolhidos pelos participantes, o que demandou idas e vindas ao local determinado para entrevistas, algumas realizadas no hospital, outras na residência do participante. Respeitei a atitude de um informante-chave em potencial que, aparentemente, não mostrou interesse em participar, e não insisti, como também ocorreu-me a lembrança, ao descrever a análise dos dados, de fazê-la de uma forma simples para facilitar a compreensão do leitor, quando o estudo estiver contribuindo para a construção e socialização do conhecimento.

### **3.5 Os participantes**

Respeitando os princípios éticos, alguns critérios foram seguidos na escolha dos informantes; estes foram convidados a participar de forma espontânea, existindo a garantia do anonimato, ficando à vontade em se desligarem da investigação em qualquer fase da pesquisa e, ainda, determinarem o local e horário disponíveis para a realização das entrevistas.

Inicialmente tinha pensado em focalizar como informantes-chave as profissionais enfermeiras e médicas que desempenhavam atividades na UTI-P da Instituição em estudo. Diante do desenrolar da coleta de dados e da aproximação com a realidade que circunda a família da criança envenenada durante seus momentos de internação hospitalar, ficou evidenciada a tendência do caráter interdisciplinar na condução do atendimento à criança envenenada e sua família. Por tal razão, ampliei as categorias profissionais com a inclusão das assistentes sociais e fisioterapeutas, enriquecendo, mediante experiências pessoais, o objeto de investigação da pesquisa.

Assim sendo, os informantes foram constituídos pelos profissionais de saúde, - enfermeiras, médicas, fisioterapeutas, assistentes sociais que atenderam crianças, na faixa etária de 0 a 10 anos, envenenadas por qualquer agente tóxico, e que foram internadas na Unidade de Tratamento Intensivo Pediátrica (UTIP), de um hospital de emergência, no Município de Fortaleza, e que necessitaram de cuidados intensivos, no período de janeiro de 2000 a janeiro de 2001.

Esses informantes são, na sua maioria, do sexo feminino, com tempo médio de formado de 13 anos, experiência média em torno de 9 anos no contato com crianças envenenadas e família, portadores de títulos de especialistas em suas áreas de atuação; dois deles são mestres e todos têm vivência na área de trauma e acidentes domiciliares envolvendo criança e sua repercussão na família.

Após o contato entre a pesquisadora e cada profissional que se dispunha a participar da pesquisa, tinha o cuidado de descrever, tão logo fosse possível, qual tinham sido a recepção e a demonstração do profissional em contribuir com o estudo. Aconteceram situações ambíguas, contraditórias, algumas hesitações das pessoas sobre como se colocariam, mas, todas essas manifestações evidenciadas, foram perfeitamente compreensíveis em virtude da pesquisa acontecer no próprio local de trabalho de ambos, pesquisadora e informantes.

Apesar de os informantes terem tomado ciência, há um certo tempo, da construção desta tese, percebi alguns gestos de apreensão e de questionamento pessoais se saberiam contemplar o “que eu estava querendo”. Em diversos momentos, tive que esclarecer que os entrevistados não deviam “pensar em dizer o que eu estava querendo” mas sim qual a verdadeira experiência, a vivência em abordar a família da criança envenenada, quando no contexto hospitalar e, sendo mais específica, quando essas crianças estavam submetidas aos cuidados intensivos de uma equipe multiprofissional.

Não tive recusa direta em participar da pesquisa, contudo, houve postura de não-envolvimento com o que estava sendo colocado por um potencial informante-chave e, respeitando os princípios éticos, não insisti no convite; porém, a maioria afirmou a importância de se debater o tema que envolve de maneira direta o profissional desta instituição. Diante desses fatos, foram entrevistados 19 (dezenove) profissionais, que expressaram sua visão de mundo em relação ao fenômeno investigado – sua experiência com a família da criança envenenada, no contexto hospitalar de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Escolhi denominar os informantes, adotando como cognomes espécies de pedras preciosas e semipreciosas, pois, ao fazer analogia com a pessoa humana, defendo a premissa de que, como essas pedras, todo ser humano tem o seu brilho próprio e o seu valor. As pedras datam da Antigüidade, da mesma forma que o homem; estas são ainda hoje comercializadas pelo seu valor e pelo tipo de jóia em que podem se transformar, quando lapidadas pela sensibilidade e criatividade do artesão. Do mesmo modo, o homem se deixa inserir no sistema capitalista e muitas vezes se questiona sobre sua existência e atitudes mercantis. Sabe-se que, em vários momentos, a saúde se encontra no contexto do capital que se sobrepõe ao humano; as pedras se transformam em jóias, os homens também passam por esta lapidação no seu comportamento, nas suas atitudes, nas decisões e nas relações interpessoais.

Evoluem, transformam-se em pessoas produtivas e colaboradoras de um processo de trabalho; escolhem a profissão que lida com a vida humana, um dom divino; e, como as pedras preciosas e semipreciosas, o ser humano irradia o brilho, ofusca situações, retoma seu valor. As pedras são estimadas não apenas pela beleza mas, também, pelas virtudes mágicas que lhes são atribuídas. Considero os informantes desta pesquisa todos pedras preciosas e semipreciosas, têm brilho, valor inestimável e, em não podermos estimar valor, se tornaram diferenciados das pedras, do frio, do

insensível, do mineral. Foram lapidados à condição de jóia rara, de humano, de solidário, de gente!

Vamos encontrar neste estudo os depoimentos de *Ágata, Água Marinha, Amazonita, Ametista, Cristal, Diamante, Esmeralda, Gema, Granada, Jaspe, Ônix, Opala, Pérola, Quartzo, Rubi, Safira, Topázio, Turmalina e Turquesa*, relatando suas experiências sobre o envenenamento em criança, durante as internações na UTI-P. As “pedras” relataram sobre o sentimento de culpa percebido na família, a precisão do estabelecimento das condutas terapêuticas, o acompanhamento de condutas expectantes que podem culminar com um óbito, o hiato que existe na educação em saúde, a miséria humana, a injustiça social, enfim, são experiências que convivem com as adversidades acompanhando o ser humano ao se equilibrar nos diversos papéis que a vida lhe exige.

Quero inserir o fato de que colocar experiências pessoais que desnudam tal contexto não é fácil; é um ato de compromisso profissional, é uma postura ética que os informantes deste estudo assumiram quando se dispuseram a participar e, ricamente, dialogar sobre o objeto de investigação. Neste clima de envolvimento, deu-se o primeiro olhar multiprofissional para se coletar o material do estudo.

### **3.6 Encontro com os participantes e os dados**

Como preconiza o método da etnoenfermagem, o início da coleta dos dados seguiu as etapas de Observação, Participação e Reflexão, que constituem o Observation Participation Reflection - OPR- Model (Leininger, 1991), etapas estas que estiveram interligadas em todas as fases da pesquisa.

Foram delineadas em quatro momentos: observação, observação e participação, participação e observação reflexiva. Este modelo foi derivado da tradicional observação e participação utilizada nas pesquisas antropológicas, porém, refinado e modificado, várias vezes, sendo acrescido

do momento reflexivo para se adequar aos aspectos filosóficos, aos propósitos e objetivos da Etnoenfermagem, e com esta fase originou-se o momento da confirmação e validação dos dados. No OPR-Model, o pesquisador dispensa o primeiro momento somente para a observação, antes de se tornar participante ativo, para visualizar o fenômeno e o contexto da investigação, identificando as generalidades que dizem respeito ao estudo (Leininger, 1991).

No presente trabalho, na fase de observação, as principais ações consistiram em observar e ouvir atentamente, obtendo uma visão geral do objeto de estudo, como também os momentos de apresentação inicial e de se fazer conhecer, estabelecendo os primeiros contatos entre pesquisadora e participantes do estudo. Assim, nesta etapa, observei os atendimentos, a inserção da família na UTI-P e as abordagens dos profissionais sobre o acidente tóxico, permitindo à pesquisadora delinear o primeiro contato família, profissional e informações.

Prosseguindo, as observações foram tomando forma gradualmente, pois, no início, tentei assumir a condição de visitante, quebrando o olhar estranho que as pessoas me dirigiam quando me indagavam o que eu estava fazendo, no meu setor de trabalho, quando não tinha feito alguma troca e, por conseguinte, não estava trabalhando. A cada dia, explicava que, naquele momento, não se encontrava a plantonista da UTI-P mas sim a estudante de doutorado percorrendo o caminho de construção de sua tese.

Estabeleci diálogos comuns mas, ao mesmo tempo, construtivos para que a minha presença não incomodasse as profissionais das equipes, considerando que estas são fixas por dias da semana e a cada dia contatava com pessoas novas para esta situação. Fui, com o passar dos dias, esclarecendo a minha presença, retomando o que tinha concluído com a minha dissertação, explicando os objetivos da tese e lembrando que

essas profissionais seriam convidadas a participar deste estudo e receberiam, formalmente, uma comunicação quando do momento oportuno.

Compreendi, mais uma vez, que não era fácil me transportar para o papel de pesquisadora, sendo também funcionária da Instituição, e mais especificamente, do mesmo setor onde a pesquisa estava sendo construída. Porém, já me encontrava menos ansiosa em virtude das leituras e experiências anteriores que amenizaram meus questionamentos sobre a conduta que deveria adotar nesses encontros iniciais.

Na fase de observação com participação, continuava observando, mas participava, de maneira tênue, da dinâmica do setor, dirigindo-me a alguns familiares, respondendo a indagações e dando alguns esclarecimentos sobre estado de saúde ou agravamento da doença, porém, sem afastar totalmente o objetivo desta fase.

É importante assinalar que a inserção da pesquisadora em uma nova fase de coleta encontra-se aqui delineada para ampliar a compreensão do leitor mas, na dinâmica da pesquisa, não se precisa os momentos estanques de término e início, pois todos eles estão entrelaçados e seqüenciados.

Na fase de observação e participação, a observação continuou no contexto hospitalar e ficou direcionada para os fenômenos que pudessem vir a responder os questionamentos do estudo ou originar novas indagações, ou seja, a abordagem dos profissionais à família da criança envenenada. Continuei, também, com as visitas e já não havia tantas indagações sobre minha presença no setor, nem me sentia estranha, mesmo quando chegava um pouco antes dos horários determinados para as entregas e recebimentos dos plantões. Dessa forma, tinha a oportunidade de contatar com duas equipes em único momento, o que contribuía para ampliar a lente cultural do fenômeno investigado. Convidei os informantes para participarem do estudo e comecei as entrevistas, de maneira informal, para gravar no momento oportuno.



Na fase de participação, a pesquisadora já demonstrava maior interação-participação com os informantes, porém sem se desviar dos propósitos estabelecidos. Neste momento, já tinha se iniciado uma aproximação da pesquisadora com os informantes do estudo sem estar marcante a presença da funcionária, e sim da pesquisadora agindo no campo.

Certa manhã, não havia criança intoxicada no setor, mas tinha sido admitida, na noite anterior, uma criança gravemente enferma. Encontrei as equipes plantonistas discutindo a melhor conduta terapêutica que poderia ser instituída. A pediatra - ressaltando que sabia que eu não estava de plantão mas coletando os dados para a minha tese - esboçando um sorriso, solicitou que eu contatasse com o laboratório de análises clínicas para checar o resultado de um exame de uma criança grave. Em outro momento, fui solicitada para rever o funcionamento de algumas bombas de infusão e emitir opinião sobre novos modelos e especificações. Percebi que participava da dinâmica do serviço, era solicitada e me inseria, naturalmente, no cotidiano do setor. Além dos profissionais, as famílias também me solicitavam, faziam observações sobre minha aparência (vestimenta diferente da usada enquanto plantonista), pediam esclarecimentos sobre o estado de saúde da sua criança e questionavam a minha volta para a condição de plantonista. Uma mãe de uma outra criança em morte cerebral me agradeceu por tudo e não encontrei palavras que pudessem expressar realmente o que eu queria dizer. Ela chorou, eu a abracei, me emocionei e as minhas lágrimas teimaram em rolar.

Participando desse contexto, na dualidade de me manter afastada e próxima de situações inerentes ao cenário cultural do estudo e o objeto de investigação da pesquisa, vivenciei situações que se mostraram mais fortes e me fizeram refletir sobre as emoções a que os profissionais estão expostos e, aqui inferindo, esse mundo vivido nos torna mais próximo das

peçoas; presenciamos o sofrimento, a dor do outro, tentamos aprender a respeitar, compartilhar, colocarmo-nos em lugar da outra pessoa. Em outros momentos, negamos quase toda a emoção que aflora, tentando nos manter distantes, usamos mecanismos de defesa, situamo-nos como técnicos ao manusear equipamentos "recheados" de tecnologia, mantemo-nos fiéis às normas e rotinas da Instituição, afastamo-nos da criança e da família, colocamos o diálogo em suspensão, solicitamos ajuda.

Houve, então, nesta fase, aprofundamento da coleta dos dados com realização de entrevistas etnográficas semi-estruturadas, realizadas tanto no ambiente hospitalar como no ambiente domiciliar, quando estes profissionais assim optaram ou motivos outros direcionaram esta escolha, como a dinâmica do serviço que inviabilizava entrevistas em um clima propício, dentro do próprio hospital. Estas entrevistas contemplaram questão descritiva, sempre direcionada para a visão do informante; exemplificando melhor, o tipo de indagação, ao profissional de saúde, enfermeiras, pediatras, fisioterapeutas e assistentes sociais – *Relate sua experiência com a família da criança envenenada durante a internação hospitalar, em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.*

Imediatamente após a gravação das entrevistas, voltava a fita e juntos, entrevistado e pesquisadora, ouvíamos e discutíamos o que tinha sido respondido e, se realmente, era aquilo mesmo que o informante queria dizer. Ao mesmo tempo, foi também uma das formas de validação dos dados, visando a seguir o rigor científico, e conseqüente credibilidade na condução da pesquisa.

Os dados coletados foram registrados, no primeiro momento, no diário de campo, com as observações e anotações-chave; em seguida, as anotações foram ampliadas em um diário para cada componente que participou do estudo, utilizando ainda um diário da pesquisadora, onde foram anotadas as reflexões do estudo. As entrevistas foram transcritas na íntegra pela própria pesquisadora para que o maior número possível de

expressões manifestadas pelos informantes pudesse ser captado permitindo assim, uma aproximação mais fidedigna da realidade e das emoções expressas pelos participantes. Cada informante dispunha de um arquivo informatizado e de uma pasta colecionadora com sua entrevista transcrita, acompanhada do consentimento informado.

A fase de reflexão e validação dos achados com os informantes iniciou quando comecei a refletir sobre o todo observável para avaliar o impacto real ou potencial que porventura pudesse causar nos informantes, em relação ao evento pesquisado. Esta reflexão ajudou-me na análise contextual do fenômeno, antes de emitir alguma interpretação ou consideração sobre o que foi observado, ouvido e refletido.

A reflexão fez-se presente na identificação dos padrões, dos significados emitidos pelos informantes sobre o fenômeno investigado, na delimitação dos temas culturais e, vale esclarecer, que acompanhou cada fase de coleta e análise dos dados, ou melhor, todo o delineamento da pesquisa. Com os dados coletados e registrados, lidos e relidos, a pesquisa foi se ampliando para a fase de apreciação de todo esse material.

### **3.7 Considerações sobre os achados**

A análise de dados de uma pesquisa requer uma imersão, por parte do pesquisador, em todo o material coletado, juntamente com uma viagem imaginária ao cenário do fenômeno em estudo. Esta análise não constituiu uma etapa isolada, pelo contrário, foi concomitante à coleta e necessitou de idas e voltas ao campo para validar os achados.

Compactuo com a concepção de Miles & Huberman (1994), quando expõem que a visão geral da análise dos dados inicia-se com a influência mútua do marco-conceitual e as questões de pesquisa que vão determinar a escolha da amostra e instrumentação adequadas. Após esta fase, dá-se a coleta e, juntamente com a análise, iniciam-se as etapas de codificações e descrições para organizar os dados coletados. É possível a

necessidade de novas codificações e descrições para fundamentar as explicações e, a partir destas, delinear-se as considerações do estudo.

De posse dos dados colhidos e validados junto aos informantes, passei a seguir as fases de análise da etnoenfermagem como preconizadas por Leininger (1991):

- **fase 1** - registro na íntegra das observações realizadas dos participantes do estudo, congruentes com o objeto da investigação e, em seguida, as descrições ampliadas de todo o material coletado, identificando significados contextuais e interpretações preliminares, principalmente as relacionadas ao conhecimento êmico e atenta às idéias que expressam o conhecimento *etic*, codificando esses dados posteriormente;
- **fase 2** - de posse dos recortes e após leituras reflexivas, passa-se à fase de identificação e categorização dos domínios relacionados ao objeto e contexto da investigação, procurando pelas similaridades e diferenças identificadas nos discursos dos participantes;
- **fase 3** - identificam-se a saturação das expressões e significados nos discursos dos informantes, realizando a análise contextual, o que atribuiu maior credibilidade e confirmação dos achados da investigação;
- **fase 4** - identificam-se os temas principais da pesquisa mediante a abstração, procedem-se a recomendações e, algumas vezes, reformulações teóricas. Esta fase é viabilizada através da análise reflexiva, síntese, interpretação e formulação criativa dos dados analisados nas etapas anteriores.

Explicitando como transcorreu a análise dos achados, esclareço que esta foi se processando à medida que coletava os dados, iniciando com o período de observação, quando registrava o modo do profissional se conduzir diante da família da criança envenenada. Esta realidade observada originou descrições que foram complementadas com a realização e transcrição das entrevistas dos participantes. Após a realização

de cada entrevista, a transcrevia de imediato, procurando retratar, da forma mais fidedigna possível, a ambiência que circundou o contato da pesquisadora e informante-chave.

Para cada entrevista descrita dos participantes, criei um arquivo no computador, tendo o cuidado de providenciar *backup* para assegurar o material que estava sendo analisado. Formatei as páginas destes arquivos no molde "paisagem", deixando um espaço na margem direita para registrar os descritores, que seriam significativos para a interpretação e reflexão dos dados, facilitando, sobremaneira, o manuseio dos dados, leituras e reflexões futuras.

De posse das transcrições de cada entrevista, li e reli todas, comparando os discursos; descrevi cada entrevista tendo o cuidado de clarear a inserção da pesquisadora diante dos significados contextuais que iam emergindo dos discursos. Estes depoimentos trouxeram o conhecimento êmico dos participantes e possibilitaram a confirmação das interpretações preliminares pela utilização de trechos mais longos, os quais foram identificados para corroborar a descrição-interpretação. Para proceder às interpretações preliminares, busquei no conhecimento *etic*, pertinente ao tema previamente escolhido, a fundamentação e a coerência descrita.

À medida que as entrevistas descritas se avolumaram, originando depoimentos consistentes de significados que qualificaram as experiências dos participantes sobre o objeto de estudo, passei a identificar e codificar os descritores, buscando as convergências e as divergências para que pudessem construir categorias conceituais que, por sua vez, fundamentaram os padrões de abordagem do profissional de saúde, face à família da criança envenenada em uma UTI – Pediátrica. Estava sempre considerando a interligação que se estabelece na seqüência desse tipo de análise de dados em virtude da dinâmica do processo e, muitas vezes, percebi a urgência de ler e reler as entrevistas, refletindo sobre estes significados contextuais.

Para operacionalizar a identificação dos padrões da abordagem do profissional, registrei em folhas de papel-madeira a questão norteadora – Descreva sua experiência no atendimento à família da criança envenenada, em uma UTI-P -, e coloquei os cognomes de todos participantes e suas respectivas respostas. Codifiquei com a sistematização de cores, o que considerei palavras ou frases-chave que eram significativas para elucidar a questão da pesquisa e, no lado direito da folha de papel, escrevi as expressões e significados repetidos nas respostas dos informantes.

Identificados os padrões através da saturação das expressões e significados dos discursos, mergulhei na análise contextual na busca dos temas principais do estudo que respondessem às questões de pesquisa, o que requereu voltas ao campo para validar o tema junto aos informantes.

## CAPÍTULO 4

### PANORAMA CULTURAL, PALAVRAS E REALIDADE OBSERVADA:

*mas ele vai ficar bom, não vai ?*

---

---

Situando o campo investigativo do hospital público em estudo, fica evidenciado o caráter do atendimento de emergência aos agravos à saúde, uma grande maioria proveniente de causas externas, o que origina peculiaridades nos setores e, de algum modo, repercute nas ações e comportamentos dos profissionais que prestam cuidado ao ser, que, de forma tão abrupta, foi privado de suas atividades cotidianas – familiares, produtivas, sociais e espirituais. A emergência, “porta de entrada” para um fluxo breve ou prolongado, sujeito ao sucesso da cura ou o insucesso do óbito, encontra-se ininterruptamente recebendo pessoas vitimadas por algum tipo de violência, seja ligada aos acidentes de trânsito, às incompatibilidades sociais, aos delitos, ou seja, vinculados a riscos no próprio ambiente domiciliar que, supostamente, proporcionaria maior segurança e proteção quanto a possíveis agravos à saúde dos seus integrantes. No entanto, na maioria das vezes, neste ambiente familiar, a criança se encontra extremamente vulnerável a danos físicos, emocionais e sociais e, a depender da intensidade, chega aos setores das emergências pediátricas com essa condição.

A criança portadora de uma intoxicação exógena é admitida nas emergências pediátricas sendo trazida por alguém da família, por um vizinho, um conhecido e, no momento inicial, as ações da equipe de saúde são direcionadas para a manutenção da vida e a minimização das possíveis

seqüelas. Souza (1997) fez um relato da dinâmica de uma emergência pediátrica, quando escreveu sobre os primeiros momentos, seguidos de vários outros, registrados no acompanhamento de uma criança envenenada e a fragilidade que se instala na família. Há casos em que a criança responde de imediato ao tratamento estabelecido; há outros que requerem cuidados intensivos, quer pela qualidade do agente tóxico, pelo mecanismo de exposição à substância, pela quantidade que está presente no organismo ou a repercussão sistêmica que se instalou. Estes casos são encaminhados à Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica – UTI-P a fim de serem monitorados e agilizada a possibilidade de recuperação da criança porque são detectados como graves e que necessitam de cuidados intensivos de uma equipe de saúde.

Neste estudo, o cenário para a ampliação da lente cultural sobre o objeto da pesquisa foi justamente uma UTI-P, de um hospital de emergência, da rede pública municipal, localizado na cidade de Fortaleza, Ceará, Brasil. Este complexo hospitalar tem referência para o atendimento ao politraumatizado, ao grande queimado e aos casos de acidentes tóxicos que acontecem na cidade de Fortaleza, Região Metropolitana, de todo o Estado do Ceará e de alguns estados da Região Nordeste. Limitei o *locus* do estudo à UTI-P, local onde são encaminhados os casos de intoxicações em crianças quando são considerados mais graves. Procurei focalizar a lente, de certa forma, chamando a atenção para a complexidade e seriedade que os envenenamentos carregam, pois comprometem a vida de pessoas em tenra idade, podendo, ainda, desestabilizar toda a estrutura familiar.

No senso comum, a UTI-P é um dos setores do hospital onde se abrigam os casos que necessitam de cuidados intensivos, independentemente da patologia e, culturalmente, essas admissões estão associadas à desesperança, ao desengano e à morte. A experiência nos faz dizer que, nesse ambiente de trabalho, as emoções afloram com maior facilidade e freqüência e, muitas vezes, por estarmos tão imersos no nosso



cotidiano, não captamos a labilidade que se instala, seja nos profissionais, nos membros familiares e/ou acompanhantes das crianças. É nesse ambiente que admitimos as crianças envenenadas, estabilizamos os parâmetros vitais, monitoramos, instalamos ventiladores mecânicos, cuidamos e presenciamos cenas de sofrimento como profissionais que lidam com crianças, e têm que conviver e enfrentar, para cuidar.

A tecnologia é outro fator que causa dualidade de interpretação para a família da criança envenenada, que desconhece a necessidade e a importância de seu uso. Esta fica angustiada e demonstra medo de tocar na sua criança em virtude das conexões dos equipamentos, dos eletrodos, da bomba de infusão; esboça espanto, quando o monitor ou o oxímetro de pulso disparam o alarme visual ou o sonoro, quando o respirador artificial também alarma, por algum motivo técnico. Tornam-se transparentes as dúvidas sobre os aparelhos e equipamentos, delineiam-se os contatos com a equipe multiprofissional, identificam-se hesitações para os questionamentos. Algumas vezes, a família solicita que um profissional diga que seu filho vai se salvar, mesmo que este esteja em morte cerebral e, com uma imensa vontade de que toda aquela cena fosse um pesadelo interpela: - "mas ele vai ficar bom, não vai?" A situação de impotência que o profissional enfrenta, a relação de ajuda que busca ao olhar para colegas membros integrantes da equipe, os mecanismos de fuga que o profissional utiliza para revelar a gravidade do caso e o prognóstico reservado, fazem parte do dia-a-dia da equipe na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

A dinâmica e o clima que se instalam no setor têm estreita relação com a gravidade das crianças internadas, não havendo maiores ligações com a capacidade de ocupação, limitada a seis (6) leitos. Presenciei, em certo momento, uma passagem de plantão entre a enfermeira do noturno (que estava entregando seu turno) e a enfermeira do período do dia (que o recebia), em um dia que havia uma criança em morte cerebral. A colega que estava iniciando seus cuidados apresentou-se às famílias da unidade,

identificando-se, realizou algumas indagações e fez um comentário – “ o ruim de UTI-P é que tem isso, morte cerebral”- o que retrata o quanto certas situações interferem no humor, na postura e emoções do profissional que trabalha em Unidades de Terapia Intensiva.

Vários trabalhos vêm discutindo a necessidade de maior interação de profissionais e famílias que têm seus entes queridos internados em UTI, visando a minimizar o estresse situacional e ambiental, como também contemplar as expectativas e necessidades desses clientes que precisam de cuidados intensivos. Outra temática diz respeito à importância da presença da família como um dos meios de abreviar o estado de gravidade da criança e fortalecer a relação familiar, agilizando o processo da cura e/ou do bem-estar (Pereira & Bueno, 1997; Bezerra et al., 1998; Domingues et al., 1999; Guirardello et al., 1999; Martins et al., 1999).

Quanto ao objeto de investigação – experiência da equipe multiprofissional da UTI-P com a família da criança intoxicada -, esta abordagem da equipe, junto à família, não se evidencia de forma consolidada. Na maioria das vezes, é questionado o mecanismo da intoxicação, do agente tóxico específico; conjeturada a associação com drogas consideradas ilegais, são emitidas opiniões, é expressada desaprovação, insinuada a inexistência da vigilância para com a criança por parte da família, exteriorizada como descuido e falta de informação.

Os profissionais checam os parâmetros biológicos, os exames laboratoriais, com ênfase na dosagem da colinesterase, os padrões da ventilação mecânica daqueles que estão necessitando de suporte ventilatório. Alguns, durante a realização do exame físico, investigam algo da história, tentam identificar ou certificar-se do agente tóxico, lembram ao componente familiar alguma forma de cuidado preventivo e, quando indagados sobre o estado da criança, pelos pais ou acompanhantes, lembram sempre que “criança surpreende”, deixando nas entrelinhas a

interrogação e a esperança de um prognóstico satisfatório. Outros, chocados ou indignados com o mecanismo dos envenenamentos e no intuito de alertar sobre os direitos da criança e do adolescente, chegam a indagar à família se esta não sabe que permitir tais ocorrências constitui crime e, nesse momento, o semblante do parente e/ou acompanhante evidencia surpresa e incredulidade.

Durante a entrega e recebimento dos plantões entre as profissionais, médicas pediatras e enfermeiras, usualmente, informam sobre o estado geral das crianças, os parâmetros vitais, comunicam as pendências, discutem as condutas terapêuticas, porém, não observamos relatos de que contataram a família e que orientaram quanto à prevenção desses casos na tentativa de fortalecer e/ou dar continuidade a tais orientações. Outras categorias profissionais não utilizam a passagem de plantão *in loco*, com frequência, diante do leito da criança e na presença da família; limitam-se às leituras de relatórios, à busca nos prontuários e à coleta de informações dos outros profissionais da equipe. Não quero afirmar que inexitem contatos estreitos dos profissionais com a família ou a pessoa que acompanha a criança durante o período que esta se encontra sob os cuidados da equipe.

Quanto à família, nos momentos iniciais da internação, se encontra como expectadora de uma situação desconhecida, se mostra impotente e culpada pelo ocorrido; com a continuidade do tratamento, iniciam-se diálogos com a equipe de saúde da UTI-P, geralmente tímidos, e solicitando permissão para realizar algo, ou buscando esclarecimentos sobre determinada ocorrência. Posteriormente, assumem o compartilhar no cuidado e, nesse momento, podem ser notadas atitudes opostas, por parte da família, ao solicitar e aceitar explicações ou reclamar e rejeitar orientações. Durante os poucos momentos de conversas entre os profissionais e as famílias sobre o envenenamento, as famílias se mostram curiosas, ao mesmo tempo que demonstram um tão profundo desconhecimento do processo que se assemelha ao inacreditável.

A realidade observada foi descrita no coletivo, tentando preservar, o mais possível, a identidade dos informantes, e esta realidade teve um novo olhar cultural através dos discursos dos participantes, ao relatar suas experiências na abordagem à família da criança envenenada, enquanto esta se encontra sob os cuidados da equipe multiprofissional, na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

#### **4.1 Amplio a compreensão do objeto de estudo**

A compreensão também se amplia, quando escutamos o que nos dizem os participantes do estudo, os quais foram denominados, após reflexão e analogia, com os nomes de pedras preciosas e semipreciosas. Eis seus depoimentos que, ricamente, contribuíram para clarear a compreensão dos questionamentos iniciais. São experiências de enfermeiras, médicas, fisioterapeutas e assistentes sociais, categorias profissionais da equipe de saúde que, na realidade do estudo, são as que mantêm um contato maior com a família da criança envenenada, em uma UTI – Pediátrica.

Vamos encontrar, então, os discursos de *Ayata, Agua Marinha, Amazonita, Ametista, Cristal, Diamante, Esmeralda, Gema, Granada, Jaspe, Ônix, Opala, Pérola, Quartzo, Rubi, Safira, Topázio, Turmalina, Turquesa*, relatando experiências com a família da criança envenenada, durante a internação em uma UTI-P, caracterizadas pela visibilidade do sentimento de culpa, demonstrado e verbalizado no diálogo com a família, a precisão do estabelecimento das condutas terapêuticas pelos profissionais, na tentativa de neutralizar o tóxico e preservar a vida da criança, a revelação do hiato que existe na educação em saúde, a miséria humana, a injustiça social, enfim, evidenciaram que convivem com as adversidades que acompanham o ser humano, equilibrando-se entre os diversos papéis que a vida lhes exige. Todas essas questões foram emergentes e estiveram postas no âmbito natural que os informantes do estudo, ricamente, dialogaram sobre o objeto de investigação.

*Ágata*

*A curiosidade pode ser observada no ser humano ao contemplar a beleza e transparência das pedras preciosas.*

Ao relatar sua experiência no atendimento à família da criança envenenada, Ágata, enfermeira, assinala que *na admissão da criança, geralmente o que eu converso com a família da criança é o somente para coletar minuciosamente dados do acontecimento, de modo que venha a esclarecer, ajudar no diagnóstico diferencial, favorecendo assim o tratamento e recuperação da criança.* O enfoque para as necessidades imediatas se faz presente, caracterizando a finalidade do atendimento inicial, visando a estabilizar os parâmetros vitais e a preservação da vida da criança. Estabelecer diagnósticos precisos e iniciar o uso adequado dos antídotos para a recuperação rápida da criança, constitui um dos objetivos primordiais, de acordo com o enfoque de Ágata.

À medida que os dias passam e a internação se prolonga, Ágata acrescenta que *ocorre o entrosamento recíproco, entre ela, enfermeira e a família, havendo uma abertura para abordagem educacional.*

Esta abordagem "educacional" deve ser isenta de juízos de valor e de acusações veladas, pois, no usual, os profissionais da equipe de saúde se apropriam do poder pelo saber e extrapolam nas orientações, invadem a privacidade e os sentimentos do outro.

Outra referência feita por Ágata diz respeito à curiosidade que também acompanha os primeiros contatos do profissional com a família da criança envenenada; curiosidade esta relacionada ao mecanismo do acidente tóxico, qual o tipo de substância que causou o envenenamento e, principalmente, como este foi desencadeado. A emissão de julgamentos e insinuações também faz parte desse contexto, contribuindo para manter o

distanciamento e a negação, por parte da família, em se permitir as mudanças comportamentais.

Por outro lado, a intimidade que se estabelece entre profissional e componente familiar, com o decorrer da internação, permite que o profissional que está prestando cuidados penetre no mundo-vida das pessoas e, a partir desse momento, flui um canal de abertura para as orientações, os ensinamentos e as colocações de como essas ocorrências poderiam ter sido evitadas e, pode-se ir mais além, de como prevenir possíveis outros casos entre os membros da família.

## *Água Marinha*

*Considerada o talismã dos marinheiros, também atribui-se a essa gema o poder de estimular a atividade intelectual.*

Água Marinha, enfermeira, descrevendo sua experiência com a família da criança envenenada, relatou ter sido esta vivência que a levou a desenvolver, também, um estudo sobre crianças envenenadas por carbamato, pois, ao longo dos anos, percebeu a perplexidade da família sobre o acidente tóxico. E justifica sua colocação, ao referir que *a família fica muito assim... ela sabe que é uma situação grave... é uma situação de gravidade por estar na UTI, entendeu? – mas não sabe da complexidade, o que vem... do que tem por detrás disso, que é uma desinformação, entendeu?*

Enfatiza que as famílias agem ambigualmente, demonstrando naturalidade pelo comportamento da criança e um extremo sentimento de culpa, de responsabilidade pelo ocorrido. Ilustra tal afirmação, ao expressar que *eles ficam agindo como se fosse uma coisa de natural e ao mesmo tempo a gente percebe que existe um sentimento de responsabilidade, de culpa, porque geralmente foi por algum descuido, alguma desatenção... .*

Adiciona que é uma situação difícil de lidar por envolver o emocional das pessoas, pois a preocupação da família em presenciar um ente querido em um leito de UTI merece respeito e discernimento por parte do profissional. A gravidade que se instala direciona os atendimentos emergenciais e, após estabilização do estado de saúde da criança, há oportunidade do estabelecimento do diálogo e do repasse de informações preventivas.

Água Marinha relata que *ele é um paciente muito grave... então de imediato a gente assiste ao cliente e conforta e a família também mas logo após o surgimento de alguns traços de melhora desse cliente a gente começa a tentar a ver com a família, a*

*tentar com eles pra questão do lar, da utilização, do perigo... tentar orientar e passar daqui pra frente evitar o consumo, ter cuidado...*

Água Marinha justifica sua abordagem em cuidar da criança e confortar a família em virtude do aspecto humanístico, e de utilizar uma postura empática, assinalando que *a gente atribui a um sentimento de ser humano entendeu? De ver alguém ali num leito doente por uma condição que poderia ser evitada, certo?*

Para ampliar a preocupação com a família por todos os profissionais da equipe, Água Marinha sugere envolvimento da equipe, a realização de reuniões, seminários para explanação dos problemas mais freqüentes, questionar sobre o que se pode fazer pela comunidade de quem cuidamos; que haja, também, divulgação e preocupação por parte de mais profissionais, que todos busquem um consenso de uma filosofia de trabalho e, enfaticamente, reporta: *sugiro o envolvimento das equipes entre si, que cada vez mais a gente possa fazer reuniões, seminários aonde a gente explane os problemas que têm acontecido mais, se questionar... que todos trabalhem na mesma linha, entendeu?*



## *Amazonita*

*A sensibilidade do artesão transforma a pedra em um objeto singular, a sensibilidade humana transforma pessoas e comportamentos.*

Amazonita, assistente social, retrata que nos primeiros contatos com a família da criança envenenada tenta identificar o mecanismo do incidente tóxico e não se reporta à família no sentido de orientá-la, e sim tentar acalmá-la, fazendo com que esta compreenda a gravidade do caso da criança. Ilustrando, Amazonita se posicionou: *o primeiro contato após o diagnóstico é exatamente a tentativa de ver o que foi que ocorreu, que circunstância a criança foi acidentada e na grande maioria das vezes, o primeiro momento a gente não passa a ter com a família uma atitude de aconselhamento, é... tipo assim, mostrando pra ela que ... que não deveria ter acontecido, a gente sempre tenta acalmar... .*

Com a continuidade do internamento, Amazonita canaliza os outros contatos, quando possível, para detectar as situações de risco a que porventura a criança possa continuar exposta e se expressa: *apesar de que com a continuação do internamento, se houver oportunidade... a gente passa a falar dos cuidados. A nossa preocupação maior é com relação aos perigos que aquela situação no momento está causando para a criança.*

Amazonita também enfoca a importância de a equipe de saúde discutir e atuar lado a lado na condução do tratamento e acompanhamento da saúde das pessoas de que cuida e, dessa forma, haveria motivação para se trabalhar com a família. Resgata ainda a relevância da prevenção como um forte aliado na redução desses casos. Seu discurso revela que *o ideal é que esse contato tivesse realmente a participação de uma equipe bem maior... que fosse uma equipe maior trabalhando para essa família... admite-se que o enfermeiro, o assistente social... a gente teria como trabalhar essa família a nível de*

*informações e a nível de prevenções, que eu acho que a prevenção nesse caso é uma coisa também muito importante... .*

Amazonita ressalta que o interesse do profissional em buscar aprofundamento de questões que envolvem o dia-a-dia da instituição pode originar transformações no acompanhamento dos clientes e tornar a atividade profissional prazerosa com um ganho mútuo; das pessoas que estão sob os cuidados profissionais; dos profissionais que estão cuidando de pessoas satisfeitas com o cuidado recebido. Para referendar este comentário, Amazonita diz que, *se houvesse o interesse de ser dado um tempo maior para a gente estudar determinadas situações, porque na verdade o trabalho ele é feito muito a nível do imediato, a gente não tem muito tempo de sentar, programar, de ver que casos atuaria a equipe maior... acho que deveria ter um envolvimento maior.*

O fator tempo, posto como um limitador da possibilidade de estreitar contatos entre os profissionais e clientes, é salientado por Amazonita, que reivindica, também, a efetivação da interdisciplinaridade como promissora de nortear a abordagem profissional para a criança e sua família. Na sua compreensão, todos cuidariam de acordo com a especificidade técnico-científica de sua profissão, contudo estabelecendo um objetivo único – o restabelecimento do cliente e a inserção da família nesse cuidado. Essa família seria conhecedora das ações e competências dos diversos profissionais que exerceram o cuidado, mas perceberia a intercomunicação de saberes na arte de curar e prevenir.

Ao se reportar sobre este assunto, Amazonita expressa: *eu acho que isso seria possível acontecer num trabalho mais voltado pra equipe, uma divisão de tarefa onde cada um estudasse a questão dentro da sua óptica mas vendo um resultado final onde aquilo ali pudesse ser obtido um... como se fosse um diagnóstico final onde a família fosse é... estudada e ela tivesse um... resultado do apanhado de todas as questões que cada profissional trouxesse. Mas é fundamental que haja esse trabalho interdisciplinar.*

*Ametista*

*A coloração violeta que emana da pedra pode ser captada como amuleto capaz de estabilizar e proteger contra os males.*

Com larga experiência em hospitais de emergência e lidando com as situações de agravo à saúde envolvendo a criança e a família, Ametista, médica, deixa transparecer uma tranqüilidade no desempenho de seus procedimentos. Assim sendo, reportando-se ao relato de Ametista, este nos mostra o quanto ainda é forte a postura de juiz adotada diante dos clientes que estão sob cuidados profissionais. Ametista assevera, enfaticamente, que o profissional de saúde tem a tendência para potencializar a culpa da família e cita *...o primeiro contato com ela é de culpa, jogar muito culpa pra família, muito embora ninguém procure neste contexto se a mãe realmente é uma culpada.*

Na minha experiência, a família neste momento é percebida, pelo profissional, como aquela pessoa que integra a família e que acompanha a criança, não sendo muito considerado se é tia, mãe, avó, irmã, ou se do sexo masculino. Ao registrar o depoimento de uma tia que acompanhava o sobrinho, intoxicado por cola de sapateiro, durante o percurso da minha dissertação, esta enfatizou que os profissionais diziam que ela era irresponsável (mãezinha) e ela dizia, no entanto, nem era a mãe.

Entendo que o pré-juízo, o preconceito e os juízos de valor que acompanham a formação do profissional da equipe de saúde, cristalizam-se no cotidiano do exercício profissional e são evidenciados na prática, tornando-se referência, às vezes paradigmática, na condução dos atendimentos dos profissionais nos serviços de saúde. Este comportamento, muitas vezes adotado, cria barreiras para se estabelecer canais de comunicação efetiva para a implementação de abordagens preventivas,

que surtam o efeito esperado pelo profissional que lida com crianças e as situações externas de agravo à saúde.

Ametista tem consciência dessa realidade e a particulariza claramente no momento que enfoca ... *até porque o fato de eu estar culpando eu estaria inibindo essa mãe... dela manifestar tudo, digamos assim... ir no fundo da questão e daí a gente trabalhar essa questão. Às vezes a pobre da mãe não diz nem a verdade de como aconteceu o episódio, de tão culpada que ela se sente porque ela já vem com sentimento de culpa, ela mesmo, e aí encontra pessoas para culpá-la mais ainda....*

Ametista esclarece que essa atitude não é isolada mas percebida em outras categorias profissionais, evidenciando esta asserção, quando diz: ... *e aí eu acho que não só sou eu não... é auxiliar, é a enfermeira, a gente vê muito isso... Oh!, tá aqui, onde ela deixou a menina acontecer isso aqui... aconteceu isso aqui porque ela deixou, ta entendendo?*

A referência ao despreparo do profissional perante situações que requerem ações aparentemente ambíguas (ao mesmo tempo que estabiliza os parâmetros vitais da criança, adotar uma postura empática com a família) é citado por Ametista, que reclama do não-envolvimento e não-sensibilização institucionais quando inexistente uma filosofia de trabalho centrada na humanização interprofissional e intersetorial.

Com um aspecto desolado, comenta que ...*mas normalmente nós profissionais de saúde... nós não temos preparo, eu acho que nós não temos preparo para essa primeira abordagem com a criança intoxicada ... Eu por exemplo, não tenho formação... quer dizer a gente entra aqui, nessa UTI a nossa experiência é com os anos, a gente aprende em cima da experiência dos outros e em cima da nossa experiência mas nós deveríamos ter um preparo maior dessa parte que entra humanização, não só humanização em UTI, como humanização em qualquer outra área que os profissionais de saúde deveriam ter.*

Apesar de estar citada a importância da família nesse contexto de saúde-doença, atendimento e internação hospitalar, o profissional refere, freqüentemente, a criança e não o conjunto criança-família. Interpreta-se que o modelo biomédico se faz presente no direcionamento da postura profissional apesar das tentativas de transformação de atitude e abordagens, em face da sua clientela. Ainda não se mostra, claramente, uma postura centrada na família e criança, sujeitos desse complexo sistema de cuidado.

Outra observação feita por Ametista diz respeito à associação de um número maior de ocorrência de acidentes domésticos entre as famílias de classe menos favorecida. Ilustrando tal comentário, Ametista se posiciona: *porque acontece a intoxicação no hospital público, digamos no hospital onde recebe crianças de baixa renda que não tem convênio, porque eu que trabalho em clínica privada e também em hospital privado, eu raramente sou chamada, fui chamada para ver um paciente intoxicado, então talvez isso também esteja muito mais relacionado a baixa cultura dos pais, a pobreza mesmo, a miséria, onde as mães confundem muito as coisas...*

Recolocando minha experiência ao contatar com famílias de crianças envenenadas, reforçada durante meses de observação na emergência pediátrica, enquanto coletava dados para a minha dissertação, tive oportunidade de dialogar com famílias de classe social favorecida, as quais evidenciavam o constrangimento de estar com o filho envenenado em um hospital; na minha interpretação, esse constrangimento deve-se à exteriorização de um cuidado insuficiente no domicílio, à diluição da culpa entre os membros da família ou incluindo um adulto responsável pela segurança da criança. Registro uma fala anterior, quando a mãe expressou: *nunca pensei que um dia fosse estar com o meu filho envenenado em um hospital.*

Interpretar "cultura" como a aquisição de conhecimentos pelas pessoas mediante a educação formal tem contribuído para o uso de

expressões indevidas e associações de idéias que permitem julgamentos inadequados. Cultura diz respeito aos usos, costumes, valores, crenças, transmitidos de geração a geração, e que direcionam o modo de ver e viver o mundo de uma determinada população que interfere, inclusive, na maneira de perceber, encarar e cuidar da saúde pessoal, familiar e de uma rede social. A cultura está também atrelada à visão política, social, econômica, e à distribuição de renda; o acesso à cultura e o modo de propagá-la, para que os povos possam enriquecer sua visão de mundo e se posicionar no mundo, não será possível enquanto perdurar a miséria humana, com as injustiças sociais.

Vários autores corroboram esta afirmação quando situou a cultura como um conjunto de princípios que os indivíduos herdaram ao integrarem uma determinada sociedade, e estes princípios permitem que as vivenciem e se comportem no mundo social (Laraia, 1986; Helman 1994, Hoebel & Frost, 1995).

Por outro lado, Ametista se põe muito enfática, ao asseverar que algo há de ser feito e que a prevenção é um dos caminhos a ser percorrido, e que esta prevenção deve ser inserida nas escolas para que as crianças se tornem agentes multiplicadores de informações e de mudanças comportamentais. Não somente nas escolas, mas em todos os espaços que possam ser palco de uma construção crítico-reflexiva sobre promoção da saúde.

Tal ênfase é retratada, quando Ametista se expressa afirmando que nas *escolas públicas têm que ser implantadas aulas de prevenção de acidentes, cartazes educativos, o maiorzinho vai aprender, vai passar para a mãe, a mãe vai passar pro pai...*

Nas instituições, um dos caminhos para a transformação de uma prática pode ser a pesquisa, o contato com as pessoas para se tentar compreender como os profissionais estão se posicionando e se percebendo ao atenderem o conjunto criança-família. Ametista é clara no tocante a

*este aspecto: um trabalho como o seu, foi uma idéia brilhante... deve ter outros trabalhos na área, claro, mas com esse seu trabalho você vai conseguir tirar soluções... para trabalhar em cima desse pessoal que lida com criança intoxicada.*

A pesquisa no local de trabalho pode acontecer e contribuir para que se reveja, com uma postura reflexiva, o que se está fazendo, como está sendo feito e se contempla a todos os que estão envolvidos com a arte de cuidar, pois requer sentimento, solidariedade, empatia e um exercício profundo da construção da cidadania.

*Cristal*

*A transparência do cristal emana raios de serenidade. Translúcida e reluzente.*

Cristal, enfermeira, ao ser questionada sobre sua experiência com a família da criança envenenada admitida em uma UTI – Pediátrica, informa perceber que a família retrata a falta de cuidado, o desconhecimento sobre a toxicidade das substâncias e das peculiaridades do que é ser uma criança, o que a deixa, com frequência, na condição de vítima. Cristal verbaliza que *o acompanhante apresenta na estada com a gente na UTI é... reflete mesmo o que acontece em casa, né? A falta do cuidado que muitas vezes faz a criança vítima nem... ou de ingerir ou de entrar em contato com alguma droga, algum veneno que venha desencadear o internamento... seja a falta da atenção com a criança, seja assim a percepção de que aquilo pode causar um mal... .*

Ao se dirigir a essa família, Cristal relata que tenta não culpá-la, pois, a primeira postura do profissional é potencializar a culpa e, em certos casos, até esboçar atitudes punitivas mesmo desconhecendo o mecanismo do envenenamento. Retratando a descrição, Cristal diz que *a primeira intenção que a gente tem é de culpar e às vezes de querer até punir, né ? Particularmente, eu nunca julgo nem culpo porque acredito que isso pode acontecer com qualquer um da gente...*

Ao justificar sua atitude profissional, Cristal diz acreditar que seja sua maneira de ser, pois pré-julgar as pessoas sem ter o conhecimento do cotidiano é uma postura precipitada, e assinalando que *acredito pela minha própria maneira de ser, essa história de punir e está culpando... você não conhece o dia-a-dia da pessoa, você não conhece o que a pessoa faz, qual a necessidade que aquela pessoa tem de não dar atenção que a criança merece... então eu tento não culpar... .*

Demonstrou uma postura solidária, ao salientar que a situação de estresse em que a família está envolvida com a gravidade do caso de



envenenamento de sua criança, por si só, origina sentimentos ambíguos e constrangimentos e, ao falar, esclarece: *é uma questão minha... em nunca culpar as pessoas pelo que acontece, tentar abrir o olho, tentar esclarecer mas sem aquela coisa de querer punir pois eu acho que a própria situação em si já pune muito né? – o pai e a mãe vendo o filho sofrer e vir uma pessoa de fora que ao sabe o que aconteceu, como aconteceu realmente e vem culpar, aumenta mais ainda o sofrimento daquele acompanhante por mais disperso, por mais desorientado que ele seja, né?*

Cristal referiu que há necessidade de se educar os profissionais de saúde, exercitar a ética e humanizar o serviço para que haja efetiva abordagem do profissional, centrada na criança e família dentro do setor da UTI-P. Expressa-se de maneira clara, ao dizer que é preciso *educar os nossos funcionários, humanizar mais o nosso serviço... eu acho que é o básico, é fundamental, você humanizando, você não tem essas atitudes de estar culpando, estar responsabilizando as pessoas... então a gente acredita que humanizando o nosso serviço os nossos funcionários a gente melhora muito essa parte.*

Mais uma vez emerge a humanização como um dos caminhos para que o olhar da equipe multiprofissional seja extensivo à família, não de uma forma punitiva, mas como forte aliada na transformação da estrutura social e cultural que influencia o cuidado à saúde.

## *Diamante*

*Devido ao brilho de que são dotados, os diamantes são as pedras mais valorizadas, têm um brilho inconfundível. O ser humano também brilha com a solidariedade e compromisso.*

As pessoas possuem realmente um brilho próprio, inconfundível, mas que não ofusca seus atos quando se dirigem ao outro. Pelo contrário, irradia e mostra a possibilidade de uma luz no fim do túnel. Diamante, fisioterapeuta, lembra que sempre tem presenciado a ansiedade dos pais, principalmente daquele que se sente mais responsável ou facilitador do envenenamento na criança e expressa: *uma coisa que sempre tenho visto, ela tem sido comum em todos os casos é a ansiedade, né os pais...*, acrescentando que inicia seus procedimentos explicando à família e levando também palavras de conforto e esperança: *é pra mim é difícil começar aquele atendimento sem primeiro conversar com ela, explicar que ela vai ter que ficar calma, ela vai ter que ter paciência, porque a recuperação da criança vai levar um certo tempo.*

Outra abordagem a que se refere Diamante é alertar à família sobre o que levou a criança a se envenenar, lembrando, desta forma, o compromisso que o adulto responsável deve ter para com a criança durante o seu crescimento e desenvolvimento. Diamante se expressa algo indagadora sobre o momento de sua colocação... *eu procuro também sempre dizer, não sei nem se esta colocação agora é o momento, mas eu procuro... que ela reflita em cima da situação que aconteceu pra que não se repita aquela situação, certo? Que ela poderá crescer, evitar que haja de novo acidente em casa, então o que eu quero é que aquela pessoa possa crescer naquele momento, certo?*

Lembrar a necessidade de se adotar comportamentos preventivos em determinados instantes pode ser interpretado pela família como uma maneira velada de exacerbar sua culpa e pode induzir ao profissional um

certo receio em emitir considerações preventivas. Diamante esclarece que adota esta preocupação dupla – realização de procedimentos e atenção para com a família – porque acha que o ser humano é complexo e completo, indo mais que os aspectos físicos e biológicos, tem seu lado emocional que o acompanha nas situações prazerosas como também nas adversas. Enfaticamente, Diamante se expressa: *o ser humano... ele não é somente... ele é um ser emotivo também, então para mim, ao meu ver, ele tem alma e tem espírito, além do seu corpo físico, certo?*

Continuando, Diamante verbaliza ainda o aspecto religioso, muitas vezes esquecidos pelos profissionais quando cuidam do outro, e acrescenta, com um sorriso: *então há uma preocupação em mim, talvez até pelo meu lado cristão, eu vejo a dor daquela pessoa, me incomoda, então eu quero levar paz, esperança, entende ?*

Diamante evoca a solidariedade e a denomina de "lado cristão" . Boff (2000) retrata a solidariedade como lei suprema entre todos e que todos têm a necessidade do outro, entrelaçando-se em imensa comunhão. Continuando com o pensamento de Boff (2000, p. 170), este acrescenta que a consciência humana é capaz de captar essa realidade relacional que a todos liga e re-liga. Dessa percepção, nasce a re-ligião, pois deriva de re-ligar.

Essa necessidade relacional do ser humano não se tem porque negar ou afirmar, simplesmente cabe respeitar escolhas e, hoje, questiona-se a todo momento a influência da fé, da oração, das crenças religiosas ajudando no processo da cura ou na ajuda de uma morte tranqüila. Ao profissional de saúde deve ser prudente adotar uma postura de contínuo exercício para que possibilite o respeito e, quando possível, solidarizar-se com as identificações e preferências religiosas. Não é fácil se adotar esse comportamento, pois o etnocentrismo que direciona as atitudes humanas pode ser um dos fatores que influencia o modo de dialogar, atender, julgar e agir no âmbito pessoal e profissional.

Retomando a sugestão para que essa abordagem à criança-família-criança seja uma presença marcante nos profissionais de uma UTI – Pediátrica, Diamante destaca, também, a questão do ser humano, e lembra que as pessoas de quem se cuida têm sentimentos e emoções, e demonstra seu pensamento, ao dizer: *aquela criança é filha de alguém que sofre porque aquela criança está ali, às vezes há tratamento desumano entende ? Então tudo isso agrava, dificulta a cura do paciente.* Vai mais além, quando evidencia sugestões no sentido de "uniformizar" o objetivo pela filosofia do atendimento dos profissionais nas UTI's: *eu acho que todo o pessoal deveria ser reciclado nessa área, precisa bater muito que nós não estamos fazendo favor a ninguém, que aquele é o nosso trabalho, que é o nosso compromisso com aquele paciente...*

Diamante também faz alusão às diferentes condutas dos profissionais, de acordo com o tipo de instituição, se pública ou privada, inferindo que o descaso, a desatenção e o descuido são mais identificados no serviço público, e esclarece que *a área da saúde deve ser reciclada nesse sentido da valorização da vida humana, do ser humano... e eu acho, não sei se isso também é mais em hospital público... não sei... acho que as pessoas vêm trabalhar... e os pacientes têm obrigação de ficar agüentando se ela estar ou não disposta a trabalhar e vê aquela pessoa no global, da forma que ela precisa ser tratada, eu acho que é isso mesmo.*

Ao complementar seu depoimento, Diamante acrescenta aspectos que não devem ser esquecidos e omitidos pelo cidadão, quando este exerce um papel social, e lembra que a Nação é co-responsável pelos agravos externos à saúde dos seus cidadãos, quando não divulga o risco que existe em determinadas substâncias, permite o livre comércio, compactua com cartéis econômicos na industrialização e distribuição de produtos tóxicos, de maneira indiscriminada. Ao lembrar de casos graves que estiveram sob os cuidados dos profissionais da UTI-P, Diamante diz ter refletido sobre o mecanismo do envenenamento (colocação de substâncias tóxicas escondidas em telhas, no teto da casa) e se expressou: *conseguimos que*

*eles saíssem bem mas me trouxe uma... uma expectativa do que o governo, o que a Nação podia fazer para evitar aquilo, né? Aí eu pensei, meu Deus, a gente chega no supermercado, vê o veneno na prateleira e não tem um aviso sequer, nada...*

*Esmeralda*

*Os povos antigos acreditavam que a esmeralda trazia felicidade no amor e harmonia no lar.*

Sempre com um sorriso e aparentando simplicidade e transparência, Esmeralda, médica, atende as crianças e estabelece diálogos com familiares e/ou acompanhantes, demonstrando interesse pela recuperação da criança. Porém, ao discorrer sobre sua experiência no atendimento à família da criança envenenada sublinha que de imediato toda sua atenção e desempenho estão voltados para a criança, pois esta é que precisa de seus préstimos, naquele exato momento. Mostra-se clara, ao referir que *difícilmente, você tem tempo de explicar pras mães assim de imediato, você quer primeiro socorrer a criança, aí depois, se houver um tempinho é que você esclarece aos familiares, mas de imediato a criança.*

É forte a dicotomia entre a patologia e o ser humano com suas peculiaridades; é como se naquele momento só estivessem presentes a intoxicação medicamentosa, a intoxicação por carbamato, por organofosforado, e estas intoxicações têm que responder aos antídotos, aos antagonistas; a pessoa é deixada um pouco de lado, fica à mercê do tempo. Porém, passado o primeiro impacto, a pessoa com suas peculiaridades de ser humano seja, aos poucos, resgatada para o contexto do tratamento e dos cuidados instituídos.

Esmeralda esclarece sua maneira de se portar, a condição de vítima em que a criança se encontra e fala que, *quanto mais rápido a gente tentar né, neutralizar o tóxico melhor pra criança, melhor para evolução dela.* Com essa postura, Esmeralda também está proporcionando um cuidado à família, pois a medida que a criança evolui, melhora e atinge a cura, a família fica

confortada, inclusive, em relação ao sentimento de culpa que a acompanha durante o enfrentamento de tais situações.

Contudo, Esmeralda comenta que uma abordagem direcionada também à família traria melhoras para o contexto, e faz seu comentário, com restrição: *com certeza, mas não de imediato... posteriormente*. E acrescenta que essa abordagem não precisa ser necessariamente do médico, pois existem outros profissionais, como os psicólogos, para atenderem as crianças que se envenenam e têm como causa tentativas de suicídios, até porque as tentativas se repetem. Esmeralda enfatiza: *eu acho até que não precisa ser necessariamente médico, existe os psicólogos que têm crianças que precisam... tentativas de suicídio, né? Gardenal, benzodiazepínico, quem faz uma vez dificilmente vai fazer uma vez só uma vez...* E reforça a necessidade de uma filosofia interdisciplinar, ao se expressar: *deve ser mesmo uma equipe multidisciplinar para conversar com a família, não só o médico...*

Compactuo com o pensamento e verbalização de Esmeralda, ao salientar a importância da "equipe multidisciplinar", pois o ser humano, enquanto criança ou em pleno desenvolvimento do seu ciclo vital, engloba várias facetas, e uma ciência isolada não seria capaz de abarcar a imensa complexidade que circunda o ser humano, principalmente em situações em que é necessário encontrar mecanismos de enfrentamentos pessoais e ambientais.

Por conseguinte, precisa-se ir além quanto à questão das múltiplas disciplinas. É urgente que haja sensibilização profissional para a adoção de uma postura interdisciplinar porque, esta sim, perpassa por uma filosofia de trabalho em que os envolvidos são sujeitos e agentes do processo num eterno compartilhar dos saberes.

*Gema*

*O contato com o preciosa irradia brilho mas, nem por isso, ofusca o ambiente.*

Gema, fisioterapeuta, discorre sobre sua experiência com famílias de crianças envenenadas e salienta o regime de trabalho, um plantão por semana, como um dos motivos que interfere na sua aproximação com a família da criança envenenada. Porém, identifica a culpa, um consenso nos discursos dos participantes, presente no comportamento ou relatos das famílias; seja porque estas facilitaram de algum modo o envenenamento da criança, seja porque o contexto socioeconômico as obriga nos momentos em que têm de se ausentar do lar em busca da sobrevivência do grupo familiar. Gema esclarece em suas falas que ... *o máximo que eu tenho convivido com as famílias de crianças envenenadas é dois plantões, porque como trabalho aos sábados... mas já peguei crianças que deram entrada em meu plantão e o desespero é igual, sempre existe muito o problema da culpa, porque facilita... porque tava trabalhando...*

Gema salienta que as famílias, de uma certa forma, convivem com o uso de substâncias de risco para a saúde da criança no interior dos domicílios o que favorece, também, a ingestão desses produtos com o ensejo da automutilação e, em qualquer mecanismo dessas ocorrências, o sentimento e as reações de desesperança são manifestados pelos acompanhantes ou pessoas da família. Ao fazer tal comentário, Gema refere que ... *isso não era uma coisa que a criança... já.. já... convivia com certos venenos como o mais comum que a gente tem visto aqui.. é aquelas... é o chumbinho... pelo menos o que tenho mais visto aqui; e, algumas vezes, envenenamento por tentativas de suicídio em crianças maiores, que tomam... que têm acesso a alguns raticidas, inseticidas, que eles ingerem, é sempre desesperadora, independente de qual seja o produto que foi utilizado.*

Ao analisar sua postura profissional diante dessa família, Gema explica que tenta acalmá-la e minimizar a culpa percebida, considerando



que a necessidade do trabalho é um problema social, as pessoas carecem sobreviver, e informa que tenta ser solidária. Ilustrando tal comentário Gema, expressou ... *bom, a gente tenta acalmá-la, porque isso não é culpa, isso é uma necessidade... é um problema social realmente, que você... todo mundo precisa trabalhar... e tentar ver o que é que você pode fazer, dar um apoio psicológico, né?*

Gema complementa quando informa que também orienta sobre os riscos que são facilmente encontrados nos domicílios e se reporta: *é tentar ver e.. que ela com isso... quando passa uma experiência dessa, ruim em casa, tem que tentar ver o que é que pode fazer pra melhorar, pra evitar que essas crianças tenham acesso tão fácil a esses produtos... e que oriente nesse sentido.* Acrescenta que as mães costumam relatar que o agente causador do envenenamento não estava disponível à criança e, procurando ilustrar: *às vezes ela diz que não tá tão fácil o acesso, sempre eu converso: - isso tava fácil? Você não guarda num local mais escondido? E ela sempre diz que tava uma coisa bem escondida, bem alta, geralmente guarda até em cima da geladeira... é o que elas relatam muito aqui, quando pergunto como aconteceu.*

Gema justifica sua abordagem ao considerar que realmente os casos decorrem de ações involuntárias apesar de facilitadas pela própria família, pelo desconhecimento do processo natural do crescer e desenvolver infantil, mas tal circunstância não justificaria potencializar a culpa daqueles que já se sentem culpados. Ilustrando, Gema diz que: *não se pode dizer que só acontece se a mãe estiver ausente; é como eu disse um pequeno descuido, quando olha a criança muito mais precoce sobe em cima de alguma coisa e pega... sempre converso, isso tava fácil? E ela sempre diz que ta uma coisa bem escondida... bem alto... geralmente guarda até em cima da geladeira...*

Outra colocação de Gema é quanto às famílias numerosas, pois as crianças exigem vigilância constante por parte de um adulto responsável e, na grande maioria, à criança maior é atribuída uma responsabilidade que não pode cumprir. Gema expressa: *é o que elas relatam muito por aqui, quando*

*pergunto como aconteceu, geralmente são famílias que têm muitos filhos... elas não têm ninguém para ajudá-las e elas terminam cuidando de um... do mais necessitado e... e aquele que ela pensa que tem mais juízo.. é que... geralmente é o que acontece, né?*

E, para que os profissionais incluam a família da criança envenenada em sua prática tornando-se sistemática no cuidado em uma UTI-P, Gema sugere que a responsabilidade de cada um, seja somada ao todo responsável: *bom... eu acho que todos nós somos responsáveis... eu tenho obrigação de me aproximar daquela família e começar a abordar o assunto... aquela coisa que você pode esclarecer...*

## *Granada*

*A intensidade da cor extrapola para o ambiente e o ilumina com raios intensos.*

Granada, assistente social, reporta sobre a intensidade do trabalho com as famílias, desenvolvido pelo Serviço Social, e lamenta o setor não possuir uma quantidade representativa de profissionais para proporcionar um atendimento mais individualizado, uma assistência melhor. Ressalta a família de clientes envenenados porque esses agravos abalam a estrutura familiar, o emocional das pessoas. Esclarecendo sua compreensão, Granada diz que *nós temos um trabalho muito intenso com as famílias, de um modo geral, por ser a demanda muito grande e o número de profissionais muito pequeno, muito restrito, não dar para gente dá uma assistência boa, tá entendendo? Principalmente pras famílias de pacientes com problema de envenenamento, nosso desejo é que deveria ser um assistência maior porque é um problema... é mais que nos chama atenção, mexe com o psicológico da família, né? Mas, infelizmente nós temos essa grande dificuldade... de ter esse contato maior, mais íntimo com o paciente e com a família.*

Focalizando sua atuação na UTI-P, Granada, ainda justificando a limitação do tempo, revela que, quando possível, entrevista a família, porém, sem aprofundamentos, e denomina esse momento de um estar-com, de um apoio; reclama de não poder compartilhar essa atuação com o profissional capacitado para esses casos, o psicólogo, formação que o quadro funcional da instituição em estudo não contempla. Ao propagar suas expressões, Granada diz: *nas vezes que a gente tem essa condição... de entrevistar o paciente ou a família... principalmente a família no caso de UTI, a gente... eu tenho contato assim... eu entrevisto... é uma coisa superficial... é como vai a família? O que é que houve? é o estado psicológico do paciente... da família... pra gente dá assim uma terapia de apoio como a gente chama em serviço social, né? Já que eles não têm um psicólogo dentro do hospital, o serviço social faz essa parte, né?*

Granada acresce que, nos restritos contatos com as família realiza orientações preventivas, e não somente sobre envenenamentos, mas também sobre outros agravos que podem ocorrer no domicílio, como as queimaduras, e lembra da negligência que se encontra presente nos "acidentes" envolvendo a criança. Ressalta que procura não dizer para família sua concepção acerca dos descuidos e facilidades de risco no ambiente doméstico. Registrando o discurso de Granada, *faço orientações preventivas, no Centro de Tratamento de Queimados, porque eu acho... tanto no envenenamento como em qualquer outro acidente com criança principalmente... é... existe um pouco de negligência da família... embora... na hora... é a gente não vai ser... a gente não diz isso pra família... .*

Porém, Granada vincula esta possível negligência da família a variáveis complexas decorrentes do contexto social, econômico, cultural, educacional, além de uma série de atributos que são desconhecidos no âmbito familiar. Justifica a colocação no instante em que anota que *existe um pouco de negligência sim... porque deixou com o vizinho, porque tinha que trabalhar e as crianças ficavam só... então... eles não têm esse cuidado de guardar isso das crianças, de poupar as crianças desses acidentes, né? Então a gente aborda assim... muito sutilmente mas alertando pra que não aconteça mais.*

Ao justificar sua conduta em relação à família, quando se preocupa em orientar no intuito de que não mais se repitam tais casos cognominados como "acidentais", acredita que há uma combinação da responsabilidade e formação profissional, como também da sensibilidade humana diante do sofrimento e da dor do outro. Ao explicitar tal pensamento, Granada diz: *claro que a minha profissão..., a minha base acadêmica, né? toda foi baseada nisso, de você dar apoio, de você ser um profissional mais diferente, um profissional do relacionamento, de tudo. Mas eu acho que como ser humano eu abordaria da mesma maneira, entendeu? Eu acho que faz parte da solidariedade, da ajuda ao próximo.*

E mais uma vez a interdisciplinaridade vem à tona nos discursos como a possibilidade real de transformar as condutas profissionais, pois não

seriam multiprofissionais competindo no ser e no fazer um cuidado qualitativo, todavia, pessoas cômicas da limitação do saber e compartilhando conhecimentos em prol de um atendimento holístico contemplando o outro. Granada destaca a luta de sua categoria na busca de um trabalho compartilhado e diz, entusiasticamente: *é uma coisa que o Serviço Social aqui vem sempre lutando é por um trabalho interprofissional e nós temos assim uma dificuldade tremenda... eu acho que existe assim... um clima de competição entre os profissionais, não sei por quê, mas tem. E o ideal seria, num momento desse, um trabalho interprofissional, que todos abordassem, eu acho até melhor para a família.*

Granada, nas entrelinhas, esboça a possibilidade de a Instituição ser avaliada pelo cliente, mediante uma análise reflexiva de como foi atendido, por quem foi atendido e o que foi apreendido no período de hospitalização, a respeito do motivo que ocasionou a procura dos serviços de saúde. Para Granada, *o trabalho interprofissional seria assim lucrativo até demais... a gente ajudaria muito mais a família, ela sairia daqui também com maior credibilidade, né? Daria maior credibilidade ao hospital porque o trabalho seria muito bom, muito bom mesmo. Mas pelo que eu vejo... eu acho que é só um sonho da gente por enquanto.*

A capacitação profissional fundamentada em uma filosofia interdisciplinar foi sugerida por Granada como um dos meios de viabilizar a abordagem dos profissionais centrada no cliente, aqui específico, na criança e família. A uniformização da linguagem e uma postura comum envolvendo a empatia e o compromisso com a vida humana assumida pelos profissionais da instituição de emergência, seriam um alento para a família do politraumatizado em geral. Granada frisa claramente ao afirmar no sentido de que *deveria ter uma capacitação... começaria por uma capacitação dos profissionais pra gente poder abordar de uma maneira única, né? Se não, um aborda de um jeito, outro aborda de outro e assim vai.. e traria pra família até mais confusão. Seria o básico assim pra gente começar esse trabalho interprofissional junto à família... aos acidentados de uma maneira geral.*

*Jaspe*

*A preciosidade acompanha as atitudes e os valores humanos, que são possíveis de aperfeiçoamento !*

Jaspe, médica, também confirma os relatos anteriores sobre a existência de alguma forma de culpa na abordagem do profissional em face da família da criança envenenada, nos momentos em que são estabelecidos os primeiros contatos entre ambos. A terminologia usada lembra um inquérito, pois, muitas vezes, instala-se o clima de investigação sobre a culpa, a negligência da família, ao mesmo tempo em que renasce uma aura de compreensão da estrutura social na qual essa família está inserida. Jaspe diz que *a princípio a gente sempre investiga assim... qual foi a culpa realmente da família, a negligência que houve e, dentro da parte social que existe... normalmente essa mãe é cheia de outros afazeres, de outros filhos, outras obrigações... da gente entender isso mas procurar orientá-las na parte da ignorância deles próprios... .*

A dualidade referida na postura do profissional está vinculada à “evidência” da culpa e à necessidade de compreender as múltiplas questões do cotidiano familiar, além de que, a desinformação da família é constantemente relatada por tais profissionais. Jaspe diz que *... a gente vê muito aqui veneno de rato que eles botam na comida e deixam a vista, que eles botam nas bolachas... para a criança ter acesso, achando que a criança não vai comer porque tem veneno e a criança não foi avisada, nem teria condição de entender isso... .* E tenta explicar a questão da dualidade, ao dizer: *mas eu acho que a gente tem uma parte assim que é meio dúbia, assim da parte da gente culpar um pouco a família mas ao mesmo tempo não culpar sabendo de todos esses problemas que eles passam... .*

O profissional de saúde também convive com o paradoxo diante desses casos, que o faz detentor de posturas até incompreensíveis pelo pai

ou mãe que acompanha seu filho no recebimento de “cuidados intensivos” e tão distantes daqueles cuidados que lhe são conhecidos.

Jaspe, ao tentar explicar o significado da dualidade, reforça a existência da culpa da mãe sobre a facilitação da ocorrência. Refere que essa dualidade *é assim... porque a gente sempre... é... os responsáveis direto pelas crianças são os pais... às vezes até mais a mãe porque é sempre mais presente... então ela é quem deveria cuidar do bem-estar dessa criança e o fato dela não é... então teoricamente ela seria a culpada*. Nota-se neste discurso a responsabilidade atribuída à mãe sobre o bem-estar e a segurança da família, e, principalmente da criança, porque se encontra dependente dos cuidados e da proteção materna.

O paradoxo da compreensão acompanha o atendimento profissional a essa família; entender que ao mesmo tempo que quer proteger, a família torna-se facilitadora de situações de risco, seja pela negligência, pela falta de conhecimento, pela inexistência da percepção do perigo, seja porque não se fortaleceu uma comunicação que fosse capaz de originar entendimento e reflexão. Jaspe enfatiza, ao acrescentar: *a dualidade é você entender que ela é ignorante sobre um monte de aspectos e que ela não fez aquilo por mal... que não foi na verdade... não foi aquela negligência... é uma negligência porque ela não tinha o conhecimento sobre aquilo... .*

Ao se aprofundar nas suas colocações, Jaspe acredita na humanização das pessoas e, conseqüentemente, do serviço, na mudança da postura do profissional encurtando a distância social entre os clientes, a fim de que possa facilitar o diálogo, pois Jaspe identifica a lacuna de educação em saúde durante as consultas e atendimentos da equipe de saúde. Para reforçar esta interpretação, Jaspe diz que *tem que ser uma abordagem muito cuidadosa com eles... não exacerbar esse sentimento de culpa que já está ali, acho que você tem que procurar orientar, dizer os riscos do ambiente... mas eu acho que o principal é a humanização mesmo... também tem essa parte da educação, alertar as pessoas*

*de todos os acidentes... que a gente faz de uma maneira mais precária e então a gente mesmo tentar abordar e conversar de uma maneira mais amigável do que profissional... um lá e outro cá... né?*

O resgate do diálogo entre profissional, cliente e família tem sido uma reivindicação social, como também o estabelecimento de relações interpessoais que enriqueçam e promovam uma troca no aprendizado: o cliente compreendendo a orientação profissional e o profissional transpondo a barreira do inatingível.



## Ônix

*A grandiosidade da pedra preciosa  
pode ser percebida nos mínimos  
detalhes!*

Ao se expressar sobre a família da criança envenenada, Ônix, médica, confirma o descuido evidenciado pelas famílias em relação à forma desordenada de acondicionar os produtos utilizados nos domicílios que permite o acesso fácil à criança, inclusive bebês. Enfatiza que sua abordagem direciona-se sobre a existência de produtos que possam ocasionar algum tipo de envenenamento e diz acreditar na viabilização de uma abordagem preventiva junto à família nos momentos em que estas estão em unidades intensivas.

No seu discurso, Ônix assegura que *geralmente a família demonstra assim muito descuido em relação a produtos, é... inseticidas, deixam bem... de fácil acesso a criança inclusive às vezes até no chão mesmo, permitindo que bebês... então é um total descuido... geralmente eu pergunto se tinha algum produto, de algum... se tinha sido usado algum veneno... Claro que nessa abordagem existe viabilidade de orientações preventivas, a família pode ser esclarecida quanto aos perigos e como evitar... com certeza.*

A percepção do profissional sobre a viabilidade de se orientar as famílias, nos momentos em que se dispensa o cuidado, põe em debate o fato de que a possibilidade de transformação requer o engajamento de todos, ou seja, da equipe de saúde em busca de qualidade de vida para o outro.

Ônix também é adepta da divulgação dos casos de envenenamentos de crianças acontecidos no interior dos lares e entorno domiciliar como uma forma de alertar os profissionais sobre a urgência de se instituir a informação "formadora e transformadora" sobre os comportamentos de risco adotados pelo ser humano, e vai além, ao lembrar

que a instituição hospitalar deve protocolizar o atendimento ao envenenado e à família. Ônix se expressa literalmente, ao dizer que *podia ajudar fazendo campanha de divulgação dos casos, né ? ... dos casos que são atendidos no hospital, então alertar todos os profissionais, campanhas, palestras, esse tipo de coisa. Acho que a instituição devia ter um tipo de protocolo, devia ajudar.*

O compromisso ético e social de uma instituição vai mais do que assistir a saúde, pois significa cuidar, ação dinâmica que requer a ampliação do olhar gerencial na direção dos diversos fatores que interferem ou são causadores dessa incontrolável violência que interfere diretamente na qualidade de vida dos cidadãos.

### Opala

*A valorização das pedras preciosas é muitas vezes atribuída à beleza exterior, e a valorização do homem, à riqueza interior !*

Opala, assistente social, lembra a fragilidade em que a família se encontra no primeiro contato com o Serviço Social e a mãe, esta sim, é a mais "sacrificada", tanto pela família como pelos profissionais e a sociedade como um todo. A essa mãe é atribuída a culpa do envenenamento da criança mesmo que não se encontre em casa. Como relatado por Opala, o pai pode até estar presente na hora do ocorrido com a criança, mas é cobrada da mãe a responsabilidade pelo cuidado, pois é essa mãe quem determina a organização e acondicionamento dos produtos tóxicos no interior dos domicílios. E, ilustrando o seu discurso, *o grande problema que eu acho dentro de um hospital como esse é que quando entra uma criança intoxicada... as pessoas têm o costume de certa forma... colocar a mãe como um fator que provocou aquele tipo de acidente...ela já vem assim extremamente estressada porque o pai, a família cobra dela essa posição. E a sociedade como um todo, acho que cobra da mulher essa posição. Às vezes ela não está em casa, o marido está em casa mas é cobrado da mãe a questão da responsabilidade sobre a criança... os outros profissionais também agem dessa forma... .*

Opala frisa que as primeiras ações realizadas no setor são no sentido de resgatar a auto-estima da família e informá-la de que a responsabilidade é partilhada com todos que habitam no lar, como também da sociedade, porque a falta de informação, aqui mais um vez enfocada, muito contribui para que esses casos continuem a se repetir. Notícia que o atendimento é voltado para o resgate da mulher na qualidade de mãe, trabalhadora e detentora de outras obrigações, reforçando que a responsabilidade da criação do filho não é exclusividade da mãe, requer a co-participação familiar.

Demonstrando esta compreensão, Opala reporta que o *serviço social trabalha nesse sentido primeiro de estruturar a família que fica abalada e depois trabalhar a questão da educação, da distribuição de materiais porque geralmente a intoxicação é de material de dentro de casa... .*

Opala traz para discussão a privação econômica que as famílias enfrentam e compromete o cuidado à saúde, ao lembrar da iniquidade social no momento em que depara famílias que co-habitam nas favelas com os roedores e têm que dividir esse espaço insalubre com suas crianças e, na tentativa de exterminá-los, colocam indiscriminadamente substâncias com propriedades raticidas em produtos alimentícios. Opala também ressaltou o quanto se torna difícil dizer para uma família que vivencia tal situação que ela não utilize raticidas em seu lar.

Para evidenciar tal alusão, Opala afirmou *então fica muito complicado para você dizer para uma família não colocar veneno de rato quando os ratos competem com as crianças dentro de casa à noite, né?... um descuido, um pedaço de pão que ela esquece de recolher de manhã, aquela criança não tem de que se alimentar, geralmente ela vai se alimentar do pedaço de pão que está ali pro rato.*

Atribui sua abordagem à filosofia da categoria profissional, pois acredita que todas as colegas têm a preocupação de perceber o cliente como parte de um contexto maior que engloba a família e uma série de variantes e o todo, ou seja, o conjunto familiar é abalado com a repercussão do trauma em um membro da família. Adiciona que o hospital também precisa ter essa compreensão do cliente como um todo. Demonstrando sua interpretação, Opala refere: *acho que o serviço social como um todo tem essa preocupação de que assim... não é um indivíduo, quando um paciente entra aqui... ele não é um paciente... ele traz consigo assim uma gama de... vamos dizer... de variantes, ele tem a família, a família também é afetada diretamente pelo trauma, então o hospital precisa ter*

*essa visão de que o paciente não é somente o paciente que quebrou uma perna... não é só uma criança que tomou uma medicação... .*

O comentário sobre a interdisciplinaridade também foi ressaltado por Opala, no sentido de que o cliente que ancora no serviço de saúde necessita dos cuidados de uma equipe que acredita na intersecção do conhecimento científico e nas especificidades profissionais que, somadas, resultam num todo enriquecedor. Acreditando nessa premissa, Opala se expressa efusivamente, ao afirmar que *a grande batalha do serviço social, a equipe multidisciplinar... é uma visão que o serviço social vem batalhando há muito tempo aqui dentro do hospital, de o paciente, realmente, como um ser muito mais complexo do que aquela pessoa que simplesmente tomou um veneno e está ali e precisa ser tratada do veneno em si, não é só isso, o paciente é muito mais do que uma pessoa que tomou uma dose de qualquer medicação a mais... .*

Opala destaca que a comunicação efetiva dentro da equipe interdisciplinar extensiva ao cliente e sua família, processada em uma linguagem simples, mas rica de significados para a assimilação das pessoas, pode ser uma trilha a ser percorrida na concretização da abordagem centrada na criança e família no entorno das unidades de cuidados intensivos. Torna-se evidente, ao dizer que *precisa aprender a falar num nível que as pessoas realmente entendam, precisa ter essa preocupação, checar se as pessoas entenderam porque o que acontece muito nos hospitais é que as pessoas saem cheia de dúvidas... é falar de maneira simples, é fazer com que as pessoas entendam... .*

A necessidade de fazer valer a interdisciplinaridade, a comunicação efetiva entre os profissionais, cliente e família, como também uma compreensão da complexidade e a não-dissociação do ser humano das múltiplas facetas que o acompanham, vem sendo enfatizadas nos discursos dos participantes como um dos caminhos para o resgate da atenção para com o cliente de um hospital de emergência.

*Pérola*

*As pérolas possuem valores inestimáveis como inestimável é a capacidade do ser humano em ser solidário.*

Construir relacionamentos interpessoais, possuir autenticidade, demonstrar o lado humano, são atributos que, realmente, possuem valores inestimáveis. Portanto, as opiniões dos participantes divergem quanto à abordagem à família da criança envenenada durante o atendimento hospitalar, visto que, Pérola, médica, relata uma abordagem centrada na criança-família, preocupando-se em estabelecer o diálogo, não potencializar o sentimento de culpa que acompanha os componentes familiares nos casos de acidentes domésticos envolvendo a criança, como também, tenta inserir orientações preventivas durante o atendimento, sem contudo, negligenciar os cuidados que envolvem as condições biológicas e que precisam do estabelecimento de condutas terapêuticas.

Pérola se expressa objetivamente: *bom... quando eu me vejo em frente a uma criança com intoxicação exógena, eu procuro conversar com aquelas pessoas que são os acompanhantes, me preocupando se for a mãe, a tia, o pai, ou mesmo, às vezes, é uma simples vizinha, procurando educar, mostrar para aquelas pessoas tirando a culpa, tirando a culpa daquela... daquele acidente, não, não... querendo culpá-la e sim, mostrando que se aconteceu aquilo a gente tem como evitar em outros casos...*

As orientações preventivas, acredito, podem e devem ser repassadas em todo e qualquer contexto em que se perceba um momento oportuno. A cada dia que realizo um novo contato, uma nova aproximação com as pessoas com quem convivo na minha prática, vou me certificando de que o ser humano é receptivo, é carente de informações e pode se transformar em um vetor de mudanças comportamentais, mudar um comportamento de risco em um comportamento preventivo. Claro que essa

transformação requer vários fatores, entre eles, o educacional, o cultural, a comunicação, o cronológico e uma demonstração clara da realidade interligada ao objeto que fomenta mudanças.

O estabelecimento do diálogo e a transmissão da mensagem que queremos repassar para as pessoas que necessitam de cuidado à saúde não de envolver um vocabulário adequado para que a comunicação realmente seja efetiva com os clientes, compreendendo o que se quer dizer. Pérola demonstra a percepção para o estabelecimento do diálogo, ao referir que, ao orientar as famílias ... *procuro colocar para aquela pessoa a importância da questão de usar medicamentos elevados, de preferências fechados com chave, colocar a questão de detergentes, produtos químicos que você usa também em locais elevados, de preferência fechados, coloco também a questão de outros acidentes domiciliares que é o no caso, de choque elétrico, aspirar algum corpo estranho...* Contudo, a construção e a verbalização do pensamento, surtirão o efeito desejado se chegarem ao nível de compreensão e assimilação da pessoa com quem se dialoga.

Pérola justificou que sua abordagem envolvendo a preocupação com a família e com os aspectos preventivos não aconteceu de repente, mas foi fruto de um aprendizado com as pessoas, com o contexto sociocultural e com sua vontade, também, de se transformar. Relatando este comentário, Pérola afirmou que *minha abordagem não foi de repente que aconteceu, óbvio! Quando eu cheguei aqui eu era bem mais primária talvez só me preocupasse com o paciente. Com o passar do tempo eu fui me deixando sensibilizar diante, principalmente, de algumas colocações de pessoas mais experientes, uma dessas pessoas tá aqui na minha frente e que me fez é... pensar noutras coisas.*

Esta asserção ilustra, diretamente, o que defendo, ou seja, a viabilidade de sensibilizar pessoas, de conseguir mudanças através e pelas pessoas, e que o ser humano é receptivo, maleável, é gente que cuida de gente e aparenta viver na busca incessante de um enriquecimento pessoal e profissional. E, com esse enriquecimento, também se consegue

transformações que podem ser canalizadas para as situações externas de agravo à saúde, ou seja, os acidentes domiciliares, as intoxicações exógenas em crianças.

O depoimento de Pérola ilustra tal compreensão de que *a gente não pode ver só o paciente, a gente precisa ter uma visão maior né? Uma visão daquele paciente, a história de vida dele, com quem ele vive, as pessoas, o ambiente que ele tá, né? A questão da situação sociocultural, econômica daquela pessoa...*

E a transformação da realidade que circunda o atendimento de crianças intoxicadas em uma UTI-P, tornando viável o engajamento de todos os profissionais para que dispensem o cuidado à criança e família, requer uma sensibilização institucional e profissional, a adoção de uma filosofia centrada no que é ser criança e sua importância no entorno familiar e hospitalar. A humanização, vocábulo a que não se chegou ao consenso de uma definição precisa, urge ser inserida como necessidade de romper paradigmas. Pérola se reporta a esta temática, quando comenta: *o que eu acho que precisa acontecer com os profissionais da área de saúde, em específica numa UTI-P seria a questão da sensibilização desses profissionais. O que eu noto aqui, por exemplo, na minha UTI, é que é cada um por si e Deus por todos, não existe aquela preocupação maior de você colocar para que as pessoas reflitam diante do doente...*

Pérola traz à tona a importância da educação para as pessoas como propulsora de mudanças comportamentais, acrescentando que as normas e rotinas são importantes mas, categoricamente, enfatiza: *eu acredito que com a educação a gente consegue tudo. Tá eu acho que você não pode só normalizar, eu acho que a normalização é uma coisa importante, pra que essa normalização seja realmente efetiva eu preciso sensibilizar as pessoas, não só os médicos mas todo mundo, todos trabalhando com o mesmo objetivo, o cliente!*

Esta opinião focaliza o cliente acima das normas institucionais, pois é em função do cliente, a pessoa com a saúde comprometida, que as instituições prestadoras de serviços de saúde se edificaram e continuam a existir.



## Quartzo

*A coloração que as pedras preciosas assumem irradia a cor nas ações e gestos do ser humano !*

Quartzo, fisioterapeuta, reforça o fato de que a desinformação e o descuido dos pais estão presentes nos casos de intoxicação exógena que chegam às Unidades de Terapia Intensiva, de acordo com o relato de sua experiência. Acrescenta que as famílias reconhecem que existiu certa negligência com relação aos cuidados preventivos, e sua vivência é direcionada mais para a atividade com a criança, pois o contato com a família fica restrito ao pai ou à mãe que se encontra acompanhando a criança envenenada. Quartzo se expressa: *a gente observa muitos casos de crianças com intoxicação exógena, muitas vezes pela má informação dos pais, muitas vezes pelo descuido dos próprios pais... A minha experiência é com a criança intoxicada, é mais na atividade em si,, normalmente se tem uma relação maior com a mãe que é a acompanhante que está lá presente; e sempre nas conversas que a gente tem com eles, a gente observa que eles reconhecem que houve certa negligência com relação aos cuidados que deveriam ter sido feitos para evitar esse tipo de coisa.*

Apesar de admitir que sua maior aproximação é com a criança no desenvolvimento das técnicas fisioterápicas, Quartzo reconhece que o momento é viável para o estabelecimento do diálogo e do repasse de informações preventivas, não lamentando o que já aconteceu, mas no sentido de evitar futuras ocorrências. Ilustra seu posicionamento sua fala, ao referir que, *nesse momento, há espaço para orientação preventiva. Eu acho que é um momento... no caso da família que já ocorreu o acidente né – a intoxicação, você pode passar alguma orientação dos seus conhecimentos pra que ela possa também ser agente de transmissão desse conhecimento para outras pessoas porque infelizmente já ocorreu o caso com ela.*

Acredita ainda no potencial da família em repassar um aprendizado e se tornar transformadoras de opiniões e de comportamentos; e explicita, ao dizer que, *normalmente, as pessoas buscam essas informações, às vezes quando ocorre... quer dizer... se você pudesse fazer isso antes, se ela tivesse esse conhecimento antes, possivelmente não teria acontecido aquilo.*

Comenta, além disso, sobre a maneira de se dialogar com essa família, pois alcançar o objetivo da comunicação perpassa pelo modo de se fazer notar pelo outro sem esboçar atitudes coercitivas ou de acusações. Quartzó enfoca que *então a forma como você aborda a família nesse caso é no sentido de procurar orientar essa família para que não mais aconteça isso com ela para que ela possa ser agente transmissora dessa informação também para evitar que ocorra esse tipo de acidente com outras crianças.*

Quartzó retoma a divulgação desses casos de envenenamento em crianças, para que os profissionais tomem conhecimento da seriedade do problema, e isto não se restringe à divulgação aos profissionais que trabalham em UTI mas a todos os que trabalham com a saúde do ser humano. Reclama da existência de um espaço aberto para se estabelecer um canal de educação em saúde de uma maneira geral, das situações do cotidiano, fortalecendo a abordagem preventiva.

Esclarecendo, Quartzó anota: *acho que se poderia fazer, não só com os profissionais que trabalham em UTI-P mas com todos os profissionais de saúde, poderiam se juntar e fazer trabalhos nesse sentido de divulgar, procurar espaço aberto para educação, não só nesse sentido de prevenir acidentes com intoxicação em criança mas também orientações sobre higiene, orientações de maneira geral de coisas práticas do dia-a-dia, certo ?*

Quartzó evidencia o quanto é imperioso para o profissional olhar extra muros das instituições de saúde e ampliar a visão do cuidado, intensificando a educação em saúde, a abordagem preventiva, não se limitando ao cuidado imediato e restrito às repercussões sistêmicas. Justifica

esta colocação o discurso de Quartzó, no momento em que relata: *os profissionais deveriam se mobilizar mais no sentido de criar situações que eles possam transmitir e atingir uma massa maior, de tentar através dessa orientação procurar evitar e prevenir esses casos de intoxicação. Eu acho que os profissionais estão muito restritos ao fato de... tratarem o acontecido, né? – enquanto se pudesse ser feito um trabalho preventivo muitos casos certamente seriam evitados.*

Encontra-se reposta no discurso de Quartzó a discussão sobre a urgência de se romper paradigmas do imediato e visível e acreditar nas possibilidades e na sedimentação de uma educação transformadora, pelas pessoas e para as pessoas, que será capaz de modificar os riscos ambientais e comportamentais a que estão expostas as crianças que precisam de cuidados intensivos prestados por emergências que poderiam ter sido evitadas.

*Rubi*

*Considerada a pedra da emoção e da paixão, desde a Antigüidade simbolizava a liberdade, a caridade e o poder divino.*

Ao relatar sua experiência com a família da criança envenenada no entorno de uma UTI-P, Rubi, fisioterapeuta, afirma que *sempre procuro ver, não importa, a criança envenenada, eu procuro sempre ver a criança certo? Atender a criança, eu não tenho a preocupação com a família...* Assegura, de maneira enfática, que não teve uma formação acadêmica que direcionasse os seus cuidados extensivos, também, à família. Relata, então, *não fui educado para trabalhar com a família, certo? A minha parte é o paciente, o cliente.*

Enfrentar situações ambíguas exige, em muitos casos, a exteriorização de sensibilidades, emoções e, culturalmente, ao profissional de saúde não foi aconselhado evidenciar sua fragilidade, solidariedade e atenção, pois julgamentos errôneos podem acontecer. E para justificar a postura histórico, social e culturalmente aceita, não se costuma agir de maneira dócil e menos tecnicista. Rubi esclarece que, *entretanto, você vê que a família fica ansiosa, tem todo esse envolvimento da família... aqui ela fica emocionada, fica querendo uma recuperação rápida...*

Reconhecer as reações da família é um passo importante para se iniciar uma comunicação e se estabelecer um relacionamento de experiências mútuas e enriquecedoras entre o profissional e a cultura familiar, e, deste modo, facilitar a efetivação de um cuidado centrado na criança e família, almejando-se transformações comportamentais.

A busca de ajuda de outra categoria profissional pode justificar a fuga do profissional diante de situações de estresses, de dualidades envoltas em sentimentos fortes e contraditórios. Solicitar a intervenção de um colega

da equipe de saúde e encaminhar à família, momentaneamente, parece ser a solução adequada. Rubi se mostra claro, quando diz que *particularmente fica difícil para mim trabalhar isso então eu procuro sempre o apoio... quando ela vem tirar alguma dúvida, alguma coisa, eu procuro ser o mais sucinto possível e encaminho ela para os outros profissionais da equipe.* Ao assumir a impotência perante a família culpada pelo envenenamento com a criança, Rubi esclarece que *não sei trabalhar com a parte emocional, com a humanização, eu acho muito bonito essa parte de humanização [ênfatisando], de tudo mas eu não sei, é difícil...* . Mais uma vez, é ressaltada a humanização como um suporte facilitador do desempenho profissional diante de situações difíceis e contraditórias.

Rubi atribui sua abordagem não direcionada à família a uma lacuna na formação acadêmica, pois esta não se preocupou com o contexto familiar no qual o cliente, necessitado dos serviços de saúde, se encontra inserido. Rubi é muito claro, quando enfatiza: *eu atribuo uma falta de educação, eu não fui educado para isso, na faculdade eu não fui treinado para trabalhar com outros profissionais, muito menos com a família. Trabalhava sempre o paciente isolado, entendeu?*

A noção de que a formação acadêmica deva suprir os valores e a formação familiar é uma tônica presente nos discursos dos participantes da pesquisa. Questiono a idéia de que se atribua à formação estudantil, desde a mais precoce iniciação, a total concepção ou transformação de valores pessoais, fortes, individuais; estes sim, devem ser cultivados no convívio familiar, no modo de se educar o ser humano, na forma de relacionamento que se estabelece no lar. Esta postura, sim, tem grande probabilidade de sensibilizar, mostrar, reeducar porque deve ser centrada no dizer e no exemplo do fazer. Nessa contínua formação familiar, complementada por uma educação transformadora, com o conseqüente enriquecimento e crescimento pessoal, possivelmente se formem profissionais que não necessitem de grandes esforços para demonstrar emoções e sensibilidade.

Rubi esclarece que esta sua abordagem, sem se preocupar com a família, tem sido uma constante na sua categoria profissional, ao se reportar à família como um dos fatores que interferem na recuperação do cliente, no sentido de que esta atrapalha, incomoda, solicita. Ilustrando este pensamento, Rubi informa:  *você dá graças a Deus quando você trabalha com paciente na UVI que não tem familiar por perto do que quando você vai trabalhar em apartamento... atender o paciente em apartamento é... a família exige muito de você, entendeu?*

Ressaltando o que deve ser feito para transformar esta abordagem direcionada exclusivamente para o cliente, imaginando que este cliente é dissociado de sua família e de todos os problemas próprios do ser humano, Rubi salienta que a humanização é realmente o caminho, e os profissionais com algum tempo de formados têm que refletir sua postura e buscar uma abertura pessoal para se enquadrar em um contexto humanístico. Rubi arremata muito bem, ao afirmar que:  *essa nova moda de humanização de um modo geral, o profissional já está sendo treinado para isso. A professora já faz essa abordagem humanística, os alunos falam dessa abordagem... os profissionais mais antigos vão ter que se educar e começar a se abrir mais... aceitar o intercâmbio, esse relacionamento.*

Os princípios humanísticos e a interdisciplinaridade têm sido focalizados nos depoimentos dos participantes e estão se tornando anseios como suporte para se efetivar a melhoria nos relacionamentos interpessoais e nos atendimentos aos clientes, à criança envenenada e sua família, dentro de uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

*Safira*

*Símbolo da fidelidade, verdade, sinceridade e lealdade, atributos tão preciosos para o relacionamento humano.*

Safira, enfermeira, põe sentimento e expressa ares de tristeza, ao mesmo tempo, uma postura solidária em se fazer presente nos momentos de tanta fragilidade para a criança e sua família. As falas retratam seu modo de ser e, ao relatar o quanto é difícil lidar com o sofrimento do outro, diz que *é um momento muito angustiante... a gente tem que atender tanto o lado da criança... fazer os procedimentos de urgência, quanto a família que está angustiada.* A preocupação em atender situações contraditórias mas não incompatíveis foi dita por Safira ao expressar que *a gente tenta tranquilizar as duas, tanto fazer o lado técnico quanto o lado psicológico.*

E, para estabilizar, dentro da maior brevidade possível, os parâmetros vitais, é necessário viabilizar os procedimentos invasivos – acesso venoso, cateterismos gástricos, intubações endotraqueais, instalação de suporte ventilatório mecânico, e, não raro, manobras de ressuscitação, a depender da gravidade da criança. A família, ao presenciar todas essas ações e intervenções, se sente desprotegida, desconhece o porquê e maximiza sua culpa, sua ausência diante da causa do envenenamento. Safira evidencia em suas palavras que transcende aquele momento e chega ao âmago da família da criança envenenada, ao explicar que *é uma situação muito difícil para a gente que é profissional porque muitas vezes a gente tenta comparar com um familiar, como você poderia se posicionar diante de um familiar seu...*

Safira, com grande alívio, assegura que, *graças a Deus, agora até... todos os casos que eu já presenciei, todos saíram com bom êxito, foram resultados satisfatórios, as crianças conseguiram sair do quadro de envenenamento com toda a técnica e a assistência adequada que foi prestada no momento de atendimento.* É importante, e por que não

dizer, imprescindível, que também o profissional de saúde se posicione como um potencial cliente e, em situações diversas, sujeito aos cuidados e descuidos dos outros; se entender o outro, respeitar, saber fazer e como fazer em tempo hábil, a recompensa chega com êxito.

Justificando sua abordagem em realizar os procedimentos técnicos e se preocupar com a família, Safira relata que é seu aspecto profissional e seu lado caridoso; considera-se uma pessoa caridosa e, ao perceber a angústia da família, tenta amenizar também esse lado: *a gente tem também que se colocar no lugar dele, de como a gente agiria se estivesse no posicionamento dele.*

No entendimento de Safira, para que os integrantes da equipe multiprofissional tenham essa preocupação ampliada ao atender à família da criança envenenada, *deve-se trabalhar muito a parte humana, se realmente tivesse uma sensibilização... é de todos os profissionais que trabalham na área... sei que é um local muito angustiante mas, uma sensibilização geral de toda a equipe, tratar esse lado humano seria uma coisa muito positiva. Não só o lado técnico que técnicas nós temos muita mas a parte humana poucos agem.*

Ao questionar a "parte humana" que deve ser "trabalhada", entendo que o ser humano traz consigo atributos que o tornam diferenciado dos outros seres. Ao ser humano foi permitido pensar, sentir, refletir, decidir, escolher e exteriorizar sentimentos em todas as situações com as quais se depara e, por que tem-se que "trabalhar" o lado humano, se o homem se diferencia dos outros seres justo por ser humano? Por que, ao pensar, refletir, ao estabelecer a comunicação intrapessoal – eu questiono, eu encontro minhas respostas – o ser humano não percebe que precisa ser transparente, simples, solidário, crítico, reflexivo, democrático, autoritário, flexível, dentre outros aspectos, a depender do que tem que vivenciar? É este ser humano que se torna profissional, que cuida de pessoas, estabelece o caminho da cura, gratifica famílias, desaponta grupos, enobrece a sociedade, envergonha o mundo mas continua na busca incansável para se tornar melhor.



### Topázio

*De acordo com os gregos, o topázio era capaz de transmitir força a quem o usasse. Já na Idade Média, acreditava-se que ele protegia contra todos os males.*

Procurando transmitir força e tranqüilidade às famílias de crianças envenenadas que passam por seus cuidados, Topázio, médica, informa que inicialmente procura colher toda a história da criança, como tudo aconteceu, quem eram os responsáveis por ela no momento do contato com o veneno, o que a criança evidenciou em relação à sintomatologia e o que levou os componentes familiares a buscar uma instituição de saúde. Neste primeiro contato, é importante detalhar e enriquecer a história da criança e família para que se estabeleça uma terapêutica individualizada e eficaz. A riqueza de detalhes também fundamenta as orientações preventivas. Desta forma, Topázio expressa-se: *eu tenho que procurar saber detalhes, detalhes o mais que possível, é tudo em relação a uma ingestão de um produto, quer dizer de um querosene, onde estava, onde estava aquele frasco, o que fez a criança ir tomar...*

Dando continuidade ao modo como age nos envenenamentos, esclarece que *a maioria dos casos tem que internar pelo menos uma observação de 24 horas e procedo o que for indicado, chamo o CEATOX para orientar quanto as condutas, de tempo em tempo mudam as condutas para envenenamento. E sempre o CEATOX é chamado para um orientação assim bem atualizada, sabe?*

Topázio demonstra reconhecer a importância da interdisciplinaridade na condução do cuidado ao ser humano e diz solicitar um funcionário do Centro de Tratamento e Assistência Toxicológica - CEATOX para orientar, de uma maneira específica e atual, a conduta a ser instituída. Reconhecer a limitação de uma ciência e compartilhar o conhecimento de uma outra ciência no estabelecimento de uma terapêutica específica e

atualizada é uma realidade junto aos profissionais do cenário cultural em estudo.

De início, Topázio afirma não se reportar a orientações preventivas mas também não age de maneira que possa potencializar a culpa da família e sim, naqueles instantes, tenta tranquilizá-la. Ao exprimir tal comentário, relata que, *embora eu ache que a maioria dos casos não seja acidente, tenha sido descuido mesmo, falta de esclarecimento da família, eu procuro nesse momento tranquilizar a família sim, pelo menos não culpando-a. ...*

Perceber que os profissionais não mais consideram o "acidente" como sendo "acidental" reflete uma postura de comportamento preventivo em que se identificam situações plenamente passíveis de evitar. Acredito e defendo a idéia de que a redução dos agravos e danos à saúde da criança deve seguir a adoção de comportamento preventivo, que se inicia no âmago da família e se amplia com a vivência das diversas fases do ciclo vital.

Após a fase aguda na qual a criança também se apresenta mais grave, Topázio esclarece que inicia informações à família sobre a prevenção de acidentes no interior do domicílio. Então diz: *isso geralmente eu faço depois que a criança sai mais do perigo, tão as coisas mais bem encaminhadas... ai eu procuro orientar, é... me conduzir orientando quanto a prevenção de acidentes.*

Ao sugerir que todos os profissionais de uma UTI-P adotem abordagens preventivas e centradas na família, Topázio refere que estes devem ser treinados para melhor se conduzirem diante dos casos de "acidentes", ela acha que, na internação hospitalar, *não é o momento de se educar a família contra prevenção de acidentes... acho que um treinamento do pessoal que trabalha na emergência ou mesmo num CTI é importantíssimo para que isso aconteça.*

Acrescenta que basicamente este treinamento consistiria em humanizar o atendimento, não potencializando a culpa da família pelo "acidente" e mais uma vez a humanização é solicitada no contexto dos profissionais de uma UTI-P frente aos pequenos clientes e suas famílias.

## *Turmalina*

*O cuidado em lapidar sem dilapidar a pedra preciosa pode ser vislumbrado no cuidado humano.*

Turmalina, enfermeira, relata que, ao cuidar de uma criança envenenada, se reporta à família na tentativa de identificar a causa do envenenamento, o que levou o adulto a utilizar o veneno no domicílio, e questiona, também, o porquê da família não ter sido mais cuidadosa, pois a criança requer muita atenção e cuidado. Pausadamente, Turmalina se expressa: *bem... quando eu recebo uma criança envenenada eu sempre pergunto qual foi a causa do envenenamento... qual foi o motivo que a pessoa levou a colocar aquele veneno dentro de casa, por que ela não teve mais cuidado... porque quando tem criança pequena a gente deve ter o máximo de cuidado, principalmente crianças...*

Acrescenta que informa às pessoas sobre os riscos das substâncias venenosas no lar e enfatiza: *então eu pergunto muito às pessoas e digo pra elas que as pessoas devem evitar colocar esse veneno em casa, qualquer tipo de veneno, principalmente quando tem criança... também fazer a proteção dos alimentos, né?*

Turmalina amplia sua informação e diz que lembra às famílias sobre os produtos químico-industriais do tipo aerossol ou spray, agente comum em casos de intoxicações exógenas, e comenta para a família *ter cuidado para não usar nenhum produto também tipo aerossol ou spray, do tipo Baygon, Detefon para matar barata, que também intoxica a criança; e sempre oriento a família nesse sentido de evitar veneno de qualquer tipo em casa... quando tem criança pequena...*

Turmalina justifica sua abordagem em alertar à família sobre o perigo das substâncias venenosas presentes em domicílio, com o processo natural de crescimento e desenvolvimento da criança com necessidade de proteção e segurança que a família deve lhe proporcionar e, desta forma,

originar um ambiente saudável e isento de ameaças à integridade física e emocional da criança. E Turmalina se manifesta ao dizer que *a criança é indefesa, não tem como se defender, ela não sabe o que é certo, o que é errado, o que vai fazer mal pra ela... então a mãe, a família é que tem que ter o cuidado porque a criança não pode se defender contra o veneno, ela não sabe se vai fazer mal...*

Turmalina traz à tona o fator cultural que se encontra enraizado no cotidiano das famílias de quem os profissionais do estudo cuidam e, por período limitado de tempo, estes têm a oportunidade de manter diálogos e descobrir estilos de vida, crenças, valores pertinentes a essas famílias. Ao se referir a este ponto, Turmalina fala de *outra coisa também que a família tem a mania de fazer... as pessoas... é colocarem veneno, querosene, gasolina em garrafa, isso também... a criança pensa que é algum líquido e bota na boca... alguma coisa que ela possa beber, né? – isso também deve ser evitado, eu também oriento neste sentido...*

Turmalina tem como sugestão para que uma abordagem preventiva seja um ponto comum entre os profissionais da UTI-P, a realização de curso de orientação sobre os efeitos das substâncias tóxicas no organismo, o tratamento, as possíveis seqüelas e até abordar a possibilidade do desenvolvimento de casos neoplásicos, em um futuro, decorrente de uso de substâncias tóxicas. Esclarece que, *para as pessoas que estão envolvidas no tratamento de uma criança envenenada, deve ser feito um curso... orientando, mostrando o que causa cada veneno, como ele é absorvido, qual o tratamento... o que pode acontecer com essa criança, que ela pode ficar seqüelada por resto da vida por causa de um envenenamento, as causas futuras também que podem causar um câncer, tudo isso deve ser abordado em um curso...*

Acrescenta que se deve orientar à família da criança envenenada no ato da admissão, pois isto constitui um meio de esclarecimento para que possíveis casos sejam evitados no seio familiar. Turmalina relata que, *cada vez que uma criança fosse admitida com envenenamento,*

*qualquer tipo de envenenamento... deveria ser feita uma orientação à família para evitar que aconteça mais e mais crianças envenenadas.* Adiciona que devem ser criadas estratégias preventivas do tipo elaboração de cartilhas, panfletos, dentre outros, e fala que *deve ser feita essa abordagem de orientar a família e também ser distribuído cartilhas de orientação, livretos, assim panfletos, qualquer coisa que possa orientar, se possível fazer até campanha na televisão contra esse uso de venenos em casa.*

Ao mencionar alguns meios de comunicação como estratégia para minimizar as ocorrências de envenenamentos em crianças no domicílio, Turmalina resgata a co-participação social e governamental na promoção da saúde dos seus cidadãos, pois, ao promulgar o Estatuto da Criança e do Adolescente, ficou estabelecida a responsabilidade da família, do governo e da sociedade, referente à promoção e preservação da saúde deste ser em desenvolvimento.

*Turquesa*

*A imensidão do azul pode ser simbolizado na singeleza da pedra, lapidada.*

Turquesa, enfermeira, dispensando seus cuidados à criança envenenada admitida em uma UTI-P, como também à família, sustenta que a orienta para que novos casos não ocorram e também procura apóia-la emocionalmente, em virtude de ser um momento de muito estresse e angústia para as pessoas envolvidas na situação. Turquesa se expressa, dizendo que *geralmente eu oriento para que aquilo não aconteça novamente, também procuro dar apoio psicológico, esperança pois tem mães que ficam desesperadas, a gente procura dar esperança, dizer qual é a situação atual da criança e o prognóstico da forma que elas possam entender.*

No desempenho de seu cuidado, Turquesa diz explicar à mãe o que vai fazer com a criança, pois determinados procedimentos, principalmente os invasivos, aterrorizam e potencializam a angústia que já se encontra instalada no contexto. Expressa-se, dizendo: *geralmente quando eu vou fazer algum procedimento, eu explico à mãe; eu explico o que vai ser feito com a criança para ela não se assustar e tudo... se a gente vai passar uma sonda, tem que dizer à mãe por que é que vai passar e, que, apesar de doer um pouquinho, é para o bem da criança.*

Não esquecendo os equipamentos tecnológicos utilizados no monitoramento dos parâmetros vitais e que dão todo o suporte para o acompanhamento da conduta estabelecida, Turmalina diz para a família que *monitores a gente procura explicar por que é que aquilo está ligado, porque elas ficam dizendo – é isso aqui está apitando, não sei o que... e a gente explica o que é que significa o monitor cardíaco, o oxímetro, tudo a gente procura justificar pra mãe porque é terrível para a mãe ver uma criança, todo mundo chega perto e faz as coisas e a gente explica para o bem delas...*

Ao comentar sobre sua conduta de orientar à família e executar os procedimentos que exigem o saber e a destreza do fazer, Turquesa diz que se preocupa com o fator preventivo, por perceber grande angústia na mãe, e não esconde sua satisfação ao falar, também, da sua filosofia religiosa inserida em seu processo de cuidar. Turquesa discursa deste modo: *eu me preocupo porque eu vejo a mãe realmente assim em um estado lastimável, né? Então, se eu posso levar a mãe um... eu vejo a mãe muito triste, muito desesperançada e aí como eu disse eu procuro dar apoio psicológico e além do psicológico, o espiritual, né? – porque o ser humano necessita crê em Jesus Cristo, em algo... é mais um recurso... .*

Turquesa sugere a conscientização profissional como um dos caminhos para que se consiga estender a abordagem preventiva, junto à família, por parte de todos os profissionais de saúde que atuam neste setor, e esta conscientização poderia ser “adquirida” durante o desempenho profissional no seu local de trabalho. Esclarece ser *necessário que seja feita alguma coisa para que as pessoas se conscientizem porque tem uns que tratam bem, né? – Passam, dão apoio psicológico e tudo, mas tem outros que não se preocupam com isso... isso pode ser feito até durante o trabalho mesmo, pelo profissional de enfermagem, pela enfermeira, pode até conscientizar os outros profissionais, os auxiliares de enfermagem... sei lá... .*

Ainda se reportando ao modo como se poderia “conscientizar” os profissionais, Turquesa ressalta a importância do envolvimento da instituição e, neste contexto, representada pelos gerentes dos serviços, quando no desempenho de atividades inerentes às funções que ocupam. Ao discorrer sobre este ponto, Turquesa se expressou que *grupos pequenos mesmo podem ser formados para ensinar o que é necessário; as chefes podem ensinar, durante uma reunião, que é necessário tratar os familiares dos pacientes, das crianças como seres humanos e não mecanicamente, tem que lembrar deles...*

Em síntese, falas significativas explanam as categorias identificadas que foram originadas dos discursos dos participantes:

- culpa

*(...) os familiares querem tirar a culpa (Esmeralda).*

*(...) a família se acha culpada daquela situação (Diamante).*

*(...) a gente percebe que existe um sentimento de responsabilidade, de culpa (Água Marinha).*

*(...) as pessoas têm o costume de certa forma..., como eu diria, colocar a mãe como um fator que provocou aquele tipo de acidente (Opala).*

*(...) já peguei crianças que deram entrada em meu plantão e o desespero é igual, sempre existe muito o problema da culpa, porque facilita... porque tava trabalhando... (Gema).*

- desinformação

*(...) acha que a criança não come porque tem veneno (Jaspe).*

*(...) muitas vezes pela má informação dos pais (Quartzo).*

*(...) não percebe que aquilo pode causar um mal (Cristal).*

*(...) é até da falta de informação que ela tem e muitas vezes os acidentes são provocados (Opala).*

- pré-juízos

*(...) as famílias demonstram descuido em relação aos produtos, inseticidas (Ônix).*

*(...) a gente percebe a falta do cuidado (Cristal).*

*(...) o primeiro contato que eu tenho com ela é como se ela fosse uma mãe negligente, essa é a primeira coisa, eu vou ser sincera com você (Ametista).*



*(...) tem um pouco de ausência, tem pouco comprometimento (Água Marinha).*

#### ▪ **relação de ajuda**

*(...) dar uma terapia de apoio..., é como se chama em Serviço Social (Granada).*

*(...) não sei trabalhar com família, não sei trabalhar com a parte emocional (Rubi).*

*(...) procuro nesse momento tranquilizar, me dirijo à família como muito cuidado (Topázio).*

#### ▪ **humanização**

*(...) a gente precisa ter uma visão maior daquele paciente, a história de vida dele (Pérola).*

*(...) não só humanização em UTI como humanização em qualquer outra área (Ametista).*

*(...) humanização..., torna mais acessível à família (Rubi).*

*(...) tratar mais o lado humano (Safira).*

#### ▪ **sensibilização**

*(...) com o passar do tempo eu fui me deixando sensibilizar diante..., de algumas colocações de pessoas mais experientes (Pérola).*

*(...) envolvimento maior, interesse de se fazer isso, a gente fica só no imediato..., a gente trata mais o paciente do que o envolvimento com a família (Amazonita).*

*(...) sensibilização do profissional de saúde, de toda a equipe (Safira).*

*(...) o que eu quero é que a pessoa possa crescer naquele momento certo?*

(Diamante).

#### ▪ conscientização

*(...) para que a gente se conduza de uma maneira bem estabelecida*

(Topázio).

*(...) bom, eu acho que todos nós somos responsáveis, porque independente de eu ser fisioterapeuta, muitas vezes em nem vou ter que atendê-la* (Gema).

*(...) é também um direito da família ela ter essa informação precisa do que está acontecendo, claro que de uma forma simplificada* (Amazonita).

*(...) os profissionais deveriam se mobilizar mais no sentido de criar situações que eles possam transmitir e atingir uma massa maior* (Quartzo).

#### ▪ educação

*(...) deveria ter um trabalho educativo, um trabalho em nível de comunidade, um trabalho..., tipo vistoria..., examinar as residências* (Ametista).

*(...) uma coisa que deveria ocorrer..., era um espaço aberto para educação, não só no sentido de prevenir acidentes mas, também, orientações sobre higiene, coisas práticas do dia-a-dia* (Quartzo).

*(...) eu procuro conversar com aquelas pessoas..., se for a mãe, a tia, o pai..., procurando educar, que a gente tem como evitar em outros casos..., eu acredito que com a educação a gente consegue tudo* (Pérola).

#### ▪ interdisciplinaridade

*(...) eu não saberia nem dizer assim..., que no final ela (família) tivesse um resultado do apanhado de todas as questões que cada profissional trouxesse..., mas é fundamental que haja esse trabalho interdisciplinar* (Amazonita).

*(...) é uma coisa que o Serviço Social vem lutando é por um trabalho interprofissional e nós temos uma dificuldade tremenda..., o trabalho interprofissional seria lucrativo até demais (Granada).*

*(...) então a gente trabalha muito nesse sentido, por isso a grande batalha do Serviço Social... , a equipe multidisciplinar, de ver o paciente como um paciente que veio de uma família e dentro dessa família tem uma série de variáveis que precisam ser trabalhadas (Opala).*

#### ▪ **envolvimento institucional**

*(...) então a gente precisa começar a preparar os profissionais..., é atender o nível de clientela que a gente tem aqui (Opala).*

*(...) que seja feito algum curso de orientação para as pessoas que estão envolvidas no tratamento de uma criança envenenada (Turmalina).*

*(...) acho que se poderia fazer não só com os profissionais que trabalham em UTI-Pediátrica mas com todos os profissionais de saúde, poderiam se juntar e fazer trabalhos, nesse sentido de divulgar (Quartzo).*

*(...) as chefes podem ensinar durante uma reunião que é necessário tratar os familiares das crianças como seres humanos e não mecanicamente (Turmalina).*

*(...) o que eu noto aqui na minha UTI é que é cada um por si e Deus por todos, não existe aquela preocupação maior de você colocar para que as pessoas reflitam diante do doente (Pérola).*

O fortalecimento da compreensão do objeto de estudo dar-se-á pela descrição reflexiva das categorias - **culpa, desinformação, pré-juízos, relação de ajuda, humanização, sensibilização, conscientização, educação, interdisciplinaridade e envolvimento institucional** - que surgiram dos discursos dos informantes, após análises interpretativas e reflexivas. Tais categorias convergiram para o tema cultural, **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada.**

### JULGAR E COMPREENDER: CONTRADIÇÕES DA ABORDAGEM MULTIPROFISSIONAL À FAMÍLIA DA CRIANÇA ENVENENADA

---

---

Após a assimilação das categorias validadas com os informantes-chave, o tema que traduziu a essência da investigação foi apreendido como **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada.**

Os profissionais do estudo demonstraram, no percurso de sua realização, que, ao abordar as famílias de crianças envenenadas, existe o pré-julgamento, explícito ou velado, mas também uma compreensão da problemática que circunda esses fenômenos. Uma gama de fatores intervém nas determinações ou potencializações dessas ocorrências, e a mulher, nesse processo, ainda se encontra muito punida. A mulher é representada pela figura materna, da avó, da tia, ou de um outro grau de parentesco na família. Há uma tendência de cuidar agravando a culpa, o que soa como "culpabilização da vítima", desvirtuando o sentido de cuidar.

A **culpa** foi retratada de uma forma enfática, e esta culpa esboça uma relação mútua; a família se sente culpada pelo ocorrido e, por outro lado, o profissional a culpa por facilitar tal ocorrência. A identificação da culpa, traduzida pelo sentimento e atitudes de desespero, nesse contexto, é mais forte naquela pessoa que se acha mais responsável pelo cuidado à criança. Constata-se com as falas seguintes:

*(...) eu considero como tendo sido um acidente, embora eu ache que a maioria dos casos não seja acidente, tenha sido descuido mesmo, falta de esclarecimento da família, eu procuro nesse momento tranquilizar a família sim, pelo menos não culpando-a, eu não vou resolver nada se fizer isso (Topázio).*

*(...) já peguei crianças que deram entrada em meu plantão e o desespero é igual, sempre existe muito o problema da culpa, porque facilita... porque tava trabalhando... (Gema).*

*(...) o grande problema que eu acho dentro de um hospital como esse é que quando entra uma criança intoxicada... as pessoas têm o costume de certa forma... colocar a mãe como um fator que provocou aquele tipo de acidente...ela já vem assim extremamente estressada porque o pai, a família cobra dela essa posição. E a sociedade como um todo, acho que cobra da mulher essa posição. Às vezes ela não está em casa, o marido está em casa mas é cobrado da mãe a questão da responsabilidade sobre a criança... os outros profissionais também agem dessa forma....(Opala).*

Retratando as dimensões da estrutura social e cultural do cuidado, entremeando à abordagem do profissional, o hábito de culpar a família - sendo esta representada pela mulher - se faz presente nas relações de parentesco, nas interrelações sociais, além do que se incorporou aos aspectos culturais que acompanham o profissional no desempenho de sua prática, como Opala evidenciou em seu depoimento.

Em estudo anterior, Souza (1997) detectou que a mulher sentia a ausência do pai no cuidado às crianças e, diante dessas ocorrências, geralmente, o marido potencializava o sentimento de culpa da mulher. É muito forte o aspecto cultural que coloca a maioria dos encargos, pela criação e educação dos filhos, à mulher.

Bock et al., (2000, p.77) comentam que Freud ao remodelar a teoria do aparelho psíquico, por volta de 1920 e 1923, introduziu os conceitos

de id, ego e superego referindo-se aos sistemas da personalidade. Explicitam que o superego tem origem a partir da internalização das proibições, dos limites e da autoridade e que o conteúdo do superego refere-se a exigências sociais e culturais. Continuando com o pensamento dos autores, estes esclarecem que para compreender a instância do superego é necessário introduzir a idéia de sentimento de culpa e dizem que:

neste estado, o indivíduo sente-se culpado por alguma coisa errada que fez (...) ou que não fez e desejou ter feito, alguma coisa considerada má pelo ego mas não, necessariamente, perigosa ou prejudicial; pode pelo contrário, ter sido muito desejada. Por que, então, é considerada má? Porque alguém importante para ele, como o pai, por exemplo, pode puni-lo por isso. E a principal punição é a perda do amor e do cuidado desta figura de autoridade.

Uma nova modalidade de culpa caracterizada como punitiva e implicada pelo julgamento, é percebida no profissional de saúde que a evidencia, seja de maneira explícita, através da oralidade, da entonação do diálogo ou, de forma tácita, observada nas atitudes, nas indagações de sentido dúbio, nas confrontações com casos anteriores, na emissão da dúvida do prognóstico da criança, dentre outras reações. Esta compreensão é identificada em falas como:

*(...) o primeiro contato com ela é de culpa, jogar muito culpa pra família, muito embora ninguém procure neste contexto se a mãe realmente é uma culpada (Ametista).*

*(...) a princípio a gente sempre investiga assim... qual foi a culpa realmente da família, a negligência que houve e, dentro da parte social que existe (Jaspe).*

*(...) às vezes a mãe, os familiares querem tirar a culpa então negam qualquer tipo de medicação que tenha em casa mas pela clínica, você tem certeza que é intoxicação (Esmeralda).*

*(...) que a gente tem é de culpar e às vezes de querer até punir, né? Particularmente eu nunca julgo nem culpo porque acredito que isso pode acontecer com qualquer um da gente...(Cristal).*

As falas dos profissionais, a um só tempo, manifestam contradição e compreensão. Contradição, nas atitudes e verbalizações que culpam e, ao mesmo tempo, buscam compreender que essas ocorrências podem acontecer envolvendo qualquer pessoa e, nem por isso, seria esse alguém negligente, culpado ou menos preocupado com suas crianças.

Ao tentar compreender o significado das particularidades internas de um serviço de emergência instrumentalizada pela abordagem etnográfica, Skaba (1997) considerou que alguns profissionais tendem a fazer julgamentos morais sobre a clientela, reproduzindo estigmas já vivenciados em outros contextos sociais.

Esse contra-senso na abordagem que culpa, ao mesmo tempo, compreende e corrobora o tema do estudo **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada.**

Outro descritor identificado nos depoimentos diz respeito a **desinformação** e ingenuidade, por parte das famílias, quanto aos riscos que existem nos domicílios ao permitirem uma diversidade de substâncias químicas, produtos agrotóxicos, pesticidas (raticidas e inseticidas), medicamentos e outros agentes tóxicos que ameaçam a saúde da família, sem a segurança e proteção que estes requerem. Com relação à criança, os profissionais relataram que as famílias deixam transparecer que não estão ao par das características do crescimento e desenvolvimento infantil, não imaginam que a criança seja capaz de ingerir ou entrar em contato com uma substância tóxica, mesmo quando deixada no chão e adicionada a um pedaço de pão para matar os roedores. Alguns recortes dos discursos evidenciam a descrição:

*(..) a gente observa muitos casos de crianças com intoxicação exógena, muitas vezes pela má informação dos pais, muitas vezes pelo descuido dos próprios pais....(Quartzo).*

*(...) normalmente essa mãe é cheia de outros afazeres, de outros filhos, outras obrigações... dá gente entender isso mas procurar orientá-las na parte da ignorância deles próprios... (Jaspe).*

*(...) a família fica muito assim... ela sabe que é uma situação grave... é uma situação de gravidade por estar na UTI, entendeu? – mas não sabe da complexidade, o que vem... do que tem por detrás disso, que é uma desinformação, entendeu? (Água Marinha).*

O fator educacional se insere e evidencia a influência sobre o objeto de estudo, porque a equipe multiprofissional, ao acompanhar pré-natal e consultas de puericulturas, talvez não percebam que vivenciam um momento oportuno para orientar e esclarecer sobre o “ser criança” e quais as fases que irão acompanhá-la no ciclo vital. Na maioria dos atendimentos aos clientes, este fica focalizado no imediato, nas alterações do ciclo gravídico e em encaminhamentos que porventura, possam contribuir para não potencializar as alterações detectadas.

Corroborando o comentário, a desinformação também foi identificada nos relatos dos informantes, sendo atribuída a postura do profissional, ao referir que orienta de forma superficial essa família, que a equipe devia repassar melhor as informações, que as pessoas saem do hospital com dúvidas a respeito do estado de saúde ou do agravo da doença. Esta postura da equipe pode estar contribuindo para perpetuar as reações de surpresa ou embaraço das famílias, quando estes profissionais estão realizando suas anamneses, históricos de enfermagem, entrevistas sociais ou avaliações fisioterápicas. Os relatos seguintes emolduram tais colocações:



*(...) nas vezes que a gente tem essa condição... de entrevistar o paciente ou a família... principalmente a família no caso de UTI, a gente... eu tenho contato assim... eu entevisto... é uma coisa superficial... é como vai a família? O que é que houve ? é o estado psicológico do paciente... da família... (Granada).*

*(...) precisa aprender a falar num nível que as pessoas realmente entendam, precisa ter essa preocupação, checar se as pessoas entenderam porque o que acontece muito nos hospitais é que as pessoas saem cheia de dúvidas... é falar de maneira simples, é fazer com que as pessoas entendam...(Opala).*

*(...) acho que você tem que procurar orientar, dizer os riscos do ambiente... também tem essa parte da educação, alertar as pessoas de todos os acidentes... que a gente faz de uma maneira mais precária e então a gente mesmo tentar abordar e conversar de uma maneira mais amiga do que profissional... um lá e outro cá... (Jaspe).*

A opinião de Jaspe retoma o quanto se torna imperativo que a postura do profissional de saúde seja revisada e refletida para que considere a necessidade do outro, como também a própria essência de ser e estar atuando no contexto das dimensões da estrutura social e cultural do cuidado, influenciando e sendo influenciado, também, pela linguagem, pela etno-história e filosofia da formação acadêmica, constituindo, pois, a sua base profissional com possíveis repercussões na sua prática.

Urge, então, uma postura empática dos profissionais de saúde no desenvolvimento do cuidado com as pessoas, porque desempenham o papel de entrevistadores na hora de elucidar um mecanismo de envenenamento na criança. Reforçando, Benjamim (1994), ao discorrer sobre a empatia na entrevista de ajuda, reforça a idéia de que o entrevistador empático preocupa-se com o eu do entrevistado e almeja que este também aprenda a preocupar-se, que está pronto para abstrair e tentar pensar; agir e sentir como se o espaço vital do outro fosse o seu próprio. É com essa perspectiva que o profissional deve chegar ao cliente e

permitir que se estabeleça uma interação no relacionamento da tríade profissional-família-criança.

O grande valor das relações pessoais e interprofissionais se evidencia em recortes dos discursos dos participantes, alusivos à necessidade de se estabelecer uma **relação de ajuda**, implícita nas observações de atitudes e em alguns relatos, permeando as angústias da família e do profissional; na família, quando os informantes relatam que esta expressa angústia e desespero sobre o modo de refletir e contar o mecanismo do incidente, fortalecendo o sentimento de culpa evidenciado pelo comportamento ansioso, choro ou verbalização do arrependimento. Eis alguns depoimentos:

*(...) às vezes ela diz que não tá tão fácil o acesso, sempre eu converso: - isso tava fácil? Você não guarda num local mais escondido? E ela sempre diz que tava uma coisa bem escondida, bem alta, geralmente guarda até em cima da geladeira... é o que elas relatam muito aqui, quando pergunto como aconteceu (Gema).*

*(...) é um momento muito angustiante... a gente tem que atender tanto o lado da criança... fazer os procedimentos de urgência, quanto a família que está angustiada (Safira).*

*(...) uma coisa que sempre tenho visto, ela tem sido comum em todos os casos é a ansiedade, né os pais...(Diamante).*

*(...) eu acho que a própria situação em si já pune muito né? – o pai e a mãe vendo o filho sofrer e vir uma pessoa de fora que não sabe o que aconteceu, aumenta mais ainda o sofrimento daquele acompanhante por mais disperso, por mais desorientado que ele seja, né? (Cristal).*

*(...) pra gente dá assim uma terapia de apoio como a gente chama em serviço social, né? Já que eles não têm um psicólogo dentro do hospital, o serviço social faz essa parte, né? (Granada).*

Olhando na vertente da equipe multiprofissional, a necessidade da relação de ajuda foi percebida nas expressões do profissional, que não sabia abordar a família nesses casos, que não foi preparado para tal em sua formação acadêmica, que a instituição não demonstrou como agir diante de tais casos, que solicita a ajuda de outra categoria profissional, que a instituição devia incluir no seu corpo técnico o profissional psicólogo, importante no contexto, para "trabalhar com as questões emocionais".

*(...) mas normalmente nós profissionais de saúde... nós não temos preparo, eu acho que nós não temos preparo para essa primeira abordagem com a criança intoxicada ... Eu por exemplo, não tenho formação...( Ametista).*

*(...) particularmente fica difícil para mim trabalhar isso, então eu procuro sempre o apoio... quando ela vem tirar alguma dúvida, alguma coisa, eu procuro ser o mais sucinto possível e encaminho ela para os outros profissionais da equipe (Rubi).*

*(...) eu acho até que não precisa ser necessariamente médico, existe os psicólogos que têm crianças que precisam... tentativas de suicídio, né? Gardenal, benzodiazepínico, quem faz uma vez dificilmente vai fazer uma vez só uma vez...(Esmeralda).*

*(...) uma situação muito difícil para a gente que é profissional porque muitas vezes a gente tenta comparar com um familiar, como você poderia se posicionar diante de um familiar seu... (Safira).*

*(...) tanto no envenenamento como em qualquer outro acidente com criança principalmente... é... existe um pouco de negligência da família... embora... na hora... é a gente não vai ser... a gente não diz isso pra família...(Granada).*

O fator educacional se faz retratar, com veemência, nas colocações dos participantes, para explicar que não se encontram preparados para enfrentar o estresse e a fragilidade da família em situações de agravo à saúde porque não tiveram uma formação acadêmica que tivesse o enfoque centrado no contexto familiar, sendo parte do contínuo

saúde-doença. É a base educacional influenciando e recebendo influências de um contexto maior que circunda a abordagem multiprofissional à família da criança envenenada.

Contudo, compreende-se também que a filosofia e estilo de vida também se inserem no objeto de estudo nos instantes em que os profissionais evocam a utilização de mecanismos de defesa para mascarar sua verdadeira opinião sobre os danos à saúde da criança que acontecem em domicílios. Granada demonstra em sua fala saber que houve negligência, porém não se vá dizer dessa forma para a família.

E, por não se conhecer o dia-a-dia dessas pessoas, de uma forma tácita, identifica-se o **pré-juízo**, acompanhando os diálogos da equipe multiprofissional à família da criança envenenada. Este é compreendido por expressões do tipo *negligência, descuido, descaso, falta de cuidado, a falta de responsabilidade, o pouco comprometimento, a ausência*, e tal postura pode contribuir para potencializar o sentimento de culpa dessa família ou manter um distanciamento da família com o cuidado dispensado pelo profissional. Alguns relatos emolduram tal categoria:

*(...) até porque o fato de eu estar culpando eu estaria inibindo essa mãe... dela manifestar tudo, digamos assim... ir no fundo da questão e daí a gente trabalhar essa questão. Às vezes a pobre da mãe não diz nem a verdade de como aconteceu o episódio, de tão culpada que ela se sente porque ela já vem com sentimento de culpa, ela mesmo, e aí encontra pessoas para culpá-la mais ainda... e aí eu acho que não só sou eu não... é auxiliar, é a enfermeira, a gente vê muito isso... Oh!, tá aqui, onde ela deixou a menina acontecer isso aqui... aconteceu isso aqui porque ela deixou, tá entendendo? (Ametista).*

*(...) eu considero como tendo sido um acidente, embora eu ache que a maioria dos casos não seja acidente, tenha sido descuido mesmo, falta de esclarecimento da família, eu procuro nesse momento tranquilizar a família sim, pelo menos não culpando-a, eu não vou resolver nada se fizer isso (Topázio).*

*(...) ficam agindo como se fosse uma coisa de natural e ao mesmo tempo a gente percebe que existe um sentimento de responsabilidade, de culpa, porque geralmente foi por algum descuido, alguma desatenção (Água Marinha).*

*(...) quando eu recebo uma criança envenenada eu sempre pergunto qual foi a causa do envenenamento... qual foi o motivo que a pessoa levou a colocar aquele veneno dentro de casa, por que ela não teve mais cuidado...( Turmalina).*

Discordando dos relatos anteriores, Rubi nega que se preocupe com a família e afirma que direciona toda sua atenção para a criança, com o objetivo de agilizar sua recuperação. Eis sua fala:

*(...) sempre procuro ver, não importa, a criança envenenada, eu procuro sempre ver a criança certo? Atender a criança, eu não tenho a preocupação com a família... (Rubi).*

A atitude de Rubi pode ser uma forma de defesa, pois, ao não saber como lidar com a expressão e demonstração de sentimentos ambíguos, prefere optar por se manter "distante" da família. Ao evidenciar tal atitude, Rubi parece lançar mão de pré-julgamentos sobre própria capacidade de estabelecer diálogos.

A **humanização**, vocábulo que tem despertado o interesse em pesquisadores e ocasiona intermináveis debates, foi freqüentemente salientada pelos informantes, abrangendo vertentes que canalizaram para a melhoria do serviço e das relações interpessoais, sendo esta extensiva ao cliente.

Foram postas questões sobre a necessidade do profissional expandir o olhar para as pessoas de quem se cuida e entender que este ser faz parte de uma família, que, por sua vez, é um sistema complexo com papéis estabelecidos pela etno-história e contexto social; foi também salientada a necessidade de humanizar o serviço não somente em Unidades

de Terapia Intensiva (culturalmente vistas como tão frias quanto a hipotermia da morte), mas em todo o hospital e envolvendo os profissionais de saúde.

Esta humanização ainda foi explanada como um dos meios de aproximar o profissional da família e impulsionar a formação de profissionais mais sensíveis às adversidades que as pessoas enfrentam com as causas externas de agravo à saúde. Falas corroboram tal discussão:

*(...) que a gente não pode vê só o paciente, a gente precisa ter uma visão maior né?, uma visão daquele paciente, a história de vida dele, com quem ele vive, as pessoas, o ambiente que ele tá, né? (Pérola).*

*(...) falta de preparo nosso, preparo no sentido de humanização e no sentido de trabalhar essa mãe inicialmente de forma diferente para depois a gente conseguir resgatar dela onde é que está o erro, pra ir trabalhar em cima do erro... e, não só humanização em UTI como humanização em qualquer outra área que os profissionais de saúde deveriam ter (Ametista).*

*(...) acho que com essa nova moda de humanização de modo geral o profissional já está sendo treinado para isso. Eu observo na faculdade, a professora que dá Fundamentos de Fisioterapia ela já faz essa abordagem humanística, os alunos já falam nessa parte humanística, falam de tudo, das relações humanas e tudo...(Rubi).*

*(...) uma é... tratar esse lado humano seria uma coisa muito positiva, né?, não só o lado técnico que técnicas nós temos muita mas a parte humana poucos agem (Safira).*

Pelos depoimentos, identifica-se o ensejo dos profissionais em resgatar o "lado humano" com vistas a modificar a dinâmica de um serviço e fortalecer as relações intra e interpessoais. Este tema tem sido enfoque de vários questionamentos e acredito que o comportamento humanizado da equipe multiprofissional traz benefícios, não somente para o alcance das metas estabelecidas no trabalho, como resulta em motivação do profissional e satisfação do cliente.

Ao debater sobre o tema de humanização em UTI, Silva (2000, p.3), categórica, afirma que

(...) resgatar a humanidade nas UTIs talvez seja voltar a refletir, cada vez mais conscientemente, sobre o que é ser humano. É verdade que não podemos questionar o surpreendente desenvolvimento tecnológico do mundo, mas isso não necessariamente implica a leitura de que as pessoas que vivem nesse mundo se tornaram mais afetivas, compreensivas, sensíveis e solidárias. A UTI precisa e deve utilizar-se dos recursos tecnológicos cada vez mais avançados, porém nós, profissionais de UTI, não deveríamos esquecer que jamais a máquina substituirá a essência humana.

Sensibilizar – vocábulo definido por Ferreira (1999, p.1837) como tornar sensível, comover, impressionar vivamente, tornar sensível à ação da luz ou de outro agente qualquer, comover-se - mostrou-se presente nos depoimentos mediante o vocábulo **sensibilização**.

A sensibilização foi referida como fator que, de alguma forma, influenciou a postura profissional e ocasionou mudanças na maneira de ver e ler o mundo; outra colocação se referiu ao profissional de saúde, de uma maneira geral, sobre a importância de exercitar a sensibilidade mesmo em ambientes de estresses, como no casos as UTI-Pediátricas; outro sentido que foi salientado à sensibilização diz respeito à necessidade de "comover" as pessoas quanto à dor do outro, sobre o cotidiano dessas pessoas que o profissional desconhece e, em algumas falas, parece tão íntimo e permite que o profissional reforce pré-conceitos e se mostre como uma pessoa insensível.

(...) *Bom... essa minha abordagem não foi de repente que aconteceu óbvio..., quando eu cheguei aqui eu era bem mais primária talvez só me preocupasse com o paciente. Com o passar do tempo eu fui me deixando sensibilizar diante, principalmente, de algumas colocações de pessoas mais experientes, uma dessas [rindo] tá aqui na minha frente e que me fez pensar noutras coisas, né? (Pérola).*

*(...) acho que o interesse de ser dado um tempo maior para a gente estudar determinadas situações porque na verdade o trabalho, ele é feito muito a nível de imediato, a gente não tem muito tempo de sentar, programar... de como trabalharia os casos de intoxicação... acho que deveria ter um envolvimento maior...(Amazonita).*

*(...) se realmente tivesse uma sensibilização... é de todos os profissionais que trabalham na área... sei que é um local muito angustiante mas uma sensibilização geral de toda a equipe... (Safira).*

*(...) eu procuro também dizer, não sei nem se esta colocação é agora é o momento, mas eu procuro que ela reflita em cima da situação que aconteceu pra que não se repita aquela situação, certo? (Diamante).*

Percebe-se que a sensibilização está intrinsecamente relacionada à visão holística que busca a compreensão do homem em sua totalidade. Talvez possa ser pensado no inatingível de tamanha compreensão, mas o exercício de atributos como humanização e sensibilização, dignos da natureza humana, vislumbra reflexões e mudanças comportamentais.

Na introdução da obra *A Voz do Arco-íris*, Boff (2000, p.11-12) comenta sobre o "paradigma emergente da re-ligação, da inclusão e do holismo". Vai além, ao acrescentar que é esperançoso, pois ainda há tempo para grandes transformações no estado de consciência das pessoas e nos processos histórico-sociais.

Outro tema salientado pelos informantes diz respeito à **conscientização**, no sentido de uma consciência crítica do profissional perante sua atuação, a sensação do dever cumprido. A conscientização certamente requer uma base educacional sólida e uma determinação pessoal. A temporalidade pode ser uma inimiga na consecução do objetivo, torna-se um processo lento.



Paulo Freire (1998) preconiza a prática reflexiva que decorre de uma educação transformadora centrada no diálogo em que as pessoas discordam, após o exercício da consciência crítica, em prol de mudanças de uma realidade que não esteja a contento dos sujeitos do processo.

Vejo a conscientização, relatada pelos participantes, significando auto-avaliação, crítica e reflexiva, para melhor agir perante seu cliente. De jeito implícito, quando o profissional relatou que consulta o serviço especializado para ter a consciência de uma conduta correta no desenvolvimento do tratamento de uma criança; quando, independentemente de prestar seus cuidados, por uma ou outra razão, o profissional se sente responsável para estabelecer uma “bate-papo” de indagações e esclarecimentos; quando afirmou, conscientemente, que é um direito da família ter acesso às informações sobre o estado de saúde ou do agravo da doença de alguém seu.

Percebe-se, também, a aspiração de se efetivar a consciência profissional no instante em que o informante acrescenta que os profissionais deveriam se mobilizar para originar oportunidades em que fossem divulgadas para a população a existência e gravidade de tais casos.

Eis depoimentos que expressam tal argumentação:

*(...) a maioria dos casos tem que internar pelo menos por 24h e procedo o que for indicado, chamo o CEATOX para orientar quanto as condutas, de tempo em tempo mudam as condutas para o envenenamento, e sempre o CEATOX é chamado para uma orientação assim bem atualizada, sabe? Para que a gente se conduza de uma maneira bem estabelecida, né? (Topázio).*

*(...) eu acho que todos nós somos responsáveis porque independente de eu ser fisioterapeuta, muitas vezes eu nem vou atendê-la.. a criança... como eu acho que independente de eu ter algum atendimento, eu tenho obrigação de me aproximar daquela*

*família e começar a abordar o assunto, aquela coisa que você pode esclarecer... que tenha mais cuidado, que oriente outras mães também porque... são todos muito vizinhos...(Gema).*

*(...) tem que haver esse fluxo de informação fácil pra que todos os profissionais tenham a mesma linguagem ou se não tenha,... tenha a condição de sintetizar o diagnóstico, a situação do momento de forma que a família entendera aquela situação que eu acho que é também um direito da família ela ter essa informação precisa do que está acontecendo, claro que de forma simplificada (Amazonita).*

*(...) Os profissionais deveriam se mobilizar mais no sentido de criar situações que eles possam transmitir e atingir uma massa maior, de tentar através dessa orientação procurar evitar e prevenir esses casos de intoxicação... os profissionais estão muito restritos ao fato de... tratarem o acontecido, né?, enquanto se pudesse ser feito um trabalho preventivo muitos casos certamente seriam evitados (Quartzo).*

A vontade de exercer a conscientização profissional com vistas à melhoria da qualidade do cliente pode ser lida nestes discursos que, na sua reflexão e análise acerca das realidades observada e discursada, o hiato ainda se apresenta porque talvez exista a timidez, ou o receio do compromisso maior, em dar o primeiro passo. Equipe formada de várias categorias profissionais trabalha na UTI-P, o desejo de transformação parece existir e o diálogo está aberto. Resta, apenas, efetivar as estratégias de mudanças.

Não se deve omitir a opinião expressada por Diamante, evidenciando também uma conscientização profissional, ao referir que o governo é co-partícipe nas incidências desses casos. Diamante chamou atenção quanto à maneira de serem colocados à venda os produtos tóxicos distribuídos nas prateleiras de supermercados, sem um aviso sequer sobre as repercussões tóxicas para os consumidores. Tal alusão foi expressa:

*(...) que é que o governo, o que é que a nação podia fazer para evitar aquilo, né?, aí eu pensei, meu Deus a gente chega no supermercado, vê o veneno na prateleira e não tem um aviso sequer, nada...* (Diamante).

Retomando as dimensões da estrutura social e cultural que permeia o cuidado, compreendido como abordagem da equipe multiprofissional à família da criança envenenada, os fatores legais e políticos também se inserem e participam com uma contribuição indesejada. Faz-se mister que ações governamentais sejam atuantes em coibir quanto à comercialização indiscriminada de produtos tóxicos, muitos destes, restritos ao uso da agricultura e necessitando de prescrição do profissional agrônomo, mas que vendidos, inclusive, no mercado informal. A ineficácia das ações legais permite que o livre comércio se prolifere em virtude da impunidade para os transgressores.

Por conseguinte, a **educação** em saúde, forte reivindicação dos informantes do estudo, exige que se repensem as maneiras de operacionalizá-la. Estudioso no assunto, Tones (1997) acredita que a efetiva educação em saúde pode produzir mudanças no conhecimento, entendimento ou modos de pensar. Pode influenciar ou clarear valores, trazer algo sobre mudanças em crenças e atitudes, facilitar a aquisição de habilidades e, até mesmo, mudar comportamentos e estilos de vida.

Continuando com o pensamento de Tones (1997), ele acredita que a saúde é tão importante que não deve ser deixada nas mãos dos profissionais, e sim reorientada nos serviços de saúde. Acrescenta ser também importante reconhecer que os diversos serviços e instituições de saúde (públicos e privados) influenciam a saúde de maneira positiva ou negativa. Contudo, os serviços médicos, freqüentemente, não contemplam as necessidades dos clientes, pois tratam as pessoas como recipientes passivos do cuidado. O principal *modus operandi* de promoção da saúde é aquele que capacita e não aquele que coage.

É nesta perspectiva que se deve caminhar, interagindo com as necessidades de saúde da população e criando espaços para efetivá-la. Neste estudo, os sujeitos evocaram a educação nos momentos de conversas com a família da criança e a relacionaram às orientações sobre o acondicionamento do veneno em casa, sobre os perigos dos medicamentos, de outros tipos de acidentes; foi também feita referência à necessidade de proteção dos alimentos, quando se utilizam produtos tóxicos. Outra vertente em que a educação foi mencionada diz respeito à necessidade de trabalhos educativos na escola, comunidade, tentando-se detectar os riscos ambientais dos domicílios; bem lembrada foi a ênfase de se dar abertura para os momentos educativos, sem restrição aos modos de prevenir acidentes, mas como promoção da saúde.

Tais comentários podem ser emoldurados pelas verbalizações:

*(...) então eu pergunto muito as pessoas e digo pra elas que as pessoas devem evitar colocar esse veneno em casa, né?, qualquer tipo de veneno, principalmente quando tem criança... também fazer a proteção dos alimentos né? Ter cuidado para não usar nenhum produto também do tipo aerossol ou spray tipo Baygon, Detefon para matar barata que também intoxica a criança... (Turmalina).*

*(...) as escolas públicas têm que ser implantados aulas de prevenção de acidentes... o maiorzinho vai aprender, vai passar pra mãe, a mãe vai passar pro pai... deveria ter um trabalho educativo, um trabalho em nível de comunidade, um trabalho de...de... como é que eu quero dizer... de vistoria, entre aspás, periódico, quer dizer as pessoas teriam os líderes da comunidade que examinariam as residências e entrariam rápido e veriam que fatores de riscos eles estavam presenciando no momento...(Ametista).*

*(...) nesse momento há espaço para orientação, eu acho que é um momento... você pode passar alguma orientação dos seus conhecimentos pra que ela possa também ser agente de transmissão desse conhecimento para outras pessoas porque infelizmente já ocorreu o caso com ela (Quartzo).*

*(...) procuro colocar para aquela pessoa a importância da questão de usar medicamentos elevados, de preferência fechados, com chave, colocar a questão de detergentes, produtos químicos... coloco também a questão de outros acidentes domiciliares... o choque elétrico, a criança aspirar um corpo estranho... (Pérola).*

Essas colocações conjecturam mudanças no comportamento de risco que o ser humano costuma adotar para uma atitude de promoção à saúde e, conseqüente melhor qualidade de vida. Demanda tempo, perseverança e compromisso com as necessidades do outro.

Corroborando, Gadotti (1998, p.29-30), fazendo uma releitura dos escritos de Paulo Freire, enfatiza que Freire acreditava que a educação é muito mais que instrução, e, para ser transformadora – transformar as condições de opressão –, deve enraizar-se na cultura dos povos. Ainda acrescentou que a educação é um processo a longo prazo e precisa combater o imediatismo, o consumismo, se quiser contribuir para a construção de uma pós-modernidade progressista.

Aliada à educação, detectei nos relatos verbais dos informantes o imenso desejo de um trabalho em equipe, um trabalho compartilhado pela troca de saberes em prol de um objetivo comum. Muito desolada foi a opinião de um participante, ao dizer que “seria um sonho” o desenvolvimento de um trabalho em que a filosofia da **interdisciplinaridade** estivesse presente, na instituição em estudo, apesar de se ter uma diversidade de categorias profissionais.

Pereira et al., (1991, p.287) entendem interdisciplinaridade como uma postura, uma intenção, ao mesmo tempo, um desafio dentro da equipe multiprofissional. Acreditam que a construção de uma prática interdisciplinar

*(...) contém como sub-texto a percepção da diferença, a admissão da falta, do limite, da incompletude, e ao mesmo tempo, a busca discriminada da tarefa comum. Dizem que convivemos em grupo e com a pluralidade. Questiona-se a igualdade, a homogeneidade, a indiscrição numa dialética mudança-resistência à mudança, inerente a toda atividade grupal.*

Nos relatos dos sujeitos da pesquisa, foram detectadas alusões à interdisciplinaridade no sentido de maior envolvimento dos profissionais ao trocar conhecimentos específicos de sua categoria, no cuidado à família; também levantou-se a possibilidade de maior confiança e seriedade do hospital se fizesse participar à família, de maneira mais clara, toda sua história na trajetória que vivenciou enquanto recebia cuidados da instituição. Relatos esclarecem:

*(...) muitas vezes aquilo ali tem seqüelas que poderiam ser muito melhor trabalhadas a nível da família, a nível da própria equipe, um conhecimento maior da equipe junto a determinadas questões, eu acho que seria importantíssimo para gente, mas esse conhecimento só vai ser possível se ele for trabalhado em equipe... cada um estuda a questão de forma diferente mas cada um estudando em função de uma coisa... mas é fundamental que haja esse trabalho interdisciplinar (Amazonita).*

*(...) em relação a UTI-P... um potencial muito forte, é uma UTI pequena, que tem poucos pacientes internos, então a gente poderia trabalhar muito a questão da interdisciplinaridade lá dentro, junto com as enfermeiras, com os médicos, todos os médicos que passam, tanto que eu acho que o paciente de UTI é um paciente visto não só por um pediatra, ele é visto por uma série de profissionais, médicos de diferentes especialidades, que precisam saber que as mães que estão ali precisam ter alguma informação, então a gente precisa resgatar isso...(Opala).*

*(...) eu acho até que pode deve ser mesmo uma equipe multidisciplinar para conversar com a família, não só o médico (Esmeralda).*

As pronunciações de Amazonita, Opala e Esmeralda trazem à tona a necessidade de se apreender o significado do que representa equipe multidisciplinar e interdisciplinar. Na multidisciplinar, profissionais de diferentes categorias executam suas "tarefas", fundamentadas na sua disciplina e supõem que desempenharam seu papel como integrante da "equipe". Na equipe interdisciplinar, identifica-se uma interação de diversos profissionais

que estão cômscios de suas limitaçoões diante do "saber e poder científico" e compartilha saberes, condutas, respeitando a atuação e reconhecendo a importância de outra ciência, na ampliação do próprio conhecimento.

No entendimento de Japiassu (1976), citado por Pereira et al., (1991, p.288) interdisciplinaridade é

(...) uma relação de reciprocidade, de mutualidade que pressupõe uma atitude diferente a ser assumida frente ao problema do conhecimento, ou seja, é a substituição de uma concepção fragmentada para unitária do ser humano. É uma atitude de abertura, não preconceituosa onde todo conhecimento é igualmente importante. Pressupõe uma atitude engajada, um comprometimento pessoal. Atitude feita de curiosidade, de sentido de aventura, de intuição das relações existentes entre as coisas e que escapam à observação comum. A interdisciplinaridade exige uma nova Pedagogia, a da comunicação.

Outra abordagem dada à interdisciplinaridade foi referente à demonstração de interesse pelo saber do outro no sentido de enriquecimento da sua formação pessoal e profissional. Eis verbalizações coadunadas com o comentário:

*(...) um trabalho como o seu, foi uma idéia realmente brilhante...deve ter outros trabalhos na área, claro, mas com esse seu trabalho você vai conseguir tirar soluçoões... mas você tentaria tirar soluçoões desse seu trabalho para trabalhar em cima desse pessoal que lida com criança intoxicada...você deve tirar conclusões interessantíssimas dessa pesquisa e ... a gente tentar resgatar de você, tirar de você, que você tirará de conclusões tá entendendo?* (Ametista).

A filosofia da interdisciplinaridade pressupõe a interação e não simplesmente integração de disciplinas científicas, de seus conceitos e diretrizes, de sua metodologia, de seus procedimentos, de seus dados e da organização de ensino; esta tem que inspirar a credibilidade de que é um

instrumento de contribuição para se produzir coletiva e criticamente um novo saber (Pereira et al., 1991).

O **envolvimento institucional** foi reclamado por muitos informantes, ao manifestarem descontentamento com os moldes da cultura organizacional que predomina na instituição, ambiente maior do locus da pesquisa, a UTI-P que fica restrita ao 5º andar de uma construção de oito andares e serviços diferenciados, no atendimento de emergência.

Foram identificados depoimentos com alusões à falta de habilidade do profissional no atendimento à clientela-alvo da Instituição; relatos sobre a dessensibilização institucional ao admitir o profissional e não apresentá-lo a filosofia, diretrizes e dinâmica do serviço, o que, muitas vezes, pode ocasionar insegurança e frustrações situacionais.

*(...) os profissionais daqui precisam ter esse cuidado de repassar a informação e de ter paciência de repassar num nível que aquelas pessoas entendam porque não adianta o profissional médico ou a enfermeira dar uma informação dizendo que o paciente está ... vamos dizer comatoso... comatoso pra ele é quase morto, eles não entendem o que é isso... eles vêm ao serviço social carente de informações... (Opala).*

Os profissionais que atuam nas emergências hospitalares desenvolvem uma cultura própria, na qual se pode cristalizar o conceito de atendimento de emergência para a clientela, de um modo geral. Forte (1996), procurando retratar a cultura das emergências hospitalares, e no tangente à comunicação nos níveis dos artefatos visíveis, é contemplada com o depoimento do médico G que afirma " a expressão tem de todo tipo mas o que predomina aqui é cara fechada... não sei se é uma defesa do profissional ao grande número de pessoas que tem de atender... Eu acho até que o médico passa a ser o pólo irradiador desse comportamento para os outros profissionais."



Ao refletir sobre o depoimento do médico G, acredito que este profissional, indiretamente, também solicita o envolvimento da instituição no que diz respeito ao suporte emocional para que ele não precise de buscar “artefatos visíveis” para demonstrar que também se encontra fragilizado diante das adversidades, e da quase impotência frente ao sofrimento humano.

Retornando aos relatos dos informantes sobre o não-envolvimento da instituição, Ametista se ressentiu de não ser orientada sobre a sua atuação e,

*(...) diante de uma criança intoxicada... eu acho que a gente precisa ser mais preparada para isso... eu por exemplo não tenho essa formação... quer dizer a gente entra aqui, nessa UTI, a nossa experiência são com os anos, a gente aprende em cima da experiência dos outros e em cima da nossa experiência aqui dentro, mas nós deveríamos ter um preparo maior...(Ametista).*

De fato, torna-se premente que os dirigentes das instituições também se sensibilizem com o equilíbrio emocional e satisfação pessoal do cliente interno; questione-o, incentive-o, solicite uma postura de compromisso com o cliente, mas urge a necessidade da interação dos dirigentes, com as diretrizes e a satisfação do profissional.

Vale esclarecer que a Instituição em estudo, a respeito dos envenenamentos, promove cursos, mantém uma estatística contribuindo com a divulgação desses casos, dispõe de *folder* com orientações e medidas de primeiros socorros, tem serviço de orientação por telefone sobre o que a população deve fazer no caso de contato com algum tóxico, portanto, é referência no atendimento à pessoa com intoxicação exógena. Possui manual de condutas terapêuticas a serem instituídas nos envenenamentos.

Por outro lado, conta com número reduzido de funcionários e estagiários para suprir a demanda. Único profissional médico é responsável por instituir a bandeira da prevenção, o que dificulta melhor articulação com as demais categorias profissionais que também cuidam e contatam com a família da criança envenenada.

Não estou pretendendo afirmar que a Instituição nada faça no sentido de tentar humanizar e harmonizar o serviço, mas que as categorias profissionais têm suas especificidades que podem carrear a base da formação acadêmica, sendo preciso "apurar arestas" para que nasça a filosofia da interdisciplinaridade.

Em síntese, a equipe multiprofissional que atende e cuida da família da criança envenenada em uma UTI-P demonstra que quer acertar, quer ser coerente, quer ser reconhecida pela instituição, quer saber melhor se conduzir diante do sofrimento da criança e do desespero da mãe. Tem refletido sobre os momentos infelizes em que, sem ao menos perceber, passa a potencializar a culpa daquele integrante da família.

De posse destas reflexões, percebo o tema cultural da pesquisa fortalecido no profundo significado expresso em - **Julgar e compreender: contradições da equipe multiprofissional à família da criança envenenada.** Compreendendo a compreensão desta equipe, acredito, verdadeiramente, que esta almeja uma abordagem enlaçada com a cultura das famílias que procuram os serviços de saúde e vêm cravada de vontade pela efetiva interdisciplinaridade, a humanização em serviço, a conscientização profissional, o fortalecimento da educação em saúde e o essencial envolvimento institucional.

## 5.1 As dimensões da estrutura social e cultural da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada

No transcorrer do estudo, percebi a inserção da visão de mundo dos informantes e as dimensões da estrutura social e cultural do cuidado, da Teoria do Cuidado Cultural (Leininger, 1991) refletidas na experiência multiprofissional dos participantes, contemplando os fatores tecnológico, religioso e filosófico, de parentesco e rede social. Os valores culturais e estilos de vida, como também os legais e os políticos, econômicos e educacionais, que constituem o nível 1 da teoria, entremeiam o contexto ambiental, a linguagem, a etno-história, as expressões e padrões da abordagem profissional em uma instituição de saúde, ao cliente que está buscando atendimento às suas necessidades.

É sabido, os relatos referem que a tecnologia se encontra presente na UTI-P e a equipe multiprofissional recebe sua influência e a influencia, como também interfere na sua abordagem à família; seja nos momentos em que as famílias requerem explicações sobre a necessidade de um procedimento invasivo (intubações, cateterismos gástricos, vesicais, dentre outros) que vai dispor de materiais e equipamentos desconhecidos e, então, incompreensíveis para a família, seja nos atendimentos emergenciais, quando algum equipamento (respirador artificial) não funcione de maneira adequada. Nestes casos, há de se esclarecer à família a razão do uso dos equipamentos para monitorar o estado mórbido da criança, como também manter um clima favorável à execução de procedimentos.

Falas ilustram tal comentário: *eu explico o que vai ser feito com a criança para ela não se assustar, é procedimentos invasivos, monitores, a gente procura explicar porque é que aquilo está ligado, porque elas ficam dizendo – é isso aqui está apitando...* (Turquesa).

Os fatores religiosos e filosóficos foram percebidos de modo mais intrínseco ao pessoal, e os informantes os atribuem ao seu jeito de ser, à sua convicção religiosa, ao aspecto humanitário, ao justificar a sua preocupação com a família e as orientações que fazem, no sentido de informá-la sobre os riscos do ambiente, sobre a ação tóxica de produtos que se utilizam em domicílios, como também evocam o aspecto da solidariedade ao relatar que procuram não potencializar a culpa que já se encontra presente na família.

Os atributos de parentesco e a presença da rede social são detectados em ocasiões em que a própria família entende apenas a mulher como causadora ou facilitadora desses casos, e a sociedade contribui com sua parcela de culpa ao fortalecer esse estigma que, por sua vez, se estende às instituições de saúde e as abordagens dos profissionais.

Parece que não há uma cognição na sociedade de que a facilitação desses incidentes é de responsabilidade de todos, quando se omite a participação de todos na responsabilidade da criação e educação dos filhos, o que constitui também valores culturais e estilos de vida. Essa dinâmica do sistema faz com que alguns atributos sejam comuns a mais de um fator, e continuam a influenciar e receber influência de toda essa estrutura social.

Fortalecendo os valores culturais e estilos de vida relacionados a conduta profissional retoma-se a existência da culpa velada ou explícita durante os diálogos entre profissionais e família, quando este não chega a imaginar que a mãe é uma pessoa que cuida; a utilização de substâncias tóxicas, pelas família, em vasilhames inapropriados, imaginar que a criança possa ter um senso de julgamento que se assemelha ao do adulto. Uma outra coisa é supor que o domicílio está isento de riscos para seus ocupantes.

Os fatores legais e políticos foram salientados pelos informantes sobre a responsabilidade da Nação, que não se posiciona de forma mais

enérgica quanto à comercialização e fiscalização dos produtos tóxicos. Vale lembrar que tem uma participação direta quando, na tentativa de erradicar pragas, distribui pesticidas em domicílios, por intermédio da vigilância sanitária, e não orienta, corretamente, sobre os efeitos de tais produtos na saúde das pessoas.

A raiz histórica das questões político-sociais é salientada como potencializadora desses casos porque a família, retratada pela mãe ou pai, ao deixar a criança com outras pessoas ou à mercê dos cuidados de uma outra criança, foi em busca da sobrevivência e, na maioria das vezes, não tem orçamento suficiente de modo a que possa dispor de outra pessoa para cuidar da criança sob o olhar da remuneração profissional.

A educação se sobressai tanto em relação à família - evidenciada nos relatos dos profissionais, sobre não perceber a criança como um ser em desenvolvimento, não atentar para a toxicidade dos produtos, e a necessidade de acondicionar com segurança, dentre outros riscos identificados nos domicílios - como em relação aos profissionais.

Para tal, o vocabulário, de acordo com a capacidade de assimilação da família, deve ser eleito para fundamentar a abordagem cuidadosa; a etno-história que proporciona a compreensão da família e das diversidades profissionais também deve ser lembrada com frequência, pois essas categorias conceituais têm repercussão na prática profissional.

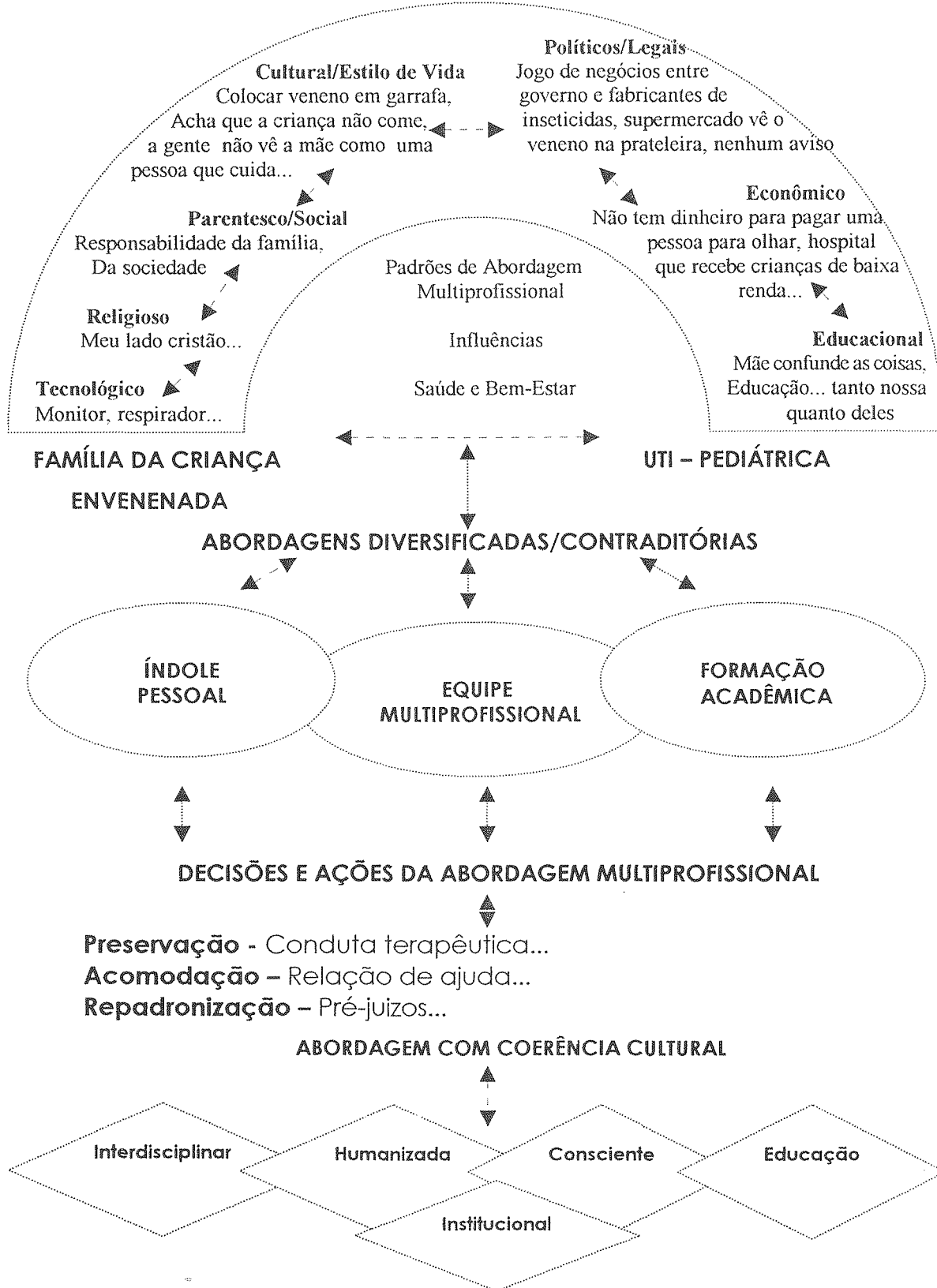
Dessa forma, a abordagem multiprofissional recebe influência da formação acadêmica (de cada categoria) e da índole pessoal (valores culturais, filosofia de vida) de cada profissional, permitindo posturas diversificadas que poderão interferir nas decisões e ações de como demonstrar sua conduta perante à família da criança envenenada. Tal postura direciona as ações do cuidado (aqui entendido como abordagem profissional) que podem ser colocadas nos modos de:

- **preservação** – manter o estabelecimento das condutas terapêuticas que agilizam a neutralização do tóxico e o tratamento da criança, fazendo com que esta permaneça, por curto espaço de tempo, na maioria das vezes, dependente dos recursos tecnológicos, como a ventilação artificial;
- **acomodação** – a necessidade de se estabelecer uma relação de ajuda entre os profissionais e, ao mesmo tempo, havendo maior possibilidade de ajudar a família sobre as maneiras de abordá-la e de enfrentar essas situações que, certamente, são circundadas de estresses e requerem mecanismos de enfrentamento;
- **repadronização** – reformular a abordagem multiprofissional na tentativa de isentá-la de juízos de valor, pois poderá estar afastando a família das oportunidades da troca de conhecimento, porque, ao mesmo tempo que ela, como família, vai se enriquecer com informações sobre a gravidade dos envenenamentos, o profissional vai ampliando seu conhecimento quanto à diversidade dos mecanismos dessas ocorrências.

E, na busca de uma abordagem coerente com o contexto cultural, ficaram evidenciados, no ensejo dos participantes, a interdisciplinaridade, a humanização em serviço, a conscientização profissional, educação em saúde e o envolvimento institucional.

Situo no modelo do Sol Nascente a compreensão da realidade observada, da vivência da equipe multiprofissional, face à situação da família da criança envenenada em uma UTI-P de um hospital de emergência.

**MODELO DO SOL NASCENTE <sup>4</sup>**  
**Vivência Profissional X Visão de Mundo**  
**Dimensões da Estrutura Social e Cultural do Cuidado**



<sup>4</sup> Adaptado do Sunrise Model – Leininger (1991, p.43).

A seguir, nos discursos dos participantes, podem ser identificadas colocações que retratam a estrutura social e cultural do cuidado, neste caso específico, o cuidado dispensado pela instituição formal dos serviços de saúde, que é representada pela sua equipe de recursos humanos, a qual se dispõe a cuidar, todavia, nem sempre, consegue contemplar as expectativas das pessoas.

Início a finalização, considerando as implicações para a prática e o entendimento de como se dá a relação da equipe multiprofissional com a família da criança envenenada, enquanto se encontra em uma UTI-P, à mercê de cuidados intensivos.



## CAPÍTULO 6

### VISLUMBRE DE PERSPECTIVAS...

---

---

Retomo os escritos, tentando encadear o caminho percorrido na projeção primeira e concretização deste estudo. Tudo começou quando, motivada pelas circunstâncias da vida pessoal e profissional, trabalhando em um hospital de emergência, tive que presenciar, agir, ao mesmo tempo, perceber a impotência do ser humano, diante do sofrimento do outro, da violência social. Em muitas ocasiões, me sentia no limiar do desespero, da fragilidade e da inexperiência profissional diante de tantos atendimentos provenientes das causas externas de agravo à saúde: os acidentes !

Fui amadurecendo, no campo pessoal e no lado profissional, e a oportunidade permitida pela Instituição, naquela época, contribuiu para que eu tivesse a experiência de exercer a minha prática em vários setores, desde a emergência, porta de entrada do hospital, até as Unidades de Terapias Intensivas. Fui fortalecendo o vínculo com as pessoas "acidentadas" e me sensibilizando com as crianças, principalmente aquelas cuja história do seu "acidente" estava vinculada ao domicílio.

Questionei, me aproximei do assunto, escrevi sobre a temática, pesquisei, encontrei um mundo complexo que rodeia o problema; veio o mestrado e, ao optar por uma abordagem etnográfica, aprendi com as famílias que tiveram suas crianças vítimas de acidente por envenenamento, em domicílio, e me sensibilizei com a existência de uma gama de fatores intervenientes, facilitando essas ocorrências. Ao término da dissertação, as indagações continuaram e meu olhar voltou-se para o profissional da equipe

de saúde que cuida de crianças; impossível é dissociar de sua família ou de alguém próximo seu acompanhante.

Nasceu este estudo, que buscou compreender como os profissionais de saúde – enfermeira, médica, fisioterapeuta e assistente social – abordam a situação da família da criança envenenada e quais as implicações dessa abordagem para a prática do cuidado de saúde.

Agora, na tentativa de avançar no aprofundamento da questão, entendendo-a em sua incompletude, porque o tema se mostra inesgotável, delinheio uma compreensão sobre a presente abordagem - que julga e, ao mesmo tempo, compreende - e seus possíveis reflexos na prática profissional da equipe de saúde. A equipe exibe tal postura, e torna visíveis os matizes diversos correspondentes à filosofia acadêmica de cada categoria em profissões: médica, enfermeira, fisioterapeuta e assistente social.

Algumas atitudes, julgamentos, questionamentos, aproximações que os profissionais porventura realizam, são reproduções da formação profissional que os afastam mais ou aproximam mais do cliente, promovem maior ou menor sensação de poder ou de fracasso diante de seus objetivos delineados, e, assim, transformam-se e transformam tudo e todos em “coisas” inatingíveis ou seres humanos acessíveis.

O profissional médico tem sua formação centrada no modelo biomédico e, na atualidade, assume a verdade segundo a qual não houve uma formação centrada no homem unitário e sim no homem biológico, na patologia, no imediato, no concreto – sua linguagem imprime destaque na dosagem da colinesterase, na sialorréia detectada, na instalação da ventilação mecânica – todos importantes na condução do tratamento. Mas a criança que está apresentando esta sintomatologia e desequilíbrio orgânico, causado por qualquer agente tóxico, requer mais do que isso, por fazer parte de um universo familiar e social que implica a situação em que se encontra.

Entretanto, este profissional busca se aprimorar, questiona sua conduta, está se permitindo ao diálogo, iniciando aberturas. Reflete sua prática, acredita na interdisciplinaridade. Fundamentada nessas premissas, entendo que ele compreende a família da criança envenenada, e percebo a seriedade nos relatos, o que me levou a detectar o paradoxo na abordagem da equipe multiprofissional.

A profissional enfermeira, proveniente de uma formação historicamente religiosa, cristã, caritativa, que prega o cuidado ao homem como um ser biopsicossocial, em seus relatos consideram: suas orientações quanto aos riscos ambientais, de que procuram não contribuir com a culpa que já se encontra presente na família; afirmam que tentam compreender a situação de cada criança em um sentido mais amplo.

Contudo, não é a tônica congruente na realidade observada e a relatada, pois lidar com a culpa pode deixar ver, também, de uma forma velada, pelas atitudes, pela insistência da curiosidade, pela orientação indagativa, pelos "porquês" exagerados.

Não obstante, observei e interpretei que esta profissional se encontra mais próxima da família e da criança, proporciona mais oportunidades para a escuta, para a compreensão; deixa aflorar, com menor dificuldade, suas emoções diante da morte cerebral, da face de desespero de uma mãe; está se permitindo verbalizar sua visão de mundo, sua filosofia de vida ao se denominar caridosa, religiosa, humana, mesmo que esses valores, para muitos, pareçam contrastar com a sofisticação de equipamentos técnicos, no ambiente das Unidades de Terapia Intensiva.

Em meio, pois, a esse paradoxo e complexidade das ações e atitudes desta profissional que identifiquei o forte desejo de um ambiente mais humano, mais unitário, em que é necessário uma conscientização do profissional em querer estar-com e participar no envolvimento do cuidado à família, de uma maneira total. As contradições são harmonicamente

compreensíveis em momentos em que presenciei a essência do toque, realizado por Cristal, contrastando com os alarmes dos equipamentos técnicos de última geração. É esta profissional que se envolve, se emociona ao relatar os mecanismos de alguns casos de envenenamento, se motiva para realizar estudos neste mesmo tema.

A assistente social embasa sua formação acadêmica no homem como ser social, nas interrelações que se estabelecem nas sociedades tornando relevante a comunicação, efetivada pelo uso da linguagem e buscada como aprimoramento contínuo e desejável, para ser incorporado, também, por outras categorias profissionais na equipe de trabalho.

Porém, nem sempre, a construção da linguagem utilizada pela assistente social é assimilada pela família; naquele momento, no afã de informar sobre os direitos da criança, a assistente social indaga se a mãe (ou a pessoa que a acompanha) não sabe que "permitir que aconteça tais casos (envenenamentos), é crime".

De uma certa forma, a culpa da vítima imputada pelo profissional se dá de forma sutil, nas entrelinhas, e a reprovação contida na indagação-afirmação é a contradição que se percebe, como conflituosa, na dualidade e fragilidade do "poder" advindo do "saber", e formalizado pelos laços institucionais.

Por outro lado, na linguagem da assistente social, também foi possível identificar que esta é uma das categorias que mais tem clamado pelo trabalho interdisciplinar, chegando a questionar se será um sonho pensar assim como pensa, e que tem imensa vontade de co-participar em projetos de pesquisas que direcionem a atenção para as necessidades das famílias do cliente traumatizado.

Compactuo com a premissa de que o cliente politraumatizado seja assistido em suas necessidades maiores. Entendo este trauma com

múltiplas facetas, e o trauma emocional que a criança e família vivenciam em tal contexto suscita um cuidado, realmente, interdisciplinar. Apenas uma ciência se torna pequena e limitada para abraçar a imensa complexidade que circunda este fenômeno.

O fisioterapeuta, com sua formação também direcionada para acompanhar o modelo biomédico como compartimentalização do homem, também sente dificuldade de se expressar e se comunicar com os sentimentos e emoções das pessoas. Comenta que não foi preparado para trabalhar com outro profissional, quanto mais com a família; diz que sua atividade é direcionada às manobras fisioterápicas – em especialidade às respiratórias; admite que prefere o trabalho em UTI porque a família incomoda menos.

Entretanto, reconhece que a família fica ansiosa, solicita ajuda, pode ser agente de transmissão de conhecimentos *êmicos*, está receptiva à educação em saúde; e, vai além, quando admite, inclusive, que a UTI-P tem espaço para o diálogo em que se tematize sobre a prevenção de danos à saúde.

Estas categorias compuseram a equipe multiprofissional do estudo, pois são estes profissionais que têm maior contato com a família da criança envenenada, na realidade da Instituição, que foi o *locus* da pesquisa. Por conseguinte, proporcionaram a realização desta busca com vistas a reflexões práticas e viabilidade de mudanças comportamentais.

Entendendo e refletindo sobre a abordagem contraditória da equipe multiprofissional, esta pode contribuir com a inibição da família em verbalizar o real processo do acidente, o que, de certa forma, dificulta o acesso à oportunidade de aprendizado de ambos, do profissional, em ampliar o seu conhecimento de como, realmente, estas situações ocorrem, e dos familiares, em perceberem-se mais apoiados e, juntos,

compreenderem o fenômeno e suas implicações, inclusive as de ordem preventiva, agora em prospecção.

Ao ouvir a história de vida da criança, contada pela família, e não limitar-se apenas às admissões de rotina, investigando qual o agente – pesticida, fármacos, produto químico-industrial – isto proporcionaria ao profissional a visualização de um mundo que talvez ignore ou mesmo só o conheça através das notícias e dos artigos de periódicos científicos. Ao mesmo tempo, ao narrar a história de vida da criança, seus componentes familiares se permitem a abertura à confiança e ao encontro com o apoio profissional. Reflito que, para despir-se de pré-juízos, é imprescindível aproximar-se para conhecer o cotidiano do outro, e reconhecamos, isto não é tarefa tão fácil.

Mergulhando em sintonia com a questão situada pelos famílias, torna-se realmente difícil reconhecer que um grupo familiar, com tamanha desorganização, tenha que organizar um ambiente minúsculo, como o da maioria desses clientes, para cinco ou sete pessoas, combater a convivência desses membros da família com roedores, vivenciar a escassez do alimento implicada na escassez de recursos materiais, conseguir impedir que insetos e roedores alcancem as extremidades dos membros inferiores das crianças e não se sentir tentada a realizar, indiscriminadamente, o uso de pesticidas potentes, enfim, em meio a tantas vicissitudes, buscar a solução menos danosa diante de tão poucas possibilidades de discernimento e de resolução.

Ponho-me a pensar que, quando o profissional se permite ouvir, como uma das formas de abordar na perspectiva compreensiva, delineiam-se indícios de estratégias preventivas trazidas na abordagem que se instaura entre o profissional, a família e crianças, no cuidado que vai sendo construído. A imersão nos dados ora apresentados fizeram-me vislumbrar o

ensejo de outra abordagem cuidadosa, pela compreensão, até mesmo, das contradições contextuais.

Conseguimos nós, toda a equipe e eu, neste estudo, elementos de base para a esperança de nos envolver com a construção dessa outra abordagem, visto que todo o exercício da coleta dos dados possibilitou que a equipe não se esquivasse de tal entendimento.

Quero registrar que é possível entender a construção dessa abordagem, contraditória em si mesmo, como uma harmonia conflitual, que se faz no respeito às diferenças, fruto da diversidade, não só de formações acadêmicas com várias tendências epistemológicas e visões de mundo de cada profissional, como também da filosofia e estilo de vida das pessoas, além das mudanças que advêm como reflexo da estrutura organizacional em que essa prática é exercida.

Acredito que, para cuidar respeitando a filosofia holística, este cuidado requer, por parte do profissional de saúde, bases filosóficas e epistemológicas coerentes. Portanto, é preciso inserir o senso comum das pessoas de quem cuidamos no planejamento e execução do próprio cuidado e, nesse processo, perceber a forte interrelação no cuidar educando o ser humano.

Esta prática dialógica, quando inserida nos atendimentos e abordagens do profissional de saúde enquanto dispensa cuidados ao cliente que ali está, em busca do tratamento, almejando a cura, possibilita a receptividade ao aprendizado de estratégias preventivas sobre os agravos à saúde.

Defendo o argumento de que, quando se orienta e se cuida, respeitando a cultura do outro, de acordo com as necessidades e percepções das pessoas cuidadas, delineiam-se maiores probabilidades de o profissional ir ao encontro das perspectivas do outro. E, na caminhada

deste trabalho, apreendi com os participantes, que todos nós estamos nos propondo a uma contínua lapidação de valores pessoais e à descoberta de mais justas trilhas de prática profissional.

E, por assim ter apreendido, ao resgatar o tema cultural da pesquisa – **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada** venho reforçar a percepção do compreender, no momento em que, imersa nos dados, na reflexão e aprendizado com as pessoas do estudo, percebi o ensejo de aproximações com a coerência cultural, o que, no último nível da Teoria do Cuidado Cultural, delinea as ações do cuidado.

Entendi a construção e a repercussão dessa abordagem na prática, quando, nas preleções dos participantes, estava presente a vontade de encarar as contradições de suas respectivas abordagens, aquelas que já se desenvolvem, e a enfrentar a construção de uma abordagem cuidadosa, fundada na aproximação da coerência cultural.

Ao perceber assim o que nos dizem os dados, trago à cena a possibilidade de um cuidado, com coerência cultural, às famílias de crianças em situação de envenenamento. Um cuidado em que também estivessem presentes a **interdisciplinaridade** efetiva, a **humanização** como prática, a **conscientização** do profissional, da família e da instituição, como a grande conquista, a **educação** em saúde, tanto para o profissional, como para a família e criança, extensiva a todos os que têm envolvimento **institucional** desse cuidado, desta feita, marcado pela coerência cultural.

E a filosofia da educação em saúde que se mostrou presente nos achados, os quais foram interpretados e sobre os quais refletidos, suscita ponderações sobre políticas de saúde, comprometidas com debates populares envolvendo questões éticas e práticas, os quais ajudem na resolução de dilemas interferentes na promoção da saúde. É fundamental que se estabeleça uma relação dinâmica entre a família e o profissional,



sintonizada com a defesa de um propósito de esclarecimento dos riscos sociais, culturais, econômicos, ambientais e situacionais os quais ameaçam à população; como também, inquirir junto aos órgãos governamentais, à mídia e à própria instituição, um compromisso ético e social.

Torna-se prudente acrescentar que uma gama de variáveis interpola a postura de uma equipe multiprofissional em uma instituição de saúde, visto que é comprometida pelas inferências políticas, sociais, econômicas e culturais, que estas tecem uma rede de influência ao ser humano. A globalização e as transições de paradigmas ocasionam momentos de reflexões e questionamentos que interferem na visão de mundo das pessoas, e estas, por conseguinte, na maneira de pensar e agir com a saúde.

Na convicção de que muito ainda pode e deve ser pesquisado quanto às nuances que permeiam a abordagem multiprofissional em relação à séria questão dos danos à saúde da criança, acontecidos nos domicílios, implicados com a proteção e cuidado insuficientes dispensados pelas famílias ou adultos responsáveis, reitero a confiança de que, com esta experiência, aprendi, repensei meus valores, minha atuação profissional. Na qualidade de integrante desta mesma equipe, não nego a minha imagem projetada nos muitos relatos lidos e relidos, refletidos e analisados. Este estudo constitui um adicional para as ponderações da prática, tão contraditória, no entanto, efervescente, de abertura aos desejos e vontades de acertos, dos profissionais de saúde em uma Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica.

Entendo que a reflexão deste estudo para uma prática coerente e com a focalização na congruência cultural, de algum modo, consiste em:

- compreender a dimensão do ser humano, e que situações de agravo à saúde não o isentam da sua condição de humano e, nela, a de ser social;
- reconhecer as limitações pessoais, como profissional, minimizando estereótipos do saber e do poder;

- compreender a importância do saber do outro e compartilhar esse conhecimento, empregando-o no cuidado ao cliente;
- acreditar que as famílias podem se tornar multiplicadores de conhecimentos mediante experiências pessoais;
- entender que os casos de envenenamentos na criança são influenciados por multifatores, exigindo engajamento do profissional de saúde para que essas ocorrências possam ser minimizadas; e
- refletir sobre a cultura organizacional, reinventando o cuidado nos espaços dos serviços de saúde.

Ao final desta trajetória, quero compartilhar a oportunidade dos contatos e dos diálogos mantidos com os informantes no decorrer da elaboração do estudo e, não basta mencionar, o quanto foi fecundo este caminhar para a descoberta da possibilidade, concreta, de mudanças que se darão, pela convergência da equipe de saúde da instituição estudada.

É imperioso continuar pesquisando sobre o tema, descortinando a teia da educação formal, para que novas possibilidades despontem diante de olhares culturais de outros pesquisadores. A cada olhar, a cada ampliação da lente cultural, a cada reflexão e novas descobertas, com certeza, uma nova postura, uma nova compreensão, uma nova vontade emergirão para que o tema cultural desta pesquisa - **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada** - seja recomposto em ações de cuidado que ultrapassem a mecanização, relativizem o modelo biomédico, complementem-no com a valorização da coerência cultural. Tal cuidado somente se recomporá quando os profissionais de saúde estiverem atraídos por saber dos familiares e crianças, criando a escuta dos canais apropriados dessa expressão e construindo uma ponte para encurtar o caminho da sua reinvenção.

## ABSTRACT

To take care respecting the holistic philosophy, this care requests, on the part of the health professional, philosophical and epistemological bases. It is necessary, to insert in the people the common sense of who takes care in the planning and execution of the own care, and in that process, to notice the interrelation with the educating caring the human being. This research had as objective to understand how the health professionals nurse, doctor, physiotherapist and social worker, they approach the situation of the poisoned child's family and which are the implications of that approach for the practice of the care in health. Opting for the ethnography, prioritizing the ethnonursing method, in the theoretical-methodological construction. Were interviewed, intentionally, nineteen professionals that develop their practice in a Pediatric Intensive Care Unit, of an emergency public hospital, located in the city of Fortaleza, Ceará, Brazil. Due to the analysis of the describers and patterns that qualified the professional approach to the poisoned child's family, the cultural theme of the study emerged was *To Judge and to understand: contradictions of the approach of the team multiprofessional to the poisoned child's family*. These findings were reflected to the light of the Theory of the Cultural Care and, by means of the revealed desires through the participants of the study, was identified indications of a dialogical practice, contradictory in itself, however with harmony in the respect to the differences, coming from the diversity of academic formations and world visions of each professional, besides the changes that come from the reflex of the organizational structure in which that practice is exercised.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

---

---

ALLEN, D. Record-keeping and routine nursing practice: the view from the wards. **J. Adv. Nurs.**, v.27, n.6, p.1223-30, Jun., 1998.

ALVAREZ-AMAYA, M. et al. Childhood lead poisoning on the US-Mexico border: a case study in environmental health nursing lead poisoning. **Public Health Nurs.**, v.14, n.6, p.353-60, Dec., 1997.

ALVES-MAZZOTTI, A.J.; GEWANDSZNAJDER, F. **O método nas ciências naturais e sociais**: pesquisa quantitativa e qualitativa. São Paulo: Pioneira, 1998, 203p.

ALVES, M.D.S.; PAGLIUCA, L.M.F.; BARROSO, M.G.T. **Cultura e poder nas práticas de saúde**: sociedade, grupo, família. Fortaleza: PÓS-GRADUAÇÃO/DENF/UFC, 1999, 163p.

ANDREWS, M. M. Transcultural perspectives in the nursing care of children and adolescents. In: ANDREWS, M. M., BOYLE, J. S. **Transcultural concepts in nursing care**. 2.ed, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1995, 478 p., p. 123-179.

ANDREWS, M.M., BOYLE, J.S. **Transcultural concepts in nursing care**. 2.ed, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1995, 478 p.

ARVIDSON, C.R.; COLLEDGE, P. Lead screening in children: the role of the school nurse. **J. Sch. Nurs.**, v.12, n.3, p.8-13, Oct., 1996.

ASTHANA, S. Variations in poverty and health between slum settlements: contradictory findings from Visakhapatnam. **Ind. Soc. Sc. & Med.**, v.40, n.2, p.177-188, 1995.

BARRETO, J.O.C. **Tudo mudou com a doença**: uma visão cultural da família. Fortaleza, 1998, 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 1998.

BENEDICT, R. **Padrões de cultura**. Lisboa: Livros do Brasil, 1934, 331p.

BERIA, J.U. et al. Epidemiologia do consumo de medicamentos em crianças de centro urbano da região sul do Brasil. **Rev. Saúde Pública**, v.27, n.2, p.95-104, Abr., 1993.

BEZERRA, A. L. Q. et al. Gestos e posturas do enfermeiro durante a orientação a familiares de pacientes internados em Unidades de Terapia Intensiva (UTI). **R. Esc. Enf. USP**, v. 32, n. 2, p. 134-9, ago. 1998.

BLACK, J.M.; MATASSARIN-JACOB, E. Cuidados de enfermagem a clientes nas emergências clínico-cirúrgicas. In:\_\_\_\_. **Enfermagem clínico-cirúrgica**: uma abordagem psicofisiológica, v.2, 4.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1996, 1216 p.

BLOCK, B.; SZEKELY, K.; ESCOBAR, M. Difficulties in evaluating abnormal lead screening results in children. **J. Am. Board Fam. Pract.**, v.9, n.6, p.405-10, Nov./Dec., 1996.

BOCK, A.M.B; FURTADO, O.; TEIXEIRA, M.de L.T. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2000, 368p.

BOFF, L. **A voz do arco-íris**. Brasília: Letraviva, 2000, 210p.

BOGDAN, R.C., BIKLEN, S.K. **Investigação qualitativa em educação**: uma introdução à teoria e aos métodos. Portugal: Porto editora, 1994, 336 p.

BOHAY, I.Z. Culture care meanings and experiences of pregnancy and childbirth of Ukrainians. In: LEININGER, M.M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991, 432p, p. 203-229.

BOISCHIO, A.A.; HENSHEL, D.S. Risk assessment of mercury exposure through fish consumption by the riverside people in the Madeira Basin, Amazon, 1991. **Neurotoxicology**, v.17, n.1, p.169-75, Sept., 1996.

BONADIO, I.C. "Ser tratada como gente": a vivência de mulheres atendidas no serviço de pré-natal de uma instituição filantrópica. **Rev. Esc. Enfermagem USP**, v.32, n.1, p.9-15, abr., 1998.

BOND, G.R. Home use of syrup of ipecac is associated with a reduction in pediatric emergency department visits. **Ann. Emerg. Med.**, v.25, n.3, p.338-43, Mar., 1995.

BOYLE, J.S. Culture and the community. In: ANDREWS, M. M., BOYLE, J. S. **Transcultural concepts in nursing care**. 2.ed, Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1995, 478 p, p. 323-352.

BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N. 196. **Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

BRITO, M.A et al. Principal causes of poisoning in Quito, Ecuador: a retrospective epidemiology study. **Vet. Hum. Toxicol.**, v.40, n.1, p.40-2, Feb., 1998.

CALIVA, M.; STORK, C.; CANTOR, R. Frequency of post-poisoning exposure information provided to patients requiring emergency care. **Vet. Hum. Toxicol.**, v.40, n.5, p.305-6, Oct., 1998.

CARR, JM. Vigilance as a caring expression and Leininger's theory of cultural care diversity and universality. **Nurs. Sci. Q.**, v.11, n.2, p.74-8, Summer, 1998.

COSTA, L.H. **Amo meu filho usuário de drogas: estudo etnográfico**. Fortaleza, 1998, 114p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 1998.

Da MATA, R. **Relativizando: uma introdução à antropologia social**. Rio de Janeiro: Rocco, 1987, 246p.

DEMO, P. **Metodologia do conhecimento científico**. São Paulo: Atlas, 2000, 216p.

DIAS, M.S. de A. **Cuidado na perspectiva da pessoa portadora de Insuficiência Renal Crônica**. Fortaleza: UFC, 2001, 132p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Clínico Cirúrgico) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2001.

DOMINGUES, C. I. et al. Orientação aos pacientes e familiares: dificuldades ou falta de sistematização? **R. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 1, p. 39 - 48, mar. 1999.

FERREIRA, A.B. de H. **Aurélio século XXI: o dicionário da língua portuguesa**, 3ª.ed., Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1999, 2128p.

FISHER, A.M.; VESSEY, J.A.. Preventing lead poisoning and its consequences. **Pediatr. Nurs.**, v.24, n.4, p.348-50, Jul./Aug., 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. 17.ed., Rio de Janeiro-São Paulo: Paz e Terra, 1987, 184p.

\_\_\_\_. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 9 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1998, 165p.

FORTE, B.P. **Cultura organizacional em saúde: padrões culturais em emergências hospitalares**. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1996, 160p.

FROTA, M.A. **Como cuidado do meu filho desnutrido**: abordagem cultural. Fortaleza, 1998, 83p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 1998.

GATES, M.F. Culture care theory for study of dying patients in hospital and hospice contexts. In: LEININGER, M.M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991, 432p, p.281-304.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, 306p.

GONZALEZ-MUÑOZ, L.A. **A doença veio para ficar**: estudo etnográfico da vivência do ser diabético. São Paulo, 1993, 176p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, 1993.

GUALDA, D.M.R. **Eu conheço minha natureza**: um estudo etnográfico da vivência do parto. São Paulo: USP, 1993, 238 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1993.

GUALDA, D.M.R. **A experiência, o significado e a realidade da enfermeira obstetra**: um estudo de caso. São Paulo, UPS, 1998, 162p. Tese (Livre Docência) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 1998.

GUBRIUM, J. **Analyzing field reality**: qualitative research methods, v.8, Newbury Park: Sage publications, 1988, 79p.

GUIMARÃES, J.A. et al. **Tratamento das intoxicações agudas**. Fortaleza: Copiadora Hoje, 1997, 103 p (Mimeografado).

GUIRARDELLO, E. de B. et al. A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. **R. Esc. Enf. USP**, v. 33, n. 2, p. 123-9, jun. 1999.



HABERMANN, M. Approach to foreigners: the contribution of ethnology to nursing. **Pflege**, v.9, n.2, p.127-33. Jun., 1996.

HAMMEERSLEY, M., ATKINSON, P. **Etnografía: métodos de investigación**. 1. ed. Barcelona: Ediciones PAIDÓS, 1994, 297p.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1994, 333p.

HIPKINS, K.L. et al. Medical surveillance of the lead exposed worker. Current guidelines. **AAOHN J.**, v.46, n.7, p.330-9, Jul., 1998.

HOEBEL, E.A., FROST, E.L. **Antropologia cultural e social**. 10. ed. São Paulo: Cultrix, 1995, 470p.

HO, L.; HENG, JT.; LOU, J. Accidental ingestions in childhood. **Singapore Med. J.**, v.39, n.1, p.5-8, Jan., 1998.

HOGA, L.A.K. **À mercê do cotidiano da anticoncepção: a mulher seguindo o seu caminho**. 1. ed., Mogi das Cruzes: Murc, 1996, 140p.

HOLLAND, K. A journey to becoming: the student nurse in transition. **J. Adv. Nurs.**, v.29, n.1, p.229-36, Jan., 1999.

JARACZEWSKA, W.; KOTWICA, M. Acute poisonings with drugs. A review of the data collected at the national Poison Information Center during the period 1991-1997. **Przegl Lek**, v.54, n.10, p.737-40, 1997.

JOHANNSEN, H. G.; MIKKELSEN, J.B.; LARSEN, CF. Poisoning with household chemicals in children. **Acta Paediat.**, v. 83, p1317-1318, 1994.

KNESTRICK, J.; MILSTEAD, J.A.. Public policy and child lead poisoning: implementation of Title X. **Pediatr. Nurs.**, v.24, n.1, p.37-41, Jan./Feb., 1998.

KRENZELOK, EP.; MCGUIGAN, M.; LHEUR, P. Position statement: ipec syrup. American Academy of Clinical Toxicology; European Association of Poisons

Centres and Clinical Toxicologists. **J. Toxicol. Clin. Toxicol.**, v.35, n.7, p.699-709, 1997.

LARAIA, R. B. **Cultura**: um conceito antropológico. 10. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1986, 116p.

LARINI, L. **Toxicologia**. 2.ed., São Paulo: Manole, 1993, 281p. p1.

LEBRÃO, M.L.; MELLO-JORGE, H.; LAURENTI, R. Morbidade hospitalar por lesões e envenenamentos. **Rev. Saúde Pública**, v.31, Supl., p.26-37, Aug., 1997.

LEININGER, M.M. **Transcultural nursing**: concepts, theories and practices. New York: John Wiley, 1978, 532p.

LEININGER, M.M. Culture care of the Gadsup akuna of the eastern highlands of New Guinea. In: LEININGER, M.M. **Culture care diversity & universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991, 432p, p.231-280.

\_\_\_\_\_. **Qualitative Research Methods in Nursing**. Philadelphia: W.B. Saunders Company, 1985, 361p.

\_\_\_\_\_. **Caring**: an essential human need - Proceedings of the Three National Caring Conferences. Detroit: Wayne State University Press, 1988, 157p.

\_\_\_\_\_. Culture: the conspicuous missing link to understand ethical and moral dimensions of human care. In: \_\_\_\_\_. **Ethical and moral dimensions of care**. Edited by Madeleine M. Leininger. Detroit: Wayne State University Press, 1990, 115p., p.49-66.

\_\_\_\_\_. **Culture care diversity & universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991, 432p.

LESTER, N. Cultural competence: a nursing dialogue. **Am. J. Nurs.**, v.98, n.8, p.26-29, Aug., 1998.

- LESTER, N. Cultural competence: a nursing dialogue – part two. **Am. J. Nurs.**, v.98, n.9, p.36-45, Sept., 1998.
- LEVERIDGE, Y.R. Pesticide poisoning in Costa Rica during 1996. **Vet. Hum. Toxicol.**, v.40, n.1, p.42-4, Feb., 1998.
- LIMA, J.S.; REIS, C.A. Poisoning due to illegal use of carbamates as a rodenticide in Rio de Janeiro. **J. Toxicol Clin. Toxicol.**, v.33, n.6, p.687-90, 1995.
- MALINOWSKI, B. **Uma teoria científica da cultura**. 3. ed., Rio de Janeiro: Zahar, 1975, 260p.
- MARCHI, A.G et al. Childhood poisoning: a population study in Trieste, Italy, 1975-1994. **J. Clin. Epidemiol.**, v.51, n.8, p.687-95, Aug., 1998.
- MARTINS, E.L.; ALVES, R.N.; GODOY, S.A.F. Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. **R. Bras. Enferm.** Brasília, v.52, n.1, p.105-117, jan./mar., 1999.
- METHA, S.; BINNS, H.J. What do parents know about lead poisoning? The Chicago Lead Knowledge Test. Pediatric Practice Research Group. **Arch. Pediatric. Adolesc. Med.**, v.152, n.12, p.1213-8, Dec., 1998.
- MILES, M.B.; HUBERMAN, A.M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. 2.ed., Thousand Oaks: Sage, 1994, 338p.
- MONDIN, B. **O homem, quem é ele?** Elementos de antropologia e filosofia. 8.ed., São Paulo: Paulus, 1980, 319p.
- MONTBRIAND, MJ. Abandoning biomedicine for alternate therapies: oncology patient's stories. **Cancer Nurs.**, v.21, n.1, p.36-45, Feb., 1998.
- MONTICELLI, M. O conceito de cultura e a prática da enfermagem. **R. Gaúcha Enferm.**, v.15, n1/2, p.20-26, jan./dez., 1994.

MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem**: abordagem para o cuidado às mulheres e recém-nascidos. São Paulo: Robe Editora, 1997, 346p.

MORIN, K.H et al. Mothers' responses to care given by male nursing students during and after birth. **Image J. Nurs. Sch.**, v.31, n.1, p.83-7, 1999.

MORSE, J.M.; FIELD, P.A. **Nursing research**: the application of qualitative approaches, 2.ed., London: Stanley Thornes, 1996, 208p.

NACHMIAS-FRANKFORT, C.; NACHMIAS, D. **Research methods in the social sciences**. 5. ed., New York: Arnold, 1997, 600p.

NEEDHAM, D.D. Diagnosis and management of lead poisoning in children: the pediatric nurse practitioner in a specialty program. **J. Pediatr. Health Care**, v.8, n.6, p.268-73, Nov-Dec., 1994.

NEUFER, L. The role of the community health nurse in environmental health. **Public. Health Nurs.**, v.11, n.3, p.155-62, Jun., 1994.

NITSCHKE, R.G. **Mundo imaginal de ser família saudável**: a descoberta dos laços de afeto como caminho numa viagem no cotidiano em tempos pós-modernos. Pelotas: Ed. Universitária/UFPel; Florianópolis: UFSC, 1999, 199p.

PEREIRA, M.C.I., LEITE, M.T.M., CAVOUR, R.M.A. Análise da prática pedagógica: a interdisciplinaridade no fazer pedagógico. **Educação & Sociedade**, n.39, p.286-296, ago. 1991.

PEREIRA, M. E. R.; BUENO, S. M. V. Lazer – Um caminho para aliviar as tensões no ambiente de trabalho em UTI: uma concepção da equipe de enfermagem. **R. latino-am. enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, outubro 1997.

PETRIDOU E. et al. Risk factors for childhood poisoning: a case-control study in Greece. **Inj. Prev.**, v.2, n.3, p.208-11, Sep., 1996.

PETRIDOU E. et al. Unintentional childhood poisoning in Athens: a mirror of consumerism? **J. Toxicol. Clin. Toxicol.**, v.35, n.6, p.669-75, 1997.

PINHEIRO, M.C.D. **O diagnóstico de enfermagem**: uma hermenêutica do conceito à luz de Martin Heidegger. Rio de Janeiro: UFRJ, 1999, 139.p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, 1999.

PROCTER, N.G. Nursing practice and ethnography: a mental health nursing response to threatened violence in ethnography fieldwork. **Aust. N Z J Ment. Health Nurs.** v.7, n.3, p.116-23, Sep., 1998.

PURNELL, L.D., PAULANKA, B.J. **Transcultural health care**: a culturally competent approach. Philadelphia: F.A. David Company, 1998, 511p. p.1-52.

QUEIROZ, M.V.O. **Só a mãe conhece o filho**: um estudo na etnoenfermagem. Fortaleza, 1998, 133p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 1998.

RACIOPPI, F. et al. Household bleaches based on sodium hypochlorite: review of acute toxicology and poison control center experience. **Food Chem. Toxicol.**, v.32, n.9, p.845-861, 1994.

RIBEIRO, A.M.S. **Crenças e valores da mulher portadora de papiloma vírus humano – HPV**: abordagem na etnoenfermagem. Fortaleza, 1998, 94p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 1998.

RIBEIRO, C.L.T.; MARTINS, R.G.C. Traumas na infância. In: EINLOFT, L. et al. **Manual de enfermagem em UTI Pediátrica**. Rio de Janeiro: MEDSI, 1996, 655p., cap. 15, p.225-35.

RIEDEL, O. de O. **Intoxicações agudas infantis na área metropolitana de Fortaleza, Ceará**. Fortaleza: UFC, 1980, 66p. Tese (Professor Titular), Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1980.

- RODRIGUES, A.K.C; SOUZA, L.J.E.X; BARROSO, M.G.T. Suicídio em crianças e adolescentes: uma repercussão no âmbito familiar. **Revista Baiana de Enfermagem**, v.11, n.1, p.29-45, abr., 1998.
- ROPER, J.M.; SHAPIRA, J. **Ethnography in nursing research** – methods in nursing research, Thousand Oaks: Sage publications, 2000, 150p.
- SALERNO, M.R.; FIORI, R.M.; STEIN, A. Diagnóstico de situação da prevenção de intoxicações exógenas em ambulatório de pediatria. **Jornal de Pediatria**, v.76, Supl.1, p. 55, março, 2000.
- SCHVARTSMAN, S. **Acidentes na infância**. São Paulo: ALMED, 1983, 185p.
- \_\_\_\_\_. **Intoxicações agudas**. 4. ed., São Paulo: Sarvier, 1991, 355p.
- SCHVARTSMAN, S. et al. Aspectos pediátricos das intoxicações exógenas agudas no Município de São Paulo. **Rev. Paul. Ped.**, v.2, n.7, p.24-27, 1984.
- SCHWARTZMAN, H.B. **Ethnography in organizations**: qualitative research methods, v.27, Newbury Park: Sage publications, 1993, 83p.
- SEYMOUR, E et al. Modes of thought, feeling, and action in infant pain assessment by pediatric nurses. **J. Pediatr. Nurs.**, v.12, n.1, p.32-50, Feb., 1997.
- SILVA, J.A. et al. Perfil do atendimento toxicológico realizado no CEATOX (IJF) – Fortaleza e a necessidade de implantação desse serviço em hospitais de outros Municípios. In: **Anais** do XV Encontro de Iniciação à Pesquisa. Fortaleza: UFC, 1996, Trabalho n. 382.
- SILVA, Y.F., FRANCO, M.C. (Org.). **Saúde e doença**: uma abordagem cultural da enfermagem. Florianópolis: Papa- Livro, 1996, 120p.
- SILVANY-NETO, AM et al. Lead poisoning among children of Santo Amaro, Bahia, Brazil en 1980, 1985 and 1992. **Bull. Pan Am. Health Organ.**, v.30, n.1, p.51-62, Mar., 1996.

SKABA, M.M.V.F. **O vício da adrenalina**: etnografia da violência num hospital de emergência, Rio de Janeiro: ENSP, 1997, 135p. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Escola Nacional de Saúde Pública, 1997.

SMYTH, A., HOLIAN, R. The credibility of the researcher who does research in their own organization: the perils of participants observation. **Association of Qualitative Research Conference**, Melbourne, July, 1999. Disponível em: <<http://www.latrobe.edu.au/www/aqr/offer/papers/Rholian.htm>>. Acesso em: 05 fev. 2000.

SOUZA, L.J.E.X. **Envenenar é mais perigoso**: uma abordagem etnográfica. Fortaleza: UFC, 1997, 152p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Ceará, 1997.

SOUZA, L.J.E.X., BARROSO, M.G.T. Ninguém quer perder um filho: reações dos familiares observadas pela enfermagem. **R. Bras. Enferm.**, v.50, n.4, p.477-484, out./dez., 1997.

\_\_\_\_\_. Envenenar é mais perigoso: uma abordagem etnográfica. Curitiba, **Cogitare Enferm.**, v.3, n.1, p.13-20, jan./jun., 1998.

\_\_\_\_\_. Fator de risco no contexto familiar. In: ALVES, M.D.S.; PAGLIUCA, L.M.F.; BARROSO, M.G.T. **Cultura e poder nas práticas de saúde**: sociedade, grupo, família. Fortaleza: Pós-Graduação/DENF/UFC, 1999, 163p., p.117-25.

SPANGLER, Z. Culture care of philippine and anglo-american nurses in a hospital context. In: LEININGER, M.M. **Culture care diversity & universality**: a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991, 432p, p.119-146.

SPRADLEY, J.P. **The ethnographic interview**. Orlando: Holt Rinehart and Winston, 1979, 247p.

\_\_\_\_\_. **Participant observation**. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1980, 195p.

STREUBERT, H.J.; CARPENTER, D.R. **Qualitative research in nursing: advancing the humanistic imperative**, 2ª ed., Philadelphia: Lippincott, 1999, 344p.

TONES, K. Health education as empowerment. In: SIDELL, M., JONES, L., KATZ, J., PEBERDY, A. **Debates and dilemmas in promoting health: a reader**. Houndmills: Macmillan Press, 1997, 382p.

VICENTIM, A.H., RUFINO, A.M., JESUS, I. Intervenções de enfermagem nas intoxicações exógenas. In: **Livro programa-Livro resumo** do 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo: ABEn, 1996, p.410.

VIDICH, A.J.; LYMAN, S.M. Qualitative methods. Their History in sociology and anthropology. In: DENZIN, N.K.; LINCOLN, Y.S. **Handbook of qualitative research**. Thousand Oaks: Sage Publications, 1994, 643p, p.23-45.

VIEIRA, N.F.C. **Issues in the implementation of a School-Based HIV/AIDS Education Project in Fortaleza, Brazil**. Faculty of Social Science: Bristol, 1998, 262p. (Tese de Doutorado em Educação) - School of Education, Bristol, 1998.

WEST, L. Innovative approaches to the administration of activated charcoal in pediatric toxic ingestions. **Pediatr. Nurs.**, v.23, n.6, p.616-9, Nov./Dec., 1997.

WENGER, A.F. The culture care theory and the old order amish. In: LEININGER, M.M. **Culture care diversity & universality: a theory of nursing**. New York: National League for Nursing Press, 1991, 432p, p.147-178.

WINKIN, Y. **A nova comunicação: da teoria ao trabalho de campo**. Campinas: Papirus, 1998, 511p.

WHALEY, L.F.; WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2.ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, 910p.

WONG, F.K. Health care reform and the transformation of nursing in Hong Kong. **J. Adv. Nurs.**, v.28, n.3, p.473-82, sep., 1998.