

Julgar e compreender: contradições da abordagem da equipe multiprofissional à família da criança envenenada

Luiza Jane Eyre de Souza Vieira^{1*} e Maria Grasiela Teixeira Barroso²

¹Universidade de Fortaleza, Fortaleza, Ceará, Brasil. ²Universidade Federal do Ceará. *Autor para correspondência. Rua Ceres, 1157, Edson Queiroz, 60834-180, Fortaleza, Ceará, Brasil. e-mail: janeeyre@unifor.br

RESUMO. Trata-se de um estudo etnográfico para compreender como os profissionais de saúde – enfermeira, médica, fisioterapeuta e assistente social – vivenciam a abordagem à família da criança envenenada e quais as implicações na prática do cuidado de saúde. Conduzido pelo método da etnoenfermagem, participaram da pesquisa 19 profissionais de uma UTI-Pediátrica, no Município de Fortaleza, Estado do Ceará, Brasil. Os resultados evidenciaram que a equipe multiprofissional tem uma abordagem contraditória, emergindo categorias como culpa, desinformação, pré-juízo, humanização, educação, conscientização, interdisciplinaridade e envolvimento institucional que convergiram para o tema cultural - *Julgar e Compreender: contradições da abordagem da equipe multiprofissional à família da criança envenenada*. Conclui-se que a construção e a repercussão dessa abordagem na prática perpassa pela formação acadêmica e pela índole pessoal; no entanto, nas preleções dos participantes estava presente a vontade de refletir as contradições de suas respectivas abordagens e de enfrentar a construção de uma abordagem cuidadosa, fundamentada na aproximação da coerência cultural.

Palavras-chave: antropologia cultural, criança envenenada, família, equipe multiprofissional.

ABSTRACT. Judge and understand: contradictions of multiprofessional team approach to the poisoned child's family. It is an ethnographic study that aims to understand how the professionals of health – nurse, doctor, physiotherapist and social worker experience the approach to the poisoned child's family and which the implications of their practice in the health care are. Using the ethno nursing method, 19 professionals of the Pediatric Intensive Care Unit, in Fortaleza, state of Ceará, Brazil, took part in the study. The results showed that the multiprofessional team has a contradictory approach, some categories were emerged such as: guilt, lack of information, prejudice, humanization, education, understanding, interdisciplinarity and institutional involvement that originated the cultural theme - to judge and to understand - contradictions of the approach of the multiprofessional team to the poisoned child's family. In conclusion, the construction and repercussion of that approach in practice, involve the academic background and personal nature; however, in the participants' lectures, the will of reflecting the contradiction of their respective approaches, and of facing the construction of a careful approach was present, established in cultural coherence.

Key words: cultural anthropology, poisoned child, family, multiprofessional team.

Introdução

No decorrer da minha prática em um hospital de emergência fomos nos aproximando de pessoas vítimas de agravos externos à saúde, tendo-nos despertado maior interesse os casos que se relacionavam aos “acidentes domésticos” e que envolviam crianças. Dentre os acidentes domésticos, direcionamos o nosso olhar para as situações de envenenamento, pois observávamos com frequência que as famílias ficavam angustiadas com as reações

sistêmicas que as crianças apresentavam, como também, pelo sentimento de culpa que as famílias demonstravam. Esses envenenamentos envolviam produtos de higiene doméstica, raticidas, pesticidas agropecuários, cosméticos, medicamentos, substâncias químicas, dentre outros.

Fomos identificando 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. O interesse crescente no aprofundamento nessa temática levou-nos, durante o curso de mestrado, a desenvolver uma dissertação que buscou conhecer o comportamento das famílias de crianças envenenadas diante desse fato, que foi interpretado no contexto sociocultural que cerca esses grupos familiares. Nessa óptica, conduzimos um estudo com abordagem etnográfica para que pudéssemos nos situar no mundo cultural dos informantes e com eles apreender os significados a respeito dos envenenamentos em crianças (Souza, 1997).

Ao concluirmos o mestrado, tornamo-nos mais atentos durante os atendimentos desses casos na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P), nosso setor de trabalho. Ao indagarmos às pessoas das famílias sobre o modo como ocorrera o envenenamento da criança, continuamos constatando que o desconhecimento evidenciado pelas famílias sobre a gravidade do envenenamento era uma constante e algumas questões novamente começaram a nos instigar. Passamos a questionar o modo como nós, enfermeiros, médicos, assistentes sociais e fisioterapeutas, poderíamos ajudá-las na aquisição de informações e na construção de conhecimentos sobre as implicações relativas aos envenenamentos e, dessa forma, contribuir para que elas pudessem compreender a importância de preveni-los.

Autores como Whaley e Wong (1989), Ribeiro e Martins (1996), ao abordarem os cuidados de enfermagem em crianças intoxicadas, enfocaram a necessidade de se inserir a família e todo o contexto sociocultural no planejamento e na execução desse cuidado.

Concordando com os autores, observamos a existência de lacunas que devem ser preenchidas em se tratando de envenenamento no ser humano, principalmente na fase da infância e da adolescência e, sendo a enfermeira parte integrante da equipe de saúde, ela pode desempenhar papel preponderante na prevenção dessas ocorrências, promovendo orientações específicas junto às famílias e às comunidades sobre os comportamentos que acompanham as fases normais das crianças, esclarecendo sobre os acidentes mais comuns, suas conseqüências e ações imediatas para a manutenção da vida.

Salientando a importância do tema, outros estudos retratam os aspectos preventivos nas intoxicações e a urgência de se fortalecer ações educativas mais eficazes junto ao público específico (Caliva *et al.*, 1998; Fisher e Vessey, 1998; Knestruck e Milstead, 1998).

Entendemos que as práticas educativas devam contemplar as necessidades e as percepções das pessoas, visualizando o contexto sociocultural no âmbito onde essas se encontram, podendo ser assimiladas com melhor compreensão, pois vão ao encontro das expectativas de conhecimento do ser humano.

Selecionamos como objetivo: entender como os profissionais de saúde – enfermeira, médica, fisioterapeuta e assistente social – vivenciam a abordagem à família da criança envenenada e quais as implicações dessa abordagem para a prática do cuidado de saúde, acreditando na perspectiva humanística e almejando a efetivação de uma prática cuidadora.

Material e métodos

Trata-se de um estudo qualitativo, etnográfico, tendo como método a etnoenfermagem¹, realizado com 19 profissionais de saúde, - enfermeiras, médicas, fisioterapeutas, assistentes sociais que atenderam crianças envenenadas por qualquer agente tóxico que foram internadas na Unidade de Terapia Intensiva Pediátrica (UTI-P) 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.

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

Optamos pela etnografia no próprio local de trabalho por concordarmos que ela tem como objetivo final, ao descrever o cenário e os aspectos culturais do que foi investigado, contribuir para uma leitura interior das pessoas envolvidas no cuidado à família da criança com intoxicação exógena, sobre 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.

Nesse estudo, o cenário para a ampliação da lente cultural sobre o objeto da pesquisa foi justamente

¹ 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 (Leininger, 1991).

uma UTI-P de um hospital de emergência da rede pública municipal. Este complexo hospitalar é referência para o atendimento ao politraumatizado, ao grande queimado e aos casos de acidentes tóxicos que acontecem na cidade de Fortaleza, Região Metropolitana, em todo o Estado do Ceará e em alguns estados da Região Nordeste. Limitamos o *locus* do estudo à UTI-P, local para onde são encaminhados os casos de intoxicações em crianças, quando são considerados mais graves. Procuramos focalizar a lente, de certa forma, chamando a atenção para a complexidade e a 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 frequência e, muitas vezes, por estarmos tão imersos no nosso cotidiano, não captamos a labilidade que se instala, seja nos profissionais, nos membros familiares 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 tanto de profissionais, como das famílias que estão compartilhando a dinâmica dos cuidados intensivos.

A tecnologia presente na UTI-P é outro fator que causa dualidade de interpretação para a família da criança envenenada que desconhece a necessidade e a importância de seu uso. Essa fica angustiada e demonstra medo de tocar na sua criança em decorrência das conexões dos equipamentos, dos eletrodos, da bomba de infusão; esboça espanto quando o monitor ou o oxímetro de pulso dispara o alarme visual ou sonoro, ou ainda quando o respirador artificial também alarma, por algum motivo técnico. Tornam-se transparentes as dúvidas sobre os aparelhos e equipamentos, deliniam-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 ele esteja em morte cerebral. Com uma imensa vontade de que toda essa 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 os membros integrantes da equipe, os mecanismos de fuga que

utiliza para revelar a gravidade do caso e o prognóstico reservado, fazem parte do dia-a-dia da equipe na UTI-P.

Vieira e Barroso (2002) ressaltam que desenvolver etnografia no próprio local de trabalho requer bom senso, inexistência de juízos de valor, inserção no campo de maneira gradual, informal e empática.

Por conseguinte, a nossa inserção no *locus* do estudo foi norteadada por alguns procedimentos, tais como: submissão do projeto de tese aos comitês de ética da Instituição, como também do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal do Ceará; solicitação aos potenciais participantes para integrarem o estudo sem esboçar atitudes coercitivas; relatos informais dos objetivos da pesquisa, com a garantia do anonimato dos participantes.

Conhecedores da anuência dos comitês de ética demos andamento ao estudo elaborando um *folder*-convite no qual contava a retrospectiva da nossa dissertação de mestrado, evidenciávamos a razão pela qual continuávamos 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 essa se encontrava sob os cuidados intensivos da equipe multiprofissional. Junto ao convite, entregamos aos informantes do estudo um formulário de consentimento expresso, para que o mesmo estivesse ciente de todas as questões éticas que envolvem a pesquisa com seres humanos e, assim, expressasse sua participação por meio de comunicação escrita.

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

Como preconiza o método da etnofermagem, o início da coleta seguiu as etapas de Observação, Participação e Reflexão que constituem o Observation-Participation-Reflection - OPR-Model (Leininger, 1991), etapas essas que estiveram interligadas em todas as fases da pesquisa. Foram delineadas em quatro momentos: observação, observação e participação, participação e observação reflexiva. Cultivamos durante o transcórre 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. De posse dos dados e validados com

os informantes, passamos para as fases de análise da etnoenfermagem como preconizadas por Leininger (1991):

- fase 1: registra-se na íntegra as observações realizadas congruentes com o objeto da investigação e, em seguida, as descrições ampliadas de todo o material coletado, identificando significados contextuais e interpretações preliminares;
- fase 2: de posse dos recortes e após leituras reflexivas, passa-se à fase de identificação e de categorização dos domínios relacionados ao objeto e ao contexto da investigação, procurando pelas similaridades e diferenças identificadas nos discursos dos participantes;
- fase 3: identifica-se a saturação das expressões e dos significados nos discursos dos informantes, realizando a análise contextual, o que atribui maior credibilidade e confirmação dos achados;
- fase 4: identifica-se os temas principais da pesquisa mediante a abstração, procede-se a recomendações e, algumas vezes, a reformulações teóricas. Essa fase é viabilizada através da análise reflexiva, da síntese, da interpretação e da formulação criativa dos dados analisados nas etapas anteriores.

Após análises interpretativas e reflexivas, foram identificadas as categorias: culpa, desinformação, pré-juízos, relação de ajuda, humanização, sensibilização, conscientização, educação, interdisciplinaridade e envolvimento institucional. Tais categorias convergiram para o tema cultural, “Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada”.

Resultados e discussão

Vários trabalhos vêm discutindo a necessidade de maior interação de profissionais e de famílias que têm seus entes queridos internados em UTI, visando a minimizar o estresse situacional e ambiental, bem como, contemplar as expectativas e as 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 ou do bem-estar (Pereira e Bueno, 1997; Bezerra *et al.*, 1998; Domingues *et al.*, 1999; Guirardello *et al.*, 1999; Martins *et al.*, 1999).

Durante a entrega e o recebimento dos plantões entre as profissionais, médicas pediatras e enfermeiras, usualmente informam sobre o estado geral das crianças e os parâmetros vitais, comunicam as pendências, discutem as condutas terapêuticas,

porém, não observamos relatos de que contactaram a família e de que orientaram quanto à prevenção desses casos na tentativa de fortalecer 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.

Quanto à família, nos momentos iniciais da internação, essa 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, assume 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 conversa entre os profissionais e as famílias sobre o envenenamento, os familiares se mostram curiosos, ao mesmo tempo em que demonstram um tão profundo desconhecimento do processo que se assemelha ao inacreditável.

A realidade observada foi descrita no coletivo, tentando preservar a identidade dos informantes. Essa realidade teve um novo olhar cultural através dos discursos dos participantes, ao relatarem suas experiências na abordagem da família da criança envenenada, enquanto essa se encontra sob os cuidados intensivos da equipe de saúde, na UTI-P.

Ampliação da 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 nomes de pedras preciosas e semipreciosas. Os depoimentos são experiências de enfermeiras, médicas, fisioterapeutas e assistentes sociais, categorias profissionais da equipe de saúde de uma UTI-P que, na realidade do estudo, são as que mantêm um contato maior com a família da criança envenenada.

Encontramos nos discursos de Ágata, Água Marinha, Amazonita, Ametista, Cristal, Diamante, Esmeralda, Gema, Granada, Jaspe, Ônix, Opala, Pérola, Quartzo, Rubi, Safira, Topázio, Turmalina, Turquesa, experiências com a família da criança envenenada durante a internação em uma UTI-P. Os profissionais caracterizaram suas experiências

permeadas pelo sentimento de culpa, verbalizado pelos familiares, pela precisão das condutas terapêuticas na tentativa de neutralizar o tóxico e preservar a vida da criança, na revelação, assumida pela equipe, do hiato que existe na educação em saúde no exercício da prática profissional. Acrescentaram que se sensibilizam com a miséria humana, as injustiças sociais, enfim, evidenciaram que convivem com as adversidades que acompanham o ser humano, equilibrando-se entre vários papéis que a vida lhes exige.

Ampliando a compreensão do estudo, após análises interpretativas e reflexivas, descrevemos as categorias que convergiram para o tema cultural **Julgar e compreender: contradições da abordagem multiprofissional à família da criança envenenada.**

Culpa

Os profissionais do estudo demonstraram, no percurso de sua realização, que, ao abordarem 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 nas potencializações dessas ocorrências, e a mulher, nesse processo, ainda se encontra muito punida. Ela é representada pela figura materna, da avó, da tia, ou de um outro grau de parentesco na família. Há uma tendência em cuidar agravando a culpa, o que soa como “culpabilização da vítima”, distorcendo o próprio cuidar.

A categoria culpa foi retratada de uma forma enfática, e essa 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 pelas atitudes de desespero, nesse contexto, é mais forte naquela pessoa que se acha mais responsável pelo cuidado à criança.

(...) 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, 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 estava trabalhando. (Gema)

Retratando as dimensões da estrutura social e cultural do cuidado, o hábito de culpar a família, sendo esta representada pela mulher, faz-se presente nas relações de parentesco, nas inter-relações sociais, além do que se incorporou aos aspectos culturais que acompanham o profissional no desempenho de sua prática.

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. Essa compreensão é identificada na fala de Ametista:

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

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.

Refletindo sobre a postura multiprofissional e sobre as tentativas de 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 por essas pessoas em outros contextos sociais.

Desinformação

A categoria desinformação, identificada nos depoimentos, refere-se à evidência, por parte das famílias, sobre os 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 a proteção que esses requerem. Com relação à criança, os profissionais relataram que as famílias deixam transparecer que desconhecem as características do crescimento e desenvolvimento infantil, não imaginam que a criança seja capaz de ingerir ou de 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)

(...) acham 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)

Corroborando o comentário, a desinformação também foi identificada nos relatos dos informantes, sendo atribuída à 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. Essa postura da equipe pode estar contribuindo para perpetuar as reações de surpresa ou de embaraço das famílias quando esses profissionais estão realizando anamneses, históricos de enfermagem, entrevistas sociais ou avaliações fisioterápicas. Os relatos seguintes emolduram tais colocações:

(...) 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 tenta abordar e conversar de uma maneira mais amiga do que profissional – um lá e outro cá. (Jaspe)

(...) nas vezes que a gente tem essa condição de entrevistar o paciente ou a família, principalmente a família em UTI, eu tenho contato, eu entevisto, é uma coisa superficial, é como vai a família? O que é que houve? (Granada)

(...) precisa aprender a falar num nível em que as pessoas realmente entendam, precisa ter essa preocupação, checar se as pessoas entenderam...(Opala)

As opiniões acima retomam 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 pela filosofia da formação acadêmica, constituindo, pois, a sua base profissional com possíveis repercussões na sua prática, como preconiza Leininger (1991).

Relação de ajuda

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; outras vezes aparece de forma implícita nas observações de atitudes e em alguns relatos ou permeando as angústias da família e do profissional. Os informantes acrescentam que a família expressa angústia e desespero nos momentos de refletir e contar o mecanismo do incidente, fortalecendo o sentimento de culpa que, na grande maioria, é evidenciado pelo comportamento ansioso, pelo choro ou pela verbalização do arrependimento dos familiares. Eis alguns depoimentos:

(...) 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 com muito cuidado. (Topázio)

(...) 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)

Olhando na vertente da equipe profissional, a necessidade de melhor trabalhar a relação de ajuda foi percebida nas expressões do profissional, que apontam como possíveis causas dessa dificuldade o fato de não saber abordar a família nesses casos, de não ter sido preparado para esse tipo de intervenção em sua formação acadêmica, da instituição não haver demonstrado como agir diante de tais casos, de sempre ter de solicitar, dessa forma, a ajuda ou a intervenção de outra categoria profissional, da necessidade da instituição de incluir no seu corpo técnico o profissional psicólogo, importante no contexto, para “trabalhar com as questões emocionais”.

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

Pré-Juízo

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 com a família da criança envenenada. Esse é compreendido por expressões do tipo negligência, descuido, descaso, falta de cuidado, falta de responsabilidade, pouco comprometimento, ausência. 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 de 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 mesma, 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. Aconteceu isso aqui porque ela deixou, tá entendendo? (...) 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)

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

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

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:

(...) Não importa, sempre procuro ver a criança envenenada. 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 a demonstração de sentimentos ambíguos, prefere optar por se manter “distante” da família. Ao evidenciar tal atitude, Rubi parece lançar mão de pré-julgamentos sobre a própria capacidade de estabelecer diálogos.

Humanização

A humanização, vocábulo que tem despertado o interesse em pesquisadores e ocasionado intermináveis debates, foi frequentemente salientada pelos informantes, abrangendo vertentes que canalizaram para a melhoria do serviço e das relações interpessoais, sendo essa extensiva ao cliente. Foram postas questões sobre a necessidade do profissional expandir o olhar para as pessoas de quem se cuida e entender que esse ser faz parte de uma família que, por sua vez, é um sistema complexo, com papéis estabelecidos pela etno-história e pelo 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.

Essa 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:

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

(...) 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)

(...) a humanização nos torna mais acessível à família. (Rubi)

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. Esse tema tem sido enfoque de vários questionamentos e acreditamos que o comportamento humanizado da equipe multiprofissional traz benefícios, não somente para o alcance das metas estabelecidas no trabalho, mas também para a motivação do profissional e a satisfação do cliente.

Sensibilização

Sensibilizar, definido por Ferreira (1999:1837), significa tornar sensível, comover, impressionar vivamente, tornar sensível à ação da luz ou de outro agente qualquer.

No contexto do estudo a sensibilização foi referida como fator que, de alguma forma, influenciou a postura profissional e ocasionou mudanças na maneira de ver e de 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 estressantes, como no caso das UTI-P. Outra interpretação diz respeito à necessidade de “comover” as pessoas quanto à dor do outro.

(...) 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)

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

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

Percebe-se que a sensibilização está intrinsecamente relacionada à visão holística que busca a compreensão do homem em sua totalidade. 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 (2000:11-2) 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.

Conscientização

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, tornando-o um processo lento. 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.

Percebemos a conscientização, relatada pelos participantes, significando auto-avaliação crítica e reflexiva para melhor agir perante seu cliente. Essa conscientização aparece de forma implícita, 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 um “bate-papo” de indagações e de esclarecimentos; quando afirmando, 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 a gravidade de tais casos. Eis depoimentos que expressam tal argumentação:

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

(...) 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)

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 assim 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).

Educação

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 (1997:37) acredita que a efetiva educação em saúde pode produzir mudanças no conhecimento, no entendimento ou nos 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. O autor acredita que a saúde é tão importante que não deve ser deixada nas mãos dos profissionais, mas sim, reorientada nos serviços de saúde com a total participação do cliente.

Nesse 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:

(...) 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. (...) 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)

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

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

Interdisciplinaridade

Aliada à educação, detectamos 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) entendem interdisciplinaridade como uma postura, uma intenção, ao mesmo tempo, um desafio dentro da equipe multiprofissional.

Nos relatos dos sujeitos da pesquisa, foram detectadas alusões à interdisciplinaridade no sentido de maior envolvimento dos profissionais, ao trocarem conhecimentos específicos de sua categoria, no cuidado à família; também se levantou a possibilidade de maior confiança e de seriedade de que o hospital se comunicasse à família, de maneira mais clara, toda a trajetória vivenciada, enquanto as crianças recebessem cuidados profissionais. Alguns relatos esclarecem estes aspectos:

(...) em relação a UTI-P, um potencial muito forte, é uma UTI pequena, que tem poucos pacientes internos, 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 deve ser mesmo uma equipe multidisciplinar para conversar com a família, não só o médico (Esmeralda).

Os discursos de Opala e de 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 côncios de suas limitações diante do “saber e poder científico” e compartilham saberes, condutas, respeitando a atuação e reconhecendo a importância de outra ciência, na ampliação do próprio conhecimento.

No entendimento de Vieira e Barroso (2003), a interdisciplinaridade é complexa, pois envolve a participação de pessoas com diferentes visões e diversas formações acadêmicas, na tentativa de buscar soluções para um mesmo problema: o restabelecimento da saúde ou maneiras de conviver com esses agravos, que interferem na qualidade de vida da pessoa humana.

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 a verbalização coadunada 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 soluções. Mas você tentaria tirar soluções desse seu trabalho para trabalhar com esse 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 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. Essa tem de inspirar a credibilidade de que é um instrumento de contribuição para se produzir coletiva e criticamente um novo saber (Pereira *et al.*, 1991).

Envolvimento institucional

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 5.º 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 (des)sensibilização institucional ao admitir o profissional e não apresentá-lo à 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 carentes 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 tocante 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 refletirmos sobre o depoimento do médico G, acreditamos que esse profissional, indiretamente, também solicita o envolvimento da instituição no que diz respeito ao suporte emocional para que ele não precise utilizar “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

(...) 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 a satisfação pessoal dos funcionários; questione-o, incentive-o, solicite uma postura de compromisso com o usuário, necessitando ampliar a interação dos dirigentes, com as diretrizes e a satisfação do profissional.

Vale esclarecer que a Instituição em estudo, a respeito dos envenenamentos, promove cursos e 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, pois 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. Um único profissional médico é responsável por instituir a bandeira da prevenção, o que dificulta uma melhor articulação com as demais categorias profissionais que também cuidam e lidam com a família da criança envenenada.

A equipe multiprofissional que atende e cuida da família da criança envenenada em uma UTIP demonstrou que quer acertar, quer ser coerente, quer ser reconhecida pela instituição, quer saber melhor como se conduzir diante do sofrimento da criança e do desespero da família. Tem refletido sobre os momentos infelizes em que, sem perceber, passa a potencializar a culpa daquele integrante da família.

De posse dessas reflexões, percebemos o tema cultural da pesquisa fortalecido no profundo significado expresso em - **Julgar e compreender: contradições da equipe multiprofissional à família da criança envenenada**. Compartilhando da compreensão dessa equipe, acreditamos verdadeiramente, que ela almeja uma abordagem coerente com a cultura das famílias que procuram os serviços de saúde e vêm cravadas de vontade pela efetiva interdisciplinaridade, pela humanização em serviço, pela conscientização profissional, pelo fortalecimento da educação em saúde e pelo total envolvimento institucional.

Conclusão

Na tentativa de avançar no aprofundamento da questão, entendendo-a em sua incompletude porque

o tema se mostra inesgotável, delineamos 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 profissão: médica, enfermeira, fisioterapeuta e assistente social.

Compactuamos com a premissa de que a criança envenenada seja assistida em suas necessidades maiores. Entendemos esse envenenamento com múltiplas facetas, e que o trauma emocional que a criança e família vivenciam em tal contexto suscita um cuidado, realmente, interdisciplinar. Refletindo sobre a abordagem que julgamos, essa pode contribuir com a inibição da família em verbalizar o real processo do acidente, o que, de certa forma, dificulta o aprendizado de ambos: do profissional, em ampliar o seu conhecimento de como realmente essas situações ocorrem e dos familiares, em perceberem-se mais apoiados e, juntos, compreenderem o fenômeno e suas implicações, inclusive as de ordem preventiva.

Ao ouvir a história de vida da criança, contada pela família, e não se limitar apenas às admissões de rotina, investigando qual o agente - pesticida, fármacos, produto químico-industrial - isso 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 familiares se permitem a abertura, a confiança e o encontro com o apoio profissional. Refletimos que, para nos despirmos de pré-juízos, é imprescindível nos aproximarmos para conhecermos o cotidiano do outro. Reconheçamos, isso não é tarefa tão fácil.

Pomo-nos 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 estabelece entre o profissional, a família e as crianças no cuidado que vai sendo construído. A imersão nos dados ora apresentados, fizeram-nos vislumbrar o ensejo de outra abordagem cuidadosa, pela compreensão, até mesmo, das contradições contextuais.

Queremos registrar que é possível entender a construção dessa abordagem, contraditória em si mesma, como uma "harmonia conflitante", 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 do

estilo de vida das pessoas, além das mudanças que advêm como reflexo da estrutura organizacional em que essa prática é exercida.

Entendemos a construção e a repercussão dessa abordagem na prática, quando, nas verbalizações 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.

Referências

- 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). *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.32, n.2, p.134-9, 1998.
- BOFF, L. *A voz do arco-íris*. Brasília: Letraviva, 2000, p.11-34.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Resolução N. 196. *Diretrizes e normas técnicas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos*. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.
- CALIVA, M. *et al.* Frequency of post-poisoning exposure information provided to patients requiring emergency care. *Vet. Hum. Toxicol.*, Manhattan, v.40, n.5, p.305-6, 1998.
- DOMINGUES, C.I. *et al.* Orientação aos pacientes e familiares: dificuldades ou falta de sistematização? *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.33, n.1, p.39 - 48, 1999.
- FERREIRA, A.B. de H. *Aurélius século XXI: o dicionário da língua portuguesa*, 3. ed., Rio de Janeiro: Nova fronteira, 1999.
- FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 9 ed., São Paulo: Paz e Terra, 1998.
- FISHER, A.M.; VESSEY, J.A.. Preventing lead poisoning and its consequences. *Pediatr. Nurs.*, New Jersey, v.24, n.4, p.348-50, 1998.
- FORTE, B.P. *Cultura organizacional em saúde: padrões culturais em emergências hospitalares*. Fortaleza: Pós-Graduação/Denf/UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1996.
- GUIRARDELLO, E. de B. *et al.* A percepção do paciente sobre sua permanência na Unidade de Terapia Intensiva. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.33, n.2, p.123-9, 1999.
- KNESTRICK, J.; MILSTEAD, J.A.. Public policy and child lead poisoning: implementation of Title X. *Pediatr. Nurs.*, New Jersey, v.24, n.1, p.37-41, 1998.
- LEININGER, M.M. *Culture care diversity & universality: a theory of nursing*. New York: National League for Nursing Press, 1991.
- MARTINS, E.L. *et al.* Reações e sentimentos do profissional de enfermagem diante da morte. *Rev. Bras. Enf.* Brasília, v.52, n.1, p.105-117, 1999.
- PEREIRA, M.C.I., *et al.* Análise da prática pedagógica: a interdisciplinaridade no fazer pedagógico. *Educação & Sociedade*, Campinas, n.39, p.286-296, 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. *Rev. Latinoam. Enferm.*, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 75-83, 1997.
- 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. cap. 15, p.225-35.
- SKABA, M.M.V.F. *O vício da adrenalina: etnografia da violência num hospital de emergência*. 1997. Dissertação (Mestrado) – Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 1997.
- SOUZA, L.J.E.X. *Envenenar é mais perigoso: uma abordagem etnográfica*. 1997. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 1997.
- TONES, K. Health education as empowerment. In: MOYRA, S. et al. *Debates and dilemmas in promoting health: a reader*. Houndmills: Macmillan Press, 1997. p.33-40.
- VIEIRA, L.J.E. de S.; BARROSO M.G.T. Ambiente de trabalho da enfermagem: espaço para a pesquisa etnográfica. *Texto Contexto Enfermagem*, Florianópolis, v.11, n.3, p.64-71, 2002.
- VIEIRA, L.J.E. de S.; BARROSO, M.G.T. A interdisciplinaridade no ensino da educação em saúde. In: BARROSO, M.G.T. et al. *Educação em saúde no contexto da promoção humana*. Fortaleza: Edições Demócrito Rocha, 2003. cap.5, p. 49-54.
- WHALEY, L.F.; WONG, D.L. *Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva*. 2.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989.

Received on July 01, 2003.

Accepted on November 26, 2003.