

TEREZINHA ALBINA BORDIN

**O CUIDADO QUE INFLUENCIA O SER EM DESENVOLVIMENTO:
A ENFERMAGEM, A CRIANÇA E A FAMÍLIA NA SALA DE VACINAS**

Florianópolis - SC, Set. 2000

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"
CONVÊNIO UFSC/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC

**O CUIDADO QUE INFLUENCIA O SER EM DESENVOLVIMENTO:
A ENFERMAGEM, A CRIANÇA E A FAMÍLIA NA SALA DE VACINAS**

TEREZINHA ALBINA BORDIN

Dissertação apresentada ao programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. INGRID ELSÉN

Florianópolis - SC, Set. 2000

**O CUIDADO QUE INFLUENCIA O SER EM DESENVOLVIMENTO:
A ENFERMAGEM, A CRIANÇA E A FAMÍLIA NA SALA DE VACINAS**

TEREZINHA ALBINA BORDIN

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

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 05/09/2000, atendendo às normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Assistência de Enfermagem.

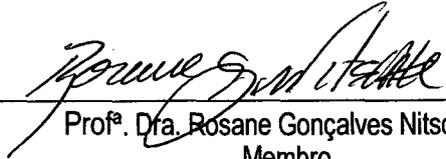


Prof^ª. Dra. Denise Elvina Pires De Pires
Coordenadora do Programa

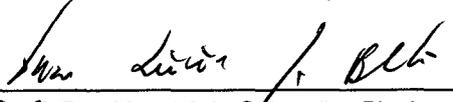
BANCA EXAMINADORA:



Prof^ª. Dra. Ingrid Elsen
Presidente



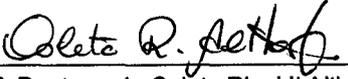
Prof^ª. Dra. Rosane Gonçalves Nitschke
Membro



Prof^ª. Dra. Vera Lúcia Guimarães Blank
Membro



Prof^ª. Dra. Maria Aparecida Crepaldi
Membro



Prof^ª. Doutoranda Coleta Rinaldi Althoff
Membro

Prof^ª. Dra. Zuleica Maria Patricio
Membro Suplente

Nós nascemos, por assim dizer,
provisoriamente, não importa onde.
É só gradualmente que compomos
dentro de nós um verdadeiro local de origem,
de modo que podemos nascer lá
retrospectivamente
e a cada dia
mais
definitivamente.

Rainer Maria Rilke

AGRADECIMENTOS

A minha família menor, a quem eu prometi publicamente não negligenciar durante o mestrado.

Michelle: Obrigada, filha, pelos muitos bilhetes que eu encontrei entre os meus escritos e livros, dizendo: “Mãe, eu te amo”. Quero também deixar escrito: - “Filha, eu te amo”

Ao Arthur, meu filho, que já está com 6 anos. Numa noite fria de inverno quando acabara de ler uma dissertação de mais ou menos 180 páginas com olhar admirado perguntou-me: “mãe, você leu todo este livro?” Eu lhe respondi que sim, e que ao final dos meus estudos também escreveria um. Arthur, aqui está... Eu te amo e obrigada pela companhia nas noites frias.

Jacson, a quem um dia resolvi me unir e construir a nossa família. Nesta última década, foram muitos os desafios. Este foi mais um desafio com gosto de conquista, que eu quero dividir com você...! Eu te amo!

A minha família maior, tias Mari, Marfi, Elu, tio Cezar, Toto, Mãe, Dile (nossa tata) que ficavam presentes de corpo e alma quando eu estava ausente. E aos outros irmãos, cunhadas e queridos sobrinhos. Vocês, junto com a minha família menor, são a minha grande e eterna família. Obrigada!

Siomara, obrigada por ter vindo ajudar a Michelle estudar num dia em que eu não estava.

Dani e Lúcia, obrigada por me ajudarem e cuidarem do nosso Convivência - Centro de Conforto e Saúde.

Dr. Salin, obrigada pelo estímulo e confiança.

Miriam e Paulo, obrigada pelas revisões.

Lucila e Maria Paula, obrigada pela ajuda nas leituras em inglês.

Ane, obrigada pelo teu bom-humor e pelos olhos marejados nas revisões.

Obrigada aos professores do curso de mestrado que cada um ao seu modo me inspirou e mostrou uma das faces do conhecimento construído.

Professora Dra. Ingrid Elsen, sinto-me privilegiada e orgulhosa por ter podido usufruir a sua convivência e sabedoria. Eu a terei sempre dentro do meu coração.

Professora Dra. Mercedes Trentini, obrigada pela paciência e estímulo constante, também estarás dentro do meu coração.

Aos colegas Vilma, Ivete, Aninha, Genair, Esteia, Marcos, Irani, Jôse, Eliane e ainda Dra. Ingrid e Dra. Mercedes que se espremem na minha mente para que eu possa vê-los juntos e assim ficaremos nos nossos corações e nos nossos ideais.

Aos colegas Marcos Moretto, Irani Denti, Joseani Paini e Eliane Moretto, companheiros de viagem que este tempo uniu. Obrigada por tudo! Lutadores pela enfermagem como somos, estaremos juntos por muito tempo...

À Maristela Stamm, com quem mergulhei junto, no mundo do cuidado humano, que com sua presença humilde e cheia de sabedoria soube cativar-me e despertar o meu amor fraterno.

À Universidade Regional Integrada URI – Campus de Erechim. Instituição onde também trabalho e que me apoiou. Obrigada!

À Universidade do Contestado- UnC – Concórdia. Valéria, obrigada!

À Universidade Federal De Santa Catarina – UFSC - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Capes e Funcitec

À Delegacia Municipal de Saúde de Erechim – RS.

Gostaria de agradecer de forma especial às Prof^{as}. Doutoradas: Rosane Gonçalves Nitschke, Vera Lucia Guimarães Blanck, Maria Aparecida Crepaldi e Prof^a. Doutoranda Coleta Rinaldi Althoff que tornaram o momento do exame de qualificação e da defesa, um espaço de aprendizagem e de muito crescimento.

Meu agradecimento especial e carinhoso, a Gabriela, Élen, Diva e Íris que abriram o seu espaço de trabalho e os seus corações, contribuindo para este estudo, que não é só meu, é nosso!

E, finalmente, meu agradecimento especial a todas as crianças e famílias que me assistem no meu crescer e ajudam a dar significado a minha própria existência.

RESUMO

O cuidado que influencia o ser em desenvolvimento:
A enfermagem, a criança e a família na sala de vacinas.

Este estudo tem como referencial teórico às teorias humanistas de Jean Watson e Carl Rogers que serviram de base para o desenvolvimento e análise do processo de cuidar de enfermagem, focalizando o relacionamento da equipe de enfermagem com a criança e a família no cotidiano da sala de vacinas. Considera a criança um sujeito que é capaz de vivenciar suas próprias experiências e a partir delas capacitar-se para experiências futuras. Apresenta uma proposta psicopedagógica que propõe formas de interação com a equipe a fim de produzir conhecimento em enfermagem a partir das próprias vivências e discute como este processo pode ser ampliado a outros espaços, como em situações de cuidado com a família. O estudo aponta dados sobre como as normas rígidas, criadas nos serviços de saúde, assumidas pela enfermagem, podem colocar em risco o processo de cuidar de enfermagem. Finalizando, propõe que a enfermagem utilize o espaço da sala de vacinas para observar bebês e famílias e reflete sobre comportamentos que foram levantados com relação à criança, família, enfermagem e os apresenta como fatores que promovem a saúde ou que representam risco ao crescimento e desenvolvimento da criança/família.

ABSTRACT

The care which influences the growing human being:
the nursing, the child and the family in the vaccine room.

This study used as theoretical references the Humanity Theories of Jean Watson and Carl Rogers, which were the base for the development and analysis of the caritative process in nursing, focusing the relationship between the nursing team and the child and family in the vaccine room. It considers the child as a subject, capable to explore his own experiences and learn with them for future experiences. The study presents a psychopedagogical proposition, in which there are interactive ways in the nursing team in order to produce a nursing knowledge based in their own learning and discusses how this process can be extended to other areas, as in family care situations. The study points the way the rigid rules, created in the Health Services, can put the nursing care process at risk. In the conclusion, it proposes nursing to use the vaccine room to observe babies and families and to think about behaviors in relation to the family, the child and the nursing team and presents them as factors which promote health or represents risks to the child/family growth and development.

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUÇÃO	14
II – OBJETIVOS.....	18
Objetivo Geral	18
Objetivos Específicos	18
III – JUSTIFICATIVA.....	19
IV - REVISANDO A LITERATURA.....	23
A Criança e a Família	23
A criança	25
A criança se comunica através do choro	31
O contato físico pode ser assegurado pela posição da criança no colo dos pais	36
O ambiente e os brinquedos.....	37
O cuidado preventivo e os fatores de risco para o desenvolvimento	39
A Criança e a Dor	42
A Enfermagem.....	45
O cuidado	45
Promovendo a educação através do cuidado	48
A enfermagem mostrando-se enquanto profissão do cuidado na aplicação de injeção em crianças	50
Teoria do Cuidado Transpessoal De Jean Watson	59
Referências e antecedentes da teórica.....	59
Aplicação da teoria.....	60
Principais influências.....	66
Cuidado transpessoal de Jean Watson	67
A teoria de Jean Watson e o processo de enfermagem.....	69

V - MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO.....	72
Suposições Básicas	73
Fatores de Cuidado de Jean Watson que Utilizei na Prática Assistencial	73
As idéias Principais de Jean Watson e Carl Rogers que deram Origem aos	
Conceitos do Marco Teórico	79
Os Principais Conceitos do Marco Teórico	81
Ser humano	81
A enfermagem	83
A saúde e a doença	85
O ambiente	86
VI – METODOLOGIA.....	88
Introdução	88
Indicando o Local e os Sujeitos da Prática	88
Delineando a Entrada no Campo	88
Explicando as Diversas Fases que Seguimos na Trajetória da Prática	89
Registrando a Trajetória Percorrida.....	91
A Proposta Assistencial: Um Ideal de Cuidado	92
1 - Fazendo a interação e observando a criança e a família	93
2 - Preparando-se para o procedimento	95
3 - Consolando a criança e demonstrando solidariedade.....	98
Descrevendo o Ambiente	99
Resumo da Trajetória Percorrida.....	107
VII - O PROCESSO DE CUIDAR NO COTIDIANO DA SALA DE VACINAS.....	109
VIII - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS.....	161
O Grande Mapa do Cuidado	162
As Falas e Atitudes dos familiares e da Enfermagem durante o Cuidado na	
Sala de e Vacinas.....	164
A fala dos familiares antes da aplicação da vacina.....	164
A fala dos familiares após a aplicação da vacina	165
Atitudes dos familiares após a aplicação da vacina.....	165
Quem acompanha a criança na sala de vacinas.....	166
As atitudes das crianças durante a aplicação das vacinas.....	167
A criança respondendo aos estímulos.....	167
A criança fixa seu olhar nos olhos dos familiares e nos olhos da enfermagem	168
A presença do sorriso da criança como um sinal de interação.....	169
A criança e a volta à calma após o procedimento doloroso	169
As falas e atitudes da enfermagem antes e após a aplicação das vacinas.....	170
Crianças e Famílias que Mereceriam ou Mereceram Atenção Especial	
de Cuidado de Enfermagem	171

SUMÁRIO

RESUMO	VIII
ABSTRACT.....	IX
INTRODUÇÃO.....	14
II – OBJETIVOS.....	18
Objetivo Geral	18
Objetivos Específicos.....	18
III – JUSTIFICATIVA	19
IV - REVISANDO A LITERATURA.....	23
A Criança e a Família	23
A criança	25
A criança se comunica através do choro.....	31
O contato físico pode ser assegurado pela posição da criança no colo dos pais.....	36
O ambiente e os brinquedos	37
O cuidado preventivo e os fatores de risco para o desenvolvimento.....	39
A Criança e a Dor.....	42
A Enfermagem.....	45
O cuidado.....	45
Promovendo a educação através do cuidado.....	48
A enfermagem mostrando-se enquanto profissão do cuidado na aplicação de injeção em crianças.....	50
Teoria do Cuidado Transpessoal De Jean Watson.....	59
Referências e antecedentes da teórica	59
Aplicação da teoria	60
Principais influências	66
Cuidado transpessoal de Jean Watson.....	67
A teoria de Jean Watson e o processo de enfermagem.....	69

V - MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO	72
Suposições Básicas.....	73
Fatores de Cuidado de Jean Watson que Utilizei na Prática Assistencial.....	73
As Idéias Principais de Jean Watson e Carl Rogers que deram Origem aos	
Conceitos do Marco Teórico.....	79
Os Principais Conceitos do Marco Teórico.....	81
Ser humano.....	81
A enfermagem.....	83
A saúde e a doença.....	85
O ambiente.....	86
VI - METODOLOGIA	88
Introdução.....	88
Indicando o Local e os Sujeitos da Prática.....	88
Delineando a Entrada no Campo.....	88
Explicando as Diversas Fases que Seguimos na Trajetória da Prática.....	89
Registrando a Trajetória Percorrida.....	91
A Proposta Assistencial: Um Ideal de Cuidado.....	92
1 - Fazendo a interação e observando a criança e a família.....	93
2 - Preparando-se para o procedimento.....	95
3 - Consolando a criança e demonstrando solidariedade.....	98
Descrevendo o Ambiente.....	99
Resumo da Trajetória Percorrida.....	107
VII - O PROCESSO DE CUIDAR NO COTIDIANO DA SALA DE VACINAS	109
VIII - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS	161
O Grande Mapa do Cuidado.....	162
As Falas e Atitudes dos familiares e da Enfermagem durante o Cuidado na	
Sala de e Vacinas	164
A fala dos familiares antes da aplicação da vacina	164
A fala dos familiares após a aplicação da vacina	165
Atitudes dos familiares após a aplicação da vacina	165
Quem acompanha a criança na sala de vacinas	166
As atitudes das crianças durante a aplicação das vacinas	167
A criança respondendo aos estímulos.....	167
A criança fixa seu olhar nos olhos dos familiares e nos olhos da enfermagem.....	168
A presença do sorriso da criança como um sinal de interação.....	169
A criança e a volta à calma após o procedimento doloroso.....	169
As falas e atitudes da enfermagem antes e após a aplicação das vacinas	170
Crianças e Famílias que Mereceriam ou Mereceram Atenção Especial	
de Cuidado de Enfermagem.....	171

IX - IDENTIFICANDO AS ATITUDES PREVENTIVAS, E AS ATITUDES QUE PODEM REPRESENTAR RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA	178
Atitudes Positivas e Preventivas que Caracterizam o Cuidado Humano da Criança e da Família, favorecendo seu Desenvolvimento	178
Atitudes positivas da enfermagem.....	179
Exemplos de abordagens bem sucedidas feitas pela enfermagem que foram identificadas como positivas	180
Atitudes e falas positivas da família.....	180
Atitudes que Podem Representar Risco ao Desenvolvimento da Criança/Família.....	181
Relacionadas com a enfermagem	181
Relacionadas com a família	182
Relacionadas com a criança	182
 X – AVALIANDO O MARCO TEÓRICO COM A “PROPOSTA ASSISTENCIAL ASSISTENCIAL UM IDEAL DE CUIDADO”	 184
XI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	187
Revelando e Dando Significado à Vivência Teórica e Prática.....	187
As Questões Relacionadas ao Funcionamento do Serviço que Interferem na Assistência de Enfermagem.....	189
Pensamentos e Proposições Finais	192
 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	 197
 REFERÊNCIAS CONSULTADAS.....	 203
 A N E X O S	 205

SUMÁRIO DE FIGURAS

Quadro 1 – O grande mapa do cuidado	162
Quadro 2 – A fala dos familiares antes da aplicação da vacina	164
Quadro 3 – Fala dos familiares após a aplicação da vacina	165
Quadro 4 – Atitudes dos familiares após a aplicação da vacina	165
Quadro 5 – Quem acompanha a criança na sala de vacinas	166
Quadro 6 – Relação entre os elementos que compõem a proposta assistencial: num ideal de cuidado, as suposições e os fatores de cuidado do marco teórico.....	184
Quadro 7 – Frequência em que aparecem as suposições básicas e os fatores de cuidado do marco teórico, na “proposta assistencial: um ideal de cuidado”.....	185

I - INTRODUÇÃO

Através deste trabalho, desejo promover a reflexão da Equipe de Enfermagem e de todos os profissionais que trabalham na área da saúde, incluindo aqueles que trabalham em áreas administrativas, sobre o cuidado com a criança. Desde o início desejei fazê-lo de forma que conseguisse colocar os sentimentos e as vivências que já tive e venho tendo com relação ao ser humano, criança e sua família. Busquei suporte teórico na teoria humanística de Jean Watson e nos ensinamentos de Carl Rogers que ajudaram a orientar a prática assistencial que foi realizada junto com uma equipe de enfermagem em uma sala de vacinação de uma unidade básica de serviço público municipal. Avaliando os resultados da prática assistencial voltei o meu pensar para discutir a realidade vivida à luz do marco teórico ora construído.

Penso que a criança deve ser sempre vista dentro do contexto familiar, sócio-cultural, espiritual e afetivo em que vive e que, de acordo com a sua idade, etapa de desenvolvimento, interações que estabelece, estímulos positivos e negativos¹ a que está submetida, será capaz de participar de todos os processos que vivencia capacitando-se para novas experiências. Porém muitas vezes as famílias são submetidas a rotinas dentro das instituições de saúde que não favorecem o encontro entre os membros da família ou a participação da família no cuidado.

Tenho observado que desde o nascimento a criança e a família são submetidas a práticas que nem sempre favorecem a sua interação e, em consequência, o seu desenvolvimento. Na

¹ Quando me refiro a estímulos positivos estou falando das ações e reações que favorecem o desenvolvimento físico, mental, emocional, social e espiritual, para um desenvolvimento sadio e uma auto-imagem e estima positiva da pessoa. O estímulo positivo quando feito primeiro, antes do estímulo negativo, tende a estimular a confiança do outro e abre canais para a comunicação. Estímulo positivo, ou intervenção positiva é vista como um investimento feito no sentido de elogiar a pessoa ou um comportamento, com objetivo de auxiliá-la e valorizá-la. Estímulo negativo seria o contrário, antes de apreciar-se algo positivo na pessoa, fala-se ou faz-se algum tipo de orientação ou crítica, apontando a situação ou comportamento que pode ser ou vir a ser causa de problemas.

experiência de parto, tão marcante quanto definitiva na vida do bebê, do pai e da mãe (da família), momento de interação que ocorre uma única vez na vida de cada pessoa, dever-se-ia possibilitar ao bebê todos os estímulos, desde experimentar as contrações uterinas, na passagem apertada e quente pelo canal vaginal até sentir o frio e a claridade do ambiente e logo, o calor e o aconchego no corpo externo da mãe que, por sua vez, poderia estar envolvida nos braços do marido.

Ocorre que, na prática, nem sempre os partos acontecem como se preconiza na teoria. O pai da criança que vai nascer, geralmente chega acompanhando a mãe e logo que chegam eles ouvem: "O Sr. fica esperando aí fora, a mãezinha vem comigo". E assim o pai, normalmente, fica esperando ao lado de uma porta, cuidando de uma sacola. Mais tarde, quando ele consegue perguntar se pode ficar junto com a esposa, ouve que é melhor ficar lá fora, pois "são as rotinas do hospital" e "que lá dentro ele pode desmaiar e atrapalhar". Assim, adota-se prática segregatória onde só a mulher pode vivenciar o processo de nascimento. O Bebê, ao nascer, tem que ir logo para o berçário, para que se cumpram as "rotinas de cuidados com os bebês recém-nascidos".

A criança, quando adoece gravemente, passa por tensões, por estresses, decorrentes do contato com o ambiente estranho e procedimentos que desconhece, podendo apresentar reações físicas e psicológicas com conseqüente atraso na sua recuperação, podendo também apresentar algum tipo de alteração no curso do seu desenvolvimento. Em algumas instituições submetem-se ainda à separação dos pais, a principal referência com o mundo exterior e as pessoas capazes de auxiliá-la a vivenciar da melhor maneira e com menos trauma este processo.

A criança saudável, no primeiro ano de vida, submete-se à aplicação de vacina que é um procedimento doloroso e normalmente somente os pais são orientados quanto: ao local de aplicação, efeito doloroso na hora da aplicação, efeitos colaterais de desconforto, dor, febre, irritação. Muitas vezes os pais também não são orientados. No serviço público de saúde, onde se aplicam vacinas e injeções, a cena se repete e já é conhecida, tanto pelos enfermeiros como pela comunidade usuária deste serviço. Alguém, normalmente de branco, chega na porta e diz: - "Trouxe a carteirinha" (ou a receita)? Senta-se, escreve na carteirinha e depois vira-se de costas e enquanto prepara a injeção vai dizendo: - "Pode ir tirando a roupinha, vai ser na perninha..." aplica a injeção, vira-se de costas novamente e enquanto despreza as seringas e agulhas no lixo diz: "Dê

antitérmico se tiver febre” e normalmente sai da sala ou vai chamar o próximo paciente. Esta cena também foi descrita por Oliveira e Cassiani (1997) e me preocupa que nesta situação a criança é tratada como objeto e não como sujeito que irá submeter-se a um procedimento e sentir os seus efeitos.

Dentro de uma visão humanista do cuidado, desejo pensar que o bebê deva ser orientado como um ser capaz de compreender e vivenciar suas próprias experiências e organizá-las, fazendo registros positivos de cuidado até porque, conforme Stern (1992), pouco se sabe ainda sobre o que se passa na mente de um bebê. Nos primeiros meses de vida, ele apresenta mudanças de comportamento tão rápidas que, se alguma capacidade não está presente, muito em breve irá emergir.

Muitas vezes percebo que os profissionais se encantam com um bebê bonito, bem vestido, bem cuidado, ao mesmo tempo reclamam quando os pais ficam balançando o bebê de um lado para o outro, como se ele fosse um pacote. Contudo desejo trabalhar a idéia de que a forma como a criança está vestida, a higiene, a forma como os pais seguram, olham e falam com o bebê, pode ter a ver com o processo de interação que está ocorrendo entre pais e filhos. Penso que a enfermagem pode identificar situações de dificuldades, através da forma como a criança e a família se apresentam e se comportam, mas não só isso, pode também através do seu modo de cuidar, valorizar a criança e os pais, naquilo que eles fazem melhor, e oferecer-lhes um modelo válido para identificação que auxilie a criança e a família a processarem positivamente suas experiências. Através do modo de cuidar é possível ajudar a inscrever na criança o modo de ser humano. A enfermagem ao ter uma atitude preventiva no sentido de avaliar as atividades corporais e a competência da criança de acordo com a sua idade estará tendo uma atitude psicopedagógica profilática com relação à saúde da criança e da família.

Muitas vezes as famílias são submetidas a rotinas e normas que, “dizem”, favorecem o “bom desenvolvimento” o “bom andamento” da instituição, porém desejo refletir sobre a postura dos profissionais da saúde, entre os quais me incluo, para lembrar a nossa função primeira, que é atender os seres humanos.

Penso que qualquer ação que desenvolvemos, seja dentro de um programa preventivo ou de tratamento, é necessário considerar que a criança, desde antes de nascer, pode estar

registrando todas as suas experiências e estes registros podem interferir no desenvolvimento da saúde física e mental da mesma e no seu aprendizado.

O foco deste trabalho está no relacionamento entre bebês, família e equipe de enfermagem na sala de vacinas e desejo propor a reflexão sobre a importância do papel da enfermagem quando escolhe e cumpre a tarefa de cuidar de famílias e demonstrar que através da assistência de enfermagem, pode-se fazer emergir a consciência sobre as abordagens preventivas e educativas que auxiliem a criança e a família a processar positivamente suas experiências e assim crescer e desenvolver-se de forma saudável e feliz.

II – OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

Descrever e refletir sobre a experiência de trabalhar com a equipe de enfermagem, crianças de 0 a 15 meses e suas famílias, numa sala de vacinas, dentro de uma perspectiva preventiva de cuidado humano, utilizando como base as idéias humanistas de Jean Watson e Carl Rogers.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Desenvolver e analisar um processo de cuidar em enfermagem, focalizando o relacionamento da equipe com a criança e a família, no cotidiano da sala de vacinas.
- Propor formas de interagir com a equipe de enfermagem a fim de produzir conhecimento em enfermagem a partir das próprias vivências e discutir de que forma este mesmo processo reflete na aprendizagem da família e da criança.
- Refletir sobre os comportamentos que foram observados com relação à criança, à família e à enfermagem como fatores que contribuem e promovem a saúde, ou representam risco ao crescimento e desenvolvimento.
- Intervir de forma positiva nas vivências que ocorrem dentro da sala de vacina, minimizando e prevenindo traumas decorrentes de procedimentos dolorosos na criança e reforçando as interações entre pais e bebês.

III – JUSTIFICATIVA

Através deste trabalho desejo apontar uma forma de cuidar, através da qual se explora um espaço para a promoção da saúde, do processo de crescimento e desenvolvimento do ser e a humanização do cuidado. Tento salientar um modo didático pedagógico que pode ser compartilhado com a equipe de trabalho e subsidiar as relações entre a equipe, a criança e família.

A criança organiza as bases de sua personalidade e de sua organização mental desde a vida intra-uterina até o terceiro ano de vida (National Center For Clinical Infant Program², 1997; Mazet e Stoleru, 1990).

As vacinas são as primeiras experiências de dor provocadas na criança. Procedimentos como: colocação de brinco, circuncisão, aplicação de vacinas são culturalmente aceitos, sendo a vacina considerada obrigatória no primeiro ano de vida. Através deste último procedimento a criança é submetida à dor pela introdução de uma agulha através de sua pele, até o músculo ou tecido adiposo. No período de 0 a 15 meses a criança vai à Unidade de Saúde 7 vezes para receber em média 17 vacinas; destas, 13 são injetáveis.

Apesar de não ter encontrado na literatura classificação para este tipo de experiências, pressuponho que a vacinação possa ser considerada um “estresse biológico e psicossocial”. Pensei no estresse biológico ao pesquisar em Benedet e Bub (1998) que usa a taxionomia de Nanda, ou seja, a classificação diagnóstica que, no caso da vacina, poderia ser classificada como risco para dor aguda, risco para hipertermia, para intolerância à atividade, risco para prejuízo de integridade da

² Para abreviar National Center For Clinical Infant Program usaremos NCCIP.

pele, risco para reação anafilática e outras. Desta classificação poder-se-ia utilizar também reação de pesar antecipada, medo e ansiedade, que seria um estresse psicossocial.

Para NCCIP (1997), o estresse psicossocial é considerado um evento de transição que faz parte da experiência normal da criança como o nascimento de um irmão, uma mudança na família, ingresso numa creche. Deve-se pensar no impacto que o estresse psicossocial causa aos bebês e na ameaça ao "invólucro" protetor, encorajador, que deveria constituir o ambiente de custódia imediata de uma criança. Segundo NCCIP (1997, p. 57), *"o ambiente de custódia pode abrigar e proteger a criança do estressor, desse modo diminuindo seu impacto; pode aumentar o impacto falhando na proteção; ou pode reforçar o impacto do estressor através do efeito de ansiedade e/ou outras atitudes negativas. (...) Algumas crianças experimentarão essas transições como estressantes, enquanto outras fazem as transições tranquilamente e adaptam-se às novas circunstâncias facilmente"*.

"O impacto final de um evento estressante ou estresse persistente depende de três fatores:

- a gravidade do estressor (sua intensidade e duração naquele nível de intensidade; a subltaneidade do estresse inicial e a frequência e imprevisibilidade de sua recorrência);

- o nível de desenvolvimento da criança (idade cronológica, dotes naturais e potenciais de ego) e

- a disponibilidade e capacidade dos adultos no ambiente de custódia de servir como um amortecedor protetor e de ajudar a criança a entender e lidar com o estressor" (NCCIP 1997, p. 59).

O impacto do estresse psicossocial sobre bebês e crianças pequenas deve ser pensado em termos de perda de segurança básica, proteção e conforto da criança. A injeção pode ter efeitos como estes que foram assim classificados e podem ser usados para fins clínicos ou de pesquisa:

"1 - Nenhum efeito óbvio.

2 - Efeitos leves - causa nervosismo, tensão ou ansiedade reconhecível mas não interfere com a adaptação global do bebê, por ex., irritabilidade, acessos temporários de raiva ou choro, mudanças no sono, etc.

3 - Efeitos moderados - prejudica a criança em áreas de adaptação mas não em áreas centrais de relação e comunicação, p. ex., apega-se a mãe, não quer ir para a escola ou creche, comportamento oposicionista ou impulsivo, distúrbios do sono, etc.

4 - Efeitos severos - prejuízo significativo nas áreas de adaptação, p. ex., o bebê afasta-se de relacionamentos, parece deprimido e retraído, tem choro inconsolável, é aterrorizado, não consegue comunicar-se, etc" (NCCIP 1997, p. 59).

Pressuponho que a criança faz registro de todas as suas experiências e que as experiências de dor podem ser processadas com dificuldade ou de uma forma negativa na memória da criança e até interferir no seu desenvolvimento e na sua saúde emocional.

Considerando a criança parte integrante de um complexo familiar e de relacionamentos, faz-se necessária uma intervenção ou uma mediação por parte da enfermagem, que atenda suas necessidades individuais e que auxilie a criança e a família a passar por este processo dentro de um padrão de normalidade, isto é, de acordo com os efeitos descritos anteriormente, que apresente efeitos leves, após ter recebido a vacina.

Propus e desenvolvi, juntamente com a equipe de enfermagem, uma maneira de atender a criança e sua família, na qual tentamos minimizar o estresse causado pela aplicação de vacina e fortalecer as relações entre pais e bebê. Muitas crianças têm, através das vacinações, os seus únicos contatos com profissionais da saúde e penso que através destes contatos podemos observar, escutar, conversar e perceber como a criança está se desenvolvendo e quais os movimentos que ocorrem na família, isto é, a cultura, as crenças, o valor que é dado à criança, quem é responsável pelos cuidados da criança, qual a participação do pai, irmãos, avós, a forma como a criança é acalentada após a vacina, a importância que tem a vacina para a saúde da criança e para a família, como ela é segurada no colo, se mãe ou pai e bebê fixam o olhar um no outro, se os pais usam palavras que reforçam a auto-estima do bebê ou se usam termos que a depreciam.

Em estudo realizado em sala de vacina, Bordin (1999) considera que a criança que é motivada a participar, através de conversa franca, olho no olho, onde se explica que a injeção poderá doer, mas que a vacina é necessária para protegê-la de doenças e ainda que quando aposta-se na sua capacidade de aceitar e tolerar a dor, com a ajuda dos pais e da enfermagem essa criança chora menos.

A criança, no 1º ano de vida, desenvolve a inteligência, a afetividade, as relações sociais e a forma como se desenvolve determinará em grande parte as capacidades futuras. A maturação do sistema nervoso é importante para o desenvolvimento de todas as capacidades da criança, mas para que ela se capacite melhor é necessário um meio ambiente favorável. A enfermagem necessita estar apta e atenta a detectar qualquer tipo de perturbação resultante de um meio

desfavorável, a fim de mediar, aconselhar e orientar os pais, diagnosticando precocemente situações de risco que possam indicar prejuízo futuro à criança.

Por tudo isso desejo propor, um modo de cuidar baseado na intervenção preventiva e positiva, considerando a criança sujeito da própria vivência, realizado junto com a família, que possa favorecer uma melhor condição de desenvolvimento da criança, de promoção da saúde e de observação aos diversos problemas de desenvolvimento motor, linguagem, social, afetivo. Penso que existem vários momentos de encontro da Enfermagem com a criança no primeiro ano de vida, porém, na sala de vacinação é um momento especial, onde se coloca em teste a tolerância dos pais e do bebê frente ao estresse que ambos vão passar.

IV - REVISANDO A LITERATURA

Neste capítulo realizo uma revisão de literatura sobre assuntos que considero relevantes para que se possa entender a dinâmica da criança e os processos que vivencia. Este estudo é uma tentativa de apontar pontos importantes para o conhecimento da enfermagem e o entendimento sobre a criança/família e o cuidado. Foi dividido em quatro momentos: A Criança/Família; A Dor; A Enfermagem e a Teoria do Cuidado de Jean Watson.

A CRIANÇA E A FAMÍLIA

Neste estudo a criança ocupa uma posição central, mas sempre acompanhada da família que lhe imprime valores, crenças e o sentido do humano. A criança é vista como sujeito que participa, que é capaz de influenciar e de ser influenciada e jamais como um objeto pertencente a alguém, no caso a família que é focalizada pela enfermagem como referência na troca e transmissão de saberes a serem compartilhados na comunidade.

A família está em constante transformação, tanto internamente como em relação à sociedade. Cada membro da família encontra-se em seu próprio estágio de desenvolvimento. Os pais também estão vivendo o seu próprio estágio de desenvolvimento na medida em que os filhos crescem e se desenvolvem. A família vive num processo de interação e de trocas onde cada um, a todo o momento, está aprendendo sobre si mesmo, sobre o seu papel e o do outro (Lewis e Wolkmar, 1993). O desenvolvimento da criança deve ser considerado no contexto do desenvolvimento da família na qual ela está sendo criada (Mc Dermott, apud Lewis e Wolkmar, 1993).

Para Biasoli-Alves (1999) a família é um grupo que compõe uma trajetória que inicia com o encontro de um casal que já tem uma história e criará uma história.

“As relações dentro do nicho da família se fundam assim num misto de transformação e manutenção: há uma transmissão vital de um código, que faz com que ele não seja imposto, mas entregue de uma geração a outra conectado a seus significados, o que permite que ele seja reelaborado e aprendido, para novamente acontecer uma retransmissão. E assim se caracteriza a Lealdade Intergeneracional, quando, a despeito das percepções das mudanças acontecidas, de padrões e valores nem sempre concordantes, cada geração consegue visualizar ‘o tempo e as condições’ em que a outra vive (u) e respeitar suas particularidades” (Biasoli-Alves, 1999, p. 238).

Assim penso na família como um lugar que começa a existir com o encontro de duas pessoas, que têm uma relação entre si, principalmente o amor. Esta relação é tão forte que é capaz de gerar a união com solidariedade, amizade, cumplicidade, respeito, assim como com o desrespeito, a falta de consideração, o desamor entre seus membros. Os membros da família são capazes de estabelecer trocas entre si e ajudar-se mutuamente, podendo o contrário também acontecer. Os sentimentos dentro de uma família transcendem o momento presente, indo buscar no passado o exemplo, a coragem, o sofrimento, as alegrias e conquistas e olhar para o futuro e desejar, sonhar, inventar. A relação transcendental aparece quando a pessoa é influenciada pelo seu passado e pelos seus antepassados e influencia os seus descendentes.

Maurin apud Elsen (1994, p. 66) afirma que os membros de uma família, ao se organizarem, *“(...) trazem consigo suas forças biológicas e emocionais, bem como suas vulnerabilidades, seus valores referentes à saúde e seus hábitos de saúde (...)”*.

É necessário considerar também que *“(...) o contexto familiar pode apresentar situações e dinâmicas mais ou menos fragilizantes para a saúde. Por outro lado, uma vez diante do problema de saúde, a família desenvolve mecanismos próprios de enfrentamento que podem variar de acordo com as crenças culturalmente instaladas, assim como pela oferta e disponibilidade de recursos sócio-sanitários” (Bastos e Trad, 1998, p. 107).*

Elsen constatou que a família atua como unidade de saúde para os seus membros. A família tem um referencial para compreender e atuar nas diferentes situações de saúde e de doença e compartilha seu referencial com outras famílias e pessoas da comunidade (Elsen apud Elsen, 1994). A partir do referencial de Elsen, reconhecemos a família como uma unidade que presta

cuidados primários à saúde dos seus membros e que, às vezes, pode necessitar de auxílio para o desempenho eficiente deste papel. Assim sendo, a enfermagem pode necessitar cuidar da família, se desejar cuidar da criança e neste ponto penso que a família compartilha o seu referencial de cuidado com a enfermagem que, por sua vez, necessita ter o seu próprio referencial, para que numa relação dialética as trocas ocorram e todos cresçam. Acredito ainda que é necessário à enfermagem compreender a criança e a família na sua forma de crescer e relacionar-se com as pessoas significativas do seu ambiente, podendo agir, criando práticas de saúde que se estruturam de forma a dar significado aos valores e práticas já existentes, somados aos valores e práticas que podem ser incorporados a partir das trocas com os profissionais e serviços de saúde.

A CRIANÇA

Neste espaço falarei muito da relação “mãe-bebê”³, porque estarei traduzindo as idéias de pesquisadores que contribuíram muito para o conhecimento sobre os bebês, como é o caso de Winnicott (1990) que diz que as mães se identificam com o bebê que está crescendo dentro delas, podendo atingir uma percepção muito sensível do que o bebê necessita. Este tipo de identificação também chamada de projetiva, ou estágio de dependência absoluta, dura algum tempo depois do parto, e gradualmente perde importância, na medida em que o lactente começa a precisar separar-se da mãe. Porém Winnicott (1990, p. 81), em vários momentos, ao falar da mãe inclui o pai na relação, como quando diz que os pais iniciam um processo de desenvolvimento que resulta em “(...) *existir um habitante no corpo da mãe, mais tarde em seus braços, e após no lar proporcionado pelos pais*”. Continuando, Winnicott menciona a presença da avó materna, da família e do ambiente social imediato, dando apoio à mãe e à criança nos estágios iniciais de desenvolvimento.

Respeitando-se as épocas e os contextos, o pai exercia a função de provedor, oferecendo suporte emocional e apoio à sua esposa, com pouco envolvimento direto com os filhos e filhas. Numa perspectiva mais emergente e atual, os homens são reconhecidos como psicologicamente capazes de participar e assumir um papel ativo nos cuidados com os filhos e filhas, interagindo com os bebês recém-nascidos, tocando-os, acalentando-os na ausência das mães (Ramires, 1997). Concordando com Ramires, eu acrescentaria que os homens podem ter uma participação na

³ Quando aparecer o termo mãe-bebê é porque estou respeitando o autor, ou mostrando a situação como ela se apresentou. No entanto pretendo usar o termo pais-bebês, uma vez que entendo que a enfermagem necessita estimular a família nas suas relações e não apenas um dos seus membros.

relação com seu filho ou filha, junto com a mulher, desde que tenham oportunidade de ficar próximos e de cuidar. Por isso, procurarei usar o termo pais-bebês para, na teoria e na prática tentar estimular o exercício da paternidade, por entender que no momento atual os homens interagem com seus filhos desde antes do nascimento, tendo uma participação ativa nos cuidados com o bebê desde os primeiros momentos de vida, desde que isso lhes seja possibilitado. Também porque, conforme Ruddick apud Ramires (1997), é necessário construir social e politicamente novas práticas de criação dos filhos e filhas nas quais mulheres e homens participem, não de forma igual, mas comprometidos e complementando-se em favor do bem-estar da criança.

No primeiro ano de vida e especialmente nos primeiros meses, a criança interage com o adulto através do seu corpo e através das sensações que vai experimentado vai se capacitando e desenvolvendo outras formas de comunicação, de expressão e de maturação. A criança e a família, quando manifestam de forma espontânea e sem censura seus sentimentos e emoções, comunicam seu modo de ser e de viver e, ao mesmo tempo, possibilitam a si mesmas arriscar novas formas de comportamento. Para Rogers (1987), expressar sentimentos implica em ver-se, reconhecer-se. Na medida em que os sentimentos são expressos e aceitos numa relação, resultam em intimidade e sentimentos positivos.

O processo de autoconhecimento pode ser autodescoberto e ocorrer a partir da observação do outro ou das vivências. De acordo com Le Boulch (1990, p. 15), *“é através das relações mútuas do organismo e do meio que a imagem do corpo organiza-se como núcleo central da personalidade. A atividade motora e sensório motora, graças à qual o indivíduo explora e maneja o meio, é essencial na sua evolução”*.

O corpo é constituído, a partir de uma história que começa e se desenvolve a partir do contato com o outro. O outro de quem a criança depende tem a função de apresentar o corpo à criança e para que *“(...) esta antecipação e fascinação pela imagem seja produzida, tem que haver outro que libidinize esta imagem, que deseje, para que a criança possa identificar-se a ela. Este efeito estruturante da dimensão humana que antecede a maturação neuromotora é conseqüência e efeito da linguagem, concebendo esta como estrutura que captura o sujeito, dando-lhe uma posição simbólica”* (Levin, 1995, p. 57). Não é em sua organicidade biológica que a criança reconhece seu corpo como forma inteira, como unidade, ela se reconhece na imagem que vem de fora, que é o desejo da mãe (Levin, 1995).

Necessário se faz considerar que a capacidade de movimentos do bebê está relacionada com campos emocionais, afetivos, interativos, culturais, familiares e vinculares (Levin, 1995). A enfermagem é uma profissão que, pelo tipo de intervenção que faz, fica muito próxima da intimidade da pessoa que está cuidando, tem contato muitas vezes, diretamente, com o corpo da pessoa. Isso lhe possibilita reforçá-la construtivamente⁴, isto é, ter por ela uma consideração positiva, que indique respeito. Na medida em que a criança e sua família observam o enfermeiro, cuidando o corpo, apreciando e valorizando os sentimentos expressos pelo ser que ao mesmo tempo é sujeito e é objeto, a criança vivencia, como diria Rogers (1978), apreço e afeição por si mesma.

A psicanálise e a psicoterapia mostram que a infância é um período de vulnerabilidade e que podem ali se encontrar as causas e as matrizes do comportamento futuro. A relação de apego à mãe, o modo como ela se desenvolve, constitui a matriz primária, o modelo ao qual toda a vida futura, consciente ou inconscientemente, se referirá (Spitz, Winnicott, Bowlby, Dolto, Stoléru, Lebovici, Cramer, Fraiberg, Mahier, Freud, Klein et al. apud Brazelton e Cramer, 1992; Guedeney e Lebovici, 1999; Klaus e Kennel, 1993; Cramer e Palacio-Espada, 1993).

O “apego” é um processo que inicia antes de o homem nascer e constitui-se como a base da sua saúde mental. Merece atenção especial e está sendo citado neste trabalho, porque no primeiro ano de vida, período importante da vida dos bebês e dos pais, a enfermagem é um dos profissionais, senão o profissional que mais faz contato com a família. Contato este que ocorre também na sala de vacinas, de forma regular e nos permite observar, por exemplo: a forma como a criança está vestida, a higiene, a forma como os pais seguram, olham, falam com o bebê, enfim, aspectos da relação que têm a ver com o apego que é visto por Klaus e Kennel (1993, p. 11) como o “(...) início de um processo psicológico humano complexo”, cuja força e caráter influenciarão o ser humano por toda a sua vida e na qualidade dos futuros relacionamentos com outros indivíduos.

A enfermagem necessita reconhecer a relação de apego como uma relação que traz benefícios contínuos para a criança, para os pais e para a família, quando bem estabelecido. Para isso necessita saber reconhecê-lo como saudável e dar a sua contribuição para que a criança

⁴ Reforçar construtivamente ou positivamente significa, para mim, a valorização positiva da pessoa enquanto ser humano com capacidades ilimitadas, considerando suas potencialidades, suas habilidades presentes e as que estão por emergir. De modo contrário poderíamos apontar as dificuldades que se apresentam e assim estaríamos fazendo um reforço negativo. O reforço positivo funciona como um estímulo para a pessoa, no caso a criança e a família.

possa utilizar-se deste recurso e ter um desenvolvimento saudável. Esta relação necessita ser valorizada não só pela enfermagem, mas por todas as pessoas que trabalham com crianças e pais, como professores, atendentes de creche, juizes, assistentes sociais, pediatras, pois dependendo da forma como se dá o apego entre os pais e o bebê, dar-se-ão as outras experiências que virão posteriormente, como explica Bigras (1999) que estuda a relação existente entre o apego e a capacidade da criança de se adaptar a outros contextos sociais, como a escola e ainda busca no apego explicações para a transmissão da violência entre pais e filhos e problemas de aprendizagem.

O estabelecimento do vínculo entre pais e bebês não é algo que ocorre automaticamente com o nascimento do bebê, deve ser visto como um processo contínuo. O bebê, desde o nascimento, emite sinais a seu ambiente e recebe respostas de quem cuida dele. Assim, ele obtém controle sobre suas reações a partir das quais ele pode participar e responder aos eventos importantes em seu ambiente. Isto funciona como um incentivo a aprender sobre si mesmo. Os pais, na medida em que aprendem com o bebê, estão aprendendo sobre si mesmos como seres que proporcionam o desenvolvimento do filho, o que torna o apego e os cuidados dos pais um processo de aprendizado (Brazelton, 1988).

Para Biasoli-Alves (1999, p. 237), *“O apego é um fenômeno relacional no sentido de que ele se instaura desde que haja um movimento recíproco de cuidados e uma vez instaurado segue um itinerário evolutivo, sendo a sua qualidade determinada pelo equilíbrio entre necessidades de proximidade e necessidades de separação; necessidade de pertencer e de liberdade pessoal, até que se possa atingir o estágio da chamada intimidade à distância”*.

Na medida em que a criança e sua família se relacionam com a enfermagem na sala de vacinas, onde se submetem ao estresse pelo procedimento doloroso, necessitarão auxiliar-se mutuamente como num exercício ético e estético que leva à aprendizagem, ao autoconhecimento e ao autocontrole. Aprender a lidar com o estresse, com a raiva, frustração, medo, sentimento de pena, assim como com sorriso, os estágios de desenvolvimento acontecendo, ensina os pais a terem o equilíbrio necessário para desenvolverem um apego saudável.

“Um apego pode ser definido também como um relacionamento ímpar entre duas pessoas, específico e duradouro ao longo do tempo. Embora seja difícil definir este relacionamento duradouro operacionalmente, temos usado como indicadores deste apego os comportamentos de apego tais como: acariciar,

beijar, aconchegar, prolongadas trocas de olhar – comportamentos que servem tanto para manter contato como para mostrar afeição por uma determinada pessoa” (Klaus e Kennel, 1993, p 22).

Penso que na sala de vacinas a enfermagem pode perceber comportamentos de apego como: pais e bebês que fixam ou não o olhar, a expressão facial dos pais, perceber se os pais conversam com os seus bebês, aproximam ou não o bebê do seu corpo, abraçam de forma firme ou solta, acalentam quando ele chora, se o bebê é maior, poderá ou não se proteger procurando o aconchego dos pais, quando encontra pessoas estranhas. Ao mesmo tempo que a enfermagem, ao conversar com a criança, olhando no seu olho, explicando o que vai fazer, poderá estar passando a mensagem de “como fazer” servindo como modelo de aprendizagem.

Entendo que a criança e a família estão muito unidas, e assim devem permanecer principalmente quando a criança necessita ser submetida a qualquer procedimento doloroso. Em todos os processos e vivências a criança constrói e organiza o seu aprendizado e necessita dos pais para construir e organizar suas experiências. A família é o principal interlocutor, servindo de mediador nas relações da criança com o mundo. Se considerarmos a criança nos primeiros meses de vida é necessário pensar a partir do pensamento de Ramos (1994, p. 46) que a mãe ou sua substituta decodifica verbal e gestualmente “(...) para a criança tanto os estímulos externos quanto suas sensações corporais aparentes. A mãe, neste contexto funciona assim como protetora e decodificadora, realizando pela criança a função transcendente (...)”.

Para Winnicott (1990, p. 63), “ O desenvolvimento emocional ocorre na criança se provêm de condições suficientemente boas, vindo o impulso para o desenvolvimento de dentro da própria criança. As forças no sentido da vida, da integração da personalidade e da independência são muito fortes, e com condições suficientemente boas a criança progride (...)”. Ele considera também que:

“O ego do lactente é muito forte, mas apenas por causa do apoio dado ao ego por uma mãe suficientemente boa, que é capaz de jogar todo o seu ser para se adaptar às necessidades de seu bebê, gradativamente recuando desta posição à medida que o lactente precisa de que ela se adapte cada vez menos. Sem este apoio ao ego, o ego do lactente está não-estabelecido, fraco, facilmente perturbado e incapaz de crescer de acordo com as linhas do processo de maturação” (Winnicott 1990, p. 211).

Traduzindo com minhas próprias palavras eu diria que a mãe suficientemente boa a quem Winnicott se refere, é aquela que está conectada com o bebê, é empática, que percebe os sinais emitidos pelo bebê, como choro, protesto... sinais que indicam as suas necessidades. Ao contrário, uma mãe não suficientemente boa poderia ser aquela que apresenta dificuldade na interação ou se antecipa à criança, atendendo suas necessidades e não permitindo, por exemplo, que ela tenha frustrações, levando o bebê a não assumir o controle sobre as coisas que acontecem.

O bebê com o cuidado que recebe de sua mãe é capaz de ter "(...) *uma existência pessoal, e assim começa a construir o que pode ser chamado de continuidade do ser. Na base dessa continuidade do ser o potencial herdado se desenvolve gradualmente no indivíduo lactente. Se o cuidado materno não é suficientemente bom então o lactente realmente não vem a existir, uma vez que não há a continuidade do ser; ao invés a personalidade começa se construir baseado em reações a irritações do meio*" (Winnicott, 1990, p. 53). As mães e ou pais sabem mais ou menos o que o bebê necessita, porque logo depois do nascimento até os primeiros anos de vida eles tornam-se identificados com o bebê. Sabem identificar as necessidades vitais como ser acarinhado, segurado no colo, mudado de lado e alimentado. *"Tudo isso facilita os estágios iniciais das tendências integrativas do lactente e o começo da estruturação do ego. Pode-se dizer que a mãe torna o fraco ego do bebê em um forte, porque está lá, reforçando tudo, como a suspensão hidráulica de um ônibus"* (Winnicott, 1990, p. 67).

Os fatores genéticos têm papel importante na expressão das potencialidades da criança, mas o meio ambiente, especialmente a família, desempenha um papel fundamental no desenvolvimento das possibilidades gerais da criança, uma vez que está incluída no processo de vir-a-ser do bebê e a mãe necessita da ajuda do pai, dos avós e do ambiente social imediato. Assim sendo, se desejarmos ter preocupação com o desenvolvimento e saúde da criança, torna-se necessário investir na família, valorizando os pais nas suas atividades e atitudes com relação aos filhos.

Para a psicopedagogia *"Os pais são as primeiras figuras ensinantes: Com eles, constrói-se a matriz organizadora de posteriores aprendizagens"* (Fernández, 1994, p. 147). Para esta autora existe uma trama vincular entre pai-mãe-filho e as relações devem ser afetivas e amorosas, ou seja, através de um diálogo interpessoal em que o bebê emite sons e movimentos os quais são facilmente entendidos e interpretados. A mãe dá significado aos sons e movimentos como se

fossem eles palavras e pensamentos e, assim fazendo, investe a criança de humanidade. Através da interpretação dos pais, a criança é incluída em uma cultura (Fernández, 1994, p. 147).

Por fim, a enfermagem, uma vez estimulada a observar bebês e pais, abre a possibilidade de conhecer melhor as relações familiares e capacitar-se enquanto pessoa e profissional.

A CRIANÇA SE COMUNICA ATRAVÉS DO CHORO

A maioria das crianças chora ao receber uma injeção e por isso início por retomar o que outros pesquisadores já escreveram sobre o assunto, bem como valho-me da minha experiência na prática profissional, com relação ao choro e o sentimento que ele desperta.

O choro é considerado um importante sinal emitido à sociedade e à família, pois reflete o bem-estar da criança. *"(...) é um comportamento adaptativo universal, além da mais eficiente forma de comunicação de que dispõe um bebê (...)"* (Brazelton, 1994, p. 279). As crianças podem chorar por fome, dor, cólicas, tédio, desconforto, desabafo, raiva, pesar, satisfação, emoção, medo ou ainda para conseguir a atenção do adulto, porém um choro de dor tem suas características e os pais ou cuidadores de crianças sabem quase sempre identificá-lo. A maioria dos autores aqui citados concordam que a mãe ou os pais são capazes de identificar o tipo de choro do seu bebê, e a partir disso são capazes de interpretar as necessidades da criança.

Winnicott afirma que *"(...) o choro suscita no bebê uma sensação de que está exercitando os pulmões (satisfação), ou, então, uma canção de tristeza (pesar)"*. O choro de dor é como um som penetrante ou "guincho" que ao mesmo tempo dá indicações do lugar onde está doendo. O grito de dor nem sempre é agradável e desperta imediatamente nas pessoas o impulso de fazer alguma coisa de útil (1965, p. 65).

Para Brazelton (1994) o choro de dor é como um grito agudo seguido por um breve período de apnéia, soluços angustiados e, depois, mais um grito agudo e penetrante.

Na minha vivência, observei que muitas crianças choram antecipadamente quando vão submeter-se a algum procedimento doloroso, como é o caso de bebês prematuros que permaneceram internados após o nascimento e geralmente afastados temporariamente dos pais. O choro deles ocorre de forma aguda, logo após a aplicação de uma injeção e, geralmente, choram

muito mais, exigindo dos pais maior apoio, para que consigam acalmar-se. Os pais traduzem este choro como um “choro sentido”.

Lactentes e pré-escolares tendem a demonstrar medo e chorar antecipadamente, quando recentemente passaram por algum tipo de tratamento ou exame doloroso, ou ainda quando experimentaram alguma situação envolvendo algum cuidado que tenha sido vivenciado de forma traumática ou estressante. Acredito que seja por medo do procedimento e no caso das crianças maiores geralmente se acalmam quando verbalizamos que sabemos que está com medo e ficam aliviadas assim que termina o procedimento.

Entendo que a equipe de enfermagem deve estar atenta às experiências anteriores da criança, para poder agir de forma mais cautelosa e reconhecer estas dificuldades, aceitando suas manifestações, considerando e tratando com compreensão, simpatia, solidariedade e oferecendo maior conforto e segurança. Precisamos manifestar, através de gestos e palavras, que compreendemos o que a criança e a família já experienciaram e oferecer-lhes o nosso apoio, fortalecendo-os nas suas relações, para que possam processar com mais facilidade esta nova experiência.

Percebo através da minha prática que crianças choram pelo medo do conhecido, e do desconhecido, pelo medo que construíram dentro de si, pelo que ouvem e vêem a respeito de injeções, cuidados dos profissionais de saúde e também sobre o cuidado com crianças. Vivemos dias difíceis, onde a televisão mostra frequentemente crianças deitadas nos corredores de hospitais, chorando, esperando por uma vaga, e profissionais vestidos de branco ao seu redor. Ao abrirmos um jornal ou uma revista nos deparamos com cenas chocantes, envolvendo crianças. O choro é para mim a expressão de um sentimento que, entendo, seja uma manifestação saudável. Vivenciei várias situações em que bebês que já tiveram experiências de hospitalização, choram muito forte e demoram a acalmar-se, e, neste caso, os pais necessitam manter-se fortes para suportar o choro e, muitas vezes, chorar junto com a criança, como forma de expressar a sua compreensão e solidariedade e sua própria ansiedade.

Algumas crianças podem chorar mais ou menos e isso dependerá do temperamento de cada uma. O ambiente, a forma como interage com os pais, a forma como eles a tratam, experiências anteriores relacionadas com dor são importantes, mas já observei crianças que,

embora mantendo interação de proximidade com seus pais, que são bem cuidadas, bem acalentadas, choram muito. E outras que parecem agitadas, acalmam-se rapidamente, param de chorar, sorriem e adormecem, após uma injeção.

Já observei crianças que choram muito e ao observarmos os pais hipotetizamos que o choro esteja ligado ao que observamos neles, são agitadas, falam o tempo todo, não falam com a criança, não mantêm contato visual, não o embalam, sacodem o bebê, não aproximam o bebê do corpo ao embalá-lo. Não fazem contato, não transmitem calor humano, não estão receptivos à mensagem de choro do bebê.

"O choro é o primeiro repertório do comportamento de aproximação e de sinalização". A reação materna ao sinal do choro e a prontidão firme no atendimento podem encerrar o episódio do choro ou diminuir a disposição do bebê de utilizar o choro como sinal. Na medida em que o bebê cresce, ocorre o desenvolvimento de outros sinais sociais e, mais tarde, formas de comunicação que focalizam a mãe como figura principal que na medida em que entende prontamente o choro do filho é sensível também a outros sinais. "(...) Mãe e filho formam um binário de interação: quanto mais ela atende, tanto menos ele chora e tanto mais capaz se torna de adquirir novos modos de comunicação" (Braga, 1978, p. 40-41).

O bebê, quando chora ao receber uma vacina, está utilizando um argumento para pedir proteção e os pais devem atendê-lo, acalentá-lo, dar-lhe contato físico, pois assim o estarão preparando para lidar bem com outras experiências futuras. Conforme Braga (1978, p. 43) a mãe que é prestativa em atender a criança proporciona os meios de fazer cessar o choro e reduz o tempo de duração do mesmo, além de proporciona-lhe condições para impedir o choro de ser ativado ou reativado *"assim, pois bebês cujos sinais são mais prontamente atendidos pela mãe choram menos, não só nos primeiros meses, mas durante toda a infância".*

O choro como comportamento não deve ser extinto e nem reforçado. O bebê ainda que indefeso e dependente no começo, aprende a afetar o comportamento dos outros e capacita-se para agir em seu próprio favor, sendo a atenção materna indispensável por dar confiança e encorajamento ao bebê para o desenvolvimento futuro das atividades de "meios e fins" (Braga, 1978).

O choro é para o bebê um mecanismo para lidar com as dificuldades. Não quer dizer, portanto, que um bebê que não chora não esteja sentindo dificuldade ou reagindo de forma positiva frente à situação de dor.

“Os bebês choram porque se sentem ansiosos ou inseguros, e o recurso funciona: o choro ajuda bastante, e devemos, portanto, concordar em que há nele algo de bom” (Winnicott, 1965, p. 66). Observo algumas crianças que choram, ao perceberem que estão em um local onde podem receber uma injeção ou porque identificam uma pessoa de branco e neste caso é um choro de medo e a base do choro de medo é a dor. A dor que ele lembra já ter sentido e espera ver repetida. Para Winnicott (1965) um bebê, depois ter conhecido qualquer sensação dolorosamente aguda, poderá chorar de medo quando acontece qualquer outra coisa que o ameace de voltar a ter essa mesma sensação.

A criança poderá chorar por raiva ou desamparo, quando os pais não têm coragem ou não podem acompanhá-la no momento de um procedimento doloroso. Este choro é um tipo de choro que tenho gravado em minha memória e fico muito sensibilizada ao lembrar. Trabalhei em um hospital pediátrico em Porto Alegre, de 1981 a 1984, onde os pais não podiam permanecer no hospital durante a noite e, assim sendo, deixavam seus filhos no hospital e retornavam no dia seguinte, no horário de visita. O que observava é que as crianças choravam tão desesperadamente, quando seus pais iam embora e as deixavam no hospital, e choravam quase da mesma forma quando eles chegavam para ficar com elas, no dia seguinte. Primeiro pareciam sentir-se abandonadas, agarravam-se aos pais, esticavam os braços em direção à porta e muitas vezes ficavam em pé, agarradas na grade da cama, chorando. No dia seguinte, quando seus pais chegavam, agarravam-se a eles e choravam, como se através do choro pudessem mostrar o seu pesar por terem ficado sem eles e como tentativa para sensibilizá-los a não mais as deixarem ali. Lembro que naquela época iniciávamos um trabalho para aumentar o tempo de permanência dos pais com os seus filhos hospitalizados e muitos profissionais, principalmente a equipe de enfermagem, contrapunham-se e argumentavam: “Eles choram ‘mais’, depois que os pais chegam, antes estavam ‘tão calminhos’”. Estas falas demonstravam a compreensão que tinham e possibilitaram a discussão sobre o tema. Discussões, reflexões e reuniões que culminaram com a liberação do horário de visitas durante o dia e mais tarde com a permanência da mãe durante todo o período de hospitalização.

O tipo de choro e a capacidade do bebê de ser acalmado nos permite avaliar o seu temperamento e fazer uma previsão do trabalho que os pais terão para acalmar a criança. Um bebê irrequieto e temperamental pode apresentar breves “períodos de latência”, um choro alto e agudo pode ser difícil de ser acalmado. Um bebê calmo e sensível pode demorar mais para começar a chorar e o seu choro pode ser insistente, mas menos agudo. *“(...) É possível que ele faça tentativas contínuas de acalmar-se - chupando o dedo, olhando para os lados ou mudando de posição. (...) Se for impossível acalmá-lo, ele poderá entrar em uma espécie de lamento insistente e perturbador. (...) Esses padrões são parte do estilo e temperamento de cada bebê”* (Brazelton, 1994, p. 280).

Os pais são as pessoas mais capacitadas para acalmar o bebê e a enfermagem deve respeitar este momento e auxiliá-los, quando sentir que eles necessitam de ajuda. Se os pais ficam divididos e ansiosos frente ao choro tenderão a reforçar este comportamento e criar inseguranças futuras. O auxílio que precisamos oferecer deve ser no sentido de reforçar atitudes positivas, como, por exemplo: Quando o bebê está chorando e os pais o embalam, de forma que ele fica afastado do seu corpo, quando eles aproximam, podemos dizer: “Parece que ele gostou de ficar próximo do seu corpo” Ao contrário, poderíamos dizer: “Não embale ele assim, ele está longe do seu corpo”. O auxílio está expresso também na forma como falamos e nos posicionamos ao lado da família.

Observo muitas mães que, quando acompanhadas do marido, passam o bebê para o seu colo na hora de aplicar a vacina, mas voltam a pegá-lo, assim que ele ameaça chorar. Primeiro parecem querer passar um pouco de responsabilidade ao pai, mas logo em seguida lhe tiram a possibilidade de acalmá-lo. Estas situações hipoteticamente podem estar refletindo a contradição e o preconceito com o homem ou o interesse em manter-se no poder com relação ao filho. Penso que o homem é capaz de prestar cuidados aos seus filhos e, na teoria e na prática, devemos tratá-lo com o mesmo grau de importância e de condições que a mãe.

“A incapacidade do bebê de deixar-se acalmar pode refletir uma desorganização ou depressão dos pais (...)”. Cabe aos pais “ensinar” o bebê a “aprender” a acalmar-se, desenvolvendo mecanismos interiores aos quais possa recorrer sempre que se sentir angustiado. Um bebê que foi desprezado poderá não ser capaz de aprender a depender do seu ambiente ou de si mesmo para encontrar alívio e consolo (Brazelton, 1994, p. 280). Os pais, ao entenderem a linguagem dos seus filhos e ao descobrirem os mecanismos capazes de acalmá-los, ajudam na sua organização interna.

O CONTATO FÍSICO PODE SER ASSEGURADO PELA POSIÇÃO DA CRIANÇA NO COLO DOS PAIS

A criança, quando vai sofrer algum tipo de intervenção que lhe cause dor ou desconforto, pode necessitar da presença dos pais e muitas vezes do contato físico com eles. Desejo pensar no significado que pode ter para a criança ser segurada no colo do pai, da mãe, ou de alguma pessoa que lhe é querida, num momento de cuidado em que ela sentirá dor. Na qualidade da comunicação tátil experimentada nos primeiros meses de vida apóia-se o tipo de resposta psicomotora e emocional que o bebê aprende a emitir em relação aos outros. O contato cutâneo, nas suas diferentes formas, é importante para a saúde física e comportamento, e fundamental para os relacionamentos emocionais e afetivos saudáveis, ressaltando que existe uma conexão entre toque e afeto (Montagu, 1986).

Estudos na área de psicologia social mostram que a expressão do pensamento se dá mais, por meio de sinais do corpo, do que com palavras e sinais paralingüísticos (Silva, 1996). O ser humano, quando sente medo, dor, ou está assustado, procura aproximar-se de uma outra pessoa, abraça, agarra-se a ela e a aperta, se esta pessoa for uma pessoa querida, tende a tranquilizar-se mais depressa. Não tendo ninguém de quem se aproximar, tende a encolher-se e abraçar a si próprio, tocar-se e apertar-se.

Na forma como se segura ou toca-se uma criança, comunica-se uma atitude, como interesse, confiança ou outra, mas acima de tudo ensina-se a cuidar, uma vez que a criança aprende a cuidar de si e dos outros, sendo cuidada. Segurar e manipular bem uma criança (falamos no ato físico de segurar um corpo físico) *“(...) facilita os processos de maturação e segurá-la mal significa uma incessante interrupção destes processos, devido a reações do bebê às quebras de adaptação”* (Winnicott, 1988, p. 54).

Os bebês bem segurados adquirem confiança em um mundo amigável e tornam-se capazes de atravessar bem todas as fases de seu desenvolvimento emocional (Winnicott, 1988). Penso que se o doutor Winnicott visse uma enfermeira pedindo para uma mãe colocar o seu filho sobre uma maca para fazer-lhe uma injeção, consideraria isso um mau trato.

O espaço ou a distância existente entre duas pessoas participantes de uma interação pode indicar o tipo de relação que existe entre elas (Silva, 1996) e afastar o bebê de sua mãe ou de seu

pai, colocando-o sobre uma maca no momento em que ele irá sentir dor, pode contribuir para um sentimento de Insegurança, não só da criança como dos pais. Um bebê, quando na posição horizontal, levará os pais a assumirem uma posição de colocar-se “sobre ele”, (“estar sobre”, pode indicar opressão). A posição horizontal impõe à criança a condição de submissão. A criança deitada de costas, vendo os adultos segurando-a, percebe-os muito maiores do que são. A seringa e a agulha também parecerão maiores, associando a isso a dor pela injeção. Vale ressaltar que a criança sobre a maca poderá ficar solta, sem contato físico de ambos os lados e neste caso a contenção de seus movimentos torna-se mais difícil, ela terá que ser segurada. Geralmente os pais, com uma mão, seguram as duas mãos do bebê sobre o seu tórax e, com a outra, os dois joelhos juntos, pressionados sobre a maca. Ou então, curvam o seu tronco sobre a criança deitada, para contê-la com o seu próprio corpo. Parece-me que destas duas posições que descrevi, a que mais favorece o contato físico, o apoio emocional e a participação da criança é a primeira e considero que o mais importante é que a criança seja colocada em uma posição que lhe permita participar da experiência, como um ser capaz de compreender, tolerar e aceitar, o que quer que seja feito. Para Silva (1996), a postura pode ainda indicar o tipo de relação estabelecida com o outro, demonstrando liberdade e participação, domínio ou submissão, intensidade do relacionamento e tentativa de fortalecer vínculo.

O AMBIENTE E OS BRINQUEDOS

Um ambiente que recebe crianças necessita ser simpático e atraente para as mesmas, despertando o seu interesse. Pode ser bonito e colorido, com paredes claras, desenhos de crianças, quadros com temáticas infantis, plantas, flores e brinquedos. Estes devem estar distribuídos nos espaços de forma que as crianças possam descobri-los e tocá-los. O ato de brincar é aprendido e construído na relação interpessoal, e também através do brinquedo a criança inicia seu processo de autoconhecimento, tomando contato com a realidade externa, e a partir destas relações vinculares, passa a interagir com o mundo (Pieri e Kudo apud Penteado et al., 1996).

Penso que o cuidar é também constituído da mesma forma. O bebê, quando recebe uma injeção ou quando sente dor, também inicia seu processo de autoconhecimento ou de reconhecimento de si, de sujeito que faz parte da realidade. Assim sendo, a criança vai reagir a

partir das suas relações e da forma como interagimos com ela e com as pessoas com as quais tem vínculos.

Os brinquedos podem ser utilizados pela criança, pela família e pela enfermagem como oportunidade de expressão de seus sentimentos. E ainda, pela enfermagem, para envolver a família num processo educativo, buscando despertar a sua consciência. A utilização do brinquedo em enfermagem pediátrica serve como meio de comunicação entre os profissionais e a criança, na percepção da singularidade de cada uma. O brinquedo ajuda a criança a perceber o que ocorre consigo, libera tensões, medos, raiva, frustração e ansiedade, além de ajudar na liberação de seus sentimentos e pensamentos. Através das brincadeiras pode-se exercitar as potencialidades da criança (Françani et al., 1998).

Para a psicanálise infantil, *"(...) brincar é o meio de expressão mais importante da criança. (...) A criança expressa suas fantasias, através de jogos e brinquedos", porém não podemos analisar o seu comportamento diante dele de forma isolada*". Para compreendermos o significado da representação da criança é necessário conhecermos suas *"(...) conexões ulteriores e a situação analítica geral dentro da qual se situam"* (Klein, 1981, p. 31).

Schmitz (1995) coloca que, quando a criança está hospitalizada, o brincar deve receber a mesma importância que as medidas terapêuticas. Através do brincar a criança libera tensões, reorganiza seu meio interno e organiza novas formas de lidar com suas dificuldades, além de se desenvolver, se comunicar e reconquistar sua autonomia.

A enfermagem pode utilizar o brinquedo, assim como a atividade de brincar, como um recurso educativo, formativo, tanto profilático como terapêutico. Eles podem ajudar, e muito, na discussão de questões sobre saúde, estresse, dor, desconforto, medos da criança e da família. Através dos brinquedos a enfermagem pode iniciar a abordagem destes conteúdos que, muitas vezes, ficam encobertos e têm a ver com a saúde mental da criança e da família. Podemos utilizar o brinquedo para dirigir práticas educativas aos adultos, da família objetivando o seu aprimoramento, para melhor assessoramento da criança, lembrando que pouco importa o tipo de brinquedo, o importante é o significado que damos ao objeto, e a atitude que temos diante do significado dele para a criança.

A relação com os brinquedos pode favorecer as representações da criança e a interação entre a criança, a enfermagem e os pais. Quando o atendimento é dirigido a bebês nos primeiros meses de vida, podemos pensar nele como alguém que, embora com capacidade de atuação limitada, se comunica e interage com tudo o que vê ao seu redor.

O ambiente também auxilia o profissional a avaliar as manifestações motoras da criança e deve ser organizado de forma a ter uma intencionalidade que será de provocar bem-estar e segurança para a criança e para a família, além de permitir que o profissional avalie o desenvolvimento do bebê e os movimentos que ocorrem na família. O ambiente deve oferecer as condições necessárias para que os familiares, a criança e a enfermagem possam sentar, conversar e interagir.

O CUIDADO PREVENTIVO E OS FATORES DE RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO

Acredito que todas as medidas de proteção que podem cercar a criança desde a pré-concepção, para evitar problemas posteriores no seu desenvolvimento e crescimento e para a formação do valor sobre o humano, devem ser objeto de estudo por parte do enfermeiro. A razão pela qual me propus a realizar a revisão bibliográfica sobre este assunto deveu-se também ao fato de que em vários momentos utilizo termos como “atitude preventiva” e, no final deste estudo, destaco algumas situações e me atrevo a sugerir que elas podem representar risco para o desenvolvimento da criança.

Houve um tempo em que todos os esforços de saúde estavam concentrados em fazer a criança ultrapassar um episódio letal. Na medida em que aumentou o conhecimento, aumentou o interesse da sociedade e os profissionais da saúde, assim como os gestores de saúde, passaram a dar mais atenção à área preventiva. Inicialmente os esforços mobilizados na área preventiva visavam criar medidas para prevenir doenças específicas. A prevenção passou a ser interpretada como a promoção da saúde, visando manter ou melhorar o bem-estar físico, mental e social das pessoas. Mais tarde, através da estatística e da epidemiologia, surgiu a noção de risco.

Conforme Whaley e Wong (1999), o enfermeiro envolvido com o cuidado de crianças necessita exercer sua prática de saúde preventiva, considerando aspectos do seu crescimento e desenvolvimento, nutrição, imunizações, dentição, entre outros. Contudo ela inclui também

orientação preventiva antecipada, baseada numa apreciação de riscos ou conflitos em cada período de desenvolvimento. Como seria o caso da segurança, onde, em cada grupo etário, o enfermeiro encontra riscos especiais de acidentes, e onde, através da orientação preventiva, muitos acidentes podem ser prevenidos. A autora coloca que a prevenção inclui aspectos menos óbvios da saúde da criança, como é o caso da saúde mental e exemplifica dizendo que não é suficiente administrar vacinas, sem preocupar-se com o trauma psicológico associado ao procedimento.

Quando pensarmos em prevenção é necessário pensar numa forma de cuidado eficiente antes que condições desfavoráveis possam favorecer o aparecimento de problemas.

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, *“entende-se por fator de risco qualquer característica ou circunstância determinável, ligada a uma pessoa ou um grupo de pessoas que se saiba está associada a um risco anormal de existência ou de evolução de um processo mórbido, ou de exposição especial a um processo”* (Mazet e Stoleru, 1990, p. 330).

A finalidade de identificar situações de risco é pensar e oferecer aos profissionais de saúde meios para a sua prevenção. Dentro do campo da psicopatologia, a abordagem preventiva não necessariamente impede o aparecimento de transtornos do desenvolvimento psíquico em lactentes. Principalmente devido a aspectos transgeracionais da psicopatologia, isto é, o bebê parece sofrer influências de várias gerações anteriores. A noção de indicadores de risco em crianças é vista com muito cuidado e é objeto de críticas no que diz respeito a questões éticas, uma vez que o conhecimento da existência de um fator de risco por um profissional da saúde tende a modificar a sua atitude e o seu modo de ver, de forma que os efeitos desfavoráveis são mais susceptíveis de ocorrer (Mazet e Stoleru, 1990).

Atualmente o termo “fatores de risco” tem sido bastante utilizado pela enfermagem, pois ele aparece como um dos componentes para o diagnóstico de enfermagem, proposto pela Taxonomia da NANDA (Benedet e Bub, 1998).

A seguir relaciono algumas situações que podem ser consideradas de risco para o desenvolvimento da criança que venho agrupando há algum tempo e cuja fonte foram aulas e leituras, dentre as quais referencio Mazet e Stoleru (1990) e Whaley e Wong (1999).

RISCOS RELACIONADOS AO AMBIENTE OU À COMUNIDADE

- Condições de insalubridade
- Carência de serviços de saúde
- Carência de serviços educativos
- Isolamento social
- Desastres ecológicos
- Situações de guerra
- Condições climáticas difíceis
- Prolongamento da estada na maternidade
- Alta precoce da maternidade
- Institucionalização por períodos prolongados
- Exposição à ambientes violentos
- Fatores econômicos

RISCOS RELACIONADOS À MÃE

- Deficiência física da mãe
- Gravidez na adolescência e na terceira idade
- Desnutrição
- Estado e hábitos de saúde deficientes
- Ingestão de drogas
- Baixa escolaridade dos pais
- Problemas psicológicos
- Depressão pós-parto
- Doenças

RISCOS RELACIONADOS À CRIANÇA

- Anomalias genéticas ou hereditariedade
- Baixo peso ao nascer
- Prematuridade
- Anóxia neonatal
- Trauma no parto
- Internação neonatal
- Desnutrição
- Doenças
- Relacionamentos complicados
- Estresse na infância
- Meios de comunicação (televisão, jornais, revistas)
- Castigo físico
- Exposição ao cuidado de pessoas negligentes (pais ou cuidadores)

A CRIANÇA E A DOR

O estudo da dor se faz necessário para pensarmos em adotar medidas de proteção e compreensão com relação à criança e à família, diante de procedimentos dolorosos. A reação de cada criança à dor é variável. A cultura, a participação dos pais, condições ambientais e a forma como agem os adultos e, neste caso, a enfermagem, podem influenciar na resposta da criança.

A criança, desde muito cedo, ouve e aprende o que as pessoas da família, principalmente os pais, projetam para ela. Mesmo antes de nascer, os pais idealizam e projetam expectativas para o filho. Isto também ocorre com relação à dor e à injeção. A criança, desde muito cedo, aprende com os outros o tipo de resposta comportamental que deve manifestar com relação à dor, de acordo com a sua cultura. Costumo ouvir dos pais as seguintes frases: “Ela é corajosa, não vai chorar”; “Ele é homem, homem não chora”; “Ela vai ser corajosa, não vai chorar”; “Ela não é chorona”; “Ela é chorona”, “Nem quero ver!”; “Dói muito?”.

A forma como a criança pode reagir à dor depende de algumas características do seu meio cultural, mas penso que não podemos afirmar que duas pessoas pertencentes ao mesmo grupo cultural irão reagir de maneira idêntica. Cada criança pode comportar-se de acordo com o seu próprio padrão ou temperamento. O aspecto cultural necessita ser avaliado pelo enfermeiro, para que o mesmo possa identificar a forma de abordar e orientar a criança e sua família e preparar-se para as reações.

A dor é um mecanismo de proteção para o corpo e ocorre toda vez que um tecido é lesado. O homem reage de forma reflexa para remover o estímulo doloroso (Guyton, 1973). Podemos reconhecer os sinais de dor através do choro, gestos retraídos, careta ou mímica facial, “beicinho”, mudança de atitude. Mães referem perceber a dor de seus filhos por sua capacidade materna intuitiva e por sinais captados na interação com bebês. Num grupo pesquisado, 60% das mães afirmam que elas, melhor acalmam a dor dos seus filhos e para acalmá-los aninham seu bebê no colo, embalam, falam com ele, acariciam, seguram-no com firmeza (Rossello, 1993).

Muitas pessoas, inclusive profissionais da saúde, tratam a criança com indiferença diante de um estímulo doloroso, como se ela não tivesse maturidade neurológica e nem memória para a dor. Em pesquisa realizada com profissionais de equipes médicas e de enfermagem de 143 UTIs norte-

americanas, no ano de 1987, 60% dos profissionais achavam que os bebês não sentiam dor como o adulto, porque os RN (Recém Nascidos) não compreendiam a dor, ou tinham resposta retardada ao estímulo doloroso. O mesmo autor relata que em outra pesquisa feita entre os dez maiores livros textos de pediatria, num total de 15.472 páginas, apenas três versavam sobre a dor, e não sobre a dor em RN e, sim, em crianças maiores (Carvalho, 1993).

A partir da décima semana de vida gestacional o feto possui o sistema nervoso suficientemente completo para conduzir o estímulo doloroso. O recém-nascido já possui memória da dor e assim sendo faz registro de experiências dolorosas como o adulto (Carvalho, 1993, Rogers et al., 1997).

A dor no RN pode provocar aumento da frequência cardíaca, da frequência respiratória, da pressão arterial e da pressão intracraniana. Pode provocar baixa na oxigenação e leucocitose. Bebês submetidos à dor em UTIs, que apresentam leucocitose e desvio à esquerda, esta pode não indicar infecção. A quantidade de sudorese palmar pode duplicar no final de um procedimento doloroso (Carvalho, 1993, Rossato e Rezende, 1996).

Uma escala criada por Hannallah e Cols., para avaliar a dor no pós-operatório, pode ser utilizada para avaliar a dor em lactentes submetidos a outros procedimentos dolorosos. (Rogers et al., 1997). Penso que a escala de avaliação da dor "FACES" de (Wong e Baker, 1988, Wong, 1996 apud Whaley e Wong, 1999) poderia ser experimentada para avaliar a dor de crianças no primeiro ano de vida, a partir da face da criança, comparada com a escala.

O problema de se acreditar que a criança sente dor, além da *evidenciação fisiológica* e comportamental do fenômeno é necessário considerar que a criança tem direitos (Rossato e Rezende, 1996). As autoras reconhecem que a dor vem sendo ignorada sistematicamente e recomendam que as enfermeiras saibam reconhecer as reações de dor na criança, saibam usar adequadamente métodos farmacológicos e não farmacológicos (usem da empatia com a criança) e sua família, desenvolvendo uma relação de confiança com ambos e comprometam-se com a diminuição ou eliminação da dor sentida pela criança.

Quando uma agulha é inserida na pele podemos classificá-la como dor em pontada (Guyton, 1973) ou dor cutânea ou superficial (Bevilacqua et al., 1974). A dor provocada pela introdução de uma agulha através da pele até o tecido adiposo ou intramuscular pode ser definida e

localizada com precisão. Na pele encontram-se as terminações nervosas livres, também chamadas de algireceptores ou receptores periféricos. Os impulsos dolorosos são transmitidos por pequenas fibras delta do tipo A (amielínicas). Substâncias químicas como a histamina e bradicinina podem ser liberadas pelas células ou formadas nos tecidos lesados, estimulando as terminações sensitivas, produzindo a dor. As fibras algissensitivas entram na medula através das raízes dorsais, terminam nos neurônios de segunda ordem, localizados nos cornos posteriores da medula. Esses neurônios dão origem às fibras que cruzam para o lado oposto da medula e seguem em um sentido cefálico até o cérebro, pelos feixes espinotalâmico e espinotectal. Estas terminam nas áreas reticulares do bulbo, ponte e mesencéfalo. Uma pequena porção de fibras pode passar diretamente para o tálamo. Pequenas fibras mielinizadas, responsáveis pela dor em pontada terminam no núcleo posterior (Guyton, 1973).

Na "Teoria de controle de entrada", a transmissão dos impulsos dolorosos pode ser controlada por um mecanismo de bloqueio no sistema de transmissão da dor. De acordo com a abertura do bloqueio do sistema de transmissão da dor, resulta a intensidade da dor. Este bloqueio pode ser afetado: pela atividade das grandes fibras nos nervos sensitivos, quando estes são estimulados o bloqueio tende a fechar, inibindo a transmissão dos impulsos da dor, da medula para o cérebro (Melzack e Wall apud Brunner e Suddarth, 1977).

Outro mecanismo denominado de filtração central se dá através de sinais provenientes da formação reticular no tronco cerebral que pode inibir a percepção da dor, enviando sinais de bloqueio através de fibras descendentes da medula espinhal ou de fibras que vão para outras áreas de transmissão do cérebro. Estes sinais bloqueiam dores, podem abrir ou fechar a barreira de transmissão dos impulsos dolorosos para o cérebro (Melzack e Wall apud Brunner e Suddarth, 1977).

O terceiro modo de bloqueio da transmissão de impulso doloroso ocorre quando os sinais provenientes do córtex cerebral, por meio das fibras descendentes, levam à abertura ou o fechamento da barreira de transmissão. Neste caso as mensagens seriam retiradas da lembrança do indivíduo (experiências aprendidas, expectativa, sentimento como ansiedade e medo). Esta teoria sugere que a intensidade da dor depende de algumas atividades neurológicas, incluindo sinais concernentes à memória e sentimentos (Melzack e Wall apud Brunner e Suddarth, 1977).

Anestésico tópico à base de lidocaina e prilocaina pode ser usado na pele antes da aplicação de injeções, promovendo grau de analgesia superficial. Este medicamento deve ser aplicado sobre a pele e coberto por uma bandagem, em torno de uma hora antes do procedimento. A resposta será uma vasoconstrição ou vasodilatação periférica local transitória após a aplicação. Este medicamento não é recomendado para bebês menores de três meses de idade e antes de aplicação de vacinas intradérmicas como é o caso da BCG.

A ENFERMAGEM

A enfermagem necessita estar significativamente atenta e integrada aos movimentos que ocorrem no mundo, especialmente aqueles que dizem respeito às relações de cuidado na saúde e na doença para que possa atender à demanda e encontrar respostas para os problemas de saúde do ser humano.

O CUIDADO

Através do cuidado a enfermagem revela-se enquanto ciência, enquanto profissão, enquanto ser pessoa e confere humanidade a si e ao outro. “*O modo-de-ser cuidado revela a maneira concreta como é o ser humano*” e o cuidado humano exige uma relação sujeito-sujeito e não sujeito-objeto, de convivência e não de domínio, de interação e comunhão, ao invés de intervenção (Boff, 1999 p. 33).

O cuidado é muito mais do que cuidar de um corpo, é cuidar de um corpo que é habitado por um sujeito que lhe dá significado, através de múltiplas formas de expressão. Um sujeito que tem passado, presente e futuro, que vive e convive dentro de um ambiente particular, articulado com um contexto maior, social, político, afetivo e conforme Boff (1999) com a natureza que não é muda, que fala, evoca, emite mensagens de grandeza, beleza, perplexidade e força com a qual o homem coexiste. Para o mesmo autor, cuidar de um corpo significa:

“(...) cuidar da vida que o anima, cuidar do conjunto das relações com a realidade circundante, relações essas que passam pela higiene, pela alimentação, pelo ar que respiramos, pela forma como nos vestimos, pela maneira como organizamos nossa casa e nos situamos dentro de um determinado espaço ecológico (...) cuidar do corpo significa a busca de assimilação criativa de tudo o que possa ocorrer na vida, compromissos e

trabalhos, encontros significativos e crises existenciais, sucessos e fracassos, saúde e sofrimento. Somente assim nos transformamos mais e mais em pessoas amadurecidas, autônomas, sábias e plenamente livres” (Boff, 1999, p. 145).

Patricio (1992) coloca que o homem atual não separa mais corpo e mente, indivíduo e sociedade, saúde e doença. O homem é visto como uma unidade e totalidade de vida situado no mundo. Por outro lado, a enfermagem tem repensado sua prática e propõe referenciais que possam primeiro compreender e depois auxiliar o homem a transformar a realidade deste mundo em favor da sua saúde, como indivíduo que faz parte de uma coletividade. Eu não usaria a palavra transformar e, sim, a exemplo de Boff (1999) usaria o termo comungar que é traduzido como, conviver com a realidade, onde o cuidado emerge de todos os lados, integrando-se num processo de viver, num modo de ser.

Quando a enfermagem realiza um procedimento, como uma injeção em um bebê, necessita dar-lhe atenção, tratá-lo como sujeito, porque desta forma o estará lhe dando importância, junto à família, fazendo emergir valores humanos em cada um que participa da relação. O bebê a que me refiro pode ter um mês, dois meses, não importa a idade, importa que é um sujeito que se desenvolve numa trama de reações próprias, com o seu próprio sistema interno, interagindo com o ambiente e com outros sujeitos que cuidam dele e através do modo de cuidar o ensinam e assim ele vai se capacitando, se concebendo, pelas possibilidades que traz dentro de si e pelas possibilidades oferecidas por outros homens e pela sociedade. Por tudo isso, concordo e refiro Waldow (1993) e Watson (1995) que colocam a necessidade de reflexão e de práticas éticas numa sociedade onde a crescente tecnologia parece ameaçar o sentido humanitário.

O cuidado humano está embutido em valores que priorizam a paz, a liberdade, o respeito e o amor (Waldow, 1995). A paz, segundo Weil apud Waldow (1995), é um estado de espírito e está dentro de cada ser humano. É um processo de intenso desenvolvimento de conscientização. Para Boff (1999, p. 111) “(...) o amor é um fenômeno cósmico e biológico (...)” que, a nível humano, revela-se como a grande força de agregação, simpatia e solidariedade. O amor mantém a união entre as pessoas e o sentimento de benquerença e de pertença a um mesmo destino, a uma mesma caminhada histórica. No entanto é através do cuidado que o amor aparece. O cuidado propicia o florescimento daquilo que verdadeiramente humaniza, que é o amor.

O cuidado constitui-se num atributo para todos os seres humanos, uma condição da humanidade (Waldow, 1995). Para Watson (1995) constitui-se na essência da enfermagem e Silva (1997) coloca que diante da complexidade dos desafios existentes no mundo:

"Novas formas de consciência crítica são requeridas na enfermagem e em outras áreas do conhecimento. Estes desafios também demandam a participação mais efetiva dos profissionais nas transformações que as pessoas e o planeta como um todo requerem. Entretanto, para que esta participação seja mais efetiva, é necessário ampliar o foco das concepções teórico-filosóficas, bem como desenvolver novas perspectivas de sentido e de ação no mundo" (Silva, 1997, p. 22).

Concordando com Silva eu acrescentaria que acredito que a enfermagem já tem um corpo de conhecimento teórico que pode sustentar as mudanças na sua prática. Modificar a prática, utilizando os conhecimentos técnico-científicos, o compromisso ético, em benefício do ser humano, passando por cima e deixando para traz as exigências "polítiquesas" e as regras estabelecidas, que atendem apenas os interesses da instituição e das políticas locais.

Silva acredita que uma profissão como a enfermagem não existe por si só, e que a construção do saber não ocorre de forma isolada. Cada disciplina depende da outra e cada uma oferece as pressuposições primárias da outra. As disciplinas e profissões são reconhecidas pelas transformações nos padrões de expressão de consciência e na qualidade de vida da população, no planeta e não só pela construção que fazem do seu saber e pela excelência dos serviços. A autora considera as disciplinas e as profissões como "(...) um processo no qual os múltiplos meios se mesclam aos múltiplos fins" (Silva, 1997, p. 68).

Acredito que podemos e devemos trabalhar valores humanos que ajudem na transformação que buscamos para o planeta, através do cuidado com a criança. O adulto fica profundamente sensibilizado com o sorriso, com o olhar, com o choro, com as tentativas de exploração que a criança faz no seu meio. O adulto, ao observar uma criança, aumenta o seu estado de sensibilidade de atenção, de alerta. Devemos aproveitar estes momentos para tratar a criança como cidadão, valorizando-a, fortalecendo sua auto-estima, demonstrando-lhe respeito e amor. Além de humanizar a criança e a nós mesmos, humanizamos a profissão e sensibilizamos o adulto que acompanha a criança para que cuide dela e veja nela o futuro do nosso planeta.

O cuidado de enfermagem necessita ser pensado na teoria e na prática como uma experiência baseada no diálogo e também na escuta. Numa relação horizontal, onde todos se sintam respeitados e dignificados e nenhum tenha que subordinar-se ao outro, ao contrário, as relações de cuidado necessitam auxiliar cada um a melhorar sua capacidade de compreender e de se relacionar com o outro e de cuidar de si, do outro, da sua comunidade e do planeta.

PROMOVENDO A EDUCAÇÃO ATRAVÉS DO CUIDADO

A enfermagem, através da sua ação, pode estimular comportamentos. Utilizando o seu saber científico, pode tornar as pessoas submissas, pode despersonalizá-las, controlá-las, ou libertá-las; estimular a autoconfiança; desenvolver e motivar para a criação e satisfação das necessidades, de forma a ajudar cada pessoa no seu processo autônomo de crescimento, levando os indivíduos e as comunidades a transcenderem-se em novas maneiras de fazer e de ser cidadãos.

O cuidado de enfermagem tem um propósito que é educativo e político, portanto pode levar ao cidadão uma formação crítica de autonomia ou alienante. A construção do conhecimento se faz valorizando o conhecimento e o ambiente sociocultural de cada um que deve ser tratado como sujeito da aprendizagem e não como objeto da mesma. Para pensarmos em uma educação emancipatória, necessitamos considerar que todos falam, se comunicam, usam um vocabulário básico, manejam conceitos dentro do senso comum, possuem referências da realidade em que estão inseridos. Este deve ser o ponto de partida para, a partir do que a pessoa já domina, faz, vive, tornar a prática a fonte do conhecimento (Demo, 1994).

A educação, através das práticas, necessita motivar os outros na sua própria produção. Quando a enfermagem conversa com uma criança e explica o que vai fazer nela, demonstra que ela tem o direito de participar e desta forma ela se constrói, sabendo que tem direito a explicações e a reclamações, através do choro e agitação. Esta é uma estratégia de geração de conhecimento, de promoção e construção da cidadania.

Uma família aprende e pode capacitar-se melhor a partir das observações que faz dos profissionais da saúde que a atendem. E aí a grande responsabilidade de, no confronto da teoria com a prática, não perder o compromisso com a educação.

Para o paciente é muito importante o modo de fazer da enfermagem, porque ele está diante do que poderíamos chamar de um modelo. A enfermagem é educadora e deve oferecer um modelo válido para a identificação da pessoa que também aprende pela observação. Observar o educador permite à pessoa, ao cliente, pensar sobre o que é ser educador e ao mesmo tempo aprender. Diante do modelo, ele pensa, reflete, constrói conceitos sobre aprender, ensinar, fazer e refazer.

A pessoa, através da observação e do diálogo, percebe o profissional como um “igual” (como ele) e se inicia um processo de desmitificação do profissional e de interação entre os dois (Weffort, 1996). A congruência também deve ser lembrada como facilitadora para o aprendizado. Pensar que, se através das suas ações, a enfermagem pode mostrar-se de forma verdadeira, possibilitando o aprendizado através do exemplo que permite a outra pessoa a opção futura na escolha das suas ações, atitudes e na sua organização.

O espaço que ocupa a enfermagem na saúde é também político e pedagógico. No espaço da saúde encontramos o saber cotidiano e o saber científico, o que o torna um espaço privilegiado, onde ocorre o confronto bilateral do ensino e aprendizagem. Através da síntese do que existia antes e do conteúdo assimilado, cada um cria um outro dentro de si, que não existia antes, emergindo um novo saber ou um novo entendimento sobre o saber. O saber cotidiano e o saber científico devem ser utilizados de forma dialógica, a fim de produzir o entendimento de cada um acerca de si mesmo e do outro, das suas relações, do seu meio social, do seu saber, na busca de recursos e habilidades próprias, assim como na tomada de decisão. No entanto esta não é uma tarefa fácil, uma vez que a enfermagem necessita rever a sua forma de pensar que muitas vezes é ideológica, formal, intelectualizada, científica, prescritiva e até onipotente. Esta forma de ser e de fazer da enfermagem necessita entrar em consonância com o senso comum, que é dotado de um saber próprio, criado pelas pessoas a partir do seu meio, da disponibilidade de recursos e normalmente é coerente e funcional àquela realidade. Para Cabral (1999) o conhecimento está dividido: de um lado o senso comum e de outro a ciência a estabelecer uma interação entre ambos no processo ensino aprendizagem é um grande desafio epistemológico.

Não podemos perder de vista que, num processo ensino-aprendizagem, a transformação, a mudança de comportamento, emerge e necessita ser embasada em recursos próprios, internos que juntamente com recursos externos, poderá ser viabilizada. Por outro lado, acredito que a observação, a convivência e troca de experiência podem criar um ambiente fecundo de

aprendizagem quando imprimimos um significado as nossas ações e desejamos, através delas, mobilizar as pessoas a encontrarem significados no seu modo de ser e de fazer.

A comunidade e as pessoas são capazes de distinguir, de sentir e depositar confiança nos profissionais de saúde. Os profissionais da saúde ainda são detentores do poder que lhe é conferido pelas políticas de saúde que autorizam consulta, distribuem medicamentos... mas, principalmente, e eu acredito, que ainda o poder se dá, pelo conhecimento, pelo saber, e por isso as famílias tentarão se identificar e se espelhar nos profissionais de saúde e só por isso, porque o poder imposto não constrói conhecimento, ao contrário, ele afasta as pessoas, que tentarão buscar outros modelos que nem sempre serão construtivos e muitas vezes poderão ser mais alienantes, como é o caso das centenas de instituições religiosas que mantêm suas portas abertas, recebem e conduzem as pessoas que acreditam e vêem nelas a representação do saber e do poder e muitas vezes a cura dos males físicos e espirituais.

A enfermagem necessita estar preparada para corresponder às expectativas das famílias e não esquecer que todo o trabalho que realizamos deve estar a serviço do ser humano em primeiro lugar. Não podemos tratar a criança e a família como pessoas submissas e obedientes. É preciso criar condições necessárias para que o processo de cuidar seja relacional, criando e tornando o momento de cuidado um momento político-pedagógico onde o sujeito, a criança e a família caminhem para a independência crítica e criativa.

A ENFERMAGEM MOSTRANDO-SE ENQUANTO PROFISSÃO DO CUIDADO NA APLICAÇÃO DE INJEÇÃO EM CRIANÇAS

Neste espaço desejo apontar o que a enfermagem tem produzido de conhecimento sobre o modo de cuidar de crianças, diante de procedimentos como administração de medicação injetável, aplicação de vacinas ou outros procedimentos dolorosos. Desejo saber se a literatura tem orientado no sentido de valorizar a criança como sujeito que entendo que é. Desejo também saber sobre a posição da criança no momento de um procedimento doloroso e outros aspectos relevantes no sentido de preparar a criança e minimizar traumas decorrentes de procedimentos dolorosos.

Segundo Motta et al. (1990, p. 135) a enfermagem necessita *“Comunicar à criança o que vai ser feito, explicar o procedimento e solicitar sua ajuda se for de sua compreensão (...) sempre*

dar atenção às queixas da criança; em crianças menores oferecer-lhes mamadeira ou colo logo após o procedimento”.

Para Biehl et al. (1992, p. 95, 199, 210) a enfermagem deve:

“Orientar a criança e/ou a mãe ou acompanhante sobre o procedimento. (...) Solicitar auxílio da mãe ou de outra pessoa para restringir a criança evitando acidentes. (...) Deixar a criança em posição confortável e expor a região escolhida. (...) Confortar a criança após este procedimento doloroso. (...) Para a criança, esses procedimentos representam um ato de agressão. Por isso, sempre que possível, ela deve ser orientada, juntamente com sua família, sobre o tratamento e seus objetivos”.

As autoras recomendam que antes de qualquer procedimento técnico, proceda-se à identificação da melhor maneira de abordar a criança sobre o que receberá, a fim de identificar suas necessidades, experiências prévias, sobre o material, procedimentos e respectivos manejos necessários, bem como o grau de compreensão e significado para a experiência que viverá. Recomendam também que se estimule a participação da criança e da família como forma de proporcionar confiança e reforçar o potencial da família para recuperar a saúde.

O preparo da criança antes da administração do medicamento, segundo Castelli (1998, p. 168), *“(...) visa diminuir o estresse da mesma frente ao procedimento, na maioria das vezes traumático, como é o caso da aplicação de uma injeção intramuscular. A abordagem e preparo de crianças que possuem certo grau de compreensão e que estejam conscientes visam obter sua colaboração e confiança tornando o procedimento menos doloroso”.* Ela considera importante explicar à criança o que será feito e não enganar ou associar o procedimento a um castigo por não ter se comportado bem, por exemplo, e aconselha a manipulação de objetos de uso no tratamento, como esparadrapo, seringas e outros, que podem favorecer a dramatização de situações vivenciadas.

Oliveira e Cassiani (1997, p. 64), ao analisarem as falas dos auxiliares de enfermagem, crianças e mães durante situações de aplicações de medicamentos injetáveis, constata a ineficiência da comunicação verbal entre o auxiliar de enfermagem e o cliente. Neste trabalho as autoras colocam a fala da mãe e da auxiliar classificadas em 2 categorias: *Bloqueadoras*: onde o predomínio da linguagem era *“(...) Desaprovando o comportamento da criança, depreciando, tranqüilizando a mãe com ‘clichês’ ou comentários estereotipados (...)”* e *Facilitadoras* *“(...)”*

Reconhecendo os sentimentos do paciente e sua presença e esclarecendo e orientando a mãe ou responsáveis...” Houve um predomínio das categorias bloqueadoras sobre as categorias facilitadoras, sendo “(...) poucas as situações em que se notou alguma comunicação entre o auxiliar e a criança (...)” a criança só era reconhecida quando tinha comportamentos “(...) extremos como fugir ou gritar”. A comunicação da enfermagem era feita com a mãe no sentido de posicionar a criança e ao aplicar a medicação manifestavam sentimento de pena pela dor que a injeção provocara (Oliveira e Cassiani, 1997, p. 64).

A autora coloca ainda que a enfermagem necessita compreender a criança como uma pessoa em desenvolvimento, com modo particular de sentir, pensar e reagir frente ao ambiente e ao estresse. Desta forma a “(...) enfermeira deve oferecer apoio emocional dentro de um contexto de um relacionamento construtivo (...)”. Deixá-la ver a seringa, tocá-la, falar sobre o tratamento, o que irá acontecer, como a dor que é inevitável. Dizer com precisão à criança o que a espera, falando a verdade e se a criança não estiver preparada ou for enganada as conseqüências poderão ser a resistência aos futuros relacionamentos com enfermeira e auxiliares e aceitação a procedimentos dolorosos (Oliveira e Cassiani, 1997, p. 66). Concordo com a autora e penso que a criança tem fantasias que surgem das experiências anteriores e do ambiente que a circunda como concordo que falar abertamente, mostrar, deixar tocar na seringa, no algodão, leva à diminuição da ansiedade. Deixar que a criança explore o ambiente e expresse os seus sentimentos, através de palavras, gestos, brincadeiras é, sem dúvida, uma maneira de conhecer a criança e abrir um canal de comunicação com ela e com a família.

De acordo com Schmitz (1995) a enfermagem não deve pedir que a criança aceite passivamente as coisas que teme e trazem dor. Negar a dor pode levar ao enfraquecimento psicológico da criança, pois se nega a ela o direito de reagir frente aos estímulos oriundos do seu próprio ser. Calá-la é ensiná-la a abafar e distorcer as sensações de seu corpo (dor) e os sentimentos dela provenientes (medo). A criança deve saber o que vai se passar, pois isto ajuda a diminuir os problemas decorrentes da ansiedade do desconhecido e da surpresa. Schmitz e Silva (1995), ao escreverem sobre a imunização básica na infância, referem que os enfermeiros têm várias atribuições no que diz respeito às imunizações, como planejamento de campanhas, esquemas de vacinação de rotina, previsão e provisão de recursos humanos e materiais, treinamento e supervisão de pessoal auxiliar e outras e sobre cuidados gerais com o esquema de vacinação e com a criança; recomendam que os pais sejam orientados sobre a vacina que a criança

irá receber, número de doses, tipo de proteção, doenças que imuniza e “os cuidados com as reações normais que podem ocorrer”.

Por outro lado, Back (1995), preocupada com a segurança do paciente criança na unidade pediátrica, recomenda que na administração de medicamentos por via intramuscular, duas pessoas podem ser necessárias para segurar e restringir a criança que, na maioria das vezes, agita-se e uma simples contração pode entortar, obstruir ou quebrar a agulha, provocando lesão no paciente ou até a necessidade de uma nova punção.

Leifer, quando fala da administração de injeção intramuscular, recomenda que: *“Todos os procedimentos devem ser explicados à criança, sempre que possível. A participação da criança estimula a cooperação (...) É necessário imobilizar adequadamente o bebê ou a criança, para garantir a aplicação correta e segura das injeções intramusculares. (...) A enfermeira deve restabelecer a relação com a criança depois da terapia dolorosa”* (Leifer, 1996, p. 126). Posteriormente, recomenda que: *Sejamos verdadeiros com a criança. Se a enfermeira disser que a injeção não vai doer e dói, ela não confiará nela da próxima vez. Que expliquemos à criança e aos pais a necessidade da injeção e da imobilização durante a aplicação e obtenhamos a participação da criança e dos pais para o posicionamento, mobilização, e outras partes do procedimento, de acordo com cada nível de desenvolvimento. Que falemos com os pais e com a criança antes e depois do procedimento para avaliar e atender às necessidades individuais. E por fim, sempre que possível, segurar a criança por algum tempo após a injeção, para diminuir o nível de ansiedade.*

Whaley e Wong (1999, p. 635) indicam os pais como conhecedores das capacidades da criança, e como as pessoas que oferecem medicação aos filhos e podem descrever a melhor abordagem, para fazê-lo. Toda criança requer preparação psicológica e cuidados de suporte durante o procedimento. Segundo os autores, *“mesmo se as crianças receberam diversas injeções, elas raramente se acostumam com o desconforto e possuem o mesmo direito que qualquer outra criança em relação a compreensão e paciência daqueles envolvidos na aplicação da injeção”*.

As mesmas autoras recomendam que crianças maiores participem da escolha do local para a aplicação da injeção. Que a enfermagem considere que freqüentemente as crianças não cooperam e podem apresentar comportamento imprevisível e recomenda que:

"(...) Explique rapidamente o que será feito e, quando apropriado o que a criança poderá fazer para ajudar. (...) Coloque a criança deitada ou sentada; (...) Diminua a percepção da dor. Distraia a criança com conversa. Sugira algo em que a criança possa concentrar-se (por exemplo, apertar a mão de alguém ou a grade da cama, apertar o próprio nariz, contar, gritar, resmungar). (...) Diga a criança: 'Se você sentir isto, diga-me para tirar, por favor'. Faça com que a criança segure uma pequena fita adesiva e a coloque sobre o local de punção após a aplicação (...) decore a fita desenhando uma face sorrindo ou outro símbolo de aceitação. (...) Segure e acaricie a criança jovem e encoraje os pais a confortá-la, elogie as crianças com mais idade. Permita a expressão de sentimentos" (Whaley e Wong, 1999, p. 640).

Para Whaley e Wong (1999), crianças aparentemente relaxadas e contidas podem perder o controle sobre o estresse, por isso é importante ter alguém disponível caso seja necessário contê-la. Agir de forma rápida e habilidosa evita o prolongamento da experiência estressante. Explicações extensas e tentativas de esconder a seringa aumentam a ansiedade. Pode-se dizer que será colocado um "remédio embaixo da pele" para não usar a palavra "injeção". Recomendam que não se administre injeção em crianças, quando estão dormindo, mesmo que isso possa parecer mais fácil, pois a criança poderá sentir medo de dormir e saberá que nada será feito nela a menos que seja acordada antecipadamente.

Outras recomendações técnicas, como a escolha do local para a aplicação da injeção de acordo com a idade, volume de tecido adiposo e massa muscular, escolha da agulha, troca da agulha caso ela tenha sido utilizada para perfurar a tampa de borracha de um frasco, aplicação antecipada de anestésico local, são importantes e devem ser utilizadas pela enfermeira como medidas eficazes de redução da dor e desconforto para a criança (Whaley e Wong, 1999).

Procurei pesquisar em manuais do Ministério da Saúde como: Manual Do Treinando - Capacitação de pessoal em vacinação: uma proposta de treinamento em serviço (1991), e Capacitação pedagógica do monitor do treinamento de pessoal da sala de vacinação (1991), que é um material que está disponível ao trabalhador de enfermagem nas salas de imunização. Nesta revisão busquei saber o que estes documentos dizem sobre orientação da criança ou preparo da criança antes da aplicação de vacina; sobre a posição da criança no momento da aplicação da vacina e, finalmente, sobre o número de vacinas que a criança recebe em cada visita à unidade de saúde.

Brasil1 (1991, p. 57, 59) recomenda que *“(...) a criança seja colocada em uma posição adequada (...)”* Neste caso não está explicado o entendimento que tem sobre o que seja uma “posição adequada”.

Num outro capítulo deste manual sob o título: “Oportunidades perdidas de Vacinação”, aparecem relacionadas possíveis causas das baixas coberturas de vacinação e a perda de oportunidade para vacinar crianças. O texto coloca que cada realidade irá indicar o que fazer para não perder chances de vacinar uma criança e que uma das orientações é envolver todos os profissionais que compõem a equipe de saúde para que todos se sintam envolvidos na atividade de vacinação (Brasil1, 1991, p. 69).

Algumas situações podem indicar o adiamento da vacinação, dentre estas, algumas podem ser consideradas de “falsas contra-indicações” e estas devem ser bem avaliadas pela equipe de enfermagem *“(...) fazendo com que não se perca, talvez a única oportunidade de vacinar determinada criança. É preciso então avaliar com muito cuidado antes de negar a vacinação aos menores de 5 anos”* (Brasil1, 1991, p. 37, 38).

Sobre a associação de vacinas:

“A administração simultânea das vacinas BCG, contra poliomielite, DPT e contra o sarampo, mesmo que por vias diferentes não oferece risco à criança, sendo comprovadamente eficaz e recomendável sempre que se fizer indicado e as condições operacionais permitirem, desde que observadas as recomendações técnicas para cada uma dessas vacinas. Quanto ao intervalo entre a aplicação da vacina contra a poliomielite e contra o sarampo, atualmente, não se considera a necessidade de intervalo mínimo entre essas duas vacinas. Estudo realizado no Brasil demonstrou que a vacinação contra a poliomielite não interferiu na resposta sorológica induzida pela vacina contra o sarampo, quando esta última foi administrada em grupos de crianças adotando intervalos diferentes em cada grupo, de uma, duas, três e quatro semanas após a aplicação da vacina contra a poliomielite (oral). Esta recomendação é válida para o Brasil nas condições do esquema vacinal, em uso e na vigência dos Dias Nacionais de Vacinação. Deve-se ressaltar, entretanto, que ainda é considerado o intervalo mínimo (4 semanas) entre as vacinas contra a febre amarela e contra o sarampo, ambas de aplicação subcutânea. (...) É claro que na prática o pessoal de saúde deve ter o bom senso de evitar algumas situações que possam comprometer o programa ou provocar descrédito nas vacinas e no serviço. Por exemplo, às vezes quando uma criança apresenta doença infecciosa febril aguda é melhor adiar a vacinação enquanto perdurar o estado febril, para evitar que se possa atribuir sinais e sintomas da doença a possíveis efeitos adversos da vacina (Brasil1, 1991, p. 38).

Referindo-se aos cuidados na aplicação de vacinas injetáveis, recomenda-se *“informar ao responsável pela criança quais são as vacinas que estão sendo aplicadas, contra que doenças protegem, as possíveis reações e a necessidade de retorno para completar o número de doses de cada vacina”* (Brasil2, 1991, p. 50).

Sobre as reações adversas que a criança pode apresentar após receber vacina tríplice (DTP), além das reações locais, febre, sonolência excessiva e convulsões o texto relaciona *“o choro persistente”*. A criança chora no momento da aplicação da vacina, retornando ao seu comportamento normal. A seguir, duas a oito horas depois da aplicação, a criança começa a chorar. *“O choro é caracteristicamente persistente e freqüentemente não responde ao consolo pelo carinho ou alimentação. Ocasionalmente o choro pode ser episódico, porém prolongando-se por 24 horas (...) também é descrito um quadro de choro agudo, às vezes chamado de ‘choro com gritos’ em que os pais referem nunca terem ouvido antes”, este tipo de choro é mais freqüente em crianças vacinadas com DPT*. O manual afirma ainda que: *“Nenhum efeito adverso a longo prazo foi observado em crianças que apresentaram choro persistente ou choro com gritos”* (Brasil2, 1991, p. 56). No entanto é contra-indicada a vacina DPT nas crianças que apresentaram um desses dois quadros acima descritos, os casos de choro persistente ou choro e grito devem ser notificados.

Com relação ao decúbito do cliente, ao falar sobre administração por via subcutânea recomenda-se que o decúbito do paciente seja *“sentado ou deitado, com a região escolhida completamente descoberta”* (Brasil2, 1991, p. 93). O decúbito do cliente que recebe uma injeção intramuscular na região da face anterolateral da coxa, aconselha-se o decúbito dorsal, com os membros inferiores em extensão, e o sentado com flexão da perna. Em ambos os decúbitos, indica-se expor a área desde o joelho até a zona de flexão da coxa (Brasil2, 1991, p. 100).

O Manual do Monitor destaca-se que:

“De modo geral, para a aplicação de injeção, deve-se ter em mente algumas condições que ajudem o desenvolvimento correto deste procedimento terapêutico, tais como: Ninguém gosta de tomar injeções. É importante explorar sempre os sentimentos do cliente e suas percepções acerca deste procedimento. O falar sobre medos e fantasias é uma maneira de aliviar tensões e, em relação à sensação dolorosa (pela punção ou pela solução injetada), lembre-se que a dor não é uma experiência preceptiva causada unicamente pelo estímulo doloroso: existem outras variáveis tais como a sugestão, o nível de atenção, a ansiedade, a motivação, o nível de participação na decisão, etc. Em casos de crianças, seus pais/acompanhantes às vezes estão mais ansiosos do que o próprio cliente. Sempre que não for esta situação, lembre-se que este

acompanhante é o melhor apoio à criança; encoraje-o a participar do evento e distraia o pequeno cliente mostrando-lhe uma figura conversando com ele, estimulando-o a, por exemplo, contar de 1 a 10, até que termine o procedimento, deixando-o apertar-lhe a mão, etc” (Brasil2, 1991, p. 100-101).

O Ministério da Saúde recomenda que não se verbalize uma punição, ameaçando com uma injeção e sempre que se presenciar tal atitude deve-se orientar a pessoa quanto a sua inadequação. Recomenda que se proceda a escolha da área de aplicação IM, avaliando as condições de desenvolvimento muscular, por inspeção visual e por palpação, lembrando que a idade nem sempre é um critério seguro. Recomenda também que se proporcione privacidade, descobrindo a área escolhida de modo a expor a região, mas sem que o cliente sinta-se desnecessariamente exposto e tratando-se de criança, planejar um tempo maior a fim de poder captar sua confiança e oferecer conforto físico e verbal. Refere que às vezes é necessário deixar a criança manusear uma seringa e fazer de conta que aplica a injeção em alguém ou numa boneca e que as explicações dadas à criança devem ser adaptadas ao seu desenvolvimento psicomotor, mas de modo geral devem ser simples e breves, centradas na criança e na troca de experiência sobre sentimentos, medos, sensações, mais do que no procedimento em si ou na necessária coragem. (Brasil2, 1991).

O acompanhante da criança é visto como “um grande apoio” e sempre que a criança tiver idade suficiente para entender, pode-se assegurar que chorar é uma reação perfeitamente compreensível e aceita, mas que a postura física indicada e a não-movimentação são imprescindíveis ao procedimento correto. Por isso é necessário ter sempre alguém para ajudar a conter a criança. Sobre a escolha do local recomenda que além da avaliação técnica da área, que é o primeiro critério de decisão, pode-se deixar o cliente (de qualquer idade) participar da escolha do local em que deseja receber a injeção. *“Estudos têm demonstrado que a percepção dolorosa é inversamente proporcional à participação da pessoa no evento. Neste caso, através da escolha da área e/ou da aceitação da responsabilidade pelas conseqüências da decisão, está-se possibilitando, além de uma relação de menor dependência às intervenções terapêuticas, uma percepção dolorosa menor”* e que o procedimento seja executado com o máximo de rapidez e segurança, pois a demora desnecessária somente aumenta a ansiedade (Brasil2, 1991, p. 101).

Outras preocupações são descritas, demonstrando cuidado com a criança, como: Após a anti-sepsia da área com álcool a 70%, dar um tempo para que seque, evitando sensação de ardor

ao penetrar pelo orifício da punção da agulha. Recomenda ainda que a equipe “avise o cliente quando for introduzir a agulha e lembre-o para deixar o(s) músculo(s) relaxado(s) (...) injete lentamente, a fim de causar o mínimo possível de irritação local e prevenir lesão tecidual por trauma mecânico (...) reconheça os esforços de colaboração do cliente, agradecendo-lhe com carinho sua participação” (Brasil2, 1991, p. 100-101).

O texto abaixo propõe outras reflexões pertinentes ao cuidado de enfermagem que eu gostaria de destacar:

“Um outro aspecto que merece uma reflexão é o significado do procedimento para o agente, isto é, o que significa a experiência de dar injeção. A maioria percebe esta experiência como o desenvolvimento de um procedimento certamente invasivo numa outra pessoa, rompe-se uma barreira de defesa do indivíduo – a pele, o subcutâneo, o músculo – ao mesmo tempo em que se expõe num espaço privativo do outro – o seu corpo, além de, possivelmente, provocar-se uma sensação dolorosa (...). A fim de que esta sensação de agressão seja positivamente revertida, é necessário que haja certeza, ou pelo menos esperança, de que os resultados a compensem. Caso não se acredite nisto, a confiança em quem aplica a injeção será dificilmente conseguida e o procedimento provavelmente será avaliado como realmente agressivo, e o aplicador como um agressor (...). Assim sendo, as competências técnicas – no procedimento injeção – e expressiva – na relação agente/cliente – são fundamentais pois só assim este procedimento – invasivo e possivelmente doloroso – poderá obter um ganho positivo – ação eficaz do medicamento, ausência de complicações e crescimento pessoal pela experiência de relacionamento interpessoal eficiente” (Brasil2, 1991, p. 102).

O Manual orienta os profissionais da saúde sobre a importância das ações básicas para a saúde da comunidade, referindo que:

“Os profissionais da saúde influenciam direta ou indiretamente nas atitudes e práticas da população. Desse modo, o conhecimento e prestígio que detêm podem ser usados para capacitar as pessoas a protegerem a si próprias e suas famílias. Há necessidade de estender as ações à comunidade, saindo em busca de crianças faltosas e suas famílias, tendo como aliados os líderes e agentes comunitários, como também os próprios pais ou responsáveis pelas crianças. (...) Existem inúmeras medidas simples e transformadoras que dependem unicamente do nosso trabalho (...) da nossa decisão de colocá-las em prática aqui e agora (...) pensar, desejar, concordar, apoiar – não basta. Temos que fazer” (Brasil1, 1991, p. 76).

Avaliando o material que é oferecido pelo Ministério da Saúde aos monitores que treinam o pessoal de enfermagem para trabalhar em sala de vacinas, percebe-se que existe uma preocupação com a educação que “(...) é entendida como um processo, mediante o qual

indivíduos, grupos, comunidade, interação entre si, promovendo e gerando aprendizagens (...)" (Brasil2, 1991, p. 111). Existe também preocupação com a criança e com a família, com o controle das doenças e finalmente com a capacitação das pessoas que trabalham na sala de vacinas. Neste processo pedagógico proposto percebe-se a preocupação com as experiências práticas, as quais devem ser refletidas e analisadas no sentido de desenvolver a capacidade de raciocinar, deduzir e sintetizar e finalmente que levem a aquisição ou modificação de procedimentos, conhecimentos e atitudes (Brasil2, 1991).

Enfim, percebe-se ao longo desta revisão bibliográfica que a enfermagem tem muita preocupação com o ser criança, e oferece subsídio teórico para o trabalho do enfermeiro e da enfermagem com criança e família.

TEORIA DO CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

Watson propõe a Teoria do Cuidado Transpessoal como um modelo não prescritivo, como algo que não está pronto e, sim, como um convite à enfermagem para considerarem as idéias e este modelo como um guia para manter o olhar fixo sobre algumas verdades sobre a base da enfermagem, no que é e no que poderá vir a ser, uma vez que entende que estes valores, idéias éticas da enfermagem, já estão latentes e inscritos na história da enfermagem. Considera que o sucesso de uma teoria de enfermagem, está na forma reflexiva sobre o processo de enfermagem e que os enfermeiros engajados em tais atividades devem adotar uma visão crítica, através da qual os valores e crenças da teoria trabalham juntos e um não separa do outro, mas ambos informam um ao outro. Os modelos não podem ser aceitos como representação final da realidade, mas como uma base para análises futuras (Watson, 1995).

REFERÊNCIAS E ANTECEDENTES DA TEÓRICA

Jean Hartman Watson nasceu em 1940 na Virgínia. Fez o seu curso de graduação na Escola de Enfermagem Lewis Gale, em Roanoke, Virgínia, em 1961. Formou-se enfermeira na Universidade do Colorado - Boulder. Realizou Mestrado em enfermagem, em Saúde Mental, Psiquiatria, em 1966. Fez Doutorado em Psicologia Educacional e Assistência Psicopedagógica na Escola de Graduação do Campus de Boulder - Universidade do Colorado. Ingressou no corpo de

professores da Escola de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade, onde ocupou cargos docentes e administrativos. Foi presidente e vice-reitora do programa de estudantes e participou do planejamento e colocação em prática do programa de PHD em enfermagem no Colorado que iniciou em 1978 e coordenou e dirigiu este programa até 1981. Até a data desta publicação, Dra. Watson trabalha como professora e diretora do Centro de Cuidado Humano do Centro de Ciências da Saúde da Universidade do Colorado, em Denver (Marriner, 1997).

Dra. Watson participou da fundação do Centro de Assistência Humana da Universidade do Colorado, que é o primeiro centro interdisciplinar do país, com compromisso de desenvolver e utilizar conhecimentos sobre assistência e cuidado humano como base moral e científica para a prática clínica e formação da enfermeira. Este Centro desenvolve e patrocina atividades clínicas, educativas, sociais e outros projetos na área de assistência humana, com prêmios nacionais e internacionais (Marriner, 1997).

Ao longo de sua carreira tem se envolvido ativamente em programas sociais, tendo sido uma das primeiras fundadoras, consultora clínica e membro do “Conselho de Boulder County Hospice” Recebeu a titulação de Doutora honorária em letras pela Assumptin College em Worcester, Massachusetts em 1985 e pela Universidade de Akron, em 1987 (Marriner, 1997).

Dra. Watson é conhecida professora nos Estados Unidos, em Boston College da Universidade Católica, na Universidade de Aldephi e na Teacher’s College, na Universidade de Columbia. Foi membro do corpo docente de Universidades e administradora educacional, membro da American Academy of Nursing. Recebeu prêmios e homenagens, entre outros, da Visiting Kellogg Fellowship do Western, Austrália, Institute of Technology (Marriner, 1997). Watson foi ainda diretora do Programa de Doutorado em Enfermagem Psicossocial de 1980 a 1981. Esteve em visita à Suécia, Israel, Japão e revela ter aprofundado seu conhecimento cultural-espiritual, na passagem por Nova Zelândia, Indonésia, Malaysia, Taiwan, Índia, Austrália e Egito, no período de 1981 a 1983 (Marriner, 1997, Watson, 1988).

APLICAÇÃO DA TEORIA

Neste espaço apresento algumas informações sobre programas, escolas e instituições que aderiram à teoria de Jean Watson. Apresento também alguns estudos com base no cuidado humano que a teórica propõe, e algumas críticas à sua teoria.

↳ A teoria de Watson está sendo utilizada em Programas de formação de Enfermeiras em Bellarmine College de Louisville, Kentucky, Assunition College de Worcester, Massachusetts, na Universidade do Estado de Indiana, em Terre Haute, Indiana, na Flórida Atlantic University, em Boca Ratón, Flórida, além de outras escolas e programas para enfermeiras, na Austrália, Suécia, Finlândia e Gran Bretanha. O Centro de Cuidado Humano e o Programa de Doutorado da Universidade do Colorado utilizam a teoria de Watson. O trabalho desenvolvido pelo Centro de Cuidado Humano é o primeiro Centro Interdisciplinar dos EEUU, com total compromisso de desenvolver e usar o conhecimento do cuidado humano (Watson, 1995, Marriner, 1997).>

↳ A teoria de Jean Watson tem sido utilizada como modelo educacional em vários hospitais, países e em várias áreas: de adultos, crianças, unidades neonatais, geriatria, clientes com AIDS, infarto, mulheres socialmente de risco entre tantos outros (Watson, 1995, Marriner, 1997).>

Biehl cita Watson no seu trabalho de dissertação de mestrado onde trabalhou com cuidadoras de crianças hospitalizadas por maus tratos, dando ênfase ao cuidado praticado de modo interpessoal, interação enfermeira-cliente, ambiente, relação de ajuda-confiança, modo de comunicação, a co-participação da criança e familiares como pessoas envolvidas no cuidado. E ainda cita Watson para falar da necessidade de o enfermeiro voltar-se para dentro de si e confrontar-se com suas próprias inquietações, lembrando também que a mente e as emoções são uma janela para a alma (Biehl, 1997).

Wolff, ao falar do cuidado humano transpessoal na sua dissertação do mestrado, intitulada: "A compreensão da experiência de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica", lembra o cuidado transpessoal proposto por Watson, ao falar da sua própria relação com as cuidadoras, impregnadas de empatia, congruência, comunicação afetiva, calidez e aceitação positiva do outro. Ao falar do seu encontro com as cuidadoras em UTI pediátrica, refere a relação de cuidado transpessoal, as ocasiões de encontro físico e espiritual entre almas. Ao longo do seu trabalho vai citando Watson ao relatar o cuidado como relação interpessoal entre o enfermeiro e o paciente, a qualidade da relação como elemento essencial na efetivação da ajuda, o cuidado como ideal da enfermagem para manter a integridade do indivíduo, a importância do ambiente para fortalecer a imagem corporal e a auto-estima, a identificação e expressão de sentimentos e o cultivo da sensibilidade própria e dos outros. Admite a dimensão espiritual da vida e

o poder interno no cuidado humano no processo de cura, assim como milagres e mistérios da vida humana (Wolff, 1996).

A mesma autora, em outro trabalho, faz uma análise sobre o conhecimento da enfermagem através dos tempos e relaciona Watson entre as teóricas que consideram o cuidado como um valor fundamental ou um ideal moral, com compromisso de manter a integridade do indivíduo e assim sendo é considerado a base para as ações da enfermagem. O cuidado visto como uma relação interpessoal e intersubjetiva entre o enfermeiro e o paciente, levando à aceitação positiva do outro através da empatia e congruência. Relaciona Watson entre as teóricas que consideram importante o conhecimento pessoal para gerar o conhecimento sobre o cuidado na enfermagem e propõe o uso da fenomenologia como orientação de pesquisa, porque entende que ela auxilia no conhecimento humano e na evolução da ciência e da arte da enfermagem (Wolff, 1996).

Martins (1998) realizou trabalho teórico prático em ambulatório, cuidando de portadores de síndrome de Down, que resultou na sua dissertação de mestrado, cujo título foi: "Cuidando do portador de síndrome de Down e seu significante". Ela utilizou três fatores de cuidado de Jean → Watson: sensibilidade, fé e esperança e ajuda confiança e concluiu que é possível a aplicação destes fatores de cuidado para com estes clientes.

Paganini (1998) realizou sua dissertação de mestrado, com o título "Humanização da prática pelo cuidado: um marco para a enfermagem em unidades críticas", a partir de um processo reflexivo com um grupo de enfermeiras que trabalham em unidades críticas de um hospital de ensino que demonstrou a necessidade da humanização da prática de enfermagem através do cuidado humano. Os temas escolhidos para os encontros foram fundamentados em determinados fatores de cuidado de Watson.

Freitas (2000), na sua dissertação de mestrado, propôs um processo de cuidado com educandas de enfermagem, utilizando a teoria de Jean Watson com objetivo de criar um espaço vivencial para o cuidado de si e do outro e construir um conhecimento sobre o processo de vir-a-ser da educanda de enfermagem, utilizando na sua metodologia oficinas de expressão dramática, plástica e musical. Definiu os conceitos de ser humano, ambiente, sociedade, enfermagem e ética a partir do referencial de Watson e utilizou quatro dos pressupostos da sua teoria que são: O cuidado só pode ser efetivamente demonstrado e praticado de forma ou modo interpessoal. As respostas de

cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é no momento, mas também pelo que ela poderá vir a ser. Um ambiente adequado de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma em um determinado momento do tempo.

Ao longo do seu trabalho, Freitas vai relacionando alguns fatores de cuidado de Watson, na medida em que eles vão aparecendo nas oficinas e falas das educandas. Fazendo uma apreciação do trabalho de Freitas, gostaria de dizer que achei muito interessante a forma como a autora conseguiu incorporar à enfermagem saberes de outra ciência, no caso, a educação artística, com a qual, através da criatividade, da percepção estética nos vários campos da arte, conseguiu trabalhar o cuidado humano. Entendo que a representação artística permite à pessoa sair de si, para mostrar-se de forma verdadeira, através do personagem ou do simbolismo que está usando. Permite o desvelamento da pessoa, que facilita intensamente a empatia e as relações de troca, assim como o crescimento e o amadurecimento que se dá através do conhecimento que cada um adquire de si e do outro. A autora apresenta uma proposta que pode ser utilizada na área de ensino em enfermagem, como forma de gerar o autoconhecimento e o autocontrole do estudante, o que o prepara para o cuidado do outro, conforme preconiza Watson.

Stamm (1999), minha colega de mestrado, realizou sua prática assistencial junto a uma família com problemas relacionados ao alcoolismo, usando no seu referencial teórico a teoria de Jean Watson e especialmente os 10 fatores de cuidado. No trabalho de Stamm, entre outros aspectos relevantes e de profundo valor humano no cuidado dessa família, ela demonstra a transcendentalidade aparecendo de forma transgeracional nas pessoas, na medida em que apresenta uma família constituída por um pai que é alcoolista, com um filho que também é alcoolista, casado com uma mulher cujo pai e uma irmã são alcoolistas.

Talento (1993) coloca que a teoria de Watson, por dar ênfase ao psicossocial diminui sua capacidade de generalização. Tem limitações por dar ênfase ao cuidado que satisfaz a alma, diante de situações de hospitalização onde a tecnologia é cada vez mais complexa, considerando quase impossível tal qualidade no cuidado. Também coloca que a teoria necessita de mais pesquisa, para melhor ser demonstrada na prática.

Para Nunes (1996), teóricas como Watson que se preocupam com o cuidado e o autocuidado a respeito da saúde e da doença representam o atual estado de arte e estão de acordo com as filosofias humanistas que norteiam a ciência da enfermagem. Já Zagonel (1996) traduz a teoria de Watson como um método filosófico de aplicação clínica que se utiliza de conceitos existenciais, orientação fenomenológica e uma dimensão espiritual, voltados às várias condições humanas. A combinação desses conceitos permite compreender a condição humana e do desenvolvimento de cuidado que é a essência da enfermagem.

Nunes e Zagonel (1996) escreveram que a contribuição trazida por Watson é geradora de novos conhecimentos que têm base nos princípios de Florence Nightingale e com uma riqueza que transcende à filosofia, à teoria e chega à prática.

No livro "Cuidado Transdimensional: um paradigma emergente", Silva (1997) cita Watson muitas vezes, situando a teoria de Watson como a que apresenta o conceito de alma e considera que este conceito tem implicações profundas no cuidado transdimensional, por considerar o homem em sua dimensão espiritual e sagrada, assim como um ser que se integra ao universo e à vida. A teoria é traduzida como um modelo teórico filosófico sobre o cuidado transpessoal, reunindo ciência, arte e espiritualidade que convergem para a construção do saber teórico prático.

Leopardi (1999) cita a teoria de Watson quando se refere aos limites que aparecem em decorrência dos conteúdos socioculturais, no desenvolvimento histórico da profissão. Entre estes limites coloca a luta pela autodeterminação e diz que a enfermagem busca suas bases teóricas na filosofia e na visão holística, porém na prática busca orientações de forma que possa ser quantificável, uma vez que o holismo não encontra espaço para ser transformado em tecnologia, já que não pode ser quantificado, objetivado.

Referindo-se ao conceito de "self", Radünz (1999) cita Watson como teórica que se refere ao "self" do enfermeiro e do cliente, dentro de uma estrutura de mente, corpo e alma, onde as relações profissionais se beneficiam e utilizam qualquer dimensão da pessoa. Numa relação transpessoal, ocorre a união espiritual entre as pessoas envolvidas no cuidado e ambas são capazes de transcender o "self", o tempo, o espaço e a história de vida de cada uma.

Hayashi et al. (2000) realizaram trabalho onde mostram como entendem que a abordagem sistêmica da saúde parece se aplicar à teoria de Watson. Através de pesquisa, analisaram as falas

de enfermeiras ao definirem “cuidado e cuidado humano”. As enfermeiras citam, nas suas falas, os fatores de cuidado de Watson, sendo que o único fator de cuidado que não foi mencionado pelas enfermeiras foi “ a promoção de ensino-aprendizagem interpessoal”. As autoras não afirmam que os fatores de cuidado estejam sendo utilizados pelas enfermeiras na prática, mas estão presentes nas suas falas.

No livro “Maneiras de cuidar - maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional”, Waldow et al. (1995), ao escreverem sobre Teoria Transpessoal de cuidar/cuidando, entre outras reflexões, destacam as principais idéias de Watson e dizem que a ciência para o “cuidar/cuidado” não pode ser totalmente neutra em relação aos valores humanos, em outras palavras, não pode separar nem ficar indiferente aos sentimentos humanos. Reconhecem que a base científica do “cuidar/cuidado” integra tanto as ciências biofísicas como as comportamentais e a necessidade de utilização da abordagem humanística.

Penso que a teoria de Watson pode ser classificada como uma teoria holística ou transdisciplinar, ou ainda uma teoria com o seu próprio nome: Teoria do Cuidado Humano. Conforme Weil (1993, p. 31), transdisciplinaridade “(...) é o reconhecimento da interdependência de todos os aspectos da realidade”. É consequência da síntese dialética provocada pela interdisciplinaridade que é a síntese de várias disciplinas. Entendo que Watson inclui na sua teoria aspectos do ser e do existir humano e as suas múltiplas interdependências, dando uma abordagem holística do cuidado de enfermagem. Watson reúne o conhecimento de várias disciplinas, de forma que o encontro delas resulte na ciência do cuidado que é considerada por ela como a “essência” da enfermagem. Também valoriza a vivência dentro da realidade de cada um, a harmonia consigo, com as pessoas e com o ambiente, que favorece o enfrentamento, capacita as pessoas para o seu autocrescimento, autodesenvolvimento, autocura. Concordo com Silva (1997, p. 25) quando diz que “Cuidado Transdimensional amplia a perspectiva de ação do cuidado para além do processo saúde-doença, tendo como ênfase a vida em suas mais diversificadas formas de expressão”.

Conforme afirmam Mitchell, teóricas como Watson, Newman, Parse e Rogers adotaram uma posição mais extrema, onde a doença é incrustada dentro do campo de energia que é a pessoa, desafiando a enfermagem a apreciar este campo de energia como parte do universo. Consideram que, se as doenças forem tratadas como variações no campo de energia, teremos indivíduos abstratos e isolados do seu contexto social e material. As autoras pensam que aceitar tal posição é aceitar a

inevitabilidade da doença, e eliminar a motivação para invocar mudanças. Afirmam que as noções duplas de livre arbítrio e doença como um problema pessoal poderiam limitar a participação da enfermagem no sistema de saúde e levar ao abandono aquelas vítimas das circunstâncias de privação social, política e econômica. Segundo as mesmas autoras, as visões de saúde e de doença de Watson “*unidade de harmonia dentro da mente, corpo e alma*” e “*desarmonia dentro das esferas de uma pessoa*” têm sido redondamente criticadas como inconsistentes com a perspectiva unitária do “todo” irreduzível (Mitchell & Codyo apud Thorne et al., 1998).

Outra crítica que as mesmas autoras fazem é com relação à identificação do cuidado relativamente à essência da enfermagem. Elas entendem que a ênfase intensa do cuidado como um conceito central pode ser “contraprodutivo” e colocam que a linguagem do cuidado é muito utilizada em outras disciplinas e, portanto, não é de domínio único da enfermagem. As autoras criticam duramente a noção de enfermidade como uma experiência pessoal e o livre arbítrio, pelo risco de que se ignorem as necessidades da população e haja redução de fundos e dos padrões dos programas, aumentando as iniquidades no serviço de saúde. No entanto entendem que a visão expressa pelos cientistas humanos mantém a visão de dignidade humana e capacidade de rápida recuperação, além de limitar a participação maciça da enfermagem num sistema de saúde (Thorne, 1998).

PRINCIPAIS INFLUÊNCIAS

Jean Watson refere que desde o seu trabalho original em 1979 foi influenciada pela filosofia e psicologia fenomenológica de Carl Rogers, pelo trabalho existencialista de Yalon e o foco interpessoal cujo conhecimento adquiriu através de estudos da enfermagem na saúde mental com Peplau. Outras influências intelectuais incluíram filósofos como: Kierkegaard, Whitehead, de Chardin, Sartre, além de Richard Lazarus que usava o termo transpessoal para falar da experiência humana na superação do estresse. Mais tarde, o termo “transpessoal” encontrou suporte e congruência na psicologia transpessoal, onde buscou conceitos e desenvolveu trabalho com o cuidado transpessoal, modificou o termo para “human-to-human caring relationship” (que na minha tradução seria: relacionamento de cuidado de pessoa para pessoa). Watson refere ter finalmente buscado inspiração em Gadamer, para os trabalhos que realizou nos anos de 1980 a 1984 (Watson, 1995).

Watson refere que as influências intelectuais que teve foram enriquecidas pelo contato e experiências com outras enfermeiras, comunidades indígenas e culturas de vários países do mundo, como: Austrália, Nova Zelândia, Indonésia, China, Tailândia, Índia, Egito. As suas experiências foram se expandindo através de enfermeiras e povos para a Escandinávia, Inglaterra, Escócia, Canadá, Portugal, Kuwait, Japão, Coréia, Brasil, entre outros (Watson, 1995).

A autora acredita que a expansão do seu trabalho em diferentes países tem levado a uma convergência e interligação entre as crenças orientais e ocidentais (Watson, 1995).

Os trabalhos de Watson fazem referência também a Florence Nightingale, Henderson Krueter y Hall, Maslow, Erikson, Selye, Carkhuff e Gazda (Talento, 1993 e Marriner, 1997). A evolução da consciência, campo fenomenológico, holismo, evolução espiritual e transcendental, aprendizagem foram baseados nas idéias de Hegel, Whitehead, Chardin, Teilhard, Dewey (Talento, 1993, Marriner, 1997, Watson, 1995).

CUIDADO TRANSPESSOAL DE JEAN WATSON

O cuidado transpessoal foi originalmente definido como uma conexão de humano para humano na qual cada um é tocado pelo outro dentro de um tipo de relacionamento que considera a pessoa como um todo e um ser no mundo. Este relacionamento dentro de uma consciência de cuidado ocorre quando a enfermeira entra dentro do espaço de vida ou do campo fenomenológico da outra pessoa e é capaz de detectar, perceber a outra pessoa na sua forma de ser (Watson, 1995).

O cuidado transpessoal pode ocorrer num dado momento de cuidado ou ocasião de cuidado onde ambos são influenciados, através da natureza intersubjetiva de ambos. Esta relação transpessoal tem uma dimensão espiritual, faz conexão com a consciência e na medida em que isso se aplica a um, e que valoriza o *self* interior como único de cada um, valoriza o outro. O transpessoal comunica uma preocupação com o subjetivo e o intersubjetivo, comunicando que está totalmente envolvido com a pessoa que é única dentro de um momento de cuidado. O cuidado transpessoal traz à tona a autenticidade do ser e do vir-a-ser, a habilidade de estar no seu próprio *self* e do outro, em uma mutualidade reflexiva do ser com habilidade de centrar-se na consciência de alguém e na intencionalidade, através do cuidado da saúde e do todo. Este engajamento e a

competência ontológica para o cuidado humano são necessários além das competências tecnológicas. A enfermagem dentro deste paradigma necessita perceber outras questões subjetivas da pessoa e de si própria e perceber o significado que cada um dá à experiência por que está passando (Watson, 1995).

O cuidado transpessoal depende do envolvimento moral, da intencionalidade e da consciência. Depende do engajamento para proteger, promover e potencializar a dignidade humana, a partir do que a pessoa cria ou recria o seu próprio significado para a existência, saúde, para o cuidado e para o todo (Watson, 1995).

A teoria do cuidado transpessoal de Jean Watson propõe que o homem não seja tratado como um objeto, separado do seu *self*, das outras pessoas, da natureza e do universo ou cosmos. Ela busca, através da sua teoria, o não-rompimento entre corpo e mente, ou entre espírito e corpo, entre saúde e doença e entre física e metafísica. E assim ela propõe um novo paradigma dentro de uma cosmologia que utiliza o contexto tanto humanitário quanto metafísico, incorporando e integrando todas as formas de conhecimento do “ser” e do “fazer” (Watson, 1995).

A enfermagem, através do seu trabalho de cuidado e cura, relaciona-se com as pessoas em momentos de muita vulnerabilidade em suas vidas, o que leva as pessoas, tanto quem cuida quanto quem é cuidado, a uma reflexão profunda sobre suas experiências humanas, sendo que a consciência do cuidado e o relacionamento de cuidado são colocados como componentes centrais nos resultados de cura e saúde, uma vez que o cuidado representa a maior forma de compromisso com o *self*, com os outros, com a sociedade, o ambiente e o universo (Watson, 1995).

A enfermagem é vista por Watson (1995) como uma profissão que existe para sustentar o cuidado, a saúde e a cura, de forma biológica, institucional, política, ambiental e global. Ela considera que a ação do cuidado e o conhecimento do cuidado não é algo simples, mas que exige um envolvimento pragmático, epistêmico, ético e ontológico. Por isso ela considera que a enfermagem necessita de maturidade para emergir e distinguir-se enquanto ciência do cuidado na saúde, proporcionando à sociedade um maduro profissional de saúde e um maduro cuidado de saúde, fundamentados em valores claros, éticos e filosóficos, envolvendo as teorias de enfermagem, conhecimento e modelos de prática com relação ao cuidado, cura e saúde. Se a enfermagem não assumir este importante papel junto à sociedade, a saúde humana poderá ficar

prejudicada, ou outros profissionais emergirão para suprir expectativas não preenchidas nas práticas de cuidado e cura.

A teórica deixa clara a sua preocupação com o ser humano, com a sobrevivência da humanidade e do próprio planeta onde vivemos, entendendo que hoje, dentro de uma visão ecológica, todos já estamos percebendo sinais e conseqüências do “não cuidado”. Ao falar da ecologia a autora refere-se a um profundo respeito que necessitamos ter com a existência humana e com todas as coisas vivas. Acrescentaríamos a isso a necessidade de mantermos uma relação de interação e adaptação frente as modificações que as relações sociais e o processo tecnológico têm provocado, gerando novas formas de organização ambiental e social que modificam as condições de vida do homem.

(Watson (1995) vai muito mais além na sua visão de mundo ao considerar que o ser humano está conectado com o universo, com o cosmos, em todos os níveis, mente, corpo, espírito.) Ela traduz isso usando as palavras de Chardin: “*Nós não somos seres humanos tendo uma experiência espiritual, nós somos seres espirituais tendo uma experiência humana*”. O modelo transpessoal do cuidado valoriza a subjetividade, os relacionamentos recíprocos entre as pessoas, principalmente entre o enfermeiro e o outro, incluindo a consciência, a intencionalidade, percepções e experiências vividas relacionadas ao cuidado, cura, condições de saúde em um dado momento de cuidado e todas as experiências significativas que transcendem o momento real.

A TEORIA DE JEAN WATSON E O PROCESSO DE ENFERMAGEM

O processo de enfermagem é similar ao processo de pesquisa científica, ambos tentam solucionar um problema ou responder a uma interrogação. Ambos tentam descobrir a melhor solução, com a diferença de que na pesquisa o objetivo é aprender algo novo, ampliar o campo de conhecimento e o resultado vem em longo prazo. No processo de enfermagem o resultado é de prazo mais curto, objetiva assistir uma pessoa para que se torne mais saudável e utiliza-se de um corpo de conhecimento já existente, sem excluir outros métodos e os fatores humanos presentes em cada situação, como a cultura, as crenças, os valores (Torres, 1986, Talento, 1993, Watson, 1985).

O processo de enfermagem segue a seguinte orientação, de acordo com Torres (1986) e Talento (1993):

1- *AVALIAÇÃO* - onde é realizado o *LEVANTAMENTO* das necessidades de ordem biofísica, psicofísica, psicossocial e intrapessoal. Este primeiro passo envolve observação, uso de conhecimento e uma estrutura teórica. É importante identificar o campo fenomenológico da pessoa, o qual reflete o "eu" da pessoa dentro do seu espaço de vida e os motivos que contribuíram para o comportamento e busca de soluções. Avaliar as habilidades para a solução do problema, como lida com o estresse, mudanças, conflitos de desenvolvimento, perdas e necessidades.

2- *DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM* – São formuladas as hipóteses orientadas ao problema.

3- *PLANEJAMENTO* – Onde é estabelecido o plano para o cuidado, com base na estrutura teórica, e determinados os outros dados adicionais a serem coletados.

4- *IMPLEMENTAÇÃO* - Onde são utilizados os fatores de cuidado e as ações são implementadas de acordo com o planejamento do cuidado.

5- *AVALIAÇÃO* - Rever o método a partir da análise de dados e os efeitos da implementação. Interpretar resultados do cuidado.

Watson incorpora ao processo de enfermagem o que ela chama de fases clínicas do cuidado que refletem o processo interpessoal de ensino-aprendizagem, e podem ser usadas com pessoas sadias e doentes:

1. Examina de forma minuciosa a fim de descrever os problemas da pessoa com base na sua própria percepção.
2. Formula o problema enquanto recebe o feedback através de gestos e palavras.
3. Avalia o problema em conjunto com a pessoa e identifica o seu significado.
4. Compartilha com a pessoa a necessidade de resolução do problema.
5. Planeja com a pessoa estratégias e técnicas a serem utilizadas.
6. Implementa o cuidado oferecendo informação cognitiva.
7. Avalia se o processo ensino-aprendizagem ocorreu e se ajudou a pessoa a enfrentar a situação.

Estas fases do cuidado são observadas e necessitam incorporar os fatores de cuidado para que sejam efetivadas (Torres, 1986).

Para que este trabalho não ficasse repetitivo em alguns pontos, escolhi apresentar os principais conceitos que servem de base para a teoria de Jean Watson, as suposições sobre a ciência do cuidado

de enfermagem e os fatores de cuidado propostos por Watson dentro do capítulo V, que tratará do marco teórico metodológico.

V - MARCO TEÓRICO METODOLÓGICO

O marco teórico que utilizei para a prática assistencial foi dando direção, como um fio condutor, ao qual fui me “agarrando” ao longo do desenvolvimento da prática assistencial, nas discussões e reflexões com a equipe de enfermagem e posteriormente na organização de todo o trabalho. Ele tem a ver com os meus sentimentos, crenças e conhecimentos construídos ao longo de anos de experiência profissional.

“O marco teórico constitui um referencial teórico que proporciona direção à pesquisa e fundamenta a discussão de seus resultados. Permite a integração do problema a ser investigado no amplo contexto científico, favorecendo o desenvolvimento e organização do corpo de conhecimento”. O marco teórico é construído a partir de conceitos, teorias ou parte delas, fatos já classificados e analisados em pesquisas anteriores e idéias do pesquisador (Neves e Gonçalves, 1984, p. 226).

Percebo-me, como pessoa e como profissional, em constante interação, com tudo o que me rodeia através da observação, da escuta, do diálogo, da crítica, sempre colhendo dados, repensando e refazendo um jeito de ser melhor. Ao longo de todos estes anos aprendi muito com os pacientes, famílias e com a minha própria família. Aprendi também com muitos enfermeiros, técnicos, auxiliares e atendentes de enfermagem, com psicólogos, médicos, assistentes sociais e nutricionistas, enfim, em muitos eu me via, interagia, cuidava deles e de mim mesma. Hoje percebo que esta identificação pessoal que fiz ao escolher um marco teórico tem uma estreita relação com os meus valores, crenças e com meus ideais que vi expressos numa teoria.

SUPOSIÇÕES BÁSICAS

Para a prática assistencial utilizei as seguintes suposições básicas provenientes da teoria de Jean Watson (1985, 1995), Carl Rogers (1987), Mazet e Stoleru (1990), e as minhas próprias crenças:

- 1 – O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo interpessoal.
- 2 – O cuidado consiste em fatores de cuidado que resultam na satisfação de necessidades humanas.
- 3 – O cuidado eficiente promove saúde e crescimento individual e familiar.
- 4 - As respostas de cuidado aceitam a pessoa não apenas como ela é, mas como ela pode vir a ser.
- 5 - Um ambiente de cuidado é aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial, ao mesmo tempo em que permite à pessoa escolher a melhor ação para si mesma, num determinado ponto no tempo.
- 6 - A prática do cuidado integra o conhecimento biofísico ao conhecimento do comportamento humano para gerar e promover a saúde.
- 7- A criança organiza as bases de sua personalidade e de sua organização mental desde a vida intra-uterina até o terceiro ano de vida.
- 8- A criança desde a vida intra-uterina é capaz de perceber estímulos positivos e negativos e participar dos processos que vivencia, capacitando-se para novas experiências.
- 9- A criança faz registros das suas experiências e estes registros positivos e negativos interferem no desenvolvimento da sua saúde física e mental e do seu aprendizado.
- 10- A intervenção preventiva e positiva, considerando a criança sujeito da própria vivência, realizada junto com a família, pode favorecer a melhor condição de desenvolvimento da criança, promover a saúde, diminuir riscos aos diversos problemas de desenvolvimento.

FATORES DE CUIDADO DE JEAN WATSON QUE UTILIZEI NA PRÁTICA ASSISTENCIAL

Watson acredita que o foco principal em enfermagem está nos fatores de cuidado, que se derivam de uma perspectiva humanista, combinada com uma base de conhecimento científico que estrutura a ciência do cuidado. Os “carative factors” são descritos como um processo de cuidado

que ajuda a pessoa a manter a saúde de uma maneira natural, no sentido de cultivar a sua própria saúde ou morrer de uma forma natural com dignidade e qualidade. Os “carative factors” apresentam o cuidado na enfermagem como uma atividade humana muito profunda e não são apresentados como um fim, porque podem ter um número ilimitado de meios de caracterizar ou produzir uma terapia de resultado do cuidado de enfermagem. (Watson, 1985/1995). Escolhi a maioria dos fatores de cuidado apontados por Watson, buscando aplicá-los na prática assistencial de enfermagem na sala de vacina.

Watson coloca que os 10 fatores de cuidado oferecem o esqueleto fundamental para a teoria, dentro de uma cosmologia e uma filosofia transpessoal dinâmica e envolvente. Os fatores de cuidado não devem ser vistos como uma lista ou uma prescrição, mas como um guia conceitual e filosófico que direciona um modelo de cuidado para a enfermagem, ajudando a definir os elementos da enfermagem dentro de um paradigma próprio para a educação e para a prática (Watson, 1995, Talento, 1993).

1 - A formação de um sistema de valores humanista-altruísta. Os valores humanista-altruístas são construídos desde a infância através do relacionamento com os pais, da exposição ao humano, experiências de vida, processos de aprendizagem.

Para mim as inscrições de humanidade começam a ser feitas antes de o bebê nascer pelos pais e familiares, dentro da cultura e do meio social em que estão inseridos. As vivências positivas e negativas capacitam o ser humano para novas experiências, no entanto atitudes positivas, registros positivos de cuidado favorecem a melhor condição para o desenvolvimento integral da criança e o desenvolvimento de valores humanos. Estes valores dizem respeito aos direitos fundamentais do ser humano e devem estar embutidos na forma de agir de quem cuida, que somos nós da enfermagem que, enquanto cuidamos, também educamos.

2 - O cultivo da sensibilidade ao próprio self e ao das demais pessoas. A enfermeira necessita desenvolver os seus próprios sentimentos, conhecê-los, deixá-los fluir, demonstrando sua emoção, e assim de modo sensível, interagir com o outro. Na medida em que a enfermeira aumenta a sua sensibilidade, torna-se mais autêntica, encorajando o autocrescimento e a auto-realização, tanto de si própria como daqueles com quem interage. Ao falar do cultivo da sensibilidade do self, Watson apud Talento (1993, p. 256) coloca que “A mente e as emoções de uma pessoa são janelas

para a alma” e fala em transação de cuidado que entendo como sendo a relação de troca que ocorre com o enfermeiro e a pessoa de quem ele cuida, onde cada um faz contato com o mundo emocional e subjetivo do outro. Segundo Watson para que as transações de cuidado ocorram, é necessário que possamos perceber não só o que é físico e objetivo, mas aquilo que está expresso de forma simbólica e subjetiva.

Os fatores de cuidado que vêm a seguir derivam dos fundamentos desenvolvidos nos 2 primeiros, e na Instilação de fé e esperança, que é um fator de cuidado que será citado posteriormente.

3 - O desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança. *O desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança.* Este fator de cuidado diz respeito ao modo de comunicação, que estabelece harmonia do cuidado para o qual são necessárias: a compatibilidade que propõe que as enfermeiras sejam verdadeiras e possam agir de forma honesta e aberta na sua relação; a empatia que se refere à sintonia e aceitação do outro e dos seus sentimentos; e, por fim, a calidez que se refere à aceitação positiva do outro, também entendido por mim como amor fraterno, expresso de forma física pelas diversas formas de linguagem e comunicação (tato, fala, expressão corporal, tom da voz, gestos e mímicas).

Watson, quando fala deste fator de cuidado, usa o termo interação, e parece-me que a empatia, a calidez e a transparência são importantes e necessárias para a interação, que é uma relação na qual ocorre reciprocidade e ambos se beneficiam.

4 - A promoção e a aceitação da expressão de sentimentos positivos e negativos. Os sentimentos alteram o pensamento e o comportamento, por isso necessitam ser aceitos de forma empática na relação de cuidado. Tomar consciência do sentimento é meio caminho andado para entender o comportamento que ele gera. Watson coloca que através da expressão de sentimentos positivos e negativos a pessoa melhora o seu nível de percepção de si e dos outros. Isto é, quando compreendermos os sentimentos das pessoas, compreenderemos melhor os seus comportamentos.

5 - O uso sistemático do método científico de solução de problemas para a tomada de decisão. *“O método científico na solução de problemas é o único método que permite o controle e a previsão, e isso permite a autocorreção”* (Watson apud Talento, 1993, p. 257). A autora defende ao mesmo tempo o desenvolvimento de uma base científica para a enfermagem, na tomada de

decisão, e a necessidade do desenvolvimento de outros métodos para oferecer uma perspectiva holista.

6 - A promoção do ensino-aprendizagem interpessoal. Este fator de cuidado proporciona às pessoas o máximo de controle sobre sua própria saúde. A autora defende que o processo ensino-aprendizagem propicia o melhor caminho para a individualização da informação a ser disseminada. Entendo que através do processo ensino-aprendizagem interpessoal, promovemos a emancipação da pessoa e estimulamos a democracia e a afirmação da cidadania. Promover o ensino e a aprendizagem permite à pessoa o controle sobre si e sobre a própria saúde, que leva à autonomia e à independência.

7 - A provisão de um ambiente de apoio, proteção e/ou de neutralização mental, física, sociocultural e espiritual. A enfermeira utiliza os fatores físicos de segurança ambiental que são externos e os fatores espirituais, mentais, sócio-culturais que são utilizados para proporcionar apoio, proteção e bem-estar, visando à promoção e restauração da saúde ou prevenção de doença. As percepções da pessoa a respeito do ambiente podem torná-lo ameaçador ou não, da mesma forma que a avaliação subjetiva que a pessoa faz da ameaça pode ser uma forma de distorção da realidade, e provocar estresse. Acontecimentos na vida das pessoas podem despertar a sensação de ameaça, como mudança de emprego, doença, perdas, o que exige habilidade para enfrentá-la e o apoio da enfermeira pode ajudar a pessoa a desenvolver uma percepção mais exata e/ou reforçar os mecanismos de enfrentamento do cliente. Ainda falando em ambiente, Watson lembra que ele deve oferecer conforto, segurança, privacidade, além de ser agradável do ponto de vista estético, já que o bem-estar que o ambiente proporciona pode melhorar a saúde através da promoção da autovalorização e da dignidade, melhorando o estado afetivo, facilitando as interações e promovendo um senso de satisfação com a vida (Talento, 1993).

Penso que o ambiente quando trabalhamos com crianças, deve ser estimulante, acolhedor, com brinquedos, com os quais podemos pensar em nos comunicar e diminuir o estresse causado pelo procedimento doloroso, assim como permitir à criança que expresse os seus sentimentos nas brincadeiras.

8 - Assistência com a gratificação das necessidades humanas. A autora coloca a atenção às necessidades humanas vista de uma forma holística, isto é, atender tanto as

necessidades biofísicas mais conhecidas e concretas, quanto aquelas mais abstratas e subjetivas. O atendimento a todas as necessidades, biofísicas, psicofísicas, psicossociais e interpessoais descritas por Watson é importante para a qualidade do cuidado de enfermagem e para a promoção da saúde. Este fator de cuidado foi fundamentado na hierarquia das necessidades humanas básicas propostas por Maslow, a autora criou a sua própria hierarquia que considera relevante a ciência do cuidado de enfermagem:

1 - Necessidade de Ordem Inferior (Necessidades Biofísicas) Necessidade de alimento e líquido Necessidade de eliminação Necessidade de ventilação	Necessidades de sobrevivência
2 - Necessidades de Ordem Inferior (Necessidades Psicofísicas) Necessidade de atividade-inatividade Necessidade de sexualidade	Necessidades Funcionais
3 - Necessidades de Ordem Superior (Necessidades Psicossociais) Necessidade de Realização Necessidade de Associação	Necessidades Integradoras
4 - Necessidade de Ordem Superior (Necessidade Intrapessoal-Interpessoal) Necessidade de auto-realização	Necessidade de Busca de Crescimento
	(Talento, 1993)

As necessidades de ordem inferior produzem resultados mais objetivos para a enfermagem. As necessidades de ordem superior produzem resultados subjetivos e desejáveis pelo ser humano, como felicidade, levando a altos níveis de bem-estar e saúde. A prática de enfermagem como ciência de cuidado requer que o enfermeiro auxilie a pessoa nas gratificações de suas necessidades por ordem de importância da inferior à superior, promovendo a saúde (Watson, 1985).

Watson esclarece que a pessoa deve ser vista como um todo, dentro do contexto em que está inserida e que cada necessidade é entendida no contexto das demais e todas são valorizadas, uma vez que são igualmente importantes para o cuidado de enfermagem de qualidade e para a promoção da saúde. Também coloca que algumas necessidades são conhecidas, concretas e palpáveis e outras são abstratas e impalpáveis. Watson explica também que a avaliação dentro de uma perspectiva holista do cuidado irá examinar aspectos simbólicos e dinâmicos de cada necessidade. Sobre o cuidado holista, salienta que, etiológicamente, inúmeros fatores interagem e produzem mudança na saúde da pessoa,

através de caminhos complexos, neuroquímicos e neurofisiológicos, de forma que cada função fisiológica possui um correlato fisiológico e que cada função fisiológica possui um correlato psicológico (Talento, 1993). Traduzindo, eu diria que as doenças psicossomáticas demonstram a necessidade do cuidado holista.

Estes são os fatores de cuidado propostos por Watson e que utilizei na prática assistencial. Os outros dois fatores de cuidado são também compatíveis com as minhas idéias, porém pensei que eles não seriam aplicáveis na prática assistencial, como de fato penso, não o foram. São eles:

A instilação de fé-esperança. Watson acredita que a enfermagem deve transcender na busca e aceitação de outras alternativas como a meditação, o poder da cura na crença do *self*, o espiritual. Penso que a instilação de fé e esperança seria a insinuação daquilo que a enfermagem sente que o outro acredita, e precisa num dado momento, dentro do processo de cuidado, que traz uma sensação de bem-estar, já que são crenças significativas para o indivíduo. No Brasil temos um misto de raças, crenças, valores, religiosidades, nos quais as pessoas buscam força, coragem e alento para enfrentar situações difíceis em suas vidas.

A permissão de forças existenciais-fenomenológicas. Este fator de cuidado preconiza que se compreenda a pessoa a partir do seu referencial, isto é, do ponto de vista de como as coisas se parecem para ela, a partir da sua estrutura referencial e a partir de uma análise fenomenológica. Este fator de cuidado ajuda a enfermeira a perceber o significado que a pessoa dá à sua vida e/ou encontrar sentido nos acontecimentos difíceis da vida, assim como a encontrar força ou coragem para enfrentar a vida ou a morte (Talento, 1993).

Estes dois fatores de cuidado, no meu entendimento, são mais utilizados em situações de grande conflito, dúvida e insegurança, onde se vivencia situação de risco de vida ou de morte, onde as pessoas necessitam ser persuadidas a procurarem dentro de si a força que trazem e que muitas vezes desconhecem. Esta força, esta energia, esta coragem, que vem de dentro da alma é encarada por muitas pessoas como pertencente a outro e atribuída a outras forças existenciais que agem sobre a pessoa. A enfermagem vivencia estas experiências na sua prática e penso que não importa de onde vem a força, importa que a crença da pessoa é capaz de mobilizá-la no sentido do autocuidado, da autocura, de forma que a pessoa se beneficie. Penso que na sala de vacinas

geralmente passamos longe deste tipo de vivência, no entanto não estou afirmando que estes fatores de cuidado não possam aparecer.

AS IDÉIAS PRINCIPAIS DE JEAN WATSON E CARL ROGERS QUE DERAM ORIGEM AOS CONCEITOS DO MARCO TEÓRICO

A ciência do cuidado tem seu foco prioritário na promoção da saúde e não na cura da doença. O cuidado é para Watson o atributo mais valioso de que a enfermagem dispõe para oferecer à humanidade. É a essência da enfermagem que através da co-participação pode ajudar a pessoa a ganhar autoconhecimento e autocontrole, tornando-se conhecedora e promotora de mudanças na saúde (Talento, 1993).

Acredito que o ser humano se capacita através das vivências do cotidiano, sejam elas positivas ou negativas e que a enfermagem pode auxiliá-lo neste processo, tanto numa situação de saúde como de doença. Para Watson, a enfermagem necessita auxiliar as pessoas a obterem alto grau de harmonia em seu *self* para que possam promover o autoconhecimento, a autocura e obter o *insight* do significado dos acontecimentos que são parte da vida (Talento, 1993, Watson, 1988/1995).

Concordo com Jean Watson quando ela coloca a saúde como um estado subjetivo na mente da pessoa. Nas minhas vivências profissionais senti inúmeras vezes que as pessoas buscam, ao longo de sua vida, uma doença, seja física, mental, ou emocional, ou que as doenças surgem porque outros mecanismos de enfrentamento não foram acionados.

Watson coloca que as emoções da pessoa são uma janela para a alma e que as transações do enfermeiro e do paciente através do cuidado, transcendem o mundo físico e material e fazem contato com o mundo emocional e subjetivo da pessoa (Talento, 1993). Ela também coloca a importância da comunicação verbal e não-verbal que leva a uma compreensão empática, que pode conduzir a uma melhor e mais profunda percepção da pessoa.

A teórica utiliza-se da crença no poder da cura. E nós verificamos que existe uma tendência dos seres humanos de se voltarem para as crenças e para a fé em situações de aflição e

que acreditar em algo, sobretudo em uma força superior, produz um efeito calmante, benéfico, sobre o ser humano.

Jean Watson faz referência ao humanista Carl Rogers, em quem eu também fui buscar subsídio para me fortalecer. Rogers acredita que *"(...) os indivíduos possuem dentro de si vastos recursos para a autocompreensão e para a modificação de seus autoconceitos (...) esses recursos podem ser ativados se houver um clima passível de definição, de atitudes psicológicas facilitadoras"*. Um aspecto facilitador é a compreensão empática que ocorre quando captamos os sentimentos e os significados pessoais que o cliente está vivendo e lhe comunicamos esta compreensão (1983, p. 38,40).

Rogers fala de forças poderosas e organizadas que se manifestam em todas as experiências, forças que parecem ir buscar suas raízes em todo o universo. Afirma que para se criar um clima facilitador para o desenvolvimento da pessoa é necessário autenticidade, sinceridade e congruência. Quanto mais autênticos, mais transparentes nas relações com o cliente, maior será a congruência entre o que está sendo vivido em nível profundo, o que está presente na consciência e o que está sendo expresso pelo cliente. E nesse clima aumentamos a probabilidade de o mesmo crescer de um modo construtivo (1978/1983). Nesse compartilhar também crescemos, aprendemos e amadurecemos, enquanto pessoas e profissionais.

Para Rogers (1977) a congruência indica correspondência entre a experiência e a consciência, usando como exemplo a criança que, ao expressar medo, dúvida, contentamento, demonstra sua reação de forma transparente. A incongruência seria o caso de uma pessoa irada, vermelha de raiva, dizer que não está exaltada porque esta experiência não é captada pela consciência e neste caso o grau de congruência não pode ser apreciado pela própria pessoa. O grau de congruência num indivíduo pode ser variável conforme os momentos, dependendo do que está experimentando e da sua atitude em aceitar conscientemente a sua experiência ou de defender-se dela. Assim sendo, quanto maior for a congruência da experiência e da consciência, mais eficiente e clara será a comunicação. Quanto mais clara for a comunicação, com a mesma clareza será a resposta do outro. E quando nos sentimos compreendidos reagimos de forma empática, isto é compreender o outro como se estivesse vendo a si próprio.

Watson se refere à empatia como “andar com os sapatos dos outros” no sentido de que isto permite a aceitação positiva do outro. Para Rogers (1987) sentir que somos compreendidos é o mesmo que sentir que provocamos uma reação positiva na outra pessoa. A empatia ocorre quando ouvimos a outra pessoa, mas não só as suas palavras, mas quando percebemos ou ouvimos seus significados pessoais e íntimos. Isto significa dizer que alguém poderia compreender o significado de estar na sua pele e assim ter uma atitude de aceitação incondicional.

Rogers (1983) utiliza o termo “transparência” que expressa a essência da condição necessária para a “congruência”. Quanto mais a pessoa for ela mesma na relação com o outro, for verdadeira, mais removerá barreiras e aumentará a probabilidade de que ela e o outro mudem e cresçam de modo construtivo. Afirma também que devemos perceber as coisas que não são expressas, mas que estão subjacentes e manifestar o nosso consentimento para que as pessoas sintam a liberdade de expressar os verdadeiros sentimentos.

OS PRINCIPAIS CONCEITOS DO MARCO TEÓRICO

SER HUMANO

O ser humano dentro de uma visão filosófica é uma pessoa com um *self* totalmente integrado e funcional, é maior do que as somas de suas partes e diferente delas, “(...) *uma pessoa valorizada em si e de si, a ser atendida, respeitada, zelada, compreendida e auxiliada*” (Watson apud Talento, 1993, p. 259). O homem, segundo Watson, é entendido numa estrutura de conflitos de desenvolvimento, (baseada em Erickson) e a atenção sistemática a conflitos de desenvolvimento dos indivíduos e suas famílias é necessária ao cuidado de saúde. Os conflitos são basicamente psicossociais e representam crise e momentos decisivos, encontrados ao longo do ciclo da vida do homem. Os conflitos provocam uma reação de estresse que exige uma resposta de enfrentamento.

O ser humano tem necessidades que vão das fisiológicas até a individualização que, na medida em que são satisfeitas, abrem espaço para outras concebidas pela motivação, de acordo com a escala hierárquica de Maslow. Quando uma necessidade está afetada, outras necessidades ficam afetadas direta ou indiretamente. Por isso a satisfação das necessidades humanas é importante para a enfermagem e para o cuidado humano (Watson, 1985).

Para Watson a visão do que significa ser humano, ser saudável, ser um todo, pode ser expandida, invocando o sagrado, o espiritual, o desconhecido, considerando a pessoa um espírito num corpo, ambos presentes e transcendentais.

Lembrando das minhas experiências de cuidado, percebo que em muitas situações as pessoas doentes ou seus familiares, transmitem e despertam sentimentos na enfermagem que se identificam com a visão de vida, de ser humano e de mundo que Watson tem. Vejamos um exemplo: Uma pessoa doente agoniza há muito tempo, até que alguém da enfermagem intercede junto aos familiares que choram e se agarram ao doente, pedindo que se acalmem, que rezem, que eles já fizeram tudo o que podiam e que chegou a hora de a pessoa “ir em paz”. Os familiares mudam o seu comportamento, ficam serenos e a pessoa morre em paz, dando-nos a sensação de que algo a prendia ali, naquele corpo, que agora passa a ser apenas um corpo físico, sem um ser nele habitando. Parece-me que isso também demonstra a transcendência do ser.

Watson (1995) descreve o ser humano com poderes de crescer, mudar num “conveniente processo”, onde tem liberdade para fazer escolhas e optar pelo que é melhor para si num dado momento. O ser humano revela-se com a sua subjetividade interior e do seu próprio *self* e é capaz de definir o seu próprio estado de saúde ou de doença. No universo tudo está conectado e o ser humano dentro de uma consciência unitária necessita acordar a sua consciência, pois dentro do homem está a alma do todo. O homem é ao mesmo tempo sujeito e objeto.

A criança é um ser humano que se manifesta de acordo com as capacidades que tem desenvolvidas, através de pré-disposições próprias e internas e da sua interação com a família e com meio ambiente. Percebo a criança em processo de construção de si mesma, capaz de participar dos relacionamentos, interagir e compreender as suas próprias vivências e a partir delas capacitar-se para outras. Interagir significa ser capaz de dar e receber e influenciar o seu meio, através do choro, do sorriso, ou de outros mecanismos que tem disponíveis no momento (no estágio de desenvolvimento) e através deles se fazer compreender.

O bebê não é um ser passivo que apenas recebe do seu meio. Ele influencia a qualidade e a quantidade dos cuidados que recebe, uma vez que a sua relação com os pais é feita de processos bidirecionais, onde o bebê é “(...) *um parceiro ativo da interação e que a satisfação do seu sentimento de atividade no seio das trocas com seus circunstantes representa verdadeiramente um*

elemento essencial do sentimento mais geral que adquire de si mesmo". As bases da individualização e do sentimento de identidade marcadas principalmente pelo acesso ao "eu" são lançadas nos 3 primeiros anos de vida (Mazet e Stoleru, 1990, p. 92). Assim sendo, o homem quando criança vive um estágio que requer e tem necessidades específicas da fase. Não pode ser ignorado o papel ativo que tem nas relações de trocas, tendo o adulto, obrigações para com ele, considerando que as primeiras experiências do bebê têm um impacto importante na evolução posterior.

A família é vista como unidade básica da interação social, unidade básica de cuidado humano, e referência na troca e transmissão de saberes a serem compartilhados na comunidade. A família necessita ser considerada o tempo todo, já que está incluída no processo de vir-a-ser do bebê.

A família está em constante transformação tanto internamente, como em relação à sociedade. Os pais estão vivendo o seu próprio estágio de desenvolvimento, enquanto os filhos vivem os seus, de forma que cada um a todo o momento está aprendendo sobre si e sobre o outro. Concordo com Watson quando diz que o crescimento humano se dá num processo conveniente. Eu diria que o crescimento da família pode ser afetado pela disponibilidade de recursos internos e externos e que a família e seus membros estão em constante transição cultural. A enfermagem pode, solidariamente, estar presente e perceber, auxiliando não só na busca daquilo que a família necessita, mas no sentido de ajudá-la a abrir outras portas para explorar suas próprias possibilidades neste movimento de crescimento que todos nós vivemos neste mundo.

Necessário se faz, não perder de vista que a criança precisa ser compreendida no contexto da sua família, e que as famílias precisam ser compreendidas no contexto da sua cultura.

A ENFERMAGEM

Enfermagem é definida como "(...) uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas de saúde-doença que são mediadas por transações profissionais, pessoais, científicas, estéticas e éticas de cuidado humano" (Watson apud Talento, 1993, p. 261). O que Watson chama de transação é para mim a relação de troca que ocorre entre o enfermeiro e o outro, onde através do entendimento de uma pessoa que compreende a outra é capaz de entender o que ele está

sentindo e ambos ajustarem-se às necessidades de cada um. A pessoa pode não ser apenas uma pessoa, pode ser uma família que necessita ser vista no seu contexto e no contexto da sua coletividade.

A ética aparece envolvendo todas as áreas de atuação da enfermagem. Está presente quando afirmamos que para que a transação ocorra, o enfermeiro necessita de conhecimento científico, demonstrado através do cuidado e praticado com respeito ao ser humano no sentido de encaminhá-lo ao crescimento. A ética está na qualidade das relações, no respeito e na valorização da pessoa pelo que ela é e pelo que pode vir a ser, em querer que a pessoa cresça e tenha controle sobre si, a fim de ter uma vida saudável.

A arte e a estética aparecem quando propomos ou vivenciamos uma relação carregada de expressão de sentimentos e estados que despertam emoções e sensações no outro e o desejo de renovação, de criação. As pessoas fazem um exercício estético quando, através das vivências, se capacitam para novas experiências. Olhar verdadeiramente para si e para o outro, percebendo as emoções e reações, a partir de uma vivência, é um exercício estético.

O cuidado é o atributo mais valioso de que a enfermagem dispõe para oferecer à humanidade. De acordo com Watson (1995), as visões de mundo e os valores que afetam aspectos da humanidade como, sofrimento, a vida, a morte, o cuidado, a cura, a saúde, a doença, as condições e conexões globais entre o homem, o planeta e o universo, são consideradas como o fenômeno da enfermagem, que é tanto universal como específico, como quando diz respeito a um ambiente ou um país. A enfermagem busca suas raízes nas Ciências Humanas e nas Ciências Sociais, onde, através do processo de cuidado, procura auxiliar as pessoas a obterem um alto grau de harmonia entre mente, corpo e alma, para que possam gerar os processos de autoconhecimento, autocura, auto-respeito e autocuidado, permitindo assim aumentar os significados dos acontecimentos que são parte da vida (Watson, 1988).

“As atribuições sociais, morais e científicas da enfermagem à humanidade e à sociedade assentam-se em seu compromisso com as idéias de cuidado humano, na teoria, na prática e na pesquisa” (Watson apud Talento 1993, p. 261).

A enfermagem utiliza pedagogia para tratar do estresse e dos conflitos de desenvolvimento. O conflito gera o estresse que exige uma resposta de enfrentamento. A pedagogia na promoção do

ensino-aprendizagem interpessoal propicia o melhor caminho para a individualização da informação a ser disseminada.

Watson entende que a enfermagem necessita atender a gratificação de necessidades humanas que podem ser concretas e conhecidas ou abstratas e impalpáveis, mas todas importantes para o cuidado de enfermagem com qualidade e para a promoção da saúde. Para fazer esta avaliação deve usar de uma abordagem holística que permite avaliar subjetivamente a pessoa e entender que as funções fisiológicas podem ter correlatos fisiológicos e psicológicos. No entanto, concorda que a enfermagem vem sofrendo limitações para dar ênfase ao cuidado que satisfaz a alma, diante de situações de hospitalização onde a tecnologia é cada vez mais complexa, considerando quase impossível tal qualidade no cuidado.

∞. O enfermeiro é um ser humano com todas as características já descritas, com a diferença que tem um ideal moral com o cuidado humano, o que o coloca na condição de proteger, melhorar e preservar a dignidade humana. É co-participante com o outro, no processo de saúde, cura e cuidado humano, necessitando de amadurecimento pessoal e sensibilidade para uma melhor relação no momento do cuidado (Watson, 1995).

Dentro do modelo de cuidado transpessoal o enfermeiro deve procurar estar totalmente e autenticamente presente, uma vez que o momento de cuidado é intersubjetivo. Já a intencionalidade, a consciência do cuidado criam um novo campo de possibilidades, quando num momento de cuidado e podem afetar o potencial de cura e de saúde de ambos (Watson, 1995). A utilização de todos esses processos gera o Cuidado Holístico da saúde que Watson acredita ser fundamental à prática do cuidado em enfermagem.

A SAÚDE E A DOENÇA

A saúde refere-se à unidade de harmonia na mente, no corpo e na alma e está associada ao grau de compatibilidade ou de congruência entre o *self*, tal como ele é percebido, e o *self*, tal como ele é vivenciado. A saúde é conceituada como um estado positivo de bem-estar físico mental e social. Compreendida ainda como elevado nível de funcionamento geral, físico, mental e social e um nível geral de adaptação, manutenção e funcionamento diário (Watson, 1988, Talento, 1993).

A saúde pode ser afetada pelo estresse ou atividades estressantes e está associada ao estilo de vida, condições sócio-ambientais, conflitos de desenvolvimento e perdas. Saúde é um processo de adaptação, enfrentamento e crescimento do início ao fim da vida, incluindo uma vida equilibrada, um senso de felicidade e a habilidade para mudar. É também considerada um estado subjetivo na mente da pessoa, o que leva a crer que a pessoa possa definir o seu estado de saúde ou de doença (Talento, 1993, Watson, 1988).

Por outro lado, a doença pode ser uma desarmonia dentro da esfera da pessoa, tanto na mente, quanto na alma, como no corpo de forma consciente ou inconsciente. A pessoa pode definir o seu estado de saúde ou de doença. A doença pode aparecer quando ocorre falha no cuidado à saúde (Talento, 1993, Watson, 1988). Watson explica que quando o *eu sujeito* e o *eu objeto* são considerados iguais, existe uma harmonia com o mundo. Quando o *eu sujeito* e o *eu objeto* estão diferentes por um período contínuo de tempo, poderá ocorrer a doença em diferentes graus, dependendo de cada pessoa (Watson, 1988).

O ambiente onde a pessoa vive exerce uma forte influência na saúde e na doença. Estudos epidemiológicos têm mostrado que nutrição, educação, sedentarismo, estresse, privacidade, segurança, entre outros fatores, contribuem para as variações dos níveis de saúde e de doença. No ambiente interno da pessoa são criados mecanismos regulatórios, mentais e espirituais, aliados a fatores sócio-culturais, sendo que a enfermeira necessita ocupar-se destes fatores para auxiliar a pessoa (Watson, 1995).

O AMBIENTE

Ambiente é o local onde a pessoa pode desenvolver o que é melhor para si em qualquer momento. Talento (1993) traduz as idéias de Watson, dizendo que o ambiente pode ser interno, relativo às necessidades humanas biofísicas; e externo, quando coloca a sociedade oferecendo valores sociais, culturais e espirituais que determinam o comportamento e as metas de lutas de cada pessoa. Quando a percepção destes valores fica afetada ocorre o estresse. O ambiente descrito por Watson pode afetar diretamente a pessoa, de acordo com a percepção de cada um. O ambiente é colocado no contexto da família, da comunidade e da cultura, de forma que é capaz de afetar o homem através do cuidado que existe em cada sociedade.

O ambiente onde a pessoa vive exerce uma forte influência sobre a saúde e a doença. O estilo de vida externo interfere na homeostasia interna da pessoa. Estudos epidemiológicos têm mostrado que nutrição, educação, sedentarismo, estresse, privacidade, segurança, entre outros fatores, contribuem para as variações dos níveis de saúde e de doença. No ambiente interno da pessoa são criados mecanismos regulatórios, mentais, espirituais aliados a fatores sócio-culturais. A enfermeira ocupa-se destes fatores para auxiliar a pessoa (Watson, 1995).

O ambiente hospitalar muitas vezes leva à perda de liberdade e de independência, quando é inflexível e cercado de regras. A doença pode levar à separação da pessoa daqueles que satisfazem as suas necessidades de ligação e de afeto, levando à perda de identidade e independência, afetando sua autonomia pessoal, emocional e auto-avaliação. A teórica relaciona o ambiente seguro com a prevenção de acidentes e com o uso de imunizações (Talento, 1993, Torres, 1986). O ambiente afeta e é afetado pelas pessoas. Watson acredita na necessidade do cuidado holístico, para tal é necessário considerar que a pessoa interage com seu ambiente interno, consigo mesma, com outras pessoas, com o seu ambiente externo e com o universo conhecido e desconhecido. A comunidade faz a conexão dos valores passados pela família, e pode sofrer variações de acordo com a cultura que imprime também valores, símbolos, linguagens, formas de comportamento que podem ser significantes para cada indivíduo.

VI – METODOLOGIA

INTRODUÇÃO

Neste capítulo inicio indicando o local e os sujeitos da prática, explico como ocorreu a entrada no campo, as fases que segui na trajetória da prática assistencial e a forma de registro utilizada. A seguir destaco “a proposta assistencial: um ideal de cuidado”, que está dividida em 3 partes e serviu de roteiro para as ações, observações e avaliações ao longo da prática assistencial. Finalmente concluo descrevendo o ambiente onde foi desenvolvida a prática assistencial e resumindo a trajetória percorrida.

INDICANDO O LOCAL E OS SUJEITOS DA PRÁTICA

A prática assistencial foi desenvolvida numa sala de vacinas de uma Unidade Básica de Saúde de uma cidade do interior do Rio Grande do Sul. Inicialmente pensava que iria trabalhar com pessoas que não conhecia, no entanto encontrei duas auxiliares de enfermagem com quem já havia trabalhado num dos hospitais da cidade, uma auxiliar de enfermagem e uma técnica de enfermagem que afirmaram já me conhecer, de ouvir falar, e uma enfermeira conhecida, através da Associação de Enfermeiros da cidade. Os sujeitos desta prática foram os bebês e suas famílias, a equipe de enfermagem e a mestranda.

DELINEANDO A ENTRADA NO CAMPO

Os encaminhamentos para a liberação do campo para a prática assistencial foram feitos á Secretaria Municipal de Saúde (anexo 1) e a autorização por parte da mesma consta no (anexo 2).

Os termos de consentimento e informação (anexo 3) foram entregues e assinados pela equipe de enfermagem que participou da prática assistencial no dia em que entramos no campo, conforme estava proposto no projeto, com exceção de uma pessoa que não estava presente no primeiro dia e que recebeu e devolveu o mesmo quando já participava da prática ativamente. No decorrer da prática elaborei um segundo termo de consentimento e informação que foi entregue e assinado pelos pais, para que pudéssemos filmar o atendimento (anexo 4).

EXPLICANDO AS DIVERSAS FASES QUE SEGUIMOS NA TRAJETÓRIA DA PRÁTICA

Quando elaborei o projeto da prática assistencial, pensei e propus desenvolvê-la em 5 fases que iriam nos orientar na prática. É importante relatar estas fases, pois elas foram acontecendo exatamente como havia sido proposto e me ajudaram muito no sentido de orientar a seqüência da prática, além de me proporcionarem segurança na hora de entrar no campo e dar seguimento ao trabalho proposto.

1ª Fase - Entrando no campo, interagindo com a equipe e observando. Iniciei esta fase interagindo com os membros da equipe, falando sobre mim, o que fazia, e porque estava ali. Fazia perguntas sobre elas, o que faziam, como se sentiam, quais as normas e rotinas do serviço, jornada de trabalho, enfim, desde esta fase penso que me coloquei de forma verdadeira e transparente, agindo de acordo com os sentimentos naquele momento. Através da minha atitude tinha o desejo de ser compreendida, criando um clima de segurança, tornando a comunicação possível e abrindo canais através dos quais a equipe pudesse expressar os seus sentimentos e a sua percepção sobre a minha pessoa e sobre o que desejava realizar. Agindo desta forma, penso ter utilizado os ensinamentos de Rogers (1977) naqueles aspectos que dizem respeito às relações com os outros.

Nesta fase, entreguei o termo de consentimento e informação (anexo 3) que foi lido e discutido com a equipe. Juntamente com a equipe, num momento em que não havia pessoas para serem atendidas, realizamos a observação e o registro do ambiente físico. Somente quando senti um consentimento da equipe passei para a fase seguinte.

2ª Fase - Observando a equipe, prestando assistência. Nesta etapa observei, participei e registrei, de forma que pude perceber como a equipe se posicionava e se movimentava na sala, a posição da criança e da família, ações, interações, fatos, formas de linguagem e outras

expressões que me permitiram descrever a realidade do serviço e a dinâmica de funcionamento da sala de vacinação.

Conforme havia sido planejado, passei a registrar no “instrumento para guiar e registrar a observação” (ANEXO 5). Cada criança e família que chegava eu observava, registrava e interagia, cumprimentando, consolando, ajudando e orientando. Nesta fase realizei a alteração no instrumento de observação. Passei para a fase seguinte, quando percebi que já tinha observado algumas pessoas da equipe e sentia que poderia ir adiante. No planejamento eu esperava observar todas as pessoas da equipe vacinarem para depois eu começar a vacinar, porém uma das pessoas não vacinava, estava em treinamento e a enfermeira não vacinava, o que fez com que eu passasse para a fase seguinte.

3ª Fase – Observando e participando do cuidado. Nesta fase comecei a registrar junto com a equipe. Fui ensinando a equipe a observar e registrar utilizando o instrumento. Enquanto alguém da equipe prestava assistência, outra pessoa observa e registrava. Depois de cada atendimento liamos o que havia sido registrado e trocávamos idéias, experiências e juntas refletíamos sobre a prática.

Nesta fase passei a participar prestando assistência de acordo com a “proposta assistencial: um ideal de cuidado”, porém sem excluir a equipe, fazendo junto com ela, do modo proposto, mas permitindo que elas fizessem também ao modo delas, sem desvalorizá-las, fazendo reforço positivo das ações positivas. Procurei ser bastante cautelosa e acho que fui, de forma a permitir a expressão dos sentimentos, pois pensava que esta etapa seria a mais importante, pois dela dependeria a aceitação da proposta pela equipe.

Conforme havíamos planejado, neste momento começou a ocorrer a troca de papéis, onde a equipe de enfermagem observava o pesquisador, lançando um olhar novo sobre o que era velho, ao mesmo tempo que se inteirava da pesquisa com a prática. Ao interagir com a equipe desta forma, pensava em valorizá-la, promovendo o senso de observação e propondo o pensar da equipe sobre a sua e a minha prática. E nesta forma de agir tinha o desejo de que a equipe reconhecesse o seu cuidado, observando o meu e, como diria Rogers (1987), pudesse pensar em arriscar novas formas de comportamento.

Esta fase esteve inter-relacionada com as demais, uma vez que continuou ocorrendo interação, ao mesmo tempo que eu observava e aumentava a minha participação. Passei a sentir que a equipe estava curiosa, foi quando nos reunimos e expliquei e explicitiei a “proposta assistencial: um ideal de cuidado”.

4ª Fase - Cuidando enquanto a equipe participa, observa e registra. Passei a prestar assistência total de acordo com a “proposta assistencial: um ideal de cuidado”, enquanto a equipe fazia as observações e registros. Ao final de cada atendimento, fazíamos uma discussão sobre o que havia acontecido, sobre as observações e os dados coletados. Conversava com a equipe fazendo o feedback que significa, para Rogers (1987), a forma de exprimir ao outro a maneira como o estou percebendo e sendo afetado por ele. Este conversar incluía o escutar, de forma sensível e cuidadosa, validando o trabalho de cada uma e das pessoas, que são, pois através da valorização e validação da pessoa por qualquer coisa que diga alcança-se intimidade e sentimentos positivos.

5ª Fase - Fazendo um paralelo entre a prática anterior e a atual e verificando a ligação com os fatores de cuidado do marco teórico. Nesta fase havia planejado que todos os membros da equipe prestassem assistência de acordo com a proposta assistencial: “um ideal de cuidado” e ao final de cada atendimento pudéssemos avaliar os resultados, comparando-os com a prática anterior e com o marco teórico utilizado. Isto ocorreu, mas não com todos os membros da equipe.

Durante toda a prática procurei refletir e retornar à teoria, junto com a equipe, para ampliar o nosso pensar e agir de forma reflexiva, valorizando o significado das nossas ações. Conforme fora planejado, encerrei a prática quando todos estavam inteirados da proposta, e os dados de registro estavam se repetindo. A seguir categorizei as atitudes observadas que apresento a seguir.

REGISTRANDO A TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Diariamente, após a saída do campo da prática assistencial, foi feito o registro dos acontecimentos, com validação dos dados com a equipe, no dia seguinte. No segundo dia, percebi que a equipe nem sempre estava disponível, pois tinha outras tarefas a desempenhar. Passei a utilizar o gravador e sempre que sobrava um tempo repassava para a equipe o que havia escrito, de forma que elas acompanhassem o curso do trabalho e mantivessem a motivação. A forma como isso aconteceu será vista no capítulo a seguir, quando apresento os diálogos com a equipe.

Utilizei também um instrumento para guiar e registrar a observação que sofreu pequena modificação após as primeiras observações (anexo 5). Este instrumento foi utilizado para registrar o comportamento dos pais, das crianças, da enfermagem, durante o cuidado com as crianças/famílias antes, durante e após a aplicação de vacinas. Estes dados estarão representados no “Grande mapa do cuidado” onde são analisados e podemos avaliar os resultados. Os registros deste instrumento eram confirmados pela equipe logo após o atendimento ou quando havia tempo entre um atendimento e outro e ainda, podiam ser confirmadas as falas pela gravação.

Nos últimos dias, resolvi filmar os atendimentos para que cada um da equipe pudesse ver e observar as reações das crianças e as suas próprias. Isso não havia sido planejado e não foi muito útil para o trabalho. As pessoas da equipe puderam se ver atuando através do filme, após cada atendimento, mas apenas isso. Penso em um outro momento retomar com a equipe e utilizar o filme, que é um recurso sem dúvida muito rico, para refletirmos sobre nossas ações e reações e das crianças/famílias. Em função das filmagens elaborei um segundo termo de consentimento e informação foi entregue aos pais (Anexo 4).

Após o encerramento da prática os nomes das pessoas foram substituídos por outros, para garantir o seu anonimato. O nome da mestrandia foi mantido.

A PROPOSTA ASSISTENCIAL: UM IDEAL DE CUIDADO

“Um ideal de cuidado”, apresentado em forma de roteiro é um modo de cuidar que venho utilizando em práticas com crianças há algum tempo e com este estudo, tentei explicar a luz do marco teórico escolhido.

Desejo que esta proposta assistencial não seja vista como uma rotina, ou como uma norma a ser seguida, mas sim, como um roteiro que foi colocado numa seqüência para que pudesse ser explicado. Esta proposta de cuidado foi avaliada do ponto de vista teórico, antes de ser utilizada, para que estivesse dentro do marco teórico que desejava seguir e, posteriormente, do ponto de vista da prática, na medida em que esta foi acontecendo. Ela foi utilizada nas reuniões com a equipe e serviu como base ao instrumento para guiar e registrar as observações. Neste espaço irei relacionar “a proposta assistencial: um ideal de cuidado” com as “suposições básicas”, os “fatores de cuidado” de Watson e os “conceitos” do marco teórico.

Quando uma criança chega acompanhada por sua família na sala de vacina, o cuidado acontece em três tempos que serão chamados de: 1 - fazendo a interação e observando a criança e a família; 2 – preparando-se para o procedimento de aplicação da vacina e 3 – consolando a criança e demonstrando solidariedade.

1 - FAZENDO A INTERAÇÃO E OBSERVANDO A CRIANÇA E A FAMÍLIA

1 – Convidar a família para entrar e sentar. O fato de estarmos sentados ao lado um do outro indica que estamos disponíveis, o que favorece imensamente a relação interpessoal. Sentar indica que temos tempo, disponibilidade, indica que não é só a vacina e o vacinar que importa, que outras coisas são importantes neste espaço de prevenção. Oferecer uma cadeira indica que todos os que acompanham a criança têm valor; estamos dizendo de forma simbólica que nos importamos com todos que cuidam da criança, estando implícito o nosso interesse por ela. Quando as pessoas chegam da rua, carregando uma criança no colo e na maioria das vezes com uma bolsa com os pertences do bebê, têm necessidade física de sentar, a fim de que possam concentrar-se no que lhes será dito ou no que tenham que fazer. O cansaço físico pode impedir a pessoa de concentrar-se e estar disponível emocionalmente para a enfermagem e para o bebê. Não importa quem acompanha a criança, o importante é que se vêm junto com a criança têm uma relação de proximidade e por isso necessitam ser valorizadas.

2 – Chamar a criança e os pais pelo nome. Chamar a criança pelo nome é uma forma de praticar o cuidado de forma interpessoal e de valorizar o indivíduo, como único, que tem importância como pessoa. Chamar a criança pelo nome é uma forma de valorizá-la, identificá-la e partilhar a formação de valores humanistas-altruístas, através do desenvolvimento de uma relação de ajuda-confiança e da promoção do ensino-aprendizagem interpessoal. Todos estes valores devem ser partilhados com a criança desde antes de ela nascer, através das experiências e da exposição ao humano. Também são valores que dizem respeito aos direitos do ser humano que, como diz Watson, devem estar embutidos na forma de agir de quem cuida, que somos nós a enfermagem, pois quando cuidamos também educamos. Por isso, esta prática é educativa, na medida em que nos identificamos, e identificamos o outro, nos expomos e expomos o outro, o bebê e a família, aos valores humanos que ele irá registrar na sua memória. Os pais também podem ser chamados pelo nome, uma vez que os nomes do pai e da mãe estão escritos na carteira de vacinas da criança.

3 – A enfermagem se identifica para a família. Assim os familiares também podem chamar a pessoa pelo seu nome. A partir da identificação a pessoa se abre e assim fazendo, permite espaço para que o outro também se abra e se identifique. Watson coloca a importância da formação de um sistema de valores humanistas altruístas que dizem respeito aos direitos fundamentais do ser humano e eu diria, do cidadão. É um direito da pessoa saber quem cuida dela e quando a enfermagem se identifica está sendo transparente com relação a quem é, oferecendo a possibilidade de ser procurada, identificada e reconhecida, o que fortalece a profissão.

4 - Cumprimentar a criança e os pais. Porque as crianças primeiro? Porque elas são o "sujeito da nossa prática". Cumprimentar o bebê e depois a família é caracterizar o grau de importância que damos a ele. Os dois juntos formam uma unidade familiar que também deve ser valorizada e o cumprimento é uma necessidade humana fundamental que permite a identificação do outro que é caracterizado como uma unidade.

O conceito de homem diz que o bebê influencia a qualidade e a quantidade dos cuidados que recebe e que a satisfação do seu sentido de atividade e as trocas que realiza, levam-no a adquirir um sentimento sobre si (Mazet e Stoleru, 1990). Os adultos e nós da enfermagem precisamos tratar a criança de acordo com as necessidades que ela tem nesta fase e temos obrigações para com ela no sentido de valorizá-la, identificá-la e reconhecer que ela já desempenha um papel ativo na relação de trocas. Os pais necessitam ser valorizados, porque a criança precisa deles para construir e organizar suas experiências. O cuidado pode ser efetivamente demonstrado e praticado de modo interpessoal, e o cumprimento faz parte da iniciação ao processo de interação, sendo que não basta olharmos para a criança, é necessário que a deixemos manifestar-se e nos manifestemos, para estabelecermos uma relação de troca.

5 – Conversar com a criança, olhando nos seus olhos e nos olhos dos familiares. É um momento para tentar perceber algum grau de ansiedade, abrindo um canal de comunicação de modo a permitir que falem sobre os seus sentimentos positivos e negativos. Proponho que olhemos nos olhos da criança e dos pais, pois a expressão do rosto e do olhar pode falar do interesse pela pessoa e pelo assunto que está sendo tratado. Através da atitude, a enfermagem pode criar um clima de confiança e de segurança na relação, o que torna a relação possível e verdadeira.

Através do olhar atencioso e interessado, expressamos o sentimento e sendo o outro uma criança, que se comunica de forma intensa através do olhar, será mais fácil perceber as nossas outras formas de expressão oral, facial, quando está com seu olhar fixo no nosso. Demonstrar interesse, através de gestos, atitudes, palavras, olhar, sentar-se ao lado é uma forma de reduzir as barreiras entre as pessoas, para que elas se revelem mais profundamente. Conforme Rogers (1977), devemos reduzir os motivos de barreiras e de receios e abrir canais de comunicação através dos quais as pessoas expressam seus sentimentos e percepção.

Neste modo de cuidar utilizamos a pedagogia, na medida em percebemos que estamos utilizando um método prático para ensinar. Através deste modo de assistir a pessoa, reforçamos positivamente o "humano" que existe em nós e na criança; imprimimos o sentido da humanidade e valorizamos as atitudes importantes no processo de crescimento e desenvolvimento.

6 - Fazer os registros no cartão de vacinação enquanto interagimos com a criança e com a família. Enquanto a enfermagem faz os registros sobre a vacina, pode oferecer brinquedos e aproveitar para observar as aptidões da criança de acordo com a sua idade (se ela segue objetos com o olhar, faz apreensão com as mãos, firma a cabeça ou fica sentada, etc.); observar as expressões corporais e a maneira como responde aos estímulos; observar o relacionamento familiar, se pais e bebês fixam o olhar um no outro, se os pais seguram o bebê firme no colo, se conversam com o bebê.

7 - Explicar sobre as vacinas que a criança irá receber e as possíveis reações adversas. Este é o momento oportuno para explicar sobre as vacinas que o bebê irá receber, sobre as doenças que imunizam, as reações adversas e cuidados a serem seguidos. Considero este momento oportuno para dar orientações, uma vez que os pais, neste momento, estão disponíveis para a enfermagem, enquanto que depois da aplicação da vacina estarão envolvidos com a criança e poderão não prestar atenção naquilo que lhes é falado e se isso ocorrer à enfermagem poderá falhar no cuidado, por não considerar o momento oportuno para a escuta.

2 – PREPARANDO-SE PARA O PROCEDIMENTO

8 - Preparar a vacina de modo que os pais possam observar o que a enfermagem está fazendo. Ao agir desta forma a enfermagem está favorecendo o processo de ensino-

aprendizado que beneficia a autonomia; humaniza a assistência de enfermagem, o serviço de saúde e fortalece a bioética. Esta prática proposta busca articular a tecnociência com as necessidades que emergem da família de ter informação, esclarecimento de dúvida, permitindo-lhe agir e interagir em favor do processo de viver (Selli, 1997).

9 - Explicar ao bebê sobre o que irá acontecer e proceder a aplicação da vacina.

Solicitar aos pais que coloquem o bebê sentado no seu colo e com a cabeça elevada. A criança deve ser posicionada com a cabeça elevada para que a enfermagem possa falar com ela, olhando em seus olhos e explicar tudo o que irá fazer. Se necessário, a enfermagem deve sentar-se ou abaixar-se para que fique com os olhos na altura do olho do bebê. Proponho que falemos para o bebê que faremos uma vacina e que esta serve para protegê-lo de doenças. Segundo Eliacheff, (1995), as palavras dirigidas diretamente à criança, designam-na como sujeito e oferecem-lhe a possibilidade de habitar seu corpo. Assim sendo, penso que devemos falar do local onde a vacina será aplicada, explicando que primeiro passaremos o algodão (permitir que a criança toque no algodão se desejar) e depois aplicaremos a vacina, que a agulha ao passar através da pele causará dor, mas que é uma dor que ele poderá suportar e que logo irá passar, que poderá chorar se quiser, que os pais estarão junto para ajudá-lo e assim como nós para apoiá-lo. Tudo isto, propomos que seja feito com a criança no colo dos pais.

O bebê será orientado a permanecer no colo da mãe ou do pai, junto ao corpo deles em posição de amamentação. Uma das mãos do bebê ficará para trás, o braço sob a axila de quem o segura. Com a mão do membro que apoia o bebê a pessoa segura a outra mão do bebê e com a outra mão a pessoa segura a perna do bebê na articulação do joelho, pressionando sobre seu próprio corpo, se for necessário contê-lo. Se a vacina for no braço, o bebê poderá ficar sentado no colo e os pais deverão envolver o bebê em um abraço de forma a contê-lo. Desta forma se assegura o contato físico carinhoso com o peito dos pais e a contenção dos movimentos do bebê para maior segurança na aplicação da vacina.

A posição na maca afasta o bebê de seus pais no momento em que ele irá sentir dor, o que contribui para um sentimento de insegurança. Além disso o bebê, quando colocado na posição horizontal, levará os pais a assumirem uma posição de colocar-se sobre eles. "Estar sobre" pode dificultar a interação e indicar opressão na medida em retira-se à força da criança para reagir. A posição horizontal impõe à criança a condição de submissão. Pressuponho que a criança deitada

de costas, vendo os adultos segurando-a, percebe-os muito maiores do que são. A seringa e a agulha também parecerão maiores, quando associadas à dor pela injeção. A criança sobre a maca poderá ficar solta, sem contato físico de ambos os lados e neste caso a contenção de seus movimentos fica mais difícil.

A enfermagem deve considerar que a criança fique em posição que lhe permita participar deste processo, como um ser capaz de compreender, tolerar e aceitar o que quer que seja feito. Entendo que este item da proposta assistencial é um dos mais importantes no que diz respeito à consideração que necessitamos ter com a criança, que é o sujeito direto da vivência e da experiência. Dizemos direto, porque as outras pessoas envolvidas no cuidado, como a enfermagem e os pais, também estarão experimentando emoções e sensações que a criança, através do seu corpo, seus movimentos, seu olhar, seu sorriso ou seu choro lhes despertam. No entanto a criança experimentará a dor e é sobre o seu organismo que agirá a vacina que lhe administram, portanto ela é o sujeito e a enfermagem e os pais co-participantes.

É necessário reconhecer que cada pessoa é diferente da outra e "*(...) que cada pessoa tem o direito de utilizar a sua experiência da maneira que lhe é própria e de descobrir o seu significado, tudo isso representa as potencialidades mais preciosas da vida*" (Rogers, 1977, p. 32). Acredito que, na medida em que a criança é tratada como pessoa, que entende a comunicação, o sentimento e preocupação que o outro tem com relação a ela, demonstra-se que ela é aceita como pessoa, fortalecendo-a a viver de acordo com a própria interpretação do significado da experiência. Rogers (1977) diria que esta é uma tentativa de dar à criança a permissão e a liberdade de desenvolver a sua própria liberdade interior para que possa atingir uma interpretação significativa da sua própria experiência.

No conceito de ser humano que utilizamos, verificamos todos estes itens da nossa proposta, dos pressupostos e dos fatores de cuidado, intrincando-se, como poderemos ver com o que segue: O ser humano é "*(...) uma pessoa em si e de si (...)*" (Watson apud Talento, 1993, p. 259). A criança num processo de construção de si deve ser valorizada como um ser capaz de participar dos relacionamentos, compreender suas próprias vivências e capacitar-se a partir delas; influencia e é influenciada por seus circundantes (Mazet e Stoleru, 1990).

No conceito de enfermagem que utilizo a enfermagem é considerada como uma ciência humana de pessoas e de experiências humanas, mediada por relações de troca entre o enfermeiro e o outro. Na sala de vacina o outro é a criança e com ela devemos fazer o entendimento e nos ajustarmos, utilizando a sua linguagem. A arte, a estética e a ética aparecem nestas relações que procuramos ter com as crianças, quando permitimos a sua expressão que desperta em nós muita emoção e muitas sensações que renovam o nosso desejo de criação e de exercício da prática.

O cuidado que aparece nesta proposta é humano como o proposto por Watson, e é também pedagógico na medida em que disseminamos a informação através de uma proposta de assistir que pode ser assimilada pelos pais na medida em que valoriza e individualiza o outro. É também ético, se pensarmos que é necessário que, desde muito cedo, o adulto tenha uma atitude verdadeira e de consideração para com a criança, passando assim valores que realmente importem a ela e ao mundo. Por fim diríamos que somos políticos, quando valorizamos e ensinamos através de nossa prática o valor que queremos dar ao cidadão que é o nosso cliente.

Se a enfermagem diz para a criança que a injeção não vai doer, está lhe faltando com a verdade, além de subestimar a sua capacidade de enfrentar a experiência dolorosa. O conceito de saúde e doença está relacionado com esta proposta quando se considera que o estresse pode afetar a saúde da pessoa e que a saúde é um processo de adaptação, enfrentamento e crescimento.

3 - CONSOLIDANDO A CRIANÇA E DEMOSTRANDO SOLIDARIEDADE

10 – Permanecer ao lado da criança após a aplicação de vacina, demonstrando solidariedade. Dar apoio, oferecer estímulo, elogiar, ser solidária com a criança e com os pais e, por último, despedir-se da criança e dos pais, colocando-se à disposição, frente a dúvidas ou qualquer necessidade que possa surgir. Este é o momento em que os pais procuram auxiliar o bebê a reencontrar a calma e o bem-estar. Os pais procuram a seu modo dizer ou comunicar o seu sentimento, de pena e de amor, falando baixinho no ouvido da criança; encostando o rosto no rosto; apertando mais forte de encontro ao peito; sussurrando sons ao seu ouvido; ou simplesmente embalando. Seja a forma que for a escolhida pelos pais, é através dela que mostrarão à criança, a forma humana de acalmar a aflição.

A enfermagem necessita mostrar-se solidária ao sentimento dos pais e da criança, aproveitando para auxiliá-los, seja oferecendo um estímulo auditivo ou visual à criança, seja fazendo reforço positivo aos pais que são atenciosos com o seu filho, ou apenas permanecendo ao lado, respeitando um momento íntimo de interação entre pais e filhos. Ficar ao lado significa participar, observando com atenção e interesse e perceber as competências do bebê e dos pais em interagirem um com o outro num momento de angústia. Despedir-se da criança e dos pais e colocar-se à sua disposição é uma forma de reforçar o papel da enfermagem e fortalecer a sua posição de cuidadores, que não só intervêm através de procedimentos, mas que orientam e estão vigilantes às necessidades que possam surgir depois, demonstrando disposição com relação ao cuidado da saúde do cliente.

11 – Fazer encaminhamento de crianças que apresentam sinais de risco para o desenvolvimento. No início, quando elaborei o projeto, pensava em levantar situações que pudessem representar risco para o desenvolvimento, porém na prática as situações começaram a aparecer e necessitei fazer os encaminhamentos. Os encaminhamentos foram feitos à enfermeira da Unidade Básica de Saúde, que fez atendimento individualizado à criança/família. A ética aparece neste momento não somente por uma questão de consciência individual, enquanto ser humano e profissional, mas tem uma conotação mais abrangente, pública, uma vez que temos outros profissionais nos acompanhando e pelo próprio paciente que deve saber sobre as políticas de saúde vigentes na sua cidade.

DESCREVENDO O AMBIENTE

A descrição do ambiente foi feita junto com a equipe da unidade, em vários momentos e em vários dias porque interrompíamos para fazer o atendimento às crianças que chegavam.

A Unidade de Saúde está localizada em uma área central da cidade. No primeiro andar funcionam a Secretaria de Saúde do Município e todos os programas especiais do Estado e do Ministério da Saúde. Trabalham neste local: o Secretário de saúde, o coordenador dos serviços de saúde, da enfermagem e todos os serviços de apoio. Neste mesmo local funciona uma Unidade de Saúde onde alguns atendimentos são feitos no andar superior e outros, como é o caso da sala de imunizações, no andar térreo.

Os funcionários da sala de vacinas são encarregados de fazer toda a distribuição de materiais, vacinas e medicamentos para abastecer as demais unidades de saúde que são em número de 12, além de coletarem material para exames de laboratório, teste do pezinho e fazerem toda a parte burocrática do seu atendimento e dos demais profissionais.

Para chegarmos até a sala de vacinas pela rua, é necessário descer uma rampa ou escada e passar por uma área calçada onde existem dois banheiros públicos e onde fica o estacionamento das ambulâncias da Secretaria de Saúde. Outro acesso à sala de vacinas é interno, passando por uma secretaria onde há uma porta que abre para a sala de vacinas. Chegando da rua pela rampa, entra-se por uma porta principal, num grande hall, com vários bancos com mais de dois metros de comprimento, colocados lado a lado e um atrás do outro. No canto à esquerda há uma porta que dá acesso à farmácia, na parede à frente outra porta que dá acesso aos consultórios. Ao lado desta última há um balcão protegido por vidros com uma abertura central, através da qual as pessoas falam e onde funciona o que chamaremos de secretaria.

Na parede à direita de quem entra e ao lado do balcão de atendimento há a porta que dá acesso à sala de vacinas. Continuando, presa no alto da parede encontra-se uma televisão, mais abaixo e ao lado, um mural, com cartazes do Ministério da Saúde e no canto, um grande ventilador de pedestal.

A porta da sala de vacinas é de duas folhas, cujo centro é de vidro envelhado e as molduras em madeira; está encaixada de tal maneira, que existem frestas de mais ou menos 2,5 cm nas laterais, de forma que se pode enxergar lá dentro e perceber os movimentos das pessoas. Em cada porta existe uma figura emborrachada e colorida de um "Mickey" e uma "Minnie" e escrito "VACINAS" em letras emborrachadas, coloridas.

O pé direito da sala de vacinas é alto, uma característica dos prédios antigos, sendo a parede coberta de azulejo branco até 2,5 m de altura. No lado direito de quem entra há uma janela grande coberta com uma cortina amarelo-clara, com temas infantis coloridos. O restante da parede é decorado com figuras infantis. Nas paredes onde a maca está encostada, existe uma figura recortada de mais ou menos 40 cm do "banana de pijamas" e na outra do "piu-piu". Na parede sobre o balcão, figuras da "Mônica", "cavalinhos", "passarinhos", "vaquinhas", "árvores", "ondas do mar", algumas de isopor.

Quando entramos na sala, ao olhar para a parede da frente, encontramos mais duas figuras do "Mickey" e da "Minnie" e no meio deles escrito com letras coloridas uma ao lado da outra, com o mesmo material emborrachado da porta: "VACINAS ATO DE AMOR E PROTEÇÃO". Ao lado esquerdo da porta de entrada temos uma pequena maca (aproximadamente 120 cm de comprimento) coberta com lençol colorido com desenhos infantis iguais aos da cortina. Esta maca fica com a cabeceira e uma das laterais encostada na parede, e aos seus pés a porta que dá acesso à secretaria, que quando está aberta fica há uns 20 cm da maca.

Na parede bem em frente à entrada principal há um balcão que toma conta de toda a parede. Ele é embutido, fixo, recoberto até as portas por azulejo branco como a parede; tem 4 portas de madeira branca que estão revestidas por um papel *contaf* com fundo branco e desenhos de ursinhos azuis e amarelos e abelhinhas vermelhas. Este armário é coberto por uma pedra de granito preta em toda a sua extensão, até chegar na pia onde se lavam as mãos. Ao lado desta pia, no canto, há um tanque antigo, também revestido de azulejo branco, que está desativado. A torneira está quebrada, de forma que a água sai direto do cano.

Dentro deste balcão estão guardadas seringas e agulhas e sobre o mesmo, à esquerda, uma caixa amarela de papelão duro para descarte de materiais perfuocortantes, pequenas caixas abertas e forradas com o mesmo papel das portas do balcão contêm seringas e agulhas, um pote em formato de "piu piu" colorido, com algodão dentro, duas caixas de isopor cheias de vacinas e um recipiente com álcool. No chão, à esquerda, um balde de lixo.

Em frente ao tanque que já descrevemos, há uma geladeira, e a sua direita uma janela que dá para o pátio externo, na outra parede está um armário de madeira, outra geladeira e um arquivo de metal onde ficam as fichas das crianças que estão sendo vacinadas nesta unidade. Ao lado deste arquivo existe uma escrivaninha que fica de lado para a porta da sala de vacinas e de frente para a porta que dá acesso à secretaria. Sobre a mesa, há mapas, canetas e carimbos. Ao todo existem duas cadeiras, uma em frente e outra atrás da escrivaninha. Sobre a geladeira bichinhos de borracha e nas portas, figuras de borracha do "Mickey", "Minnie". Na parede lateral, mapas de controle de temperatura da geladeira.

Quando descrevíamos o armário com pedra de granito, uma das colegas falou: "Não fala do nosso armário que está na hora de trocarmos o papel *contaf*. Eu senti que a colega tem carinho, e

demonstra sentir-se ligada ao ambiente do seu trabalho, e desejava que eu tivesse e descrevesse o seu ambiente de trabalho com o mesmo carinho que ela sente". Quando estávamos quase terminando de descrever o ambiente físico, alguém me perguntou: "Por que não tiramos fotografias em vez de ficarmos escrevendo tudo?". Achei ótimo poder compartilhar idéias, e assim apresento a seguir as fotografias da sala de vacinas. Antes, porém, gostaria de fazer uma reflexão sem aprofundamento técnico e nem consulta bibliográfica sobre o ambiente físico que acabei de descrever. Verifica-se que nas paredes há figuras emborrachadas e de isopor, portas dos armários com papel *contat*, enfim o ambiente é carregado de estímulos. Conforme já falei na revisão bibliográfica os estímulos necessitam estar acessíveis à criança. Nesta sala de vacinas os estímulos funcionam, chamam a atenção da criança, e a enfermagem usa-os para estimular a criança. Estes estímulos não estão ao alcance do toque da criança. Já os bichinhos de borracha ficavam no início da nossa prática, sobre o refrigerador, depois sobre a mesa, ao alcance das crianças e podem ser facilmente lavados. Pensando sob o ponto de vista do controle de infecção, o ideal seria que os estímulos das paredes e armários fossem em pintura plana e lavável, enquanto os bichinhos de borracha poderiam ser em maior número para que pudessem ser substituídos por outros quando uns estivessem em desinfecção.



Acima: secretaria e porta da sala de vacinas

À esquerda: porta que dá acesso à sala de vacinas



Entrando na sala de vacinas





Acima e à esquerda: janela da sala de vacinas

Embaixo: lado esquerdo da sala, entrando pela porta principal





Em cima e à esquerda: do lado esquerdo vemos a porta principal, no meio a maca e à direita a porta que dá para a secretaria

Embaixo: vista da sala de vacinas de quem entra pela porta da secretaria



RESUMO DA TRAJETÓRIA PERCORRIDA

Neste espaço apresento de forma resumida a trajetória percorrida desde os primeiros encaminhamentos, solicitando a entrada no campo até o último contato. Foram 26 encontros de trabalho, somando em torno de 70 horas.

27-05-99 - Encaminhei correspondência solicitando autorização para pesquisa ao Secretário Municipal de Saúde.

15-06-99 - Recebi correspondência do secretário da saúde autorizando a prática.

18-06-99 - Procurei a enfermeira responsável pelo setor de imunização do Município e combinamos o local onde realizaremos a prática.

06-09-99 - Procurei a enfermeira da Unidade Básica de Saúde para combinar o início da prática - Fiz o primeiro contato e conheci o grupo da sala de vacinas.

08-09-99 - Iniciei a prática - apresentei os objetivos, a justificativa, o marco teórico e o termo de consentimento. Interagi com o grupo e abri o campo de estágio.

10-09-99 - Descrevemos o campo, observei, registrei no instrumento para guiar e registrar a observação e participei de acordo com a proposta assistencial e metodológica.

15-09-99 - Observei, registrei no instrumento, participei, confirmei os registros do instrumento, junto com a equipe.

16-09-99 - Observei, registrei, confirmei e comecei a ensinar a equipe a registrar no instrumento.

21-09-99 - Conversamos e expliquei todos os itens do instrumento para guiar e registrar a observação.

22-09-99 - Observamos, participamos e registramos. Confirmamos os dados.

23-09-99 - Propus que elas passassem a observar umas às outras.

29-09-99 - Eu vacinei, e a equipe começou a observar e registrar.

30-09-99 – Foi um momento difícil, comecei a vacinar conforme a proposta assistencial “um ideal de cuidado”. Mas a equipe não tinha todos os passos interiorizados como eu, de forma que ficavam em desvantagem.

13-10-99 – Difícil reunir o grupo. Reunimo-nos e eu coloquei toda a proposta, foi uma reunião de risos, participações e reflexões.

15-10/18-10-99 - Vacinamos e registramos. Intercalamos os papéis. A equipe começa a ficar mais sensível à prática.

20-10-99 – A equipe estava dividida, esforçava-se para colocar em prática a proposta, mas não estava muito à vontade.

22-10-99 - Vacinamos e registramos conforme o proposto na metodologia.

26-10-99 e 27-10-99 - Vacinamos e registramos conforme o proposto na metodologia. Refletimos e comparamos a maneira anterior de prestar o cuidado com a atual. Equipe passou a vacinar conforme a minha proposta.

28-10-99 - Aparece situação de risco para o desenvolvimento. Fizemos encaminhamento da família para atendimento individualizado.

29-10-99 - Retorna Élen, com quem conversei e tento trabalhar. Não veio paciente e quando veio já estava na hora de sair. Mudamos o horário.

01-11-99 - Tentei novo contato com Élen, não veio paciente, aproveitamos o tempo para conversar e tentei sensibilizá-la.

03-11-99 - Confirmando a aplicação da proposta assistencial na prática, começamos a preparar a saída do campo.

08-11-99 - Mostrei o mapa com a frequência em que aparecem as situações de cuidado. Conversamos sobre a saída do campo.

19-11-99 - Vacinamos e registramos conforme o proposto na metodologia. Refletimos e comparamos a maneira anterior de prestar o cuidado com a atual. A equipe vacina conforme a proposta assistencial “um ideal de cuidado”.

23-11-99 - Reunimos todo o grupo. Avaliamos a prática.

24-11-99 - Revisamos a literatura sobre dor. Filmamos com consentimento dos pais.

25-11-99 - Conversamos. Não teve crianças. Saimos do campo.

13-12-99 - Encaminhei correspondência explicando que estaria fora do campo para fazer relatório, deixando aberta possibilidade de retornar no ano 2000.

Na semana que antecedeu o Natal, estive na unidade de saúde para agradecer e dizer do carinho que a convivência com o grupo e com o serviço fez crescer em mim. No ano 2000 estive duas vezes no campo, sendo que na primeira para levar o relatório da prática para que todas pudessem ler. Na segunda vez para saber como estavam as leituras. Em julho, conforme o combinado, estive no campo, porém uma das pessoas teve que viajar às pressas, e assim marcamos novo encontro para agosto.

VII - O PROCESSO DE CUIDAR NO COTIDIANO DA SALA DE VACINAS

Neste capítulo, apresento de forma detalhada os encontros, diálogos e reflexões ocorridos com a equipe de enfermagem que participou da prática assistencial. Ao longo do texto realizo comentários à luz do referencial teórico e expresso o sentimento que determinadas situações vivenciadas despertaram em mim.

08-09-99 - O dia amanheceu escuro, com muito vento, raios, trovoadas e chuva de pedra, de forma que a maioria das pessoas tiveram que chegar atrasadas ao trabalho. Isso aconteceu comigo, que cheguei na unidade mais ou menos 30 minutos depois do horário combinado. O assunto do encontro foi este, na secretaria que dá acesso à sala de vacinas. Eu estava com pressa para começar a minha conversa com as pessoas que trabalham na sala de vacinas, mas Élen não tinha tomado café em casa e entendi que deveria esperar. Estava ansiosa e preocupada em ser aceita pelo grupo.

Nesse meio tempo, havia uma senhora esperando para fazer uma vacina. Fui para a sala junto com Jacira que foi receber a cliente na porta. Conversou, olhando no olho, demonstrando muito interesse. A cliente ficou em pé e Jacira sentou-se para fazer os registros. Enquanto Jacira escrevia, eu que estava também em pé, cumprimentei a cliente e perguntei-lhe sobre o temporal, e este foi o assunto que permeou o tempo entre Jacira fazer as anotações e preparar a vacina. Finalmente Jacira aplicou a vacina e despediu-se da cliente, que agradeceu de forma carinhosa, desejando um bom dia. Saímos da sala, pedi para tomar um café, ficando junto com a equipe.

Com a chegada de outra paciente retornamos à sala de vacinas, Élen e eu. Ela recebeu a cliente que permaneceu em pé, registrou os documentos, preparou e aplicou a vacina. Logo após aplicar a vacina saiu da sala, e a paciente, com o algodão no braço, perguntou - "*Já posso tirar?*".

Eu me dirigi a ela, retirando o algodão e dizendo que poderia se vestir. Neste tempo em que Élen saiu, voltou Jacira que terminou de conversar com a cliente e despediu-se dela.

Neste primeiro dia observei que as pessoas permaneciam em pé enquanto aguardavam para serem vacinadas, enquanto a enfermagem fazia as anotações na carteira. Começo a fazer reflexões, e penso que ficar em pé indica que o atendimento deverá ser rápido, sem muito envolvimento. A situação em que a enfermagem aplicou a injeção e saiu da sala indicou pouca humanidade, ou seja, na medida em que aplico uma injeção e me afasto, é como dizer que não me importo, ou que estou muito ocupada. Por outro lado, ao perceber o que ocorreu, levantei-me rapidamente, retirei o algodão e ajudei a pessoa, tentando ser solidária com a pessoa e com a colega, demonstrando a preocupação tanto com o outro quanto com a imagem que ele fará de nós e da profissão. O fato de a outra colega da equipe dar continuidade ao atendimento indica também entrosamento entre a equipe e solidariedade, parceria entre os colegas da equipe de enfermagem.

Contudo entendo que é humano e ético atender a pessoa como pessoa e não como objeto, para que possamos, de acordo com o nosso marco teórico, manter níveis elevados de saúde, demonstrar e praticar o cuidado de modo interpessoal, considerar as necessidades humanas, nossas e do paciente, promover a saúde e o crescimento individual e familiar através do nosso cuidado; para promover o melhor ambiente para o cuidado é necessário que tenhamos contato com a pessoa, conversemos com ela, olhemos no seu olho, observemos as suas reações antes, durante e após o procedimento até a sua saída da sala.

Com a chegada de outras duas pessoas a equipe ficou assim constituída: uma enfermeira; uma técnica de enfermagem; duas auxiliares de enfermagem e a mestranda. Uma outra auxiliar de enfermagem que não participou deste primeiro encontro juntou-se ao grupo nos dias que se seguiram. Mais tarde a técnica de enfermagem aposentou-se não sendo substituída até o final do estudo.

Perguntei se era possível conseguirmos cadeiras para que pudéssemos sentar, pois conforme o marco teórico, é necessária a previsão de um ambiente que favoreça o crescimento e as trocas entre as pessoas. Jacira, muito disponível, foi procurar e trouxe as cadeiras. Sentamo-nos em círculo, ao redor da escrivaninha, na própria sala de vacinas. Procurei sentar-me ao lado da mesa, com a preocupação de dar importância igual a toda a equipe. Procurei falar olhando nos

olhos de cada uma e com o corpo e as mãos voltadas para frente, pensando em falar não só com as palavras, mas mantendo uma postura de interesse pelo grupo. De acordo com o meu referencial o cuidado deve ser demonstrado e praticado de modo interpessoal, e adotei, com a equipe de enfermagem a mesma postura que desejava que tivesse com a pessoa/cliente, dentro de uma proposta educativa baseada nas idéias de Rogers que acredita que as pessoas modificam seus conceitos e sua autocompreensão através de recursos próprios que são ativados, quando houver um clima favorável e facilitador.

Iniciando a reunião falei: *"Para iniciar o trabalho primeiramente necessito integrar-me com vocês, para isso preciso conquistar a atenção e o interesse de vocês, o que não é muito fácil e me deixa um pouco nervosa"*. Agindo desta forma estava buscando criar um clima facilitador para o desenvolvimento pessoal, o que requer que sejamos sinceros, autênticos. Expliquei o tipo de prática que iríamos realizar, e que, a partir das vivências e situações que fossem ocorrendo, iríamos refletir sobre as nossas ações e reações. Propus que a equipe participasse, e compartilhasse comigo o desafio de desenvolver tal proposta.

Esclareci que Jean Watson é uma teórica de enfermagem com uma visão humanista do cuidado de enfermagem e que este consiste em cuidar de um ser com corpo, mente e alma. Afirmei que concordava com a autora que somos um intrincamento de corpo, mente e alma ou espírito, e que como seres humanos transcendemos o nosso existir no momento presente. Expliquei que era minha pretensão tentar aplicar os ensinamentos desta teoria no cotidiano na sala de vacinas.

Desejava envolver o grupo com a proposta de forma que participassem, sabendo o que estavam fazendo e que a partir de um processo de ação e reflexão, as modificações pudessem de fato acontecer, primeiro nas pessoas e depois no cuidado, ou, ao contrário, que as pessoas sentissem-se tocadas pela prática e pelas reações que ela desencadeasse e assim entrariam num processo de transformação.

A seguir falei das questões éticas e do termo de consentimento e informação o qual continha as principais idéias e objetivos do trabalho. Na medida em que lia, observava atentamente as reações de cada uma e percebia através dos movimentos com a cabeça e do brilho nos olhos que aquele assunto as interessava e que estavam desejando falar.

Conforme a teoria devemos perceber não só aquilo que é expresso em forma verbal, mas aquilo que está subjacente e manifestar às pessoas para que sintam liberdade de expressar os seus sentimentos; como diria Rogers (1983) manifestamos o nosso consentimento. E isso foi acontecendo na medida em que falamos do número de vezes que a criança comparece na sala de vacinas e o número de vacinas que recebe. Todos participaram fazendo correções, uma vez que a Sociedade Brasileira de Pediatria: Comitê de Infectologia Pediátrica (1991) segue a orientação da Academia Americana de Pediatria que indica a aplicação de vacina contra haemophilus influenzae tipo b (Hib), e uma dose de reforço aos 15 meses. Esta orientação é seguida pela maioria dos pediatras na nossa cidade, por isso foi colocada desta forma no meu projeto. Na prática ocorre que o Ministério da Saúde indica a Hib em 3 aplicações antes do primeiro ano de vida, não indicando a dose de reforço. Esta discussão foi importante, uma vez que todos participaram e deram a sua contribuição, enquanto eu procurava dar importância à contribuição de todas para que se sentissem importantes e membros de um grupo que iria trabalhar junto.

Continuando a leitura, falei que na sala de vacinas temos oportunidade de observar a criança e a família e perceber seu comportamento e seu desenvolvimento. Percebi que isto fazia sentido para elas e novamente seguindo a teoria falei: *“Penso que vocês estão com vontade de falar...”*. Elas falaram:

“Claro que observamos. Imagina, nós que já trabalhamos em pediatria, é só colocar o olho e já percebemos se a criança tem alguma coisa. Tem mãe que não quer entrar para acompanhar a criança na hora da vacina, e outras balançam o bebê o tempo todo”.

Quando falei que pressupomos que a criança faz registros das suas experiências e estes registros podem ser negativos ou positivos elas acrescentaram:

“Jamais esquecerei do meu dentista, era grosseiro e dizia: senta aí, bem quietinha”.

“Se não ficar quieta terei que te amarrar na cadeira”.

“Jamais esquecerei da minha primeira experiência no hospital quando fui ter a minha filha (diz o nome da filha). Eu fui para o hospital sozinha, morrendo de medo e com todos contra mim”.

Neste momento interrompo e digo: *“Você era solteira, não é?”* Desejava que ela sentisse que estava sendo compreendida e que provocava uma reação em nós.

Ela continuou: *“Sou até hoje, mas imaginem como cheguei assustada no hospital, no meio da noite, sem conhecer ninguém, e fui tão bem tratada por aquela colega, que me tratou com tanto respeito, carinho, me encorajou e disse que iria cuidar de mim. Tomou tudo mais fácil, me fez sentir segura e a partir desta experiência resolvi fazer enfermagem. Quando entrei pela primeira vez no hospital pedi para trabalhar na maternidade, pois tinha desejo de ser como aquela colega. Eu queria tratar as pessoas da mesma forma humana como eu fui tratada. Acabei por trabalhar em uma unidade clínica, depois fui para a pediatria onde estou até hoje...”*

Novamente interrompi para dizer: *“Você está muito bem, está bonita...”*

Entre risos das outras colegas ela falou: *“É o reflexo de trabalhar menos, se eu estivesse ainda trabalhando nos dois hospitais, ontem teria trabalhado o dia todo e não estaria com esta aparência”.*

Esta frase reflete o bem-estar da pessoa que ao cuidar de si sente-se melhor, mais bonita e disposta para o trabalho e para as brincadeiras. Ao fazer esta opção de trabalhar menos, aparece o amadurecimento da pessoa que é capaz de optar sobre o que é melhor para si. Watson coloca que o enfermeiro, através das suas próprias experiências pessoais, pode desenvolver um comportamento de cuidado baseado em valores humanistas e altruístas (Talento, 1993).

Élen que ficara só ouvindo, fala timidamente, olhando para mim: *“Você lembra como trabalhávamos bem com os pais, naquela época?”*

Eu que sabia sobre o que ela estava falando, perguntei: *“Todos aqui sabem daquela experiência?”*

Duas pessoas acenam positivamente com a cabeça. Expliquei que foi um trabalho que realizamos em um hospital da cidade, trazendo o pai para junto do bebê recém-nascido. *“Na época Élen trabalhava no berçário e fazia tudo sozinha”.* Desejava reforçar positivamente e valorizar a pessoa e o profissional que é Élen.

Élen conta: *“Quando o casal internava, íamos até o quarto, nos apresentávamos, explicávamos que éramos do berçário e que iríamos cuidar do bebê após ele nascer. Explicava que o pai ficaria junto comigo, acompanhando e participando, desde o momento em que eu fosse até o centro obstétrico buscar o bebê, durante os procedimentos no berçário, e por fim, que poderia levá-lo para o quarto, mesmo enquanto a mãe não tivesse retornado. E assim era feito....”*

Percebo que Élen fala com calidez, relembra e conta de forma carinhosa esta experiência que traz registrada em sua memória.

Élen continua: *“O pai ia junto buscar o bebê, que era entregue pelo pessoal do centro obstétrico ao pai que carregava seu filho nos braços até o berçário e lá dentro ficava junto, assistia à aplicação do kanakion, o peso, a higiene...”*

Volto a falar: *“Eu sinto que muitas relações iniciam ou reiniciam num momento de contato íntimo como esse. Muitos homens chegavam fechados, bravos, às vezes, até com a esposa e a partir do momento que tinham este tipo de contato com seu bebê tornavam-se carinhosos, desarmados e amáveis com a esposa”.*

Ficamos por instantes em silêncio, como se Élen e eu estivéssemos contemplando algo valioso das nossas vidas... e por fim concluímos que a criança faz registros desde antes de nascer e assim sendo, com certeza, faz registro aos dois meses, quando conversamos com ela, na hora em que recebe uma vacina.

Todos participaram, fazendo sinal positivo com a cabeça, sorrindo, os olhos de algumas brilhavam ... Eu li o último objetivo da nossa prática que é interagir com a equipe e falei: *“Desejo que não seja eu, fazendo um trabalho e vocês me ajudando, mas que algo aconteça com vocês, que sintam que é bom e que possam continuar”.* Depois de explicar mais alguns detalhes sobre a metodologia, pergunto: *“E basta saber agora se vocês querem participar? ...Daí passaremos para a última folha que é o termo de consentimento”.*

Elas dizem entre risos e procurando caneta: *“O que vocês acham, vamos querer?”;* *“Acho que sim”;* *“Imagina, só de ouvir agora, aprendemos tanto”.*

Alguém pergunta: *“Precisa escrever o nome novamente aqui embaixo?”*

Eu olho e percebo que pedi para escrever duas vezes o nome, e respondo: *“Não precisa, ficou repetido”.*

Conforme a metodologia (Fase 1), desejava num primeiro momento interagir com o grupo e o mesmo dá sinais de que interage e participa na medida em que faz crítica, relata a experiência, fala sobre si, dá o seu consentimento, e encerra a reunião junto, uma vez que o momento de encerrar não foi anunciado. A reunião encerrou-se, porque o momento era de todo o grupo.

10-09-99 - Levei um recipiente com pedaços de bolo e coloquei junto à bandeja do café. Depois de ter cumprimentado as pessoas que estavam na secretaria, entre elas, Élen e Diva, fui para a sala de vacinas e comecei a descrever o ambiente, elas me seguiram e começamos a conversar. Expliquei o que estava fazendo e perguntei se gostariam de ouvir o que eu havia escrito da reunião do dia anterior. Aproveitei para dizer que era importante, e que elas me ajudariam a confirmar a veracidade dos registros feitos.

Antes de começar, perguntei onde estavam as outras colegas. Elas explicaram que nesta unidade as pessoas que trabalham na sala de vacinas atendem outros setores, de forma que a pessoa que assume a sala, no início da manhã, em torno das 9 horas e 30 minutos vai para outro setor coletar sangue para o teste do pezinho, mas ela só sai quando a outra colega que está na sala de coleta de outros exames de laboratório termina de coletar e vem para a sala de vacinas. A outra colega que neste horário também está coletando material para o laboratório, atende a sala de vacinas nas folgas das colegas.

Iniciei a leitura do relatório e na medida em que lia, explicava que uma nota de reflexão é quando escrevemos sobre o que refletimos da prática; nota teórica quando escrevemos algo que relacionamos com a teoria, conceitos, nota de sentimento quando falamos dos nossos sentimentos e nota metodológica se refere às modificações que introduzimos na metodologia. E assim fui explicando sobre a metodologia que usarei para relatar e registrar a prática...

Após ter concluído a leitura, perguntei se havia deixado de relatar algum fato e Élen lembra que não relatei sobre a experiência que Jacira contou de uma mãe que num determinado dia sacudia o filho de 3 meses que dormia tranquilamente no seu colo. Naquela ocasião ela conversou com a mãe, questionando-a sobre o motivo que a levava a balançar tanto o bebê que dormia tão calmamente. Comentamos que, às vezes, as mães não se dão conta do que estão fazendo e podemos verbalizar o nosso sentimento a elas, o que as levará a refletir sobre a sua prática. Neste dia também conversamos que ao final desta prática gostaríamos de poder registrar comportamentos que podiam representar risco para o desenvolvimento da criança.

Senti que elas ficaram muito contentes em ouvir os registros, mas principalmente de ouvirem a sua própria fala, enquanto eu lia com entusiasmo e emoção, demonstrando a importância que cada fala teve para mim. Elas sorriam e acenavam positivamente com a cabeça, demonstrando

estar gostando de participar. Pensei que esta prática seria educativa, na medida em que as pessoas se reconheciam, na sua fala e na dos outros, e na medida em que os relatos despertavam emoções e sentimentos. Estava oculto o meu desejo de que elas reconheçam seus sentimentos como sentimentos humanos e necessários na relação de cuidado da criança e da família. Passamos a descrever o ambiente físico, conforme proposto na metodologia, mas logo tivemos que interromper, pois chegaram duas crianças para serem vacinadas.

Neste dia, quando já estava em casa escrevendo e refletindo sobre a prática, decidi que ficaria menos tempo no campo e passaria a usar o gravador, pois necessitava de muito tempo para fazer tantos registros e talvez não desse conta de um dia para o outro. Questionei-me sobre por que não esperava as outras colegas para a pequena reunião que fizemos e também para a descrição do ambiente. Considerei dois motivos: o primeiro, por ansiedade em querer mostrar para a equipe o trabalho, e o segundo, porque tenho que trabalhar com a realidade, então se duas das colegas, naquele momento, estavam fazendo coleta para o laboratório, e a outra estava envolvida com outras atividades da unidade, entendi que deveria trabalhar com quem estava disponível naquele momento.

15/09/99 - Diariamente, ao chegar ao campo, cumprimentava a equipe, fazia uma brincadeira, perguntava sobre o serviço, sobre elas, ou sobre outro assunto qualquer que fosse do interesse do grupo naquele momento, procurando fazer a interação e logo me dirigia à sala de vacinas. Já na sala de vacinas, propus a Gabriela ficar observando-a vacinar; além disso, fiquei participando, cumprimentando as pessoas, falando com o bebê, oferecendo-lhe brinquedos e procurando deixar a mãe à vontade. Na medida em que o movimento aumentou, ajudei a fazer os registros nas carteiras de vacinação e nas fichas da unidade. Neste período em que fiquei na sala, muitas crianças e adultos foram vacinados, porém registrei apenas o atendimento de três crianças e fiquei ajudando a atender as pessoas que chegavam. Não me sentia à vontade apenas observando e fazendo pequenas participações quando havia um grande número de pessoas para serem atendidas. Sentia-me na obrigação de ajudar as colegas, uma vez que elas também estavam me ajudando, abrindo o espaço e participando da minha prática. Desejava me colocar de forma verdadeira, de acordo com os meus sentimentos, em cada momento e seguindo os ensinamentos de Rogers que diz que a transparência leva à congruência. Porém nestes períodos de maior participação procurava agir de acordo com a minha proposta assistencial.

Nesta manhã, estive na sala a enfermeira que é responsável pelo programa de imunizações do município, com quem fiz os primeiros contatos antes de entrar no campo. Ela estava acompanhada de uma aluna do curso de graduação e de uma senhora que tinha sido mordida por um gato e deveria fazer vacina anti-rábica. A colega perguntou-me sobre o andamento do meu trabalho. Contei-lhe com entusiasmo, sentindo que seria bom envolvê-la com a idéia da proposta, porque ela coordena todo o serviço de imunização do município, é sensível às necessidades da criança e acolhe as idéias que venham beneficiar a mesma. Este sentimento com relação à colega é resultado de conversas que já tivemos em outros locais onde trocamos idéias.

Comecei a perceber que a sala de vacinas é bem movimentada. Enquanto conversava, observava a auxiliar de enfermagem que não parava de trabalhar, atendia um cliente após o outro (nesta época do ano, algumas pessoas adultas estão fazendo a segunda dose da DT). Chamou-me a atenção que num dado momento entraram cinco senhoras idosas, sendo que uma delas era bem velhinha e a outra parava apoiada em uma bengala e tremia muito. Na sala de vacinas só havia uma cadeira para os clientes. Fui até a sala ao lado procurar outra cadeira, mas não encontrei. Somente uma das cinco senhoras pôde sentar-se, as demais permaneceram em pé. Em determinado momento, uma delas foi chamada de "vovó". Pensei que este era um exemplo de assistência que despersonaliza a pessoa. Primeiro, por entrarem juntas, sem se conhecerem; segundo, por terem que expor parte do corpo, braço, nádega, na frente uma da outra e, terceiro, quando uma pessoa é chamada por "vovó" e não pelo seu nome. Este trabalho é dedicado às crianças, mas não posso deixar de perceber que os idosos, devido as suas condições físicas, sociais, emocionais, também necessitam de condições ambientais e atenção diferenciada.

Watson refere que o cuidado humano na enfermagem está ameaçado pelo desenvolvimento tecnológico, pelas restrições burocráticas e administrativas das instituições (Watson apud Talento, 1993). Esta situação mostra que o atendimento de forma massificada tende a ser desumanizado e que a pressa da enfermagem, a falta de iniciativa e de senso crítico, leva a enfermagem a assumir sozinha um trabalho, quando poderia solicitar ajuda de um colega. O cuidado não foi praticado de modo interpessoal, levando em consideração adequação do ambiente, de utilização do conhecimento biofísico aliado ao conhecimento do comportamento. Não se respeitaram as necessidades das pessoas de serem atendidas de forma individualizada, de poderem sentar-se, de serem chamadas pelo nome e consideradas como cidadãs, numa

demonstração de respeito e estima que devemos ter com todo o ser humano, independente da idade que tenha.

Chamou-me a atenção que as crianças, neste dia, foram colocadas na maca na hora de receberem a vacina e a enfermagem posicionou-se ao lado da cabeça do bebê, ficando a mãe aos pés da criança. Esta posição era contrária a nossa proposta assistencial e nós a consideramos desumanizante. A criança, nesta posição, foi afastada da mãe no momento em que sentiu dor. A mãe, que é a pessoa mais próxima da criança, com quem ela mantém relação de vínculo, ficou afastada do contato físico e afetivo e do campo de visão da criança. Esta ação contraria todos os pressupostos do marco teórico e todos os fatores de cuidado propostos por Watson. Após cada atendimento, confirmava com os colegas os registros que havíamos feito.

16-09-99 - Neste dia, a grande novidade foi que a técnica em enfermagem que trabalhava na sala de vacinas, que iniciou participando da prática assistencial, aposentou-se. Todos foram tomados de surpresa pela novidade, inclusive ela. Fiquei feliz pela colega, pois ela aguardava a aposentadoria e será bom para ela. Mas por outro lado, fiquei sentindo muito por ter perdido uma companheira na minha prática assistencial. Neste curto espaço de tempo em que convivemos, ela demonstrou ser muito sensível com as crianças e pais, olhava no olho, quando conversava, e seu olho brilhava.

Apesar da saída da colega prosseguimos a prática com uma pessoa a menos na equipe. Neste dia Gabriela e Diva estavam na sala de coleta de exames de laboratório e eu fui para a sala de vacinas com Élen, a quem relatei as observações e registros do dia anterior. Quando mostrei a descrição do ambiente físico, Élen falou que muitas vezes sente-se constrangida, pois os pacientes têm que despir parte do corpo e a porta da sala de vacinas que dá para o hall tem uma fresta e alguém pode ver de lá de fora. Relata que outro dia estava fazendo uma vacina e entrou um motorista pela porta interna, o que lhe causou muito constrangimento, assim como para a cliente. Conta que chamou a atenção do motorista para nunca entrar sem bater em uma porta que está fechada.

Comentei que chamou a minha atenção que a maca onde as crianças são posicionadas para receber a vacina fica localizada junto a duas paredes e uma porta, ficando somente um lado disponível para a enfermagem e para a mãe. Élen concorda e conta que já aconteceu de estar aos

pés da maca aplicando uma vacina e alguém abrir a porta e bater em seu braço. Refere também que nos dias quentes, quando a janela fica aberta, é comum as pessoas ficarem espiando para dentro. Discutimos sobre a possibilidade de mudar a posição dos móveis, de forma que a maca fique num canto mais protegido da sala, onde não tenha a circulação das portas.

Converso com Élen, que gostaria de passar para a outra fase do trabalho, onde ela pudesse fazer os registros da observação enquanto a colega vacina. Apresento-lhe o instrumento para guiar e registrar a observação (anexo 5) e proponho que façamos juntas e assim, quando Gabriela chega, ela começa a vacinar e nós observamos e registramos. Foi difícil, porque a sala começou a ficar movimentada, mas foi bom, porque Élen começou a refletir ao observar Gabriela e comentou sobre a posição da colega, junto à cabeça do bebê e a mãe aos pés. Relatou que faz diferente, fica sempre aos pés do bebê, deixando a mãe ficar na cabeceira. Fiquei contente, pois era isso que desejava que acontecesse. Ao observar a outra, Élen consegue ser crítica, pensa no seu modo de fazer e reflete sobre a melhor forma de agir.

Élen teve que ir para outra sala fazer coleta de sangue para o teste do pezinho, e eu permaneci na sala de vacinas com Gabriela. Neste horário o movimento na sala de vacinas é mais intenso. Mesmo assim, tenho tempo de apresentar o termo de consentimento e informação, já que Gabriela não estava na primeira reunião. Observo que Gabriela já está a par do que vou falando e comenta que as colegas têm-lhe falado sobre o que fazem, quando não está presente.

Fico sabendo que Gabriela, além de atuar nesta unidade de saúde, trabalha à noite num hospital, cuida de sua casa, tem filhos. E nesta unidade de saúde desempenha muitas tarefas, além de cuidar da sala de vacinas, faz coleta de material para exame de laboratório, distribui material nas salas, divide o material que vai para as outras unidades de saúde e algumas vezes desloca-se até essas unidades para levar vacinas e distribuir material. Sinto que não consegui interagir satisfatoriamente com a colega, ela não me olha, quero conhecê-la melhor. Ela parece estar muito envolvida com suas atividades.

21-09-99 - Logo que cheguei à unidade encontrei Gabriela que estava organizando um consultório. Eu cumprimentei-a, nos beijamos e ficamos conversando. Senti-me acolhida por Gabriela e diria que, pela conversa que tivemos, estamos expressando os nossos sentimentos uma

a outra. Rogers diria que Gabriela e Terezinha, ao expressarem seus sentimentos, provocaram uma reação positiva uma na outra.

Fomos para a sala de vacinas e eu coloquei que gostaria de passar para a fase seguinte do trabalho com ela. Combinamos que iríamos continuar o trabalho, já que as outras colegas tinham outras atividades. Comecei a explicar todos os itens constantes no instrumento para guiar e registrar a observação (anexo 5), sempre explicando e justificando cada atitude e relacionando com o marco teórico.

Nesta mesma manhã, Gabriela vacinou e eu observei e registrei a observação. Quando a família saiu, confirmamos os registros feitos. Observei que Gabriela começou a mudar sua fala. Após a aplicação da vacina falou para a avó a quem ficou chamando de mãe: “Dá um abraço... pega no colo...” Anteriormente Gabriela não falava isso para a família.

22-09-99 – Gabriela vacinou enquanto eu observava participando e fazendo registros. A primeira criança que foi vacinada recebeu a segunda vacina sem que tivesse parado de chorar da primeira aplicação e teve dificuldade de acalmar-se. Esta história relatamos como primeiro caso que mereceria atenção especial no capítulo VII.

A segunda criança que foi vacinada está descrita como segundo caso que mereceria atenção especial no capítulo VII. Observei esta criança recebendo duas vacinas na mesma coxa, uma a seguir da outra, como se fosse um único procedimento. É um assunto delicado a criança receber uma vacina a seguir da outra, parece ser um procedimento normal e por isso mereceu ser tratado com cuidado. Na hora de confirmar os registros feitos, pedi à colega que confirmasse o que eu havia registrado sobre a aplicação de vacina e não falei nada, apenas registrei. Ao refletir sobre a prática deste dia senti certa indignação ao pensar que uma criança deva receber uma injeção após a outra sem que tenha tido tempo de acalmar-se ou sem que tenha sido preparada para isto. Penso que isso é uma forma institucionalizada de maus tratos à criança.

Neste mesmo dia, Gabriela vacinou a criança no colo da mãe. A criança reagiu muito bem após a aplicação, rindo, batendo palminha, brincando de esconder. Observei, registrei e confirmei os registros com Gabriela e Diva que havia chegado durante o procedimento. Diva ficou brincando com a criança e ajudou a vesti-la, enquanto Gabriela afastou-se para desprezar a seringa.

23-09-99 – A unidade estava muito movimentada, mas o movimento era nos consultórios. Encontrei Gabriela, Élen e Diva. Senti que estava sendo esperada no campo. Diva disse: "*Já havíamos perguntado se não virias hoje*".

"Hoje não tinha vontade de vir...". Respondi e expliquei de forma sincera que estava um pouco angustiada, que havia estado com a minha orientadora e que deverei reescrever algumas coisas de outra forma. Elas perguntaram por que, demonstrando interesse. Expliquei e mostrei que vinha descrevendo a prática em forma de história, quando deveria ter descrito em forma de colunas, separando marco teórico, sentimentos, conceitos, etc... e que isso iria me dar muito trabalho para refazer.

Propus que nos sentássemos para conversar e iniciei contando o que havia escrito do dia anterior. Expliquei que Élen e eu ficamos observando Gabriela e que de agora em diante passaríamos a observar uma a outra. Conversamos sobre o fato de os integrantes do grupo estarem andando na prática em fases diferentes. Gabriela explica que Diva, com a aposentadoria de Jacira, deverá ficar mais na sala de vacinas, mas que por enquanto ficará observando e que necessita passar por um treinamento. Neste dia não vacinamos nenhuma criança.

29-09-99 - Gabriela vacinou e eu observei, registrei e confirmei os dados com ela. Depois ela passou a observar e registrar, enquanto eu, pela primeira vez, vacinei. Ela já conhecia o instrumento para guiar e registrar a prática porque eu vinha fazendo os registros, quando ela vacinava e ao confirmar os dados eu lhe mostrava e trabalhávamos em cima de cada item observando. Vacinei conforme minha "proposta assistencial: um ideal de cuidado", conforme está descrito na metodologia.

No final, refletimos sobre as observações e registros feitos por Gabriela. Ela chamou a atenção ao fato de eu ter reencapado a agulha após o uso. Concordei com ela que foi um erro técnico sobre o qual Watson diria que os fatores de cuidado número 5 e 7 não foram seguidos. Mas ao refletir sobre este fato, sinto que teve um aspecto positivo, pois ao observar a minha falha, Gabriela teve oportunidade de constatar que eu também cometo erros e inicia-se um processo de desmitificação sobre a figura que represento. Isso possibilita uma aproximação e indica que podemos juntas construir o conhecimento.

Fomos interrompidas com a chegada de um grupo de pessoas que trabalha na prefeitura que estavam reivindicando diminuição da carga horária de 8 horas para 6 horas. Gabriela, Élen, Diva e Eu ficamos ouvindo os argumentos do grupo que, por fim, solicitou que elas assinassem um documento de apoio às suas reivindicações. Quando este grupo saiu, Gabriela passou a falar das dificuldades que o município está enfrentando. Colocou que é muito difícil trabalhar assim, que no dia em que chega o material ela tem que dividi-lo e distribuí-lo nos diversos setores, fica muito angustiada. Ela também encaminha para as outras unidades do município os pedidos feitos e ouve as reclamações das colegas por telefone, quando não recebem todo o material. Conta que foi chamada numa reunião com o secretário para ouvir pedidos de economia e redução de gastos. Refere que fica muito dividida, pois sabe das necessidades das unidades, pois além de ouvir as colegas, já trabalhou em um dos bairros. Gabriela coloca que tudo isso atrapalha o seu trabalho e o bom andamento do serviço, da mesma forma que atrapalha a quem está lá nas unidades. Diz: *“Aqui todos trabalham em outros setores ... o ideal seria ficar só na sala de vacinas”*.

Diva complementa: *“Sem contar que as unidades, quando recebem menos material do que o pedido que fizeram, ficam telefonando para nós e, às vezes, nos tratam como se fôssemos as culpadas”*.

Gabriela coloca que todo o excesso de trabalho atrapalha, pois além de ter que atender a demanda da sala de vacinas e de outras salas, não consegue oferecer o atendimento que o paciente gostaria de receber e que elas gostariam de dar. Perguntei se eu não estava atrapalhando o serviço delas.

Gabriela respondeu: *“Às vezes atrapalha, mas queremos ajudá-la e queremos que faça o seu trabalho”*.

Falei de Watson, que coloca que a tecnologia, o excesso de trabalho, as restrições burocráticas levam à desumanização. E neste caso nós percebemos que ela tem razão, a falta de materiais, o excesso de trabalho, traz preocupações, causa estresse e atrapalha o bem-estar da pessoa e do trabalhador, afetando também as nossas ações junto ao cliente, ameaçando o nosso modo de cuidar.

Ao refletir, penso que o grupo é sincero e que atende ao nosso chamado e que, de acordo com Watson e Rogers, estamos tendo uma relação empática, que é necessária e importante para o crescimento de todos.

30-09-99 - Foi uma manhã movimentada, havia muitas crianças para serem vacinadas. Inicialmente, combinei com Gabriela que eu vacinaria e ela ficaria me observando, mas ela não conseguiu fazer todos os registros. Como tinha muito movimento não dava tempo de atender e parar para registrar. Decidi que ficaria ajudando e assim fiz por duas horas e meia. Gabriela fez alguns registros que no final não foram considerados, pois estavam muito incompletos, mas valeu como treinamento e como prática de observação.

Gabriela demonstrou certa frustração por não ter conseguido registrar a prática. Conversei com ela e expliquei que não se preocupasse, que já estou acostumada com o instrumento porque eu o criei, mas ela o está conhecendo agora, mas que logo irá saber tudo. Combinamos o melhor horário para eu fazer a prática, uma vez que o horário de maior movimento é das 9h às 11h e é o horário em que Gabriela está na sala. Nos horários de início e fim da manhã praticamente não há clientes na sala de vacinas.

Saí do campo combinando o retorno para o dia 13/10, já que iria para o Congresso Brasileiro de Enfermagem. Neste momento, Élen e Diva, que haviam chegado, me desejaram boa viagem e boa sorte com o trabalho que sabiam que eu iria apresentar.

Ao refletir sobre a prática deste dia, penso que me senti na obrigação de ajudar Gabriela, pois foram muitos os atendimentos, mas procurei atender a criança e a família de acordo com a minha proposta, cumprimentando, oferecendo estímulo, olhando no olho, colocando o bebê no colo da mãe para vacinar, etc.

13-10-99 - Retornei ao campo da prática depois de ter passado alguns dias afastada. Élen referiu que nesses dias em que estive fora elas trabalharam bastante e que têm vindo alguns funcionários de outras cidades para fazer treinamento na sala de vacinas, alguns são funcionários novos e outros necessitam ser treinados sobre algumas mudanças que ocorreram. Perguntei sobre as mudanças e ela explicou-me sobre o controle da temperatura nas caixas de isopor.

Élen colocou que está faltando uma vacina e que isto é muito ruim, porque o cliente procura e elas não têm para oferecer. Estão anotando a lápis na carteirinha de todos os clientes que procuram, para fazer mais tarde, quando a vacina chegar, pois não acham justo que a criança perca oportunidade de fazer, uma vez que ela procurou e a unidade não tinha a vacina à disposição.

Logo em seguida, chegou uma senhora que foi mordida por um gato. Élen acompanhou a cliente até outro local para conversar com a enfermeira que faz a investigação nestes casos. Enquanto Élen foi acompanhar a cliente, chegou a enfermeira que é responsável pela unidade e com a qual tenho contatos esporádicos, apesar de ela estar participando do trabalho. Expliquei que tenho tido dificuldade de reunir o grupo e, se pudéssemos combinar alguns encontros, seria muito bom. Íris explicou que é difícil, uma vez que as três auxiliares atendem a sala de vacinas, mas ficando sempre somente uma na sala enquanto as outras têm outras atividades. Falei que compreendia e justifiquei que não precisarei de muito tempo, mas que, se puder observar, registrar e refletir sobre um caso a cada dia, já estará bom para mim. Falei também que gostaria de continuar mais umas duas semanas, porque as colegas também têm uma expectativa sobre o resultado do trabalho. Íris fala que poderá tentar ver isto e sai da sala.

Logo em seguida chegam Gabriela e Diva, e eu disse: *“Que bom! Todas juntas!... Será que podemos conversar uns minutos?”*

Elas responderam que sim e eu saí á procura de uma cadeira. Diva, sem que eu tivesse falado nada, saiu e voltou trazendo outra cadeira. Sentamos ao redor da mesa e eu expliquei que gostaria muito de, nas próximas duas semanas, vir para a unidade num horário em que pudéssemos nos encontrar. Expliquei que, como já havia falado anteriormente, a minha prática vai acontecendo com a participação de todas e que seria muito bom que pudéssemos ficar juntas para que, enquanto uma presta assistência ao cliente, as outras fazem o registro e assim vamos alternando os papéis. Falei também que gostaria de acelerar o trabalho nas próximas semanas e encerrar a prática, que me interessava não pelo volume de vacinas aplicadas, mas sim, pela observação e reflexão que fizemos após o atendimento. Perguntei então se poderíamos juntas registrar no instrumento de observação sobre a aplicação da vacina que tínhamos feito anteriormente. Gabriela concordou e assim procedemos.

A seguir propus explicar minha proposta assistencial. Expliquei que tenho utilizado esta maneira de cuidar há algum tempo, mas quero ver se ela é aplicável de fato na prática, na rede pública de saúde. Perguntei: *“Vocês já notaram que quando aplico a vacina, faço um pouco diferente e que Gabriela também começou a fazer algumas coisas diferentes?”*

Gabriela concorda, dizendo que sim e que tem pedido para a mãe segurar o bebê no colo. *“O choro é a forma que a criança tem de se expressar, porque ela não sabe falar e através do choro ela fala”.*

Élen acrescenta: *“A criança sente dor e não podemos enganá-la, dizendo que não vai doer”.*

Iniciei a leitura da *proposta assistencial: um ideal de cuidado*, explicando que esta proposta tem por base o conhecimento sobre vacinas e aplicação de injeção apresentado de acordo com a proposta da teórica, Jean Watson. Desejo saber se é possível trabalhar na sala de vacinas de acordo com os conceitos do marco teórico, as suposições e os fatores de cuidado. Iniciei colocando o primeiro item da proposta que seria: *Convidar a família para entrar e sentar*.

Diva comenta: *“Faz muita diferença convidar a mãe para sentar, porque conversar sentada aproxima as pessoas”.*

Coloquei que o fato de a família sentar ajuda a comunicação ser mais eficiente. Se pudermos sentar, ficando na mesma altura da pessoa com quem estamos, olhando nos olhos, pensamos e valorizamos mais o que estamos ouvindo. Da mesma forma, se estivéssemos fazendo esta pequena reunião em pé, não conseguiríamos uma boa concentração e possivelmente ficaríamos cansadas e logo nos desinteressaríamos.

Que chamemos a criança e os pais pelo nome: Coloquei que entendo que é fácil chamar a criança pelo nome, pois a primeira coisa que a família entrega ou lhe pedimos é a carteirinha e podemos rapidamente passar o olhar sobre o nome da criança e da mãe. Diva coloca que faz uma diferença muito grande ser chamada pelo nome.

Élen conta que num dia estava de crachá e o paciente lhe disse: *“Tchau, Élen... obrigada!”* E ela ficou surpresa e achou o paciente muito educado, pois até o nome dela ele sabia. Diz: *“Nossa é muito melhor!”.*

Gabriela confirma: *“Como no hospital, a gente entra, cumprimenta e chama pelo nome e o paciente olha para o crachá para saber o nome da gente”.*

Perguntei: *“Vocês acham que é possível chamarmos as crianças e os pais pelo nome?”.*

Gabriela responde: *“Não, não é difícil!”.*

“Parece mais familiar chamar pelo nome, aproxima né! Mas não dá para lembrar do nome de todo mundo”, comenta Diva.

Aproveitei para acrescentar: *“Quando o cliente chega a gente dá aquela espiadinha na carteira e já vai chamando pelo nome. Às vezes, a gente chama a criança pelo nome da mãe, porque o nome da criança não foi escrito ainda, mas daí, já temos um bom motivo para iniciar uma conversa e escrever o nome da criança”.*

Que nos identifiquemos para que os familiares também possam nos chamar pelo nosso nome: Sobre isso, todas concordam que basta estarmos de crachá e a pessoa já nos identifica. Elen diz: *“A gente sente-se mais valorizada quando nos chamam pelo nome”.*

Cumprimentar a criança e depois os familiares: Explico que partimos do princípio de que quem vem fazer a vacina é a criança, por isso devemos cumprimentá-la primeiro, depois os pais. Entendo que olhar nos olhos da criança é o primeiro passo para que possamos estabelecer uma aproximação, depois olhar nos olhos dos pais e cumprimentá-los.

Conversar com a criança e com a família para tentar perceber algum grau de ansiedade, abrindo um canal de comunicação, de modo a permitir que falem sobre seus sentimentos positivos e negativos: Gabriela coloca que há alguns dias atrás atendeu uma mãe que estava deprimida, chorava muito e que ela ficou muito preocupada. Disse: *“Acho que ela podia estar com aquela depressão de que você falou. Solicitei ao esposo que lhe desse todo o apoio de que ela estava precisando que, às vezes, as mulheres ficam assim após o parto e, quando não melhoram com a ajuda dos familiares, precisam de ajuda de um psicólogo ou do médico. Quando ela voltou aqui novamente para fazer a vacina da hepatite, ela disse para mim que já estava melhor e que o bebê tinha se acomodado e ela já estava outra pessoa... estava sorridente, feliz, bem melhor...”*

Falei: *“Você conseguiu perceber então que alguma coisa não estava bem?”*

“Sim, assim que ela entrou a gente já percebeu”, colocou Gabriela.

Complemento dizendo que Gabriela está confirmando que podemos perceber ansiedades, e devemos tratar de dizer logo ao cliente "percebi que você está com medo, mas eu posso tentar lhe ajudar", que somos capazes de compreendê-los e que estamos disponíveis para ajudá-los. Parece que só isso já é suficiente para fazê-los relaxar e começar a aceitar a nossa ajuda.

Gabriela começa a rir e diz: *"Agora tem uns que não adianta nem querer conversar, é melhor pegar eles 'na marra', porque quanto mais tu conversares pior é"*.

Élen comenta: *"Não sei se é trauma de hospital, o que é, mas tem criança que a mãe conversa meia hora e não adianta"*.

"Muitas crianças ainda são muito ameaçadas com injeção como forma de punição e isso faz com que sintam mais medo", fala Diva.

Todas falam ao mesmo tempo, e concluo: *"Vocês acham que quando a criança está com medo, ficar conversando aumenta mais o estresse?"*

"Quando a criança está com muito medo e chorando muito, acho melhor fazer logo a vacina e liberar ela, porque se não, a criança fica muito tempo aqui dentro, é pior, mais estresse dá nela, aumenta a angústia por esperar", diz Élen.

Concordei com Élen que, quando percebemos que a criança está com muito medo, devemos agir rápido e verbalizar para ela que percebemos que ela está com medo, que sabemos que a injeção vai doer, mas é uma dor que ela poderá suportar. Devemos dizer que os pais estão juntos para ajudar. Neste caso fazer logo a vacina e depois sim, ficar conversando com a criança sobre o que ela sentiu, oferecer brinquito, para desfazer a imagem que ela tinha.

Diva contou uma experiência, em que ficou segurando a mão da criança que apertava a sua, demonstrando que estava com muito medo. Depois ficou sabendo que os pais castigavam a criança, dizendo que iriam fazer injeção, *"Ela foi assustada, por isso tinha tanto medo..."*.

Comentei que quando a criança chega, pedimos a carteirinha e começamos a fazer os registros, é um momento muito importante, pois temos tempo para observar a criança e a família. É o momento para conversar e quando percebemos que a criança está com medo, temos que orientar, pedir para a mãe vir outro dia aqui na sala, num dia que não tem vacina para fazer, para

trabalhar este medo. Também podemos oferecer um brinquedo para que ela possa se expressar. Podemos pedir para a enfermeira vir conversar com a mãe, avaliar a criança, encaminhar para consulta com a enfermeira. *“O que estou querendo dizer é que um dos objetivos deste trabalho, é que quando vocês perceberem que alguma coisa não está bem devem monitorar, acompanhar esta criança, para ver o que é que está acontecendo, tentar saber se é uma reação só daquele momento, se é sempre assim. Também é importante observarmos a criança com relação ao seu desenvolvimento, se ela segura a cabecinha, se já fica sentada, se oferecemos um brinquedo e ela pega, tenta levar à boca, tenta explorar. Observar como é o relacionamento familiar, se os pais seguram firme o bebê no colo, olham no olho, conseguem consolar”.*

Continuei falando que o próximo passo seria: *Explicar sobre as vacinas que o bebê irá receber, contra que doenças esta vacina imuniza e as reações adversas:* Expliquei que, de preferência, podemos fazer isto antes de aplicar a vacina, porque depois que o bebê faz a vacina os pais ficam preocupados com a criança e não conseguem prestar atenção naquilo que lhes falamos.

Sobre a hora de preparar a vacina: De preferência aspirar o conteúdo para a seringa de frente para os pais, para que eles possam ver o que estamos fazendo, isto fará com que se sintam seguros, porque estamos fazendo na sua frente e possam aprender conosco, para que se algum dia observarem alguém fazendo errado, possam falar. Fazer na frente é uma forma de orientar e oferecer segurança e opção para o cliente. É também uma forma de demonstrar segurança e maturidade, caso surja algum questionamento.

Solicitar que posicione o bebê sentado no colo ou com a cabeça elevada: Entendemos que o bebê, se colocado deitado, vai ter no seu campo de visão o teto, nós vamos parecer maiores do que somos. A posição deitada tem uma conotação de submissão e não de participação e nós desejamos que o bebê participe, pois ele é o maior interessado. Se colocarmos o bebê sentado ou com a cabeça elevada, favorecemos a relação, ficamos no seu foco de visão, podemos cruzar o nosso olhar. *“A seguir explicamos tudo aquilo que vocês já viram e registraram. Vamos fazer uma vacina que serve para lhe proteger, vai ser na perna, primeiro vou passar o algodão, (deixá-lo olhar e tocar, se quiser) depois colocaremos a agulha, neste momento vai doer, mas é uma dor que logo passa, você será capaz de suportar, se você quiser chorar, pode chorar, seus pais estão aqui para lhe ajudar e nós também. É muito importante permitir o choro, porque dói, e o choro é uma forma de expressão”.*

Sobre a *posição do bebê na hora de receber a vacina*, falei: *"Penso que o bebê deva permanecer no colo, porque esta posição permite o contato físico. Quando colocamos o bebê na maca, todos ficam sobre o bebê, sendo que, às vezes, os pais ficam colocados nos pés da maca, de forma que no campo de visão da criança ficamos nós da enfermagem que somos estranhas para ele, e a pessoa que lhe é familiar fica afastada. Se colocarmos o bebê no colo, conforme a técnica que tenho demonstrado, ele ficará contido, e assim que terminar a aplicação, basta soltá-lo e abraçá-lo. Na maca, para abraçar e acalantar o bebê, os pais têm que se curvar sobre ele. Entendo que colocar-se sobre, passa a idéia de opressão, e para quem está por baixo de submissão".*

Continuo falando: *"Tenho observado uma outra posição que vocês usam, quando fazem a vacina do sarampo que é no braço. Normalmente, nesta idade, a criança já fica sentada. Então observo que a mãe abraça a criança para contê-la, de forma que ela fica sentindo o corpo e o calor dos pais e após a aplicação eles só abraçam. Por isso acho que a vacina do sarampo é boa de aplicar na maca. E vocês? Vamos ver agora o que vocês acham?"*

Estela diz que sempre fazia no colo e quando foi instruída a aplicar na maca teve dificuldade, mas acabou acostumando, porém acha que para conter a criança é melhor no colo. Élen e Diva ficam caladas.

Devemos ser solidários com a criança e com os pais e após a aplicação da vacina: Na medida em que permanecemos ao lado, oferecemos algum estímulo, conversamos, brincamos, elogiamos a criança, estimulamos os pais, fazemos reforço positivo das coisas positivas. E quando os pais têm alguma atitude negativa, temos que ter cuidado, para poder transformar em positiva esta atitude. Um exemplo é quando os pais dizem: "Ela é chorona", podemos dizer: "Mas dói fazer injeção, deixe-o chorar, ele está manifestando o sentimento dele". Agindo desta forma, com certeza estamos ensinando aos pais para que compreendam melhor o seu filho.

Neste momento terminamos a reunião, porque já havia crianças esperando para serem vacinadas. Ao fazer a reflexão diária, fiquei pensando em Íris, que acabou não participando do encontro. Senti-me confusa, pois, se esperasse para ter o grupo reunido, a prática não progrediria. Por outro, talvez não conseguiria envolver todas as pessoas na proposta. Por fim, decidi que

continuará trabalhando com as pessoas que estivessem presentes, mas tentaria manter todo o grupo a par dos acontecimentos.

15 e 18-10-99 - Continuamos vacinando e registrando, intercalando os papéis. Gabriela começa a falar e fazer, conforme a nossa prática, elogia e faz carinho nos bebês. Deixa a criança no colo da mãe na hora de administrar a vacina e quando coloca a criança na maca, deixa a mãe na cabeceira e vai para os pés.

Nestes dois dias, observamos duas crianças, que, consideramos, mereceriam atenção especial. (3º e 4º casos). Após fazermos os registros, concordamos que deveríamos ter encaminhado para atendimento pela enfermeira e pelo pediatra. Combinamos que passaríamos a encaminhar os casos que considerássemos especiais para a enfermeira da unidade, uma vez que ela poderá dar acompanhamento à criança/família em outros momentos, pois está sempre na unidade.

Ao refletir sobre a prática do dia, fiquei muito triste e achando que poderia ter cuidado muito melhor daquela criança e daquela família, percebi que ainda não estava me sentindo totalmente à vontade no campo e estava muito preocupada em não alterar muito a rotina lá existente. Dei-me conta de que naquele momento deveria ter saído da função de quem observa e participa para agir, tendo uma atitude ética com a equipe, com a família e comigo mesma.

20-10-99 - Neste dia fiquei com Élen que aplicou duas vacinas em adulto e uma em uma criança. Fiquei observando, registrando e no final confirmei os registros.

Chegaram Amanda e Íris, acompanhadas de duas outras enfermeiras que estão fazendo um treinamento no local. A sala ficou tumultuada e enquanto Amanda orientava as colegas, conversei com Íris e expliquei-lhe que tenho trabalhado mais junto com Gabriela e menos com Ivani e Élen. Ela colocou que seria bom que Élen participasse mais. Senti que Íris tem interesse em que todas participem da prática, o que indica uma aprovação ao trabalho que estamos realizando.

Acabamos ficando eu, Gabriela e as duas enfermeiras. Fiquei observando Gabriela vacinar e percebia que ela estava dividida, num momento colocava a criança na maca, no outro no colo, começava a falar com a criança e logo parava, parecia estar se esforçando, mas não havia absorvido totalmente a prática.

Quando estávamos a sós, conversamos sobre a disposição dos móveis na sala, porque houve uma pessoa espiando para dentro através das frestas da porta, enquanto ela vacinava. Coloquei que poderíamos mudar a disposição dos móveis, de modo que a pessoa que estivesse sendo vacinada ficasse no canto, onde sairia da circulação e ficaria mais protegida. Gabriela falou que as pessoas da própria unidade abrem muito a porta que vem da secretaria, às vezes nem perguntam nada, mas apontam a cabeça para dentro, olham e fecham a porta e isso atrapalha muito o serviço na sala de vacinas.

À noite, ao refletir sobre o que havia percebido de Gabriela, pensei que ela mesma teria que ver e dar significado às mudanças de comportamento que tiver que fazer e que a prática vem se desenvolvendo aos poucos, de forma que num momento ela vacina e eu registro, depois discutimos sobre o que foi registrado. Num outro momento, eu vacino, ela observa e registra. Assim fazendo, além da observação, promovemos o pensar e o refletir sobre a prática, o que pode levar a um aprendizado mais significativo. Pensei também que temos que respeitar o tempo de cada um, que tem a ver com o modo de viver e com as suas experiências pessoais.

Senti que este período do desenvolvimento da prática foi o mais crítico para mim. Eu tinha muitas dúvidas, muita insegurança. Percebi que o instrumento de registro da observação poderia ser a própria proposta da prática, sentia medo que a equipe desistisse. Enfim, foi um momento difícil e de tomada de decisão no sentido de continuar. Foi também um momento de solidão, onde nem tudo podia ser compartilhado com a equipe.

26-10-99 - Cheguei ao campo e encontrei Diva e Gabriela que estavam preenchendo umas fichas de produtividade. Ofereci-me para ajudar, perguntei como faziam e fui fazendo. Deparei-me com a seguinte situação: O médico, ao solicitar exame de laboratório escreve de forma ilegível o nome da pessoa e a enfermagem que entende sua letra reescreve o nome do cliente ao lado. Como neste pedido que estou encaminhando o nome está escrito de forma legível, então falo: *“Se o nome está legível não preciso escrever aqui ao lado...”*

Gabriela responde: *“Não,... Tem que escrever, é rotina... Senão, eles não aceitam”.*

Falei: *“Mas meninas,... isto não faz sentido!”*

Ela conclui: *“Se não fizer assim, o laboratório não aceita, e manda de volta, é melhor fazer”.*

Retruco em forma de brincadeira: *“Não vou escrever! O nome está muito claro, se retomar vocês digam que a culpada sou eu...”*

Refletindo sobre o ocorrido pergunto a mim mesma: O que acontece com a enfermagem? Viramos repetidores que não questionam, não discutem, simplesmente cumprem a rotina sem pensar porque ela é feita. Parece que é proibido questionar. Parece que queremos mudar as regras e isso não é permitido à enfermagem. Penso que devemos ter mais autonomia de pensamento e de ação para dizer “não”. Em primeiro lugar, quem escreve deve fazê-lo de forma legível e neste caso onde já foi instalada uma rotina aceita pela enfermagem, o que estava escrito de forma legível não tinha necessidade de ser reescrito. Esse pode ser um exemplo de massificação de um serviço que leva à despersonalização de si e do outro e tem como consequência a transferência desta atitude massificante para o cliente que é o ser humano que nos procura.

Fomos interrompidas com a chegada de um casal com a babá e duas crianças gêmeas. Antes de entrarem foi pedido que aguardassem para que a sala terminasse de ser limpa. Logo a sala estava pronta e perguntei a Gabriela se poderia ir encaminhando a família. Entrou o pai com um dos bebês, as demais pessoas ficaram lá fora, por decisão deles. Preenchi os documentos, falei com a criança e Gabriela já estava lavando as mãos, quando lhe pedi que deixasse eu aplicar. Ela perguntou se eu já havia assinado o meu nome na carteirinha, ao que respondi positivamente. *“Neste caso faça você”,* disse Gabriela.

Realizei o procedimento conforme a proposta assistencial e o bebê chorou minimamente. O pai ficou admirado e a mãe que espiava do lado de fora entrou surpresa, dizendo: “Eu não acredito que não chorou”.

Então trocaram os bebês e aconteceu a mesma coisa, sendo que o segundo bebê deu apenas um gritinho e não chorou. A mãe voltou a ficar surpresa e o pai disse olhando para mim: *“Eles sempre choram muito”* e olhando para a esposa *“mas ela explicou antes para eles”*.

A mãe perguntou: *“E eles entenderam?”*

O pai respondeu: *“Sim, porque não choraram”*.

Depois que os pais saíram, conversamos sobre o que Gabriela havia observado e registrado. Eu falei: *“O sentimento que me ocorre é que os pais sentem-se orgulhosos com seus filhos. Gabriela concordou e eu continuei: Penso que estes pais tratam as crianças da mesma forma que os percebemos, com capacidade de compreender e de dar respostas positivas ao cuidado. Eles também consideram que a criança é sujeito das suas vivências”*.

Logo em seguida vem outra criança que estava dormindo, fiz os registros e Gabriela vacinou. Fez na maca, porém deixou a mãe ao lado da cabeça da criança e não nos pés, acordou o bebê, conversou com ele, cuidou conforme a proposta. Observei, registrei e depois conferimos os registros.

Mostrei que neste momento ela mudou a posição, uma vez que sempre ficava ao lado da cabeça do bebê e a mãe aos pés e neste caso ela ficou nos pés e a mãe na cabeça. De acordo com o marco teórico, devemos verbalizar atitudes positivas, isso faz com que a pessoa se torne mais aberta e verdadeira. Conforme a proposta metodológica, nesta fase os papéis deveriam ir se alternando e neste momento ocorre exatamente o que queria. Ao pedir que Gabriela confirmasse os dados, desejava que ela, ao ver o que havíamos escrito ou ao dizer o que eu deveria escrever, refletisse sobre a sua prática.

Neste dia levei para a sala uma latinha (dessas de chá importado) cheia de pedrinhas. Passei a usar a latinha para estimular as crianças. Tenho utilizado este objeto há alguns anos e é muito interessante como as crianças se interessam por este brinquedo, seja enquanto fechada, fazendo barulho, ou quando abrimos e a criança procura saber o que tem dentro, quando coloca a mão dentro da lata, quando acompanha as pedrinhas rolares, ou ainda quando coloca as pedrinhas uma a uma dentro da latinha. Vale observar que as pedrinhas ou objetos não podem ser muito pequenos, para que a criança não os leve para a boca.

A seguir, passei a fazer os registros dos documentos da criança, enquanto Gabriela vacinava. Foram mais três crianças/famílias que Gabriela vacinou, de acordo com a proposta e o fez de forma tranqüila, interagindo, sorrindo, e a criança respondendo da mesma forma. Ela orientou e conversou com a criança que esteve sentada no colo da mãe. Ofereceu brinquedo, a criança olhou nos olhos dela. Ela sorria e as crianças sorriam para ela. As crianças praticamente não choraram.

Tive que sair da sala com pressa, porque tinha cliente me esperando em outro local. Entrei no meu carro e gravei o que estava sentindo. Estava muito emocionada e feliz. Aquele ambiente de onde eu tinha acabado de sair parecia ter se tornado agradável, tranqüilo. Gabriela estava calma, serena, sem pressa, alegre e vacinou exatamente conforme a proposta. As crianças e as famílias responderam com alegria, como se estivessem autorizando a prática. O que eu podia ver e sentir

era que a teoria, a metodologia e a prática estavam se inter-relacionando, uma autorizando e fortalecendo a outra. Gabriela avançara ao máximo, que eu achava que ela podia, considerando toda a sua trajetória na prática e a sua história pessoal e profissional. Eu estava realmente emocionada e feliz.

27-10-99 - Cheguei ao campo da prática e encontrei Gabriela e Diva na Secretaria. Cheguei demonstrando muita alegria e abracei fortemente Gabriela, que correspondeu ao abraço, mas parecia não entender muito bem. Expliquei que estava muito feliz pelo que fizemos no dia anterior, tínhamos conseguido atingir os objetivos do trabalho, exatamente como tinha sido proposto na metodologia, que a participação dela havia sido muito importante e que queria compartilhar com ela esta alegria e esta conquista.

Fomos para a sala de vacinas. Chegou uma mãe com um bebê e Gabriela vacinou e eu registrei. Quando a mãe e o bebê se retiraram, confirmei as observações que fiz com Gabriela, que vacinou conforme a minha proposta, contudo manteve a criança na maca, deixando a mãe ao lado da cabeça do bebê. Deixei este item sem registro e fui confirmando os demais, juntamente com Gabriela, de forma proposital, justamente para que pudéssemos refletir sobre ele. Falei: *“A criança ficou na maca?”* assim fazendo abri espaço para iniciar um diálogo.

Perguntei a Gabriela: *“Qual a diferença que você vê em o bebê ser segurado no colo da mãe ou ficar na maca?... Você acha que faz diferença?”*

Gabriela responde: *“Eu... Sinceramente?... Eu acho que a mãe colocando a mão do bebê para trás, segurando a peminha, é muito raro que mexa a perna. O que eles têm medo mesmo nesta proposta da maca é que a criança vá se mexer e vá machucar. Por isso, colocaram as macas em todas as unidades, porque eles acham mais seguro na maca”.*

Eu falei: *“Acho que a maca é mais segura, quando precisamos conter uma criança e necessitamos da ajuda de outra pessoa”.*

Gabriela continua: *“Porque a mãe, no fim, ela não contém o corpo, porque se ela for segurar bem firme a peminha tem que usar as duas mãos e não consegue conter o corpo”.*

Voltei a falar: *“Se a mãe contém a peminha da criança... a criança acaba remexendo a peminha da mesma forma, na medida em que movimenta o corpo que está livre”.*

Gabriela: *“Porque no colo ela consegue conter os dois braços, o corpo e a perna. E ali na mesa o que ela vai poder conter, braço, corpo, cabeça e perna?”...*

Complemento dizendo que na medida em que a criança faz movimentos com a cabeça e com o corpo mexe também a perninha. Gabriela concorda e diz: *“Pelo menos o que percebi é que na maca ela consegue mexer mais”.*

Terezinha: *“Então você acha que é possível fazer no colo?”*

Gabriela: *“Acho que sim, acho que é melhor.”*

Continuamos conversando e concluímos que a melhor posição é no colo da mãe. Gabriela explica que quando a criança é maior a melhor posição é aquela em que a mãe abre as pernas e cruza-as sobre as pernas da criança, e com as mãos segura as mãos da criança. Gabriela fala: *“Eu sempre fazia as vacinas no colo e que como já era acostumada, tive dificuldade quando foi adotada a rotina da maca. Mas como a gente tem que fazer....”*

Eu perguntei: *“Quando a vacina é feita no braço como a vacina do sarampo em que a criança já fica sentada, você não acha bom fazer na maca?”* E expliquei, colocando-me em pé e mostrando, aproximando-me da maca. *“Neste caso, a mãe pode conter a criança com um abraço.”*

Gabriela responde: *“É, também pode. E no colo também”.*

Eu falei: *“O bom é a mãe poder estar abraçada na criança, de forma que quando aplicamos a vacina ela possa segurar forte e firme. Quando terminamos, ela afrouxa e continua um abraço. Enquanto na maca, até que se ergue a criança e pega no colo, dificulta o contato”.*

Gabriela: *“Também seria melhor se tivesse agulhas mais indicadas”.*

Concordo com Gabriela dizendo: *“Em vez de usar agulha 25/7, pode-se usar agulha 25/6 que é do mesmo comprimento, mas mais fina. Assim como, a agulha 20/5,5 para as crianças que têm musculatura pouco desenvolvida nos primeiros meses de vida”.*

Gabriela: *“O que mais dói para a criança é a aplicação”.*

Encerramos este assunto, concordando que a criança sente dor e devemos valorizar e respeitar este momento da criança.

Gabriela explicou que havia encontrado a latinha que uma colega havia achado bonitinha e tinha guardado, mas que ela explicou o objetivo da mesma e ela devolveu.

Coloquei que gostaria de conversar com ela sobre a dor, de uma forma um pouco mais aprofundada e para isso poderia trazer a revisão bibliográfica que já fiz, e poderíamos discutir. Disse: *“Às vezes a gente esquece o tipo de dor que provoca ao introduzir uma agulha através da pele da criança”*.

Gabriela diz que acha bom e conta que assistiu na TV à história de um médico que fazia aborto e após estudar profundamente o assunto passou a ser um defensor da vida. Comenta sobre outra entrevista a que assistiu sobre uma vacina contra o câncer, onde estão estudando um elemento que está no próprio corpo da pessoa e quando estimulado pode defender a pessoa contra o câncer.

Ficamos conversando sobre o desenvolvimento da ciência e sobre as mudanças que estão ocorrendo neste campo. Gabriela diz que fica feliz, só teme que o custo destes avanços é muito alto e às vezes não cheguem à população que realmente necessita. Complementei, dizendo que uma vez feitas as descobertas, elas acabam por atingir todas as pessoas, mais cedo ou mais tarde.

Combinamos o encontro para o próximo dia e falei novamente que estava muito contente, mas ainda antes de eu sair chegou Élen que vinha da coleta de material para o teste do pezinho. Eu falei: *“Gurias, não seria mais fácil alguém ficar trabalhando fixa na sala de vacinas e quem coleta exames, ao terminar a coleta ir para o teste do pezinho já que é no horário a seguir”?* Elas concordaram comigo e disseram que estavam aguardando reunião com a enfermeira para conversarem sobre isso. Élen explicou que foi treinada para este tipo de procedimento e as colegas não.

Ao refletir sobre a prática, sentia-me cada vez mais convencida que colocar a criança no colo da mãe para ser vacinada não só aproximava a criança da mãe, mas aproximava a enfermagem da família. A enfermagem demonstrava ser sensível às questões da criança. Também fiquei muito contente com a conversa que tive com Gabriela e percebi que quando ela falou do médico que mudou de comportamento após estudar profundamente a questão do aborto, falava de si mesma, pois isso também está acontecendo com ela. Pensei que a prática estava acontecendo conforme a havíamos idealizado, estava feliz e muito motivada a continuar. Já começava a me

sentir ligada às pessoas da equipe de enfermagem e sentia vontade de permanecer mais tempo no campo da prática.

28-10-99 – Ao chegar ao campo encontrei Élen. Atendemos uma criança com três meses de idade, que estava com três vacinas atrasadas para fazer, sendo duas injetáveis. Ao questionarmos sobre o atraso, a mãe não respondeu. Percebemos que a criança tinha assadura na região das fraldas, que era visível, além da região das fraldas, e que a mãe tinha uma forma de segurar que consideramos insegura. Também não olhava no olho da criança e não tinha medicamento antitérmico em casa.

Neste dia fui pessoalmente falar com a enfermeira que veio atender a família num consultório ao lado, enquanto permaneci conversando com Élen a respeito da possibilidade de detectarmos situações de risco e fazermos o encaminhamento, e que este é um dos objetivos do nosso trabalho. Élen falou que tem ouvido muito isto no curso que está fazendo (graduação em enfermagem), de a enfermagem poder atender o todo da pessoa, como foi feito nesta situação e *“que as enfermeiras não podem ficar se escondendo atrás dos balcões, que elas têm que ficar presentes, junto com os pacientes”*. Explica que nesta unidade as enfermeiras trabalham no andar superior, não ficam onde as coisas estão acontecendo.

Eu estava abaixada ouvindo interessadamente Élen falar, porém ela interrompeu o assunto, porque Íris havia entrado. Fiquei com a sensação de que Élen estava querendo fazer uma crítica ao trabalho da enfermeira e não teve coragem de fazer diretamente a ela, tanto que interrompeu a fala com sua chegada.

Percebi também que Íris é muito ocupada, mas ao ser solicitada respondeu prontamente, e após o atendimento procurou-nos para dizer que a criança estava com o peso adequado para a idade e que orientou a respeito da dermatite além de ter combinado que da próxima vez que viesse vacinar, gostaria de conversar novamente.

29-10-99 - Cheguei ao campo da prática e iniciei a conversa com Élen que estava na sala de vacinas. Perguntei o que ela estava achando da nossa proposta.

Élen respondeu: *“Eu acho que é ótimo”*.

Perguntei o que ela pensava sobre conversarmos com a criança, explicar sobre a vacina, que pode doer e deixá-la ficar no colo da mãe, próxima dela.

Élen: *“Eu falei com a Amanda esses dias e ela disse que não é para fazer no colo, daí eu fiquei assim, né?”*

Terezinha: *“Mas você já experimentou para ver como se sente?”*

Élen: *“Geralmente não, é sempre na mesa (refere-se à maca) eu só faço no colo se é a vacina do sarampo. Daí, ela senta e segura o bracinho, mas na peminha é sempre na mesa, nem sei se eu sei fazer, tenho medo de machucar”.*

Terezinha: *“Quando formos vacinar, vacinarei e você fica observando, e se você se sentir à vontade pode vacinar também. Mas o mais importante é podermos conversar com a criança, ajudarmos para que fique próxima da mãe, mesmo na maca. Observo que você deixa a mãe sempre junto da cabeceira da maca, de modo que a criança a enxergue”.*

Élen: *“Eu me sinto insegura, parece que no colo ela vai mexer a peminha e eu já acostumei a fazer assim. Mas eu te vi fazendo no colo e não tem problema, se a mãe segura bem firme. Quero tentar numa próxima vez”.*

Mais tarde, ao refletir sobre a conversa que tive com Élen, pensei que a minha abordagem não foi muito boa e nem feita dentro da proposta, que seria de primeiro fazermos, para depois refletir. Pensei que Élen ficou inibida e não foi sincera, ao responder que estava seguindo a orientação da sua chefia, foi como se tivesse buscado o respaldo de alguém, porque estava se sentindo cobrada por mim. Na verdade, este dia foi um dia um tanto difícil. Élen estava envolvida com muitas coisas, preparando vacinas para serem distribuídas nos postos, atendendo a secretaria e vieram cinco pessoas adultas que foram vacinadas. Fiquei ajudando-a e conversando até que chegou uma criança muito bonita, com fitinha na cabeça, bem vestida, de 4 meses. A mãe relatou que a criança teve uma reação com exantema.

Élen perguntou o que eu achava. Investiguei melhor junto à mãe o tipo de reação, quanto tempo após a vacina a reação apareceu, quanto tempo durou, se teve novamente reações após a segunda vacina e orientei no sentido de procurar a enfermeira Amanda, que faz estas avaliações.

Elas concordaram comigo. Enquanto isto, Élen interagiu muito bem com a criança, chamou-a pelo nome, olhou no olho, a criança sorriu e brincou.

A mãe foi falar com a enfermeira e retornou posteriormente, neste meio tempo chegou Gabriela que ficou conversando comigo de forma que acabei não conseguindo acompanhar o procedimento, e por isso não fiz os registros.

Mais tarde, ao refletir sobre a prática, fiquei pensando como um bebê bonito, bem vestido, perfumado, é capaz de encantar as pessoas que acabam tratando-o de maneira diferente. E me perguntei: será mesmo que tratamos de modo diferente? Porque as crianças mal higienizadas, vestidas de maneira menos atraente não deixam de ser atendidas com interesse... E não desejando chegar a nenhuma conclusão sobre esta pergunta que fiz a mim mesma, deixei este assunto em aberto, para futuras reflexões. Naquele momento, preferi pensar que qualquer bebê é capaz de despertar sentimentos nos adultos, quando olhado com interesse.

01-11-99 – Cheguei ao campo da prática bem cedo, pensando em trabalhar com Élen. Porém neste horário não vêm crianças. Ficamos conversando e quando chegou uma criança, pedi para fazer e ela me observar. Ela ficou observando e registrando, porém, no final, quando íamos revisar os registros, Élen foi chamada e teve que sair e assim não tivemos possibilidade de refletir sobre a prática e nem aproveitar os registros uma vez que estavam muito incompletos.

03-11-99 - Trabalhei com Gabriela que aplicou as vacinas e eu observei e registrei. Após cada atendimento confirmávamos o que havia sido escrito e assim refletíamos. Na primeira criança que foi vacinada, Gabriela procedeu conforme nossa proposta, a criança acalmou-se rapidamente. Na segunda observação, o bebê foi colocado na maca para aplicar a vacina, chorou muito, fazendo tentativas de se acalmar, mas ao olhar para Gabriela voltava a chorar e saiu da sala chorando. A terceira criança observada demorou a parar de chorar e ao olhar para a Gabriela depois da aplicação, franzia a testa e voltava a chorar. Gabriela permaneceu ao seu lado, oferecendo-lhe brinquedo, fazendo barulho com a latinha, até que a criança estivesse totalmente calma e aceitando a sua presença.

Conversamos e pensamos sobre a importância de avaliarmos a criança até que ela volte à calma por completo. A saída antecipada da sala, quando a criança ainda chora, não a ajuda na aceitação do procedimento como uma coisa positiva. Na medida em que a criança interage com a

pessoa que lhe provocou a sensação de dor, e aceita a sua presença e o seu estímulo, ela elabora de forma positiva a sensação de dor.

Um dos objetivos da proposta assistencial é minimizar traumas decorrentes de procedimentos dolorosos, permanecer perto da criança, sendo solidária com ela e obter um retorno do estímulo positivo que lhe oferecemos, é uma forma de prevenção.

Neste dia tive oportunidade de trabalhar novamente com Élen que retornou à sala. Vacinei e ela observou e registrou. Posteriormente refletimos sobre o que foi observado e registrado e quando chegou outra criança invertemos os papéis. Élen vacinou no colo, conforme proposta. Neste mesmo dia, Élen fez outra vacina, cujos registros não consegui fazer. Mas observei que a criança ficou no colo da mãe, e que na hora de posicionar o bebê, ele estava completamente solto, então me aproximei e expliquei à mãe que colocasse o braço do bebê sob a sua axila e segurasse firme na sua mão e com a outra mão segurasse firme a perna do bebê. Desta forma foi possível a aplicação conforme nossa proposta.

Neste dia, ocorreram vários momentos durante a prática, dos quais participei de forma mais intensa. A sala esteve bastante movimentada, chegaram muitas pessoas, de forma que não foi possível fazer a observação. Os registros feitos ficaram muito incompletos, mas conversamos sobre as situações. Ao escrever e refletir sobre a prática, percebi que não comentei com Élen sobre como foi a experiência de vacinar com a criança no colo da mãe. Perdi a oportunidade. Mas pareceu-me tão normal a maneira como o fez, que só fui me dar conta mais tarde.

Élen foi para outra sala e eu e Gabriela seguimos trabalhando, eu fazendo os registros na carteira de vacinação do bebê e documentos da sala, ao mesmo tempo observava e registrava, enquanto Gabriela vacinava. No final conferia os registros com Gabriela e conversávamos. Neste dia, antes de ir embora, conversei com Gabriela e lhe disse: "*Gabriela, acho que eu vou vir mais uma ou duas vezes e vou parar, o que você acha?*".

Gabriela: "*Tem bastante, já?*"

Perguntei: "*O que você acha? Você acha que conseguiu?*"

Gabriela responde: "*Acho que sim, se essa teoria é aplicável na prática? Acho que sim*".

Terezinha: "*Existem alguns fatores que dificultam para vocês*".

Gabriela: *“O fator que dificulta para nós, é que não trabalhamos só na sala de vacinas, temos que fazer toda a parte burocrática, porque é muita papelada para escrever. Claro que há algumas coisas que são necessárias, como saber o lote de cada vacina. Mas então, por causa disso, que a gente é uma só para fazer muitas coisas”. Continuou: “Quer ver um exemplo: Num dia, tive que deixar três vezes um bebê na maca para ir atender ao telefone. Então o que ocorre: tu preparas o bebê e sai. Ainda bem que estamos numa temperatura agradável, mas quando está frio?”*

Terezinha: *“Eu acho que isso é uma coisa que vocês têm que resolver”.*

Gabriela: *“Nós vamos ter uma reunião com a enfermeira e vamos conversar sobre tudo isto”.*

Gabriela segue colocando outras dificuldades, mas defende a idéia de haver um rodízio entre sala de coleta, teste do pezinho e sala de vacinas. Diz que: *“O que mais atrapalha a enfermagem é a sobrecarga de trabalho, que prejudica a enfermagem e o atendimento de cortesia ao paciente. Quando a gente tem tempo a gente pode se identificar para a família, conversar, sorrir antes de aplicar a vacina, e é mais gostoso”.*

Chegou Élen e a introduzi na conversa, dizendo que Watson fala que o papel do cuidado humano em enfermagem pode estar ameaçado pelas restrições burocráticas e administrativas. *“E isso acontece com vocês, quando têm que providenciar materiais e distribuir nas salas. Vocês ficam preocupadas, porque não veio todo o material que precisam e acabam desperdiçando tempo, energia e conhecimento”.*

Gabriela: *“Um exemplo: veio pouca agulha e teremos que usar a mesma agulha para retirar o conteúdo do frasco-ampola e aplicar a injeção com a mesma agulha. Mas as gurias dos outros postos já estão telefonando e cobrando da gente, ainda temos que perder nosso tempo dando explicação”.*

Élen coloca que elas têm que fazer a distribuição das vacinas e do material para todas as unidades e diz: *“...e olha o trabalhão que a gente tem!”.*

Gabriela lembra Élen que tem que mandar uns papéis junto com os materiais para outras unidades, que no dia seguinte a Diva não virá ao trabalho, que tem que fazer pedido de papel-toalha, e ficam combinando como farão isto. O assunto se prolonga e eu as deixo.

Ao refletir sobre a prática, pensei que Gabriela e eu estávamos sincronizadas uma com a outra. Falávamos a mesma linguagem. Tudo que nos falávamos era facilmente entendido. Comunicávamo-nos com o olhar e com gestos.

Pensei que devia começar a sair do campo, porque as ações estavam se repetindo. Porém achei que deveria ainda fazer uma reunião com a equipe, até porque a primeira reunião se deu com cinco pessoas e naquele momento estava trabalhando mais com Gabriela e pouco com Élen, e isso me preocupava já há algum tempo. Porém já havia tentado chegar mais cedo, ou mais tarde, mas o fato é que a pessoa que ficava na sala de vacinas no horário de maior movimento de crianças era Gabriela.

08-11-99 - Expliquei para Gabriela o que havia feito no final de semana e mostrei-lhe um mapa onde registrei os dias em que estive na prática e a frequência em que aparecem as situações de cuidado da proposta assistencial. Vimos juntas que algumas atitudes que não apareciam no início da prática começaram a aparecer na medida em que o trabalho foi andando e aparecem por completo, nos últimos dias.

Vimos que apareceram no trabalho as situações de risco para o desenvolvimento da criança e as situações de encaminhamento para acompanhamento. Gabriela colocou que quando trabalhou nos bairros, apareciam muito mais situações de crianças que precisavam de acompanhamento. Complementei dizendo que não achava pouco os casos que apareceram e que de acordo com o objetivo do trabalho, a prática estava demonstrando que poderíamos fazer encaminhamentos e detectar situações que colocassem em risco o desenvolvimento da criança.

Falei-lhe que no dia seguinte iria encontrar a minha orientadora e então saberia se deveria continuar, mas que ainda pretendia conversar com a enfermeira Íris para fazermos uma reunião e conversarmos todas juntas, pois gostaria de fazer um pouco mais de prática para constatar o resultado com uma frequência maior.

Antes de sair da sala, Diva havia entrado, e ao me despedir falei: *“Gurias, depois que tiver terminado minha prática, acho que vou ter que vir aqui de vez em quando, porque vou sentir muita saudade de vocês”*.

Diva falou: *"Terezinha, sinto saudade de você sempre, porque quando trabalhei com você, você deixou muitas marcas na minha vida, você foi uma pessoa que me recebeu, me acolheu bem, você era uma pessoa muito humana, tinha uma excelente intervenção com os pais, era uma pessoa muito preocupada com os pacientes, estimulou-me tanto a fazer o supletivo, quando eu ainda era atendente, e eu fiz e hoje estou aqui"*.

Eu falei: *"Hoje sou eu que venho trabalhar com você e também me sinto acolhida por todas vocês, e com certeza também irei lembrar sempre com muito carinho desta experiência que compartilhamos"*.

Neste mesmo dia fui até a sala de Íris, mostrei-lhe os mesmos resultados que havia mostrado para Gabriela e falei-lhe que estava me preparando para sair do campo. Ela me perguntou: *"Mas você não vai fazer uma reunião?"*. Respondi-lhe que sim, e gostaria de conversar sobre a possibilidade de tentarmos mudar a distribuição dos móveis na sala de vacinas, uma vez que a porta da sala tem umas frestas muito grandes e é de vidro, o que permite que as pessoas vejam dentro da sala. Atualmente têm vindo muitos adultos fazer vacinas, que necessitam despir parte do corpo e acabam por ficar muito expostos.

Íris colocou-me que isto, no momento, não seria possível, porque eles terão que desocupar a parte superior do prédio que é do INSS e que, provavelmente, terão que levar todos os serviços do andar superior para o térreo. Referiu que estão fazendo estudos e que ela e mais um grupo entendem que é impossível acomodar todos os serviços (mais de dez salas) lá embaixo, mas que existe um outro grupo que entende que é possível e então não sabe o que vai acontecer no futuro, que provavelmente a sala de vacinas irá sair daquele local e ficará tudo mais apertado.

Coloquei para Íris, e dei-me conta enquanto falava, que já estava na hora de sair do campo e que talvez eu estivesse com dificuldades de me organizar para isto. Coloquei que me sentia apegada às pessoas e ao serviço e que era difícil fazer o desligamento.

Ao refletir, pensei que agi conforme a metodologia proposta, dando um retorno do trabalho que vinha desenvolvendo, tentando envolver e sensibilizar a equipe. Até porque o trabalho não é só meu, é delas também que continuarão trabalhando. O objetivo desta prática é a sua aplicação em locais com diferentes pessoas que não têm a mesma formação que eu tenho. Conforme a proposta

metodológica encerraria a tarefa quando todos estivessem inteirados da proposta e os dados de registro estivessem se repetindo. Assim sendo, deveria preparar a saída do campo.

Não creio que todos os que iniciaram o trabalho tenham participado e se sensibilizado tanto quanto Gabriela, pois da forma como o trabalho se desenvolvia na unidade, foi com Gabriela que pude trabalhar mais e verificar as mudanças que ocorreram.

19-11-99 – Passados 10 dias, retornei ao campo e encontrei Élen; depois dos cumprimentos ela disse: *"Terezinha, estes dias em que você não veio, mesmo você não estando aqui, era como se estivesse"*. Relatou que foi atender uma criança e a mãe não conseguia puxar a roupa para expor a coxa e quando foi abrir a calcinha plástica para puxar as fraldas para cima, pôde perceber que a criança estava toda molhada, *"E as fraldas eram pior que um pano de chão... e a mãe até era limpa... olhando para ela não parecia mal cuidada"*. Disse à mãe: *"Nossa, mãe! Está toda molhada! Tem que trocar as fraldas"*. Conta que a mãe tirou as fraldas rapidamente, colocou-as dentro de um saco plástico e tirou da sacola uma fralda descartável. Observou que a criança tinha bolhas no períneo e então chamou a enfermeira Íris. Relatou também que a criança chorava muito, e logo após a vacina, pediu à mãe que abraçasse o bebê e conversasse com ele.

Eu lhe perguntei: *"Como ela segurava a criança?"*

Élen respondeu: *"Ah! sei lá, era daquele tipo bem desleixado"*.

Eu disse: *"Que bom! Quem sabe daqui a uns dias vocês criam um programa para todas as crianças que vêm vacinar poderem passar por uma consulta de enfermagem"*.

Élen diz que colocou uma observação na carteirinha para que daqui a um mês, quando ela voltar a vacinar, possa consultar novamente. Coloquei que era muito importante não só para avaliar a assadura, mas também com relação ao comportamento, as condições familiares, se o pai trabalha, onde moram, se tem água em casa, se a mãe trabalha fora, porque quem trabalha na sala de vacinas está tendo um encontro com a família e não sabemos se ela tem frequentado outras instituições de saúde, em outros momentos. Enfim, não podemos perder a oportunidade de acompanhar uma criança/família que hoje apresenta sinais que evidenciam risco para a saúde.

Élen começou a contar a história de um outro casal, e eu interrompi perguntando: *"Quando eu cheguei você falou que mesmo eu não tendo vindo, vocês aproveitaram... o que foi que vocês fizeram?"*

Élen respondeu: *“Ah, isto aí, nós colocamos bastante coisa em prática, tipo isto aí que a gente fez, porque a gente quase não fazia, a gente falava para levar no pediatra para consultar. E assim, a gente brinca com as crianças”*. Continua contando que tinha uma fila enorme, de umas dez crianças para vacinar, e ela não ficou estressada. *“Fui atendendo normal, fui brincando, oferecendo a lata com as pedrinhas. Eles adoram a lata!... O que eles mais gostam! Parecia um dia de campanha de vacina e eu fui vacinando com calma, porque o trabalho deve ser bem feito e com cuidado de não trocar as vacinas. E nenhuma mãe reclamou! Porque mesmo lá de fora elas ouvem a gente falando aqui dentro e sabem que faz parte do atendimento”*.

Élen contou também que veio um casal que no final do atendimento lhe perguntou: *“Mas você gosta mesmo do que faz? Brincando com as crianças e fazendo o seu trabalho?”* Respondeu que sim, que gosta e não se sente *“judiando”* a criança, porque está fazendo um procedimento preventivo. Relatou ainda que os mesmos pais falaram que percebem quando a pessoa faz um trabalho porque gosta e quando faz por obrigação.

Eu falei: *“Que bom, Élen! E a latinha?”*

Élen: *“Eles querem levar a latinha embora”*.

Contei que na sala de vacinas onde trabalho em clínica particular, já teve umas seis latinhas levadas embora.

Élen: *“Seria tão bom se tivéssemos alguma coisa que a criança pudesse levar!”*

Falei: *“Lembra da proteção do rolo do esparadrapo? Dá para enfeitar e encher de pedrinha dentro...”*

Élen interrompeu para dizer que tem colegas que ficam nervosas quando há muitas crianças para atender, ficam agitadas e passam isso para a criança e os pais, e que isto não é bom. *“Acho que a gente pode pegar até cinco coisas para fazer, mas tem que fazer uma de cada vez e mesmo assim uma delas pode deixar a desejar”*. Cita o exemplo de quando tem que encaminhar materiais para os postos e chamam no teste do pezinho. Neste caso tem que largar o que está fazendo e depois retomar.

Perguntei: *“Mas vocês conversam sobre isto, não?”*

Élen responde que sim, que tiveram reunião e que vão ocorrer muitas mudanças, mas que as enfermeiras pretendiam deixar uma pessoa fixa na sala de vacinas.

Élen diz: *“O trabalho na sala de vacinas é muito delicado, pois são várias vacinas, muitos diluentes, tem que orientar bem os pais sobre os efeitos, anotar tudo”. Levanta, mostra no mural uma escala que foi feita dividindo as tarefas para os próximos três meses em que serão os meses que elas terão férias”.*

Fomos interrompidas porque chegou uma criança para vacinar. Élen recebeu a criança, chamou-a pelo nome, ofereceu a cadeira e ao verificar a vacina que a criança deveria fazer constatou que a vacina estava em falta.

Falei para a criança: *“Hoje foi uma visita diferente, você veio até aqui e não fez vacina, brincou...”* Depois olhei para a mãe e disse: *“Da próxima vez ela vai chegar mais à vontade”.*

Voltamos a ficar sozinhas e eu disse: *“Enquanto você orientava a mãe fiquei te observando e queria falar sobre o momento mais apropriado para orientar sobre a vacina e seus efeitos adversos. Acho que o melhor momento para fazer isto é quando vocês estão fazendo os registros na carteirinha, porque neste momento a mãe ou o pai está com a atenção e a escuta deles voltadas para vocês. Depois de aplicada a vacina, eles estão muito preocupados em acalantar a criança, o que é muito justo, e podem não ouvir o que falamos, e sentir falta desta orientação mais tarde. Se a gente orienta depois, a mãe está angustiada, quer acomodar o bebê e poderá nem lembrar o que foi falado”.*

Élen concordou e relatou uma situação que ocorreu no dia anterior, quando uma mãe telefonou angustiada, porque a criança estava com uma reação alérgica e ela pediu para a mãe vir conversar com a enfermeira. Esta constatou que a mãe havia dado chocolate para a criança menor de um ano. Aproveitei para mostrar que esta é mais uma situação em que através da sala de vacinas acabou por se detectar outro problema relacionado com a alimentação da criança.

Fomos interrompidas com a chegada de uma criança. Fiz a observação, os registros e orientei a mãe. Élen aplicou a vacina e no final revisamos juntas os registros.

Ao refletir sobre o dia, fiquei muito feliz ao constatar que a prática que estamos desenvolvendo tem levado a reflexões do grupo, quando não estou presente. Ao reavaliar a minha atuação, penso que reforcei positivamente, valorizando a atitude de Élen que detectou situação de risco para a criança e fez encaminhamento. Em outro momento desta prática, relatei um

encaminhamento que fizemos à enfermeira Íris. Élen relatou a repetição desta ação, sem necessidade do meu estímulo, num dia em que não estava no campo, o que mostrou que ela refletiu sobre o seu fazer e assumiu uma nova postura. Pensei que voltou a aparecer a questão do atendimento humanizado sendo ameaçado pelo excesso de funções e burocracia.

23-11-99 – Neste dia surgiu oportunidade de fazer a reunião com toda a equipe que participou da prática. Iniciei falando do levantamento realizado através do instrumento para guiar e registrar a observação que havíamos feito até o dia 3/11. De acordo com os dados coletados, mostramos a frequência em que aparecem as ações da proposta assistencial.

Expliquei que cada cor que aparece no mapa (mapa era um gráfico que eu vinha fazendo para melhor visualizar os comportamentos das pessoas) refere-se a uma pessoa e fui explicando que no início apenas observava, depois comecei a observar e participar. *“O mapa também mostra o dia em que tivemos uma reunião e eu explicito a proposta e daí em diante, podemos perceber no mapa, que começou a aumentar a frequência das ações de todos os participantes. Até que no dia 26/10 considerei que a proposta estava sendo atendida.”* Contei ao grupo da emoção que sentira naquele dia.

Falei que entendia que esta proposta era também educativa e mostrei-a no mapa, pois na medida em que um ia observando o outro fazer e discutindo através dos registros ia modificando o seu jeito de fazer. Atinge também os pais, porque ao nos observar olhando no olho do seu filho e dizendo, vai doer, mas você é capaz de suportar, eles também vão aprendendo a ter respeito pela criança e conversar com ela. Se os pais não conseguem fazer isto num primeiro momento, eles serão capazes de falar para outros. Por exemplo: Ele poderá dizer para a vizinha: “explica para o seu filho que ele vai fazer uma vacina por que lá na unidade de saúde eles fazem isto, e se eles fazem é porque a criança entende”. Continuei falando que *“Muitas vezes observamos alguém fazendo alguma coisa e não conseguimos fazer igual, porque as mudanças de comportamento muitas vezes são difíceis, mas na medida em que falamos com os outros vamos elaborando nossa própria mudança. No entanto tínhamos uma proposta de aplicar isto na prática, para ver se funcionava e conforme podemos ver neste mapa isso aconteceu. Eu vinha e vacinava conforme a proposta e a outra pessoa seguia fazendo da mesma forma”*.

Continuei: *“O que está acontecendo agora é que estou esperando para falar com a minha orientadora, mas estou achando que tenho que concluir isto com vocês. Na teoria eu já havia estudado que muitas vezes temos dificuldade de sair do campo. E eu confesso para vocês que estou vivendo esta fase, porque fui me apegando a vocês... mas não poderei ficar trabalhando aqui”*. Fiquei com a voz embargada e tive vontade de chorar. *“Eu gostaria de combinar com vocês sobre o encerramento. Também gostaria que antes de sair pudéssemos falar sobre a dor, já que provocamos dor nas crianças quando aplicamos a vacina e às vezes esquecemos dos mecanismos da dor. Mas isto retomaremos num outro momento. Gostaria também de tirar umas fotos e filmar”*.

Gabriela: *“Chegou a parte ruim agora...”*

Todos soltam uma risada... Eu falo: *“Para isso tenho que pedir autorização aos pais, então já fiz um termo de consentimento para dar a eles. Mas por que estava pensando em filmar? Porque muitos aqui têm expectativa em saber o que fizemos. E muitas vezes só falar não sensibiliza tanto as pessoas, mas ver as imagens é diferente. Através do filme podemos mostrar como fizemos. A gente pode num primeiro momento se mostrar de um jeito, mas depois acostumamos e vamos mostrar no filme o que faríamos normalmente, porque nós não conseguimos ficar fazendo de conta o tempo inteiro”*.

Élen: *“Eu estava pensando e observando você, Tere, (refere-se a minha pessoa) que eu, nos procedimentos junto contigo, eu sempre fiz à vontade, sabe, eu nunca fiquei assim pensando, porque a Tere está aqui, o que ela vai dizer, o que ela vai pensar? Então, por exemplo, na hora de fazer a vacina na maca que eu já peguei o costume de fazer, eu fazia do jeito que me sentia mais à vontade, porque eu gosto de fazer do meu jeito, porque não posso ficar preocupada se tem alguém me observando e então porque agora a Tere está aqui vou fazer de um jeito e depois que ela sai, fazer de outro? Eu procurei sempre agir do jeito que eu era, só que eu comecei a colocar algumas coisas do teu, no meu trabalho. Incrementar o meu trabalho no que eu achava que eu podia incrementar, porque eu coloquei no meu trabalho o que eu podia melhorar, mas eu sempre fiquei à vontade”*.

Íris: *“Eu acho que este trabalho é muito válido, porque sempre tem aquele conceito de que o que eu estou fazendo é o correto, que a minha forma de fazer é a certa, mas a gente não sabe o que a outra pessoa, que está do outro lado pensa, então, neste momento, fizemos a reflexão e*

pensamos sobre o que devemos mudar, porque estão constantemente ocorrendo mudanças no dia-a-dia”.

Terezinha: *“Se perguntássemos aos pais o que eles acham?”*

Gabriela: *“Muitas vezes parece que a gente empurra a criança para sair, muitas vezes o próprio pai tem pressa de tirar a criança daqui, e agora que eu me conscientizei mais, quando vejo que os pais não estão dando muita atenção e já querem vestir a criança, peço para dar-lhe um abraço... confortar primeiro... vestir com calma... não ter pressa.... Muitas vezes os pais automaticamente têm pressa de sair da sala, então a gente procura fazer com que ele conforte mais a criança, que lhe dê atenção”.*

Terezinha: *“Mas Gabriela, o que eu tenho observado é que os pais têm pressa de sair porque eles querem que a criança pare de chorar... se o bebê continuar aqui, vai continuar chorando. Mas eu acho que nós da enfermagem ficamos em prejuízo, porque a criança não desfaz aquela imagem ruim que nós deixamos nela, que é de causar dor. Então eu acho que é bom que a criança consiga voltar à calma e nós consigamos ficar por perto, mostrando que somos solidários”.*

Gabriela: *“E também porque precisamos observar a reação da vacina... Temos que dar um tempo e enquanto a mãe veste, a gente dá mais uma olhadinha na criança. Mesmo quando está naquele ambiente, como foi na segunda-feira, muito agitada, que eu tive um monte de vacinas, mas eu tive tempo para deixar ali, né? Nem que fosse por um instantinho, mas primeiro tem que acalmar a criança para quando ela sair daqui já sair calma”.*

Terezinha: *“E a gente sente-se melhor, não é?”*

Íris: *“É, a gente entra numa rotina e quer fazer tudo rápido, só que não pensa no outro lado. Como é que este paciente vai sair daqui?”*

Élen: *“Fica aquela coisa técnica, né...?”*

Gabriela: *“O lado humano...”*

Contei a experiência que Élen relatou na semana passada, quando eu não estava no campo, havia umas dez pessoas esperando sendo que ninguém reclamou do lado de fora.

Alguém disse: *“Por quê?”*

Continuei: *“Porque eles vêem, ouvem, eles espiam pela fresta da porta, por isso”.*

Élen: *“Eu não fiquei estressada...”*

Falei: *“Se é para o bem da criança... os pais compreendem...”*

Íris: *“Eles compreendem...”*

Gabriela falou baixinho: *“Vocês sabem que as gurias lá na frente, quando vêem que a gente tá demorando mandam bater na porta”*.

Íris: *“Se eles chegam aqui dentro e encontram um atendimento bom, humano, aquela raiva que eles poderiam estar sentindo pela demora, num minuto passa”*.

Todos falam ao mesmo tempo, todos concordam e dizem que se o tratamento for desumano, afobado, ligeiro, porque tem uma fila, os pais ficam irritados, e elas acabam não atendendo bem.

Élen: *“É, neste sentido está mudando bastante... Também não sei porque ter tanto pânico de fila, às vezes vemos uma fila e queremos que ela suma já”*. Todos falam ao mesmo tempo.

Diva: *“Tem que pensar que não é só uma criança, que é uma mãe e uma criança”*.

Terezinha: *“Tem outra coisa também, se distribuíssemos os atendimentos durante todo o horário em que a unidade dá atendimento, não haveria fila, ocorre que o horário de maior movimento é das 9h 30min às 11h. Mas imaginem se nós pudéssemos marcar hora para fazer vacina?”*

Todos falaram ao mesmo tempo, rindo e alguém disse: *“Isto que isto seria uma maravilha...”*

Terezinha: *“Mas vocês podem começar a orientar: Olha mãe, na próxima vez que a Sra. Vier, não venha no meio da manhã, venha um pouquinho mais cedo ou mais tarde”*.

Gabriela interrompe: *“Na reforma, se mexerem aqui embaixo e conseguirmos tirar a sala de vacinas da frente do balcão do telefone...”*. Todos falam ao mesmo tempo, concordando.

Íris: *“Por isso não trocamos o papel contat das portas, porque provavelmente a sala vai sair daqui”*.

Élen: *“O ideal é que as pessoas que viessem para a sala de vacinas não tivessem contato com o pessoal que vem para consulta”*.

Todos concordam que seria bom se a sala estivesse um pouco separada.

Gabriela: *“Outra coisa é o movimento nesta sala, muita gente entra, isto transtorna muito e não é pessoal de fora, é o pessoal daqui. Tem dias que é terrível trabalhar aqui, por causa do pessoal que vem de lá para cá”.*

Élen: *“Vem médico pedir para chamar paciente”.*

Terezinha falou admirada: *“Estes dias a Gabriela estava aos pés da maca aplicando uma vacina e alguém abriu a porta de forma tão bruscal... Podia ter machucado a criança”.*

Gabriela coloca que não é só na sala de vacinas, na sala de coleta também, *“... Às vezes entra alguém e ‘bam’ na porta”.*

Íris colocou que seria bom se a sala de vacinas fosse mais para o fundo e na parte da frente ficasse o ambulatório, porque uma das dificuldades que encontram é que neste prédio funciona a secretaria de saúde, parte de coordenação e uma unidade básica de saúde. *“Seria bom se pudessem separar tudo”.*

Falei que entendia que era difícil, que são muitas coisas ao mesmo tempo, prestar assistência e organizar e distribuir material para as unidades. Como fico observando, vejo como quem está de fora... Tenho presenciado vários momentos em que vocês ficam angustiadas, ficam preocupadas quando não vem todo o material que precisariam mandar para as unidades. O pessoal das unidades chama vocês ao telefone, reclama... xinga.. Vocês ficam sobrecarregadas e ao mesmo tempo têm que prestar assistência. Dentro do meu trabalho vou colocar isto, porque Watson coloca que todas questões aqui levantadas podem tornar o atendimento de enfermagem menos humanizado. E temos visto na prática que isto realmente acontece.

Todos falam ao mesmo tempo concordando.

Terezinha continua: *“O que nós vemos, é que temos muitas coisas para fazer e acabamos por não nos concentrar no nosso trabalho de assistência, ficando ele em segundo plano, correndo o risco de entrar numa rotina massificante para poder dar conta de tudo”.*

Íris coloca que já trabalhou nas UBS dos bairros *"E que lá, você tem que dar conta da assistência e o atendimento é mais humano, o pessoal do bairro já nos conhece. Lá a gente tem que pensar só naquela unidade e aqui a gente tem que pensar em todas"*.

Gabriela conta que como trabalha na sala de vacinas e na maternidade de um hospital, encontra muitas pessoas que já conheceu no hospital e que para ela isso é muito bom, que sente-se aliviada.

Terezinha: *"Ah, isto eu observei! Como faz diferença para uma família chegar num lugar e conhecer alguém! Ao chegarem aqui e encontrarem Gabriela, os olhinhos brilhavam, e os teus também" (olhando para Gabriela). As mães dizem: 'Meu filho, esta aqui, te viu nascer!'... Parece-me que elas se emocionam ... é uma outra relação..."*

Todos falam ao mesmo tempo concordando. E Élen continua: *"E como elas marcam a gente! Teve uma mãe que me viu aqui, depois me viu na parada do ônibus em frente à URI, veio me perguntar o que eu fazia lá. Para nós é mais difícil lembrar de todos, mas precisamos ter uma postura boa para eles não levarem uma imagem negativa da gente"*.

Terezinha: *"Mas então me respondam uma coisa: E as crianças que vêm à sala de vacinas com 1 mês, 2, 4, 6, 7, 9 e 15 meses, ela vêm 7 vezes ... Estas 7 vezes não é uma possibilidade para nós, de nos aproximarmos, de poder dizer coisas, de ajudar, porque nos tornamos conhecidas nestes meses?..."*

Gabriela: *"Se ela vem sempre no mesmo horário, então ela vai pegar sempre a mesma pessoa..."*

Enquanto Íris sai da sala Élen continua: *"Ficamos conhecidas, sim, quando elas chegam as mães dizem: 'Esta tia já te vacinou' ou 'esta tia te vacina sempre'. Às vezes chamam a gente pelo nome"*.

Gabriela: *"Outra coisa é o crachá, que seria bom a gente voltar a ter, porque ele identifica a pessoa"*.

Questionei: *"E por que vocês não usam?"*

Elas respondem: “O meu estragou! O meu está em casa! O meu eu não sei onde está. Está meio amarelinho até! Às vezes, a gente esquece, tem uns que são meio incômodos, enroscam...”

Terezinha: “Mas vocês podem ter um que fique sempre aqui. Deixem na gaveta.”

Élen: “Mas eu acho, assim, bem interessante o teu trabalho”.

Gabriela: “Também foi um pouco difícil, porque no início tu pegaste a terceira dose da DT, tinha dias que era uma ‘zoeira’ isto aqui”.

Élen: “Os pais ficam supercontentes, quando tu chamas a criança pelo nome”.

Eu: “Seria bom, sem querer segregar os mais velhos, mas fazer campanhas, como se faz com as crianças”.

Élen: “Eu também acho, e até sugeri isto, porque daí a gente se prepara para atendê-los. Porque eles não têm pressa, eles querem conversar, têm uma mobilidade diminuída, não escutam, às vezes, trabalhar com eles é pior do que trabalhar com criança, é bem estressante trabalhar com eles, às vezes a gente tem que ajudar a abotoar a camisa”.

Gabriela: “Às vezes a gente colocava quatro cada vez” (pessoas).

Élen: “A gente tem que falar alto com eles e eles não entendem”.

Gabriela: “Com a criança a gente tem que falar mais baixinho, desde a maneira que você fala eles te percebem mais, a atenção deles está mais neste ponto. Se você falar mais áspero ou mais grosso... faz diferença”.

Élen: “Tu sabes que eu, quando faço o teste do pezinho, pego na mãozinha deles, fico segurando e começo a conversar. Após o exame, quando digo que já terminou, eles, às vezes, estão soluçando, mas olham para a gente como se estivessem entendendo tudo o que a gente fala e explica”.

Terezinha: “Parece que está entendendo?”

Élen: “Não, eles entendem, né?”

Gabriela ri e Élen acrescenta: “Eles entendem...”

Terezinha: *“Sabe por que eu insisto em perguntar isto para as pessoas? É porque nós falamos, eu mesmo fiquei muito tempo falando assim, e olha que já estou formada há bastante tempo, mas foi nesta última década que eu comecei a falar diferente”.*

Todos riem e falam ao mesmo tempo, concordando. Élen diz rindo: *“Como se eles estivessem entendendo... Claro que eles entendem”.*

Reforcei: *“Essa linguagem é uma linguagem que está impregnada nas pessoas, a gente ainda trata o bebê como se ele não entendesse. Mas, quando você relata a sua experiência, está dizendo que o bebê deu sinais de que te entendeu. Então quando Élen pega na mãozinha do bebê, ele olha para ela e começa a fazer beicinho e vai parando de chorar, este é o sinal que ele está dando que está aceitando o estímulo dela. Ela conforta, e ele aproveita-se do estímulo para acalmar-se. Só que nós não entendíamos assim e nós da enfermagem precisamos começar a mudar a nossa forma de falar e assim as outras pessoas que nos ouvem, também passarão a levar mais em consideração a criança. Nós temos que ficar atentos para perceber os sinais que cada criança utiliza e para isso precisamos olhar, escutar, conversar, emitir sinais”.*

Gabriela: *“É verdade, é verdade...”* e conta outra situação de interação que teve com um bebê, que não relatarei porque a gravação estava muito ruim.

Íris retorna e eu coloco-lhe a questão do crachá que foi discutida e que o grupo concluiu que seria importante o seu uso, como uma forma de os pais também poderem chamá-las pelo nome. Todos relataram experiências com o uso do crachá. De entrar num quarto e o paciente chamar pelo nome, de o paciente perguntar quem é quem. Élen conta que freqüentemente perguntavam-lhe se ela era a enfermeira Íris, mesmo sem serem parecidas... Todas concordaram sobre a importância de poderem identificar-se, como forma de melhorar a interação.

Levantei outro ponto que gostaria de discutir que é sobre os encaminhamentos, porque um dos objetivos deste nosso trabalho era este: *“Queríamos saber se nós, na sala de vacinas, poderíamos detectar fatores de risco para o desenvolvimento. Nesta linguagem é que foi colocado o objetivo, mas em resumo seria: Se nós percebemos quando alguma criança/família está tendo alguma dificuldade de relacionamento com os pais, ou porque é uma coisa dela mesma, do seu próprio temperamento, que não se acalma, ou de condições biológicas de crescimento e desenvolvimento, por exemplo: Se não firma a cabeclnha, não senta na idade que deve sentar, ou*

que esteja em más condições de higiene, enfim... Das crianças que observamos, várias delas necessitariam atenção especial, e algumas delas foram encaminhadas para a enfermeira Íris, o que significa que realmente podemos perceber quando alguma coisa não vai bem com a criança e com a família. E o que podemos fazer? Encaminhar estas crianças?". Todas dão sinais de que concordam que sim e continuamos conversando sobre as situações que cada uma experienciou.

Continuei: "Eu acho que a enfermagem faz muito bem este trabalho de orientar e nós devemos oferecer serviço para quem é da nossa área. Sempre que tivermos possibilidade de fazer encaminhamentos para o enfermeiro, para ele atuar na área de assistência, nós devemos fazê-lo. Se agirmos assim, logo teremos necessidade de ter um enfermeiro trabalhando numa sala aqui ao lado. Sabemos que isto vai melhorar a assistência, e com relação à criança, estaremos tomando outras atitudes preventivas que não só aquela relacionada com a imunização".

Também defendi a idéia de que neste período de vida da criança quando não freqüenta creche nem escola, é com a enfermagem que a criança tem contato e o serviço de imunizações no Brasil tem funcionado muito bem e através dele nós podemos atingir a criança e a família e ajudá-los a viverem melhor.

Coloquei outro assunto que considere importante ser discutido, que é a questão de fazer a vacina no colo da mãe ou do pai.

Todos falam ao mesmo tempo, mostrando que este assunto é polêmico, dizem: "Eu prefiro no colo", "Tive dificuldade de me acostumar a fazer na maca", "Eu acho que cada caso é um caso", "Eu acho que tem que desencostar a maca e a mãe ficar na cabeceira da criança", "A maca está aí".

Comento: "Gostaria de dizer que este assunto é polêmico, até porque foi neste ano que foi instituída esta maca em todos os postos. Então vocês recém aceitaram esta idéia e daí chega outra pessoa querendo deixá-la de lado. Coloquei desde o início que não tinha a pretensão de mudar a rotina do serviço, com a minha/nossa prática, mas sim, verificar se a proposta era aplicável e promover a reflexão".

Íris colocou que de acordo com a norma técnica a vacina deve ser administrada com a criança deitada sobre a maca, para que a região onde a vacina será aplicada seja visualizada.

Reforcei, dizendo que a maca é importante, pois facilita para a mãe vestir a criança e que continuo achando que no colo também conseguimos visualizar bem a região onde a vacina será aplicada e ficar no colo facilita, porque a criança já está aconchegada.

Gabriela também coloca que mesmo que as macas tenham sido colocadas nas unidades recentemente elas servem para despir a criança e que isto não seria problema. Repeti meu posicionamento sobre a questão, acrescentando que desejava verificar se seria possível aplicar vacina no colo, como uma forma de aproximar a criança dos pais, facilitar a participação da criança, a comunicação, e o consolar a criança após a aplicação da injeção. Vimos que isto é possível. Expliquei que sabia que elas seguiam outra orientação e entendia que é difícil para elas, mas percebia que Gabriela, por exemplo: mudou totalmente a sua posição na maca. Que antes ficava no lado da cabeça do bebê e hoje tem ficado nos pés, deixando a mãe ficar na cabeceira “. Esta foi uma atitude espontânea da Gabriela”.

Todas riem e Gabriela, rindo, diz: *“Não foi não! ... Me falaram!”*

Todos riem e falam ao mesmo tempo, Gabriela e Élen se olham com ar de cumplicidade e eu fico surpresa...

Faço uma interrupção no relato para dizer que este foi um momento muito importante para mim. Perceber e ouvir o relato de que mesmo quando eu não estava na prática elas discutiam, conversavam e refletiam sobre a sua própria prática. É exatamente isto que eu penso que aconteça com a maioria das pessoas, com as crianças, com os pais, conosco mesmo. Refletindo, vejo os objetivos, Rogers e Watson, as suposições e os fatores de cuidado do nosso marco teórico juntando-se nestes relatos e nestas falas.

Gabriela conta que Élen ficou observando e falou-lhe. Ela passou a observar Élen e resolveu mudar também.

Complementei: *“A criança, no momento da dor, ficava sem o contato de uma pessoa familiar e fazendo desta forma você facilita a relação para ambos, humaniza...”* E falei com alegria: *“Mas isto é muito bom!...”*.

Todas riam e comentavam a mudança e eu acrescento que outra mudança que é aparente, é que agora sempre que Gabriela faz uma vacina na maca ela diz : *“Mãe, tu pegas no colo, depois*

tu vestes." E nós pensamos que só dizer isto para a mãe já tem um significado, damos sinais para a mãe que temos preocupação com o bebê e que o consideramos um ser participante".

Gabriela: *"É... primeiro acalma o bebê... depois tu veste".*

"Então, só para concluir, se vocês forem aplicar a vacina na maca, conversem com o bebê, erguendo a cabecinha dele, para ficar na mesma altura dos olhos, para que ocorra a troca de olhares e a valorização do bebê. E a mãe, na medida em que percebe como falamos com seu filho, também está aprendendo. Nós estamos lhe ensinando que o bebê entende, merece todo o nosso respeito e consideração e que é importante conversar com ele, sobre o que será feito nele, pois ele é quem irá sentir dor e os efeitos da vacina. Nós já sabemos que nos três primeiros anos de vida a criança organiza as bases da sua organização mental. A criança cria confiança em si, através da confiança que tem nos pais, então, se passamos para os pais a importância de falar a verdade para a criança numa relação de confiança, isto vai levar ao fortalecimento da criança para que seja confiante, segura, também no futuro".

Num clima de confiança, de trocas, entre risos, combinamos encerrar a reunião e marcamos o encontro do dia seguinte. Todos estavam preocupados, porque na próxima semana Gabriela sairia de folga e posteriormente começariam a sair de férias, de forma que não conseguiríamos mais reunir todo o grupo que iniciou o trabalho. Todos estavam envolvidos com o trabalho, mesmo Diva e Íris que não participaram vacinando.

Gabriela mostrou-me a escala de serviço que foi organizada na reunião onde já estão previstas as saídas de cada uma com as substituições. Fez isso com a satisfação que sentia por terem conseguido se reunir e decidir sobre pontos importantes que estavam pendentes, e que lhes causavam preocupação.

24-11-99 - Neste dia, conforme havíamos combinado, iniciamos as filmagens, mas antes, enquanto não havia crianças para serem vacinadas, conversamos sobre a revisão bibliográfica que fiz sobre a dor e o choro. Esta reunião transcorreu de forma supertranquila, com risos e participações no início mais esporádicas, e mais intensas no final.

Concluimos que ficou claro que toda a criança que procura a sala de vacinas vem a este local para buscar algo para a sua proteção, e não podemos esquecer que lhe provocamos dor , e

que talvez neste período da sua vida sejam estas as únicas experiências de dor. Também que possamos dizer a ela que vai doer, mas que vai passar e que ela será capaz de suportar. Sabemos que todas as injeções doem, a BCG, por exemplo, que é administrada por via intradérmica, até que o líquido se espalhe fica ardendo, que é dor também. E assim, num clima onde todas concordavam e verbalizavam isso, dando exemplos de como as crianças expressam a dor, puxando a perninha, levando a mão sobre o local, chorando, gritando, encerramos este assunto.

No início das filmagens, tanto Gabriela como Élen ficaram preocupadas, tentando se esquivar. Gabriela tinha pequenos curativos com micropore no rosto e achava que não ficaria bem. Mas como era de se esperar, na medida em que foram trabalhando e interagindo com as crianças e com os pais, foram esquecendo, que estavam sendo filmadas.

Pedi o consentimento dos pais e expliquei a eles sobre os objetivos das filmagens, ensinei Élen a filmar para que se sentissem mais à vontade. Ao refletir sobre a prática, chamou-me a atenção que vieram duas adolescentes, acompanhadas de suas mães, mostrando que as adolescentes cuidam dos seus filhos e ao mesmo tempo são cuidadas pelas suas mães numa relação muito particular que mereceria ser aprofundada. Penso que esta parte da prática não havia sido proposta na metodologia e que talvez eu devesse ter pensado melhor antes de tê-la incluído. Senti necessidade de registrar em forma de filme para que pudéssemos mostrar a prática acontecendo, para que pudéssemos nos ver através do vídeo repetidas vezes, no entanto o filme serviu para fazer os registros do dia, mas não cheguei a assistir a filmagem junto com a equipe, o que seria muito interessante e é uma sugestão para trabalhar a observação e reflexão. Fiquei pensando que este modo de registro através de filme é especialmente rico em detalhes, permite a retomada da imagem, e poderia promover uma excelente discussão.

25-11-99 - Comparecemos no campo e não tivemos nenhuma vacina para administrar. Ficamos conversando sobre vários assuntos, como: férias, relatórios, despedidas.

Élen colocou um assunto que considero importante relatar. Ela percebe que a enfermagem tem dificuldade de se colocar como um profissional técnico, como os outros que trabalham na unidade. Fala que a enfermagem tem que dar conta do seu trabalho e do trabalho dos outros profissionais e conta a experiência que viveu recentemente: Estava com a sala de espera cheia de crianças para vacinar e um dentista veio pedir-lhe as fichas de seus pacientes e que chamasse os

pacientes para ele. Disse a ele que pegasse as fichas que estavam sobre o balcão, pois estava ocupada com o seu trabalho. Relata que entende a atitude daquele profissional como de desrespeito com o profissional que ela é e com o seu trabalho, uma vez que ele viu que ela estava muito ocupada e insistiu que ela parasse o que estava fazendo para ir chamar os seus pacientes. Naquela ocasião, ficou muito nervosa porque ele insistiu e após terminar o seu trabalho, subiu até o andar superior e conversou com a enfermeira, sua chefe, até porque temia que o outro profissional fosse queixar-se. Conta que teve todo o apoio da sua chefia que, inclusive, chamou o outro profissional e explicou-lhe que ela estava correta e que não era sua função chamar os pacientes do serviço de odontologia.

Relata que hoje, passado algum tempo, já não é mais assim, até porque mudou a sua chefia, e este mesmo profissional continua agindo da mesma forma, diferentemente de outros que chegam, pegam suas fichas, chamam seus pacientes e não as envolvem nesta função.

Élen continua contando que encontrou uma maneira para dar um recado recentemente a um outro profissional que também tem o mesmo tipo de comportamento. Conta que, percebendo que o profissional estava na sala ao lado, iniciou uma conversa com a colega, onde relatou o que havia ocorrido na situação anterior e falou claramente que cada um deve fazer por si e que elas não devem parar de fazer o seu trabalho, para fazer o que o outro pode fazer sozinho. Neste dia o profissional que ouviu a conversa, entrou, pegou suas fichas, chamou seus pacientes e foi atendê-los.

Élen fez críticas às colegas de profissão que não têm uma postura adequada e colocam-se numa posição de inferioridade, achando que devem "ajudar", quando na verdade caracterizam a enfermagem como uma profissão servil com relação aos demais técnicos.

Neste dia todos tínhamos o entendimento de que o trabalho já estava encerrado por hora. O grupo também sabia que eu deveria encontrar-me com minha orientadora, e que dependendo do que conversasse com ela eu talvez voltasse e que este estudo só estará concluído no ano 2000. Ao sair do campo, eu me despedi normalmente como alguém que não está indo embora, mas como alguém que está saindo para fazer outra coisa, como alguém que faz parte deste grupo, porque compartilhamos as mesmas preocupações e a qualquer hora voltaremos a nos encontrar.

Ao refletir sobre a prática percebo que uma das condições necessárias para a mudança de pensamento na enfermagem é o conhecimento e Élen, como estudante do curso de graduação em enfermagem, já demonstra ser mais crítica. Porém neste momento, estou mais interessada no fato de que a verbalização do sentimento de forma sincera proporciona a reflexão do outro, que reflete sobre si e sobre o seu fazer, e sobre a estratégia que Élen usou para falar alguma coisa ao outro que não teria coragem de falar claramente. No entanto o relato também mostra que a enfermagem continua caminhando no sentido de livrar-se de um estigma, assim como as mulheres no mundo inteiro avançam no sentido de serem menos submissas.

VIII - APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS RESULTADOS

Neste espaço apresento o que denominei “O grande mapa do cuidado”, quadro 1, que demonstra a trajetória do cuidado em quarenta e seis crianças. Nestas observações relato e identifico comportamentos da enfermagem, da criança e dos pais. Faço algumas reflexões, análises e proposições sobre alguns dados quantitativos e qualitativos que foram levantados. Destaco e descrevo algumas situações que são relatadas com maiores detalhes por terem sido consideradas e classificadas como casos especiais que sugerem risco para o desenvolvimento da criança.

No grande mapa do cuidado, quadro 1, cada profissional da enfermagem que participou da prática assistencial está indicado com cor diferente, como segue:

Cor Preta = Jacira.

Cor Rosa = Gabriela.

Cor Verde = Élen.

Cor Azul = Terezinha/mestranda.

Pode-se verificar que no início da prática a frequência dos cuidados propostos era pequena. Eu fazia a observação, a participação e registro. No dia 29/09 comecei a vacinar conforme a “proposta assistencial: um ideal de cuidado”, onde no mapa aparece tingido de amarelo.

No dia 13/10 que aparece no “grande mapa do cuidado” o tingido de cinza indica o dia em que explicamos detalhadamente cada item da “proposta assistencial: um ideal de cuidado” à equipe de enfermagem. A partir desta data observamos aumento da frequência dos itens propostos. Observa-se que após o dia 13/10 a incidência das ações da equipe de enfermagem é oscilante, aumentando após observar o modo de fazer da mestranda. A partir do dia 26/10 a frequência passa a ficar estável.

É importante ressaltar que estes dados que aqui estão sendo apresentados foram sendo discutidos ao longo da prática, conforme mostrei no capítulo VII, portanto é necessário vê-los dentro daquele contexto.

Observa-se que nas 11 primeiras crianças/famílias vacinadas, as crianças foram colocadas sobre uma maca para receberem a vacina, em 9 das 11 situações os pais ficaram posicionados aos pés da criança e em 2 posicionaram-se junto à cabeça do bebê. Das outras 35 crianças, 27 permaneceram no colo dos pais, nas outras 8, os pais ficaram ao lado da cabeça dos bebês, de forma que podiam trocar olhares, sentir o calor, ouvir a voz e ter contato através da pele. Assim como este exemplo, pode-se observar outras mudanças de comportamento da equipe de enfermagem que foram ocorrendo ao longo da prática.

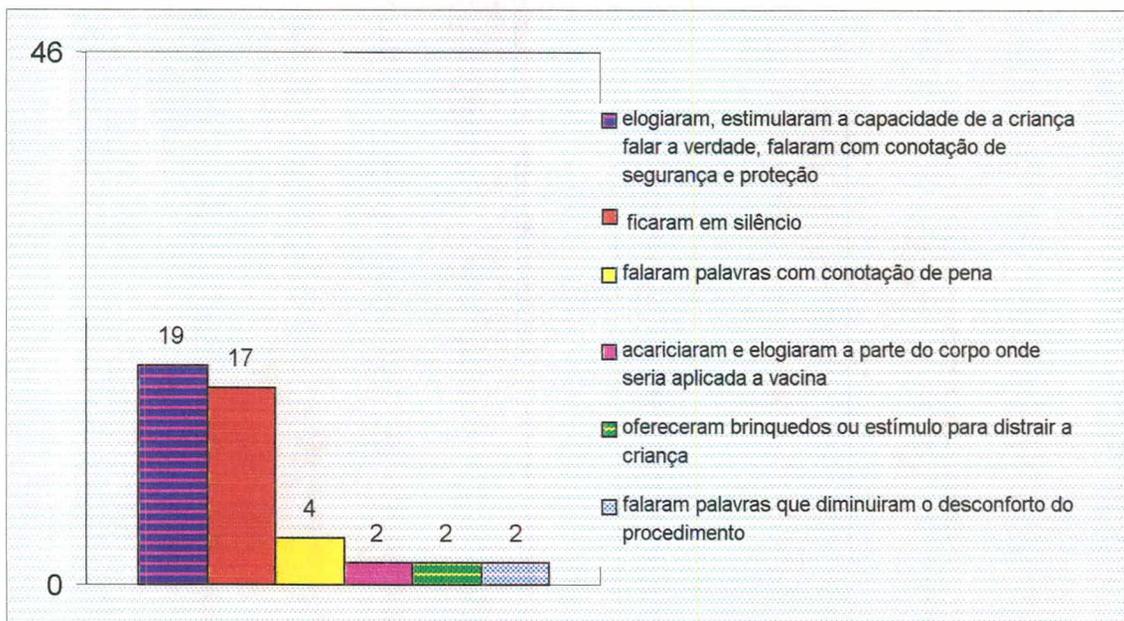
Observa-se também que das 46 crianças observadas, 21 delas receberam mais de uma vacina no mesmo momento e o mapa mostra que não houve modificações neste sentido, ao longo

da prática, porém pude constatar algumas situações em que a família foi orientada a retornar na semana seguinte, para evitar 3 injeções no mesmo dia.

AS FALAS E ATITUDES DOS FAMILIARES E DA ENFERMAGEM DURANTE O CUIDADO NA SALA DE VACINAS

Neste espaço apresento quadros que descrevem as falas dos familiares da criança antes e após a aplicação da vacina, depois a atitude dos familiares após a aplicação da vacina e por último, sobre quem acompanha a criança neste procedimento. Prosseguindo, analiso as atitudes das crianças na sala de vacinas, considerando respostas a estímulos, fixação de olhar com os familiares e com a enfermagem, o sorriso e a volta à calma após o procedimento.

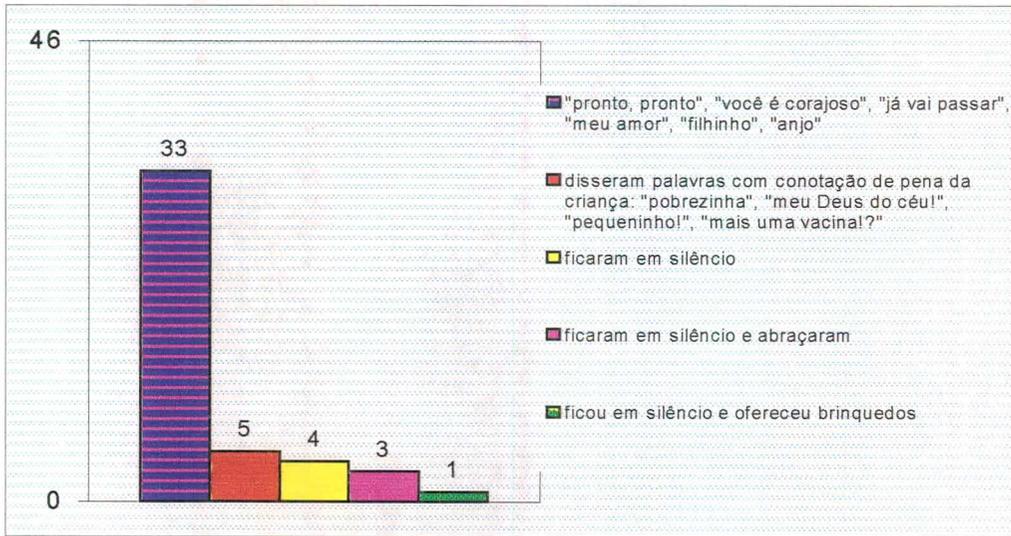
A FALA DOS FAMILIARES ANTES DA APLICAÇÃO DA VACINA



Quadro 2 – Fala dos pais antes da aplicação da vacina

Observa-se que na maioria das vezes os familiares ofereceram algum estímulo positivo à criança, mas um grande número deles permaneceu em silêncio, contudo, era “um ficar em silêncio junto”, solidário, o que vem a ser um estímulo positivo também.

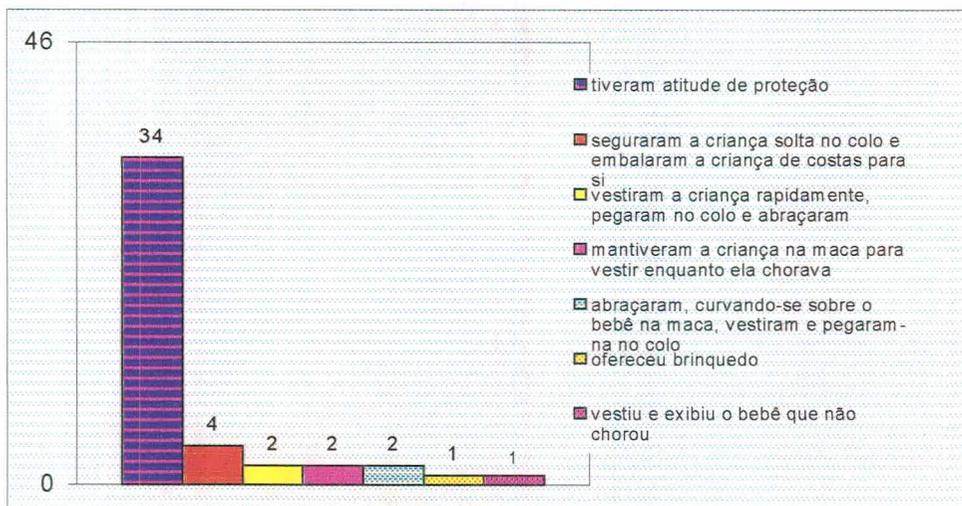
A FALA DOS FAMILIARES APÓS A APLICAÇÃO DA VACINA



Quadro 3- Fala dos familiares após a aplicação da vacina

Neste quadro pode-se observar que a maioria dos familiares encoraja positivamente as crianças e os que ficaram em silêncio, na maioria das vezes ficaram aninhando o bebê no seu abraço como que em uma posição de respeito e solidariedade a ele. Um número bem menor demonstrou pena. Observa-se que antes da aplicação da vacina os familiares ficam mais silenciosos, o que acontece menos depois da aplicação da vacina, o que nos leva a pensar que a aplicação da vacina mobiliza-os a procurarem mais recursos para acalantar e acalmar o bebê.

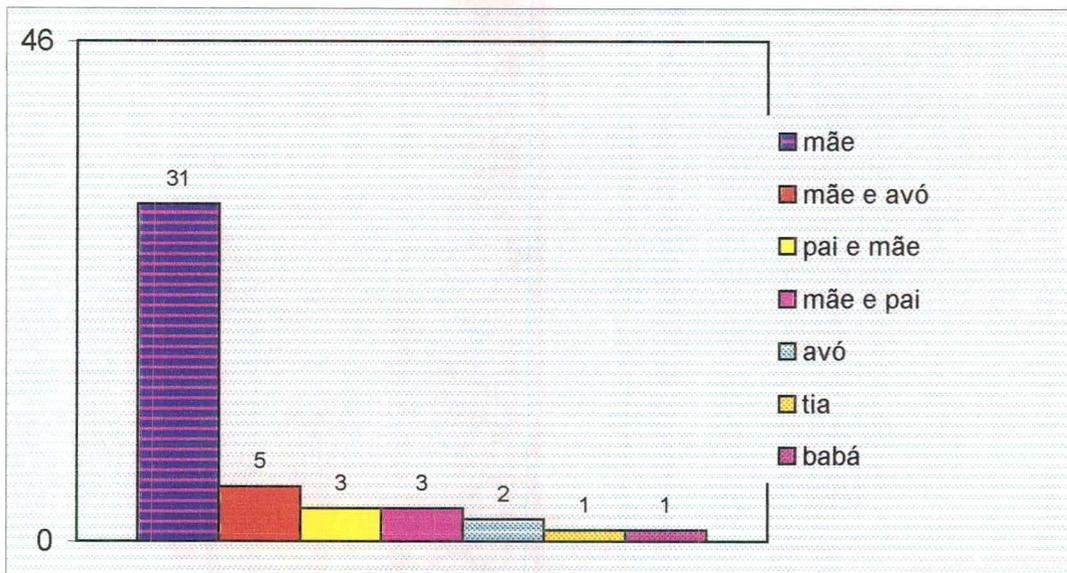
ATITUDES DOS FAMILIARES APÓS A APLICAÇÃO DA VACINA



Quadro 4 - Atitudes dos familiares após a aplicação da vacina

No quadro 4, onde está escrito “tiveram atitude de proteção”, estou me referindo aos familiares que trataram a criança com interesse, acalentaram, abraçaram falaram baixinho ao ouvido, encostaram o seu rosto no rosto do bebê, ofereceram brinquedo ou mostravam os quadros da parede, conversavam olhando no olho, enquanto vestiam beijavam, davam batidinhas carinhosas com a mão na “bundinha” do bebê, seguraram firmemente o bebê que se debatia, oferecendo segurança e solidariedade.

QUEM ACOMPANHA A CRIANÇA NA SALA DE VACINAS



Quadro 5 – Acompanham a criança na sala de vacinas

Neste quadro, observa-se que quando a criança veio acompanhada pelos pais, destacamos a figura ativa no cuidado. Quando aparece o “pai e a mãe”, desejamos mostrar que o pai foi a pessoa que segurou o bebê no colo, acalentou e a mãe ficou auxiliando, e quando a parece a “mãe e o pai” é por que a mãe cuidou do bebê durante o tempo em que ali estiveram e o pai auxiliou.

Apesar de não estar registrado neste quadro, algumas vezes os pais trouxeram outros irmãos acompanhando o bebê na sala de vacinas. A avó, quando acompanha os pais, merece ser pensada como uma pessoa que dá apoio ao casal, como uma cuidadora dos adultos, que também necessitam de cuidados, uma vez que estão experimentando uma situação nova em suas vidas. Quando acompanha a filha adolescente, percebi que ela fica dividida em auxiliar a filha e o bebê, como se quisesse deixar a filha cuidar do bebê, mas quando percebe que ela não está cuidando, assume a função de mãe do bebê. Esta crítica foi feita baseada nas situações que

observei, no entanto penso que a mãe adolescente, a avó e o bebê devem merecer atenção especial da enfermagem que necessita avaliar cada situação no seu contexto. Considero este tema relevante e penso que pode tornar-se objeto de outros estudos, pois já observei em outras ocasiões, avós tentando acalantar o bebê que só se acalma quando passa para o colo dos pais.

AS ATITUDES DAS CRIANÇAS DURANTE A APLICAÇÃO DAS VACINAS

A criança respondendo aos estímulos

Constatei que 40 crianças responderam ao estímulo tátil, visual, auditivo, mímico, através de gestos de pegar, tocar, olhares, sorrisos, interesse, expressão facial. Das que não responderam ao estímulo observamos:

1 criança - 5 meses: A interação foi distante, não foi oferecido brinquedo, não foi conversado ou explicado para a criança, que ao ser colocada na maca, já começou a choramingar. A enfermagem, antes da aplicação, disse: "pode preparar a perninha" e virou-se de costas para preparar a vacina. A mãe não conversou com a criança, vestiu e manteve-o afastado do seu corpo após a aplicação. Refletindo sobre esta situação, penso que esta relação se deu praticamente sem trocas, de distanciamento e verticalidade onde o adulto agiu sobre a criança, tratando-a não como sujeito, mas como objeto.

1 criança - 22 dias: A interação foi distante, não foi oferecido brinquedo, foi explicado o que seria feito, a enfermagem ficou ao lado do bebê. A mãe, antes da aplicação da vacina quis afastar-se e a enfermagem disse: "Fique, mãe, seja corajosa, ele precisa de você". Na hora da aplicação a mãe virou-se de costas e tapou os olhos com as mãos. Após a aplicação pegou o bebê no colo, abraçou e disse: "foi ruim..." enquanto a enfermagem falou: "Pronto... nem chorou muito, e manteve-se ao lado. O pai ao lado disse: "ele é homem". O bebê recebeu a segunda vacina, sendo que a mãe assumiu outra postura e ficou ao lado do bebê enquanto o pai ficou circulando ao redor.

Refletindo, percebo que a enfermagem interveio de forma firme e positiva, encorajando a mãe, e tentou usar o fato de o bebê ter chorado pouco para estimulá-la. Entendo que esta é uma forma de estimular positivamente e reforçar positivamente, ao contrário da mãe que estimulou negativamente e no final, mesmo abraçando o bebê, reafirmou que foi ruim. Por outro lado percebe-se que o pai ficou *ao lado*, eu diria também, *de lado*. A enfermagem poderia ter estimulado o pai a

participar. O pai demonstrou de felicidade ao ver que seu filho quase não chorou, apesar do medo da mãe.

2 crianças - 4 e 9 meses: Não foi oferecido estímulo, mas a primeira criança olhava tudo ao seu redor, e a segunda ficou com o olhar fixo na enfermagem, como quem está se comunicando com o olhar.

1 criança - de 3 meses: Não recebeu estímulo, a mãe foi carinhosa, mas estava muito preocupada porque na vacina anterior a criança apresentou reação cutânea. A criança teve muita dificuldade em acalmar-se após o procedimento.

1 criança - de 9 meses: Esta criança recebeu estímulo, foi conversado com ela, os pais seguravam mal a criança, a mãe ficou longe. É uma criança com dificuldade que mereceria atenção especial. Foi descrita como a quarta criança a merecer cuidado especial de enfermagem que será apresentado mais adiante.

Refletindo, percebo que a maioria das crianças reage positivamente a qualquer tipo de estímulo e quando não estimulada, ainda assim demonstra interesse pelo ambiente e pode estimular as pessoas que prestarem atenção nela. Assim sendo, este é um importante sinal a ser observado.

Com relação ao brinquedo, observei que a maioria das crianças que receberam o estímulo através do brinquedo, interessaram-se por ele. As crianças que não se interessaram eram bebês menores de um mês ou estão entre aquelas crianças que mereceram atenção especial de cuidado. Assim refleti que o interesse da criança pelo brinquedo é um indicio de bem-estar e um sinal a ser observado.

A criança fixa seu olhar nos olhos dos familiares e nos olhos da enfermagem

Observei que 41 das crianças fixaram o olhar nos familiares durante o procedimento na sala de vacinas, destas, 39 fixaram também o seu olhar na enfermagem. Penso que a maioria das crianças fixa os seus olhos nos olhos de outra pessoa com quem interage.

A presença do sorriso da criança como um sinal de interação

Das crianças observadas, 30 sorriram após o procedimento. As que não sorriram estão entre as menores de 2 meses de idade, aquelas cujas mães estavam angustiadas e nervosas e aquelas com quem a enfermagem teve pouca interação; ou ainda estão entre as crianças que mereceram atenção especial.

Refleti que geralmente o sorriso é um sinal, ou uma resposta que pode indicar o bem-estar da criança.

A criança e a volta à calma após o procedimento doloroso

Das crianças observadas, 40 pararam de chorar e voltaram à calma logo após a aplicação da vacina. Das que demoraram a acalmar-se, 5 receberam mais de uma vacina, 1 delas recebeu apenas uma vacina.

O 1º bebê esteve acompanhado pela avó, recebeu a segunda vacina sem que tivesse parado de chorar pela aplicação da primeira vacina. O bebê saiu chorando da sala. O 2º bebê sorriu e brincou após a primeira vacina, mas após a segunda chorou muito, agarrava-se ao pescoço da mãe em pé sobre a maca enquanto ela o vestia, soluçava e saiu chorando. O 3º bebê veio acompanhado pela avó. Foi aplicada uma vacina a seguir da outra, como se fosse um único procedimento. A avó foi carinhosa, encostava o rosto no rosto do bebê e falava baixinho. Está descrito entre as crianças que mereceriam atenção especial. O 4º bebê havia feito uma vacina na semana anterior e com apenas 3 meses de idade já esteve 33 dias internado em uma UTI neonatal. O 5º bebê recebeu 4 aplicações no mesmo momento, está descrito entre os casos que mereceriam atenção especial. O 6º bebê que fez apenas uma vacina, a mãe estava preocupada com os filhos que aguardavam do lado de fora, a criança ficou irritada, chorou forte, afastava o brinquedo com as mãos, jogava o corpo para trás, fazia tentativas de acalmar-se, mas quando olhava para a enfermagem continuava chorando.

Refletindo, penso que a aplicação de duas ou mais vacinas, uma a seguir da outra, aumenta o estresse na criança e dificulta o retorno à calma. A aplicação de duas vacinas, uma imediatamente à outra, como se fosse um único procedimento, eu penso que é um abuso com a criança que não tem tempo para elaborar o que está sentindo. Pode-se tranquilamente aplicar uma

vacina, deixar os pais abraçarem e consolarem a criança e depois aplicar a segunda vacina em local diferente. A criança que vivenciou experiência de hospitalização recentemente pode ter dificuldade em se acalmar. Porém penso que o choro excessivo, não necessariamente deva ser pensado como uma dificuldade, pode ser pensado em termos de temperamento.

AS FALAS E ATITUDES DA ENFERMAGEM ANTES E APÓS A APLICAÇÃO DAS VACINAS

As falas e atitudes da enfermagem antes e depois da aplicação das vacinas não foram categorizadas, uma vez que elas sofreram a influência do mestrando, na medida em que o trabalho foi sendo desenvolvido. É importante observar no "grande mapa do cuidado", as modificações que foram ocorrendo à medida que a prática foi sendo desenvolvida. Alguns dados que foram registrados e não aparecem, são apresentados no texto que segue:

Inicialmente, a fala da enfermagem era mais dirigida ao familiar, no sentido de que preparasse o local para aplicação, despindo a criança e, no término da prática, era dirigida à criança. Explicava-se à criança tudo o que estava contido na proposta assistencial. Nos primeiros dias, depois da aplicação da vacina, a enfermagem afastava-se da criança e ao término da prática ficava próxima, oferecia brinquedo, pegava o bebê no colo, de forma que as crianças que antes saíam chorando passaram a permanecer na sala até voltarem totalmente à calma.

Ao iniciarmos a prática observávamos uma vacina sendo aplicada a seguir da outra, como se fosse um único procedimento, não se esperava a criança parar de chorar. No final perguntava-se para algumas mães se gostariam de vir outro dia fazer a segunda vacina. A fala da enfermagem, que era "pronto já passou", passou a ser "pega no colo", passaram a dizer "pode chorar", "já vai passar", ficavam passando a mão na cabeça da criança. Diziam "mãe, acalma ela".

No decorrer da prática assistencial a enfermagem referia algumas dificuldades que tinham quanto à organização do serviço. No final fizeram uma reunião e se organizaram no que foi possível.

O objetivo inicial era detectar situações de risco para a saúde, o crescimento e desenvolvimento. Mas após uma situação, que foi a da *quarta criança* que descreveremos a seguir, passamos a encaminhar a criança e a família para atendimento com a enfermeira da unidade.

Observamos que quando o familiar sente-se à vontade e inteirada, ela faz outras perguntas, como: quando fazer o teste do pezinho, se o umbigo está bom, pergunta sobre o banho do bebê. Demonstram sentir mais confiança na enfermagem, na medida em que a enfermagem aumenta a interação. Isso começou a ocorrer no final da prática.

CRIANÇAS E FAMÍLIAS QUE MERECELIAM OU MERECELIAM ATENÇÃO ESPECIAL DE CUIDADO DE ENFERMAGEM

Neste espaço relato sete situações que apareceram na prática que foram levantadas a partir das reflexões com a equipe de enfermagem e através da análise dos dados de registro. Considerei e classifiquei como crianças/famílias que mereceram ou mereceriam atenção especial de cuidado de enfermagem, por apresentarem algum sinal ou comportamento que pudesse representar indício de risco para a saúde da criança e da família e para o crescimento e desenvolvimento.

Primeira criança: Com 15 meses, veio acompanhada pela mãe, que já havia dito para a criança em casa que iria fazer vacina. Tinha duas vacinas para receber, por via IM e SC que foram aplicadas na coxa D e na região do deltóide E. Quando a criança chegou, a enfermagem cumprimentou a família, não se aproximou do bebê, não ofereceu estímulo ou brinquedo. O bebê não foi orientado sobre o que seria feito com ele na hora de receber a vacina. A mãe foi orientada sobre o local de aplicação da vacina. Após a aplicação da primeira vacina, a enfermagem ofereceu um brinquedo e ficou ao lado alguns minutos, afastou-se apenas para preparar a segunda vacina que foi aplicada antes que a criança tivesse parado de chorar. Após a segunda vacina, a enfermagem disse à mãe: "pega no colo e depois veste". A mãe permaneceu em pé, ao lado da maca onde o bebê estava deitado e antes da aplicação lhe disse: "Vai doer um pouquinho". Depois da aplicação manteve o bebê na maca e disse "Pronto, pronto, calma, já passou". Após a segunda aplicação, abraçou o bebê, segurando-o próximo ao seu corpo e olhando nos seus olhos. O bebê que havia brincado e aceitado estímulo quando chegou, não parou de chorar e saiu chorando. Após a segunda vacina ficou em pé sobre a maca, agarrado ao pescoço da mãe, chorava e soluçava. Tentamos oferecer-lhe brinquedos, conversar, oferecemos estímulo auditivo, ele chegou a nos olhar, e olhar para o brinquedo, mas voltou a chorar forte e acabou por sair da sala chorando.

Refletindo: Este bebê/família foi destacado, por ocasião do relatório da prática assistencial, porque não conseguiu voltar à calma. Tendo ele recebido duas vacinas, tinha motivos para ficar muito bravo como ficou e demonstrou sua revolta com a enfermagem. Como vimos na revisão de bibliografia, cada criança reage também de acordo com seu próprio temperamento. Neste momento, relendo o que foi escrito, penso que este bebê *poderia ser observado em outras situações de cuidado onde fosse possível observá-lo por um período maior.*

Segunda criança: Com 3 meses, veio com a avó que falou em casa que iria fazer um "guiti" (nesta região as pessoas costumam usar este termo ao referir-se "à injeção" ou "uma picadinha"). Recebeu duas vacinas por via intramuscular, ambas aplicadas na coxa direita. A enfermagem cumprimentou a família e falou para a avó ir colocando a criança na maca e que fosse explicando que iria fazer uma vacina. A avó estava muito preocupada porque a criança apresentou uma reação adversa quando fez a vacina da BCG. Refere que a criança teve febre e uma reação na pele. Perguntamos se esta reação não seria por algum outro motivo, já que não é comum este tipo de reação após a vacina da BCG. Perguntamos também se não procurou a unidade de saúde ou o pediatra naquela ocasião. A avó respondeu de forma vaga, mas insistia em que a criança havia tido uma reação da vacina, demonstrando muita apreensão. Durante todo este tempo, a enfermagem não se dirigiu à criança, não estimulou ou ofereceu brinquedo. As vacinas foram aplicadas, uma a seguir da outra, como se fosse um único procedimento.

Após a aplicação, a enfermagem disse "pronto, pronto", ficou segurando o algodão sobre o local da aplicação, afastou-se para desprezar o material e retornou, permanecendo ao lado da criança, enquanto a avó vestia-a. A avó, antes da aplicação não falou nada, depois da aplicação falou: "pronto, pronto" e aproximou o seu rosto do rosto do bebê, sobre a maca. A criança não fixou o olhar na enfermagem, nem na avó, não sorriu, chorou muito, demorou muito para acalmar-se.

Refletindo: Entendo que esta criança e família mereceriam atenção especial, porque *a mãe não estava junto, a criança chorou muito, não fixava o olhar, teve dificuldade em acalmar-se e porque não ficou clara esta situação de a criança ser trazida pela avó, assim como a queixa da avó de a criança ter tido uma reação muito forte.* A sugestão seria de observar melhor a criança em outras situações de cuidado, avaliando também as relações familiares. Neste caso a enfermagem deu atenção à avó, que se tornou a figura central no atendimento e a criança que recebeu uma vacina, poderá ter reações metabólicas, que sentiu dor, foi tratada como um objeto.

Terceira criança: Com 3 meses, 3 quilos, veio com a mãe para realizar 2 vacinas por via IM que foram aplicadas na coxa direita. Na semana anterior esteve na unidade, onde recebeu outra vacina injetável. Esteve 33 dias internado por "prematuridade", quando nasceu. A mãe não está amamentando. É muito cuidadosa, carinhosa, curva-se para abraçá-lo, como se quisesse aninhar. A enfermagem que já conhecia a criança da semana anterior chamou-a pelo nome, cumprimentou os familiares, convidou-os a sentar, fez a interação com a criança, conversou olhando no olho, explicou para a criança tudo o que iria fazer. Explicou que iria fazer a primeira vacina e depois que tivesse se acalmado faria a segunda. A enfermagem, após a aplicação, disse: "pronto, já vai passar" e esperou que se acalmasse e só então fez a outra vacina, permanecendo ao lado, conversando e dando apoio. A mãe, com a criança no colo, antes da aplicação disse: "vai doer um pouquinho". Depois da primeira aplicação, ficou segurando o bebê no colo, olhando no seu olho e conversando com ele, dizendo: "pronto já vai passar". Depois da segunda aplicação, abraçou fortemente o bebê de forma carinhosa, com o corpo encurvado como se quisesse aninhá-lo. O bebê respondeu aos estímulos, fixava o olhar na mãe e na enfermagem, não sorriu, acalmou-se após a primeira vacina e após a segunda demorou muito para acalmar-se.

Refletindo: Penso que esta criança e família merecem atenção especial porque *nasceu prematura, esteve internada por período prolongado, não está recebendo leite materno* (poderia se avaliar a possibilidade de relactação).

Refletimos também se a enfermagem tem necessidade de fazer as duas vacinas no mesmo dia, já que a mãe já havia vindo na semana anterior poderia vir na semana seguinte. Questiono a rotina que diz que as duas vacinas devem ser administradas na coxa D.

Quarta criança: Com 9 meses de idade, veio acompanhada pelos pais, chegou no colo do pai. Eram pessoas muito simples, trabalhadores rurais. A criança tinha quatro vacinas injetáveis para fazer, sendo que duas delas estavam com três meses de atraso e uma com dois meses de atraso. A enfermagem cumprimentou o bebê, que já começou a chorar. Ao serem convidados para sentar, a mãe não quis sentar porque tinha pressa. O bebê chegava a fixar o olhar na enfermagem, mas logo desviava e chorava. Não pegou nenhum brinquedo na mão, desviava o olhar do brinquedo também. A mãe, ao ser estimulada a ficar próxima do bebê, respondeu: "ele fica", fazendo gesto com a cabeça em direção ao esposo. A enfermagem explicou à criança tudo o que iria fazer, conforme a proposta assistencial, mesmo que ela não conseguisse fixar o seu olhar. Disse que teria

quatro vacinas para fazer, mas que esperaria ela se acalmar a cada vacina. A mãe, ao ser estimulada a ficar próxima do bebê, não respondeu ao estímulo, não ficava próxima do bebê, não olhava para ele. Após a primeira vacina disse em tom de reclamação: "Por que tantas vacinas?"; "Mais uma? Coitado, mas faz logo, se tem que fazer...". O pai, ao ser orientado a sentar, preferiu ficar em pé com a criança no colo. A cada vacina que fazia a enfermagem dizia: "pronto, já vai passar, abraça ele, pai". Na última aplicação orientou para que o pai sentasse, pois ficaria mais fácil para despir o braço do bebê. A enfermagem despiu o braço do bebê, porque a mãe ficava longe e o pai bastante atrapalhado. O pai segurava a criança de forma que ela ficava com o dorso encostado no seu peito, os olhares não se cruzavam, pois o bebê ficava de costas para o pai. Antes da aplicação o pai falava: "só um pouquinho, tem que fazer". Depois de cada aplicação o pai dizia: "pronto, pronto" e embalava o bebê, mantendo a posição. A criança chorou o tempo todo. No início menos, mas no final, chorou forte, de forma irritada, debatia-se no colo do pai e desviava o olhar. Fixou o olhar nos pais e na enfermagem muito rapidamente, não sorriu. A criança apresentava-se com espasticidade muscular, a enfermagem tentou sentá-lo no colo do pai e não conseguiu, percebendo que havia uma disfunção neuromotora e deformidade nos ossos do crânio. Perguntou se a criança fazia acompanhamento com o pediatra e em que local. A mãe respondeu que é nessa unidade e o pai respondeu que faz uns três meses que vieram pela última vez. Foi orientado a marcar nova consulta com o pediatra, que já estava na hora de eles retornarem.

Refletindo: Entendo que esta criança e família necessitam de acompanhamento, *porque apresentava atraso no desenvolvimento e sinais de disfunção neurológica. Todas as tentativas de inteirar a mãe foram frustradas. A mãe manteve-se indiferente ao bebê. O pai segurava mal a criança. As vacinas estavam muito atrasadas. Os pais não estavam retornando à consulta médica. Na hora de despir o braço da criança o pai tinha dificuldade em fazê-lo.*

Independente da indiferença dos pais, a enfermagem manteve uma atitude de respeito com o bebê e com os pais, conversando com o bebê, olhando no olho, mas não conseguiu estabelecer aproximação nem com o bebê e nem com a família. O bebê chorava, debatia-se, desviava o olhar, fixava o olhar na enfermeira e nos pais muito rapidamente.

Esta situação foi muito difícil e causou-me muita angústia fazer a reflexão. Penso que deveria ter encaminhado a criança imediatamente para uma consulta com a enfermeira e com o pediatra. Poderia, em vez de ter feito todas aquelas vacinas na criança, ter uma outra postura, como marcar

um outro dia para que voltassem à unidade e se não voltassem, providenciar uma visita domiciliar. A partir deste dia, deste atendimento e da reflexão que fizemos com a equipe de enfermagem, decidimos que passaríamos a encaminhar as crianças e famílias em que detectássemos alguma dificuldade, para atendimento com a enfermeira da unidade de saúde.

Quinta criança: Com três meses de idade, veio com a mãe, necessitando receber três vacinas atrasadas há um mês. Quando chegou, a enfermagem fez interação, a criança respondeu sorrindo e ficou atenta a todas as orientações feitas, conforme a proposta assistencial. Após a aplicação das vacinas, a enfermagem manteve-se ao lado da criança, ofereceu brinquedo. A mãe não falou nada antes e depois da aplicação, mas abraçou a criança. Depois da segunda aplicação, sugerimos que aproximasse o seu rosto do rosto do bebê e ela aceitou a sugestão. A mãe tinha uma forma de segurar que consideramos "insegura", não ficava próxima, nem distante do corpo, era um segurar solto, sem abraço, também não olhava no olho do bebê. A criança recebeu a vacina no colo da mãe, conforme a proposta assistencial, interessou-se pelos brinquedos, respondeu aos estímulos, sorriu, fixava o olhar na mãe e na enfermagem e acalmou-se após o procedimento. Após a primeira vacina chorou, acalmou-se e sorriu. Após a segunda vacina, chorou, suspirou e soluçou. Após a terceira vacina, chorou mais forte e por um período mais prolongado. A mãe colocou-a na maca para vesti-la e ela permaneceu chorando. Acalmou-se ao retornar para o colo, mas mesmo assim intercalava períodos de choro e calma. A Criança apresentava dermatite aparente na região ventral das coxas, além da região das fraldas. Ao ser perguntado, se tinha medicação para febre em casa, respondeu que não e também não sabia qual o peso do filho. Não estava freqüentando a unidade para consulta com o pediatra. Apresentava secreção purulenta nos olhos. Perguntamos para a mãe se ela gostaria de conversar com a enfermeira da unidade para ver como estava o peso do bebê, e para conversar sobre a assadura, a medicação e outras dúvidas que ela tivesse. Encaminhamos para a enfermeira da unidade que veio atendê-la.

Refletindo: Esta criança/família mereceu atenção especial, porque *apresentava dermatite importante na região das fraldas, estava com as vacinas atrasadas, a mãe não sabia o peso da criança, não tinha antitérmico em casa e a criança apresentava secreção ocular.* A mãe demonstrou corresponder ao estímulo positivo que fizemos, sugerindo que aproximasse o seu rosto e falasse com o bebê que chorava. Ela fez isso e o bebê acalmou-se. Pareceu-nos que esta mãe tem potencial para o cuidado e necessita ser estimulada com relação a outras atitudes de cuidado com o seu filho.

Sexta criança: Com dez meses, veio com a tia. Tinha quatro vacinas atrasadas. A enfermagem fez uma vacina via oral e duas injetáveis e combinou a terceira para a semana seguinte. A enfermagem agiu de acordo com a proposta assistencial. Após a aplicação das vacinas ofereceu brinquedo, ficou ao lado da criança. A tia segurava a criança próxima do seu corpo, olhava no olho, após a vacina ofereceu brinquedo e abraçou. Ficou surpresa quando percebeu que faria duas vacinas, prontificou-se a vir na semana seguinte fazer a vacina que ficou faltando. A criança recebeu a primeira vacina no colo e a segunda sentada na maca, abraçada na tia. Respondeu aos estímulos, brincou, fixou o olhar na enfermagem e na tia, chorou e acalmou-se após a primeira aplicação. Chorou mais após a segunda aplicação, mas logo brincou com as pedrinhas e com a latinha, aceitou os estímulos. Observamos que durante todo o tempo a criança não sorriu. A tia refere que a mãe não fez as vacinas e está em Porto Alegre. Agora a criança ficará com ela e ela irá providenciar o que ela precisar.

Refletindo: Entendo que esta criança deveria receber atenção especial, *porque está se separando da mãe, aos dez meses de idade, que é uma fase importante e também para avaliar os motivos que levaram a esta separação.* Combinamos que, quando a criança retornasse na semana seguinte, a encaminháramos para a enfermeira da unidade.

Sétima criança: Com sete meses de idade veio com a mãe adolescente e sua avó. Tinha duas vacinas para fazer, sendo que uma estava atrasada. A enfermagem recebeu, interagiu e orientou a criança conforme a proposta. Perguntou para a mãe se queria fazer as duas vacinas hoje ou gostaria de voltar na próxima semana. A avó perguntou se iria dar muita reação se fizesse as duas. Foi explicado que poderia dar reação e perguntado se tinha antitérmico em casa. A avó então decidiu fazer as duas vacinas. Após a aplicação da primeira vacina, a enfermagem ficou ao lado, ofereceu brinquedo e a criança se acalmou. No momento em que a enfermagem se aproximou para fazer a segunda aplicação, o bebê voltou a chorar. A enfermagem disse: "(nome) você está com medo?". Aplicou a vacina, mesmo com o bebê chorando e se agitando e permaneceu ao lado, oferecendo estímulo e tentando acalmar a criança. A mãe do bebê ficou olhando ao seu redor, não falou nada antes e nem depois da aplicação da vacina. Na hora de conter a criança segurou a perna do bebê com a ponta dos dedos. Após a aplicação da vacina levantou-se da cadeira e ficou embalando o bebê, segurando-o geralmente de costas para si. Duas vezes colocou o bebê chorando sentado na maca, para melhor acomodá-lo no seu colo. Olhava no olho da criança rapidamente e continuava olhando ao seu redor, enquanto balançava a criança. Após a aplicação

da segunda vacina, a mãe embalava em forma de balanço e segurou firmemente quando este se debatia. Mãe e avó vestiram o bebê que chorava, no colo. O bebê que recebeu as vacinas no colo da mãe interessou-se pelos brinquedos, aceitou os estímulos, fixou o olhar no olho da mãe e da enfermagem, sorriu e acalmou-se após a primeira aplicação. Após a segunda aplicação, chorou forte, debateu-se, ficou irritado, passou a olhar a câmera assustado e intercalava períodos de calma ao receber estímulo. Ao olhar para a enfermagem, voltou a chorar até que lentamente passou a pegar a latinha, interessou-se pelas pedrinhas, aceitou o estímulo da enfermagem e voltou à calma. A avó acompanhou e ajudou, às vezes ficando mais distante permitindo que a filha tomasse a iniciativa e outras vezes fazendo e falando pela mãe.

Refletindo: Entendo que esta criança e esta família merecem acompanhamento especial porque *a mãe é adolescente, apresenta um segurar inseguro, segura o bebê com o dorso para si, embala forte, em forma de balanço. Em um momento em que foi segurar a perna do bebê, tocou-a com a ponta dos dedos. A avó, neste caso, parece que está assumindo o papel de mãe da filha e às vezes de mãe do neto.*

IX - IDENTIFICANDO AS ATITUDES PREVENTIVAS, E AS ATITUDES QUE PODEM REPRESENTAR RISCO PARA O DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA

Constatei, na teoria e na prática, que a enfermagem pode ter atitudes de cuidado preventivas que podem ser percebidas no modo como trata a criança e sua família: a família vista pela enfermagem como referência na troca e transmissão de saberes a serem compartilhados nas comunidades e a criança como um ser que compartilha experiências. Com base nesses saberes e nos levantados através do marco teórico, apresento a seguir os dados coletados através da vivência prática junto com a equipe de enfermagem, onde observei comportamentos identificados como: atitudes positivas e preventivas que caracterizam o cuidado humano da criança e da família e favorecem o desenvolvimento e atitudes que podem representar risco para o desenvolvimento.

ATITUDES POSITIVAS E PREVENTIVAS QUE CARACTERIZAM O CUIDADO HUMANO DA CRIANÇA E DA FAMÍLIA , FAVORECENDO SEU DESENVOLVIMENTO

Atitudes positivas e preventivas que caracterizam o cuidado humano da criança e da família e favorecem o desenvolvimento são aquelas que facilitam a comunicação, a expressão dos sentimentos e aumentam a probabilidade de as pessoas crescerem de modo construtivo. As atitudes positivas e preventivas podem estimular e influenciar a criança e a família para que cresçam e se desenvolvam com uma estima positiva sobre si, e tenham uma vida saudável e feliz.

ATITUDES POSITIVAS DA ENFERMAGEM

- As atitudes e falas que correspondem à verdade são um estímulo à criança e à família, porque reforçam a pessoa como sujeito;
- Chamar a criança e os pais pelo nome;
- Toda fala que contenha um estímulo positivo é vista como elogio, tanto para a criança como para os pais;
- Combinar com a mãe para que retorne na próxima semana, para não fazer três injeções no mesmo dia;
- Esperar a criança parar de chorar para aplicar a segunda injeção;
- Perceber que em dado momento, bebê e familiar precisam ficar sós, para que o bebê se acalme usando os seus próprios recursos;
- Tentar saber por que a criança já chega chorando;
- Esperar o bebê mamar, se estiver com fome, depois vacinar;
- Reforçar a importância da presença da avó junto com a filha adolescente e seu bebê (Não esquecendo de avaliar cada caso, pois a avó pode também atrapalhar a mãe e ou pai no desenvolvimento dos seus papéis).
- Acordar o bebê antes de fazer a vacina;
- Permanecer ao lado do bebê, sendo solidária, oferecendo estímulo;
- Oferecer cadeira para os pais sentarem;
- Oferecer brinquedo ou outro estímulo para a criança, antes e após a aplicação da vacina;
- Aplicar a vacina com a criança no colo dos pais, de forma a manter o contato físico, seguro e caloroso;
- Colocar o bebê com a cabeça elevada, sentado no colo dos pais, para que se possa falar com ele, olhando nos seus olhos e possibilitando que ele nos olhe de forma a fixarmos o olhar um no outro;
- Explicar que se fará uma vacina, que serve para protegê-lo de doenças, dizer em que local do corpo será aplicada, que primeiro passará um algodão e depois introduzirá uma agulha que quando passar pela pele irá doer. Que ele pode chorar, mas que é uma dor que logo passa e que ele será capaz de suportar e que seus pais estão junto para ajudá-lo e confortá-lo assim como a enfermagem.

Exemplos de abordagens bem sucedidas feitas pela enfermagem que foram identificadas como positivas

- "Você está chorando porque está com medo, nós entendemos você, sabemos que ficou no hospital, quando nasceu, recebeu muitas injeções e sabe que dói. Agora teremos que fazer uma vacina que também é uma injeção e vai doer, mas você poderá suportar e nós estamos aqui para ajudá-lo". Na segunda aplicação do mesmo bebê foi dito: "Agora temos que fazer outra vacina, sabemos que é difícil, mas é necessário";
- "Vamos fazer duas vacinas em você, a primeira vai arder que também é uma dorzinha e a segunda vai doer. Vamos esperar você se acalmar da primeira e depois faremos a segunda. "Você pode chorar se quiser, sua mãe estará juntinho de você para ajudar";
- "Fique, mamãe, seja corajosa, ele precisa de você". (neste caso foi uma abordagem positiva, mas deve-se avaliar cada situação, pois a mãe também pode precisar de ajuda);
- "Você está com medo? Vamos conversar...";
- "Eles gostam de carinho, adoram quando passamos a mão na cabecinha";
- "É linda esta moça, cabelo bonito, olho bonito, vamos fazer um piquezinho, mas já vai passar";
- "(nome) Você está chorando (...) vou explicar tudo a você o que vai acontecer... (...) oh ... oh..., meu amor a tia (nome) vai fazer mais uma vacina em você, eu sei que é difícil, você já fez o teste do pezinho, fez a vacina no braço e vai fazer mais uma na perninha, vai doer, você vai chorar, você pode chorar à vontade, a mamãe está aqui para ajudar você e nós também, tá bom?";

ATITUDES E FALAS POSITIVAS DA FAMÍLIA

- Avó acompanha mãe adolescente que traz a filha para vacinar. A família demonstra estar orientada para a necessidade de cuidado da filha e da neta;
- A mãe segura firme o bebê no colo, na hora da aplicação da vacina e depois quando ele chora;
- Falar para a criança ainda em casa, que irá fazer uma vacina. "Falei a semana inteira que viria vacinar, ele chora menos daí...";
- Acordar o bebê antes de fazer a vacina;
- Oferecer brinquedo, chamar a atenção da criança para outra coisa;

- Conversar com o bebê, olhando nos seus olhos e explicar o que será feito. Encorajar o bebê;
- Falar com o bebê, olhando nos seus olhos e elogiar a sua coragem;
- Abraçar, embalar, falar baixinho, encostar o rosto no rosto, acalantar;
- Falar para o bebê que é uma vacina que serve para protegê-lo e vai doer só um pouquinho;
- Falar: "Pronto, você é corajoso, nem chorou muito";

ATITUDES QUE PODEM REPRESENTAR RISCO AO DESENVOLVIMENTO DA CRIANÇA/FAMÍLIA

Atitudes que podem representar risco ao desenvolvimento da criança/família são tratadas como aquelas que contrariam as suposições básicas e os fatores de cuidado propostos no marco teórico. São atitudes que dificultam a interação entre a enfermagem e os pais, entre pais e bebês, principalmente, quando estes vivem um momento estressante e necessitam de apoio e compreensão. São ainda aquelas que não contribuem para a estima positiva da criança e da família ou que não considerem a criança como um ser capaz de influenciar e ser influenciado pelos adultos, onde a criança é tratada como objeto que não é capaz de participar da sua própria vivência. Atitudes que impõem risco são aquelas que desfavorecem as condições necessárias ao crescimento e desenvolvimento sadio.

São apontadas para que a enfermagem possa pensar em adotar formas de cuidado com o intuito de preveni-las e auxiliar a família na adoção de comportamentos saudáveis. As atitudes que podem representar riscos para a criança não devem ser avaliadas isoladamente, e sim no contexto em que aparecem.

RELACIONADAS COM A ENFERMAGEM

- Expor a criança ao estresse prolongado, fazendo o teste do pezinho e duas ou mais vacinas uma a seguir da outra;
- Não olhar nos olhos do bebê, quando ele está com o olhar fixo na enfermagem, na hora de aplicar a vacina;

- Afastar a criança dos pais na hora da aplicação da vacina. Enfermagem coloca-se ao lado da cabeça, (no campo de visão da criança) e mãe aos pés;
- Solicitar à mãe que fique perto do bebê, e não fazer o mesmo com o pai que está junto, principalmente quando percebemos que a mãe está com medo ou muita pena;
- Conversar com a mãe e não se dirigir ao bebê;
- Aplicar uma vacina imediatamente após a outra, como se fosse um único procedimento;
- Não explicar à criança o que vai fazer;
- Falar com outra pessoa que não seja a mãe e a criança enquanto aplica a vacina;
- Dizer que a mãe é mentirosa, porque não falou para a criança que iria fazer vacina, e sim iria passear. Poderia ter dito, "Então fale agora, porque é bom falarmos a verdade para a criança";
- Aplicar a segunda vacina antes que a criança pare de chorar da primeira;
- Informar os pais que se a criança tiver alguma reação depois de 48 horas após a vacina do sarampo a reação não é da vacina (esta afirmação está incorreta).

RELACIONADAS COM A FAMÍLIA

- Falas preconceituosas como: "Ele é homem, porque não chora", "Ela é boazinha, nem chora";
- Atitudes e falas que indicam pena: Mãe tapar os olhos e virar de costa para o bebê. "Mais uma, coitado, faz logo se tem que fazer". "Não quero ver";
- Colocar a criança na maca para vestir, enquanto a criança chora;
- Expor a criança ao estresse prolongado, como fazer o teste do pezinho e duas ou mais vacinas, a seguir uma da outra;
- Criança com vacina atrasada sem justificativa;
- Mãe não esteve concentrada na criança, porque estava preocupada com os outros dois filhos que estavam no lado de fora;
- Vestir a criança com pressa, antes de acalenta-la.

RELACIONADAS COM A CRIANÇA

- Crianças que não se interessam pelos brinquedos;
- Crianças que não respondem aos estímulos auditivos, táteis, mímicos e lúdicos;
- Crianças que não fixam o olhar nos pais e na enfermagem;
- Crianças que não sorriem;

- Crianças que não se acalmam ou têm dificuldade de se acalmarem após a aplicação da vacina.

X - AVALIANDO A RELAÇÃO DO MARCO TEÓRICO COM A “PROPOSTA ASSISTENCIAL UM IDEAL DE CUIDADO”

Durante o período em que trabalhei na construção da “proposta assistencial um ideal de cuidado”, organizei dois quadros que apresentarei a seguir. Estes quadros foram sendo construídos desde o momento que passei a interligar a “proposta assistencial um ideal de cuidado”, com as suposições e os fatores de cuidado do marco teórico, ainda durante o projeto da prática assistencial, e depois ao longo da prática na medida em que fazia reflexões. Assim foi sendo modificado com o passar do tempo até chegar a este resultado:

Proposta Assistencial	Suposição	Fatores de Cuidado
1-Convidar a família para entrar e sentar	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
2-Chamar a criança e os pais pelo nome	1, 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 6, 7, 8
3-A enfermagem se identifica para a família	1, 2, 5, 6, 9, 10	1, 2, 3, 4, 6, 7, 8
4-Cumprimentar a criança e depois os pais	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
5-Conversar com a criança olhando nos seus olhos e também nos olhos dos familiares	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
6-Fazer registros no cartão de vacinação, enquanto interagimos com a criança e a família	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
7-Explicar sobre as vacinas que irá fazer e as possíveis reações adversas	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
8-Preparar a vacina de modo que os pais possam observar o que a enfermagem está fazendo	1, 2, 3, 4, 5, 6, 9	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
9-Explicar ao bebê sobre o que irá acontecer e proceder à aplicação da vacina	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
10-Permanecer ao lado da criança após a aplicação da vacina, demonstrando solidariedade	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8
11-Fazer encaminhamentos de crianças que apresentam sinais de risco para o desenvolvimento	1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 10	1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8

Quadro 6- Relação entre elementos que compõem a “proposta assistencial: um ideal de cuidado”, as suposições e os fatores de cuidado do marco teórico.

FREQÜÊNCIA EM QUE APARECEM AS SUPOSIÇÕES BÁSICAS	FREQÜÊNCIA EM QUE APARECEM OS FATORES DE CUIDADO
Suposição número 1: 11 vezes	Fator de cuidado número 1: 11vezes
Suposição número 2: 11 vezes	Fator de cuidado número 2: 11 vezes
Suposição número 3: 10 vezes	Fator de cuidado número 3: 11 vezes
Suposição número 4: 9 vezes	Fator de cuidado número 4: 9 vezes
Suposição número 5: 10 vezes	Fator de cuidado número 5: 8 vezes
Suposição número 6: 11 vezes	Fator de cuidado número 6: 11 vezes
Suposição número 7: 7vezes	Fator de cuidado número 7: 11 vezes
Suposição número 8: 9 vezes	Fator de cuidado número 8: 11 vezes
Suposição número 9: 11 vezes	
Suposição número 10: 9 vezes	

Quadro 7- Freqüência em que aparecem as suposições básicas e os fatores de cuidado do marco teórico, na "proposta assistencial: um ideal de cuidado".

Ao refletir sobre a construção deste quadro penso que na medida em que fiz e ainda faço reflexões dos acontecimentos e experiências de cuidado e relaciono-os com o marco teórico, amplio o meu conhecimento e reconheço a teoria tomando vida na prática, e a prática validando, mantendo viva, a teoria. Ao concluir esta reflexão fico com a sensação de que a elaboração deste conhecimento vai continuar, é algo não terminou.

Observamos no quadro 7 que a suposição número 7, sobre a criança e sua capacidade de organizar as bases da sua personalidade desde a vida intra-uterina até o terceiro ano de vida, aparece com menor freqüência na proposta assistencial, juntamente com o fator de cuidado número 5 que diz respeito ao uso sistemático do método científico de solução de problema para a tomada de decisão. Creio que é importante este dado para verificarmos que, na prática, na medida em que avaliamos situações mais subjetivas, elas são difíceis de ser mensuradas, porém são muito importantes no contexto do cuidado.

Penso que as 6 primeiras suposições propostas no marco teórico e os fatores de cuidado de Jean Watson foram utilizados tanto no cuidado com as crianças e famílias como com a equipe de enfermagem. Já as suposições 7 a 10, são difíceis de serem mensuradas na prática, pela subjetividade que elas contêm e porque sabemos pouco ainda sobre os bebês nos primeiros meses de vida. Porém acredito que é preferível tratá-los como pessoas pequenas e frágeis, que a cada

contato, corporal, auditivo, mímico, afetivo são capazes de desencadear dentro de si reações sensoriais, químicas e neuroquímicas que estimulam a sua capacidade e a cada nova experiência, transformam-se num ser um pouco mais capaz, sendo que as capacidades que não estão desenvolvidas hoje estarão amanhã. Creio que o bebê pode perceber o que lhe é falado, através do tom da voz, da forma como é tocado, do modo afetivo como é cuidado e saberá fazer uso destes estímulos para o seu próprio desenvolvimento. Daí a motivação para partilhar este trabalho, porque acredito que todos podemos nos inspirar numa nova maneira de cuidar de bebês, não só em sala de vacinas, mas em qualquer outra situação de cuidado de enfermagem, porque estas suposições indicam que crianças podem aprender sobre o humano, sendo cuidadas e que crianças e adultos estão necessariamente em relação e são influenciados um pelo outro.

Relacionando a “proposta assistencial: um ideal de cuidado” cujos itens estão relacionados no quadro 6 e voltando ao marco teórico, avaliando os fatores de cuidado e as suposições propostas, verifico que ela pode ser usada em qualquer situação de cuidado, com famílias, com a equipe de enfermagem e em situações que desejarmos privilegiar o ser humano, validando-o enquanto pessoa, cidadão ativo e participativo, capaz de modificar os seus próprios conceitos e contribuir para o desenvolvimento das comunidades, da sociedade e como diria Watson, do planeta. Para a enfermagem a utilização deste modo simples de cuidar poderia resultar num avanço na qualificação da assistência de enfermagem.

XI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

“Numa viagem espacial, busco o cosmo...À distância, usando diferentes lentes...foco um lugar, num ponto da terra... Localizo o aprender num contexto particular... singular...Busco então um movimento oposto...Num mergulho de águia, volto à Terra...Situada no ponto localizado,na intimidade do ser, neste lugar tão particular busco novas lentes de alcance,e vou em busca do amplo...Focando dimensões, do macro até o cosmo...Com estranheza, mudando as lentes de alcance, contemplo as diversidades... Busco sintonias e reverberações, entre dimensões de mundo...”
Eloisa Quadros Fagali

Neste texto apresento inicialmente uma avaliação e tento expor o significado de realizar este estudo. Discuto algumas questões referentes ao funcionamento do serviço de enfermagem e como estas tendem a interferir no processo de cuidar da enfermagem, tornando-o desumanizado. Realizo algumas inter-relações com o marco teórico e, finalmente, apresento algumas considerações e proposições sobre o tema discutido.

REVELANDO E DANDO SIGNIFICADO À VIVÊNCIA TEÓRICA E PRÁTICA

Refletir sobre o significado que teve este trabalho é um processo complicado, pois implica na avaliação de vários fatores, como: despedir-se de um tema envolvente, humano, onde para que qualquer coisa acontecesse sempre foi necessário existir o eu e o outro, real ou imaginário, representado por um livro, um artigo, um orientador, professor, colega, equipe de enfermagem, criança e família, sempre uma pessoa, da qual abstraí significados e emoções e humildemente tentei tirar proveito deles nas ações. Este tema é muito importante para o meu viver e para o viver do ser humano, pois é sendo criança que cada ser humano se inicia neste mundo.

Despedir-se dos professores(as) e de uma orientadora, significa mais ou menos como cortar um cordão umbilical ligado à sabedoria e implica em pensar: “Vá... ande com seus próprios pés (...) dirija seus próprios pensamentos... construa o seu próprio conhecimento...” É também,

despedir-se de um grupo de colegas que enfrentou dificuldades, compartilhou alegrias, e cresceu junto, apoiando-se, e cada um buscando no outro a inspiração.

Significa também, retornar de um período de solidão, de imersão no mundo dos que pensam, pesquisam e escrevem. Significa retornar ao mundo das pessoas que nos cercam, e principalmente à comunidade com uma responsabilidade maior, que o conhecimento alcançado impõe. Significa também estar exposto a críticas de todos que forem ler este trabalho.

Contudo, foi muito bom. Passei pelas dificuldades que os professores e os “livros”, haviam predito: a entrada no campo, o entrosamento, a saída do campo e a dificuldade de sair. A entrada no campo foi difícil, fiquei insegura, sem saber se seria aceita pelo grupo. Contudo fui muito bem acolhida pela equipe de enfermagem que participou com muita boa vontade e interesse e foi muito amorosa comigo. Durante a prática tive algumas inseguranças e senti solidão, gostaria de ter alguém com quem dividir, o que significa também ter alguém com quem dividir a responsabilidade das decisões, como estas que relatarei a seguir:

Durante o trabalho, havia planejado observar e fazer as orientações sobre os efeitos adversos da vacina, no momento que antecederesse a aplicação da mesma e que a enfermagem ficasse de frente para a família na hora de preparar a vacina para ela poder observar o que era feito. Isso foi colocado no instrumento para guiar e registrar a observação num primeiro momento e depois estas observações foram deletadas acidentalmente. Desta forma estes dados aparecem na “proposta assistencial: um ideal de cuidado” e não aparecem nos resultados. No entanto tratamos esse assunto no decorrer da prática como vimos nos diálogos da equipe. Considero importante fazer esta observação porque o instrumento de registro deve ser testado cuidadosamente, o que não ocorreu no meu caso.

Senti falta de tempo para registrar e refletir sobre a prática, para estudar, trabalhar, cuidar da família, e gostaria de recomendar a futuros estudantes ou pesquisadores que procurem se organizar de forma que enquanto estiverem estudando e, principalmente, ao entrarem em campo, organizem o tempo para relatar e refletir sobre a prática do dia, antes de retornar no dia seguinte.

No final da prática também tive dificuldade de aceitar, não de perceber, que estava na hora de sair do campo. Mas tratei o assunto de uma forma espontânea e verdadeira, conforme propõe

Rogers. A saída do campo foi difícil, sentia-me apegada às pessoas que também me ajudaram, tornando a saída uma decisão de todo o grupo.

Gostaria de lembrar que usei muito o projeto da prática, confirmando as orientações da teoria de que o marco teórico, os objetivos, conceitos, suposições, e a metodologia guiam a nossa prática.

Desde o início deste estudo tive preocupação de falar sobre a criança e seus pais, incluindo o pai na relação, depois apareceu a avó, cuidando da filha e do neto. Gostaria de revelar finalmente que hoje penso que através deste estudo fiz apenas um ensaio, e que há ainda muito o que aprender sobre a família e o que seja trabalhar com ela.

AS QUESTÕES RELACIONADAS AO FUNCIONAMENTO DO SERVIÇO QUE INTERFEREM NA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A sala de vacinas à qual me referi o tempo todo neste trabalho está localizada no mesmo prédio onde funciona a Secretaria Municipal de Saúde, de forma que existe nela uma circulação muito grande de pessoas. A equipe de enfermagem que trabalha na sala de vacinas desta unidade é encarregada de fazer toda a distribuição de materiais, vacinas, equipamentos, etc. para abastecer as demais unidades de saúde do município que são mais de dez. Portanto a enfermagem fica muito envolvida com telefonemas das outras unidades, queixas, distribuição de material, etc. Esta unidade serve de referência às demais unidades do município, pois como vimos, muitos profissionais passam por ela para receberem treinamento. E serve de referência também para a enfermagem e outros profissionais que trabalham com saúde, especialmente com crianças e famílias, para que possam refletir sobre a importância da organização do serviço, relacionamento entre os profissionais, e sobre a importância do trabalho desenvolvido pela enfermagem na sala de vacinas.

Além disso, a equipe de enfermagem da sala de vacinas não trabalha somente na sala de vacinas: fazem o teste do pezinho, realizam coleta de sangue para exames de laboratório, fazem toda a parte burocrática dos atendimentos realizados, completam os dados nas fichas de produtividade de outros profissionais como médicos e dentistas, quando estes não o fazem, chamam os pacientes e levam as fichas até os consultórios médicos e de dentistas no caso deles

não irem buscar, organizam os consultórios, e repõem materiais nos mesmos. Enfim, organizam toda a unidade e na sala de vacinas são responsáveis pelos registros, limpezas das geladeiras, controle da temperatura das vacinas, correspondência aos atrasados e pelo atendimento a todas as crianças e famílias que procuram o serviço.

Alguns membros da equipe de enfermagem trabalham à noite no hospital, outros estudam e muitas vezes apresentam-se física e mentalmente cansados e estressados. Observei que uma pessoa da equipe de enfermagem que trabalha numa maternidade é reconhecida por muitas mães que trazem seus filhos para fazer vacina. Observei que as mães conversam com os bebês sobre isso e sentem-se muito à vontade e felizes por já conhecerem a pessoa que vai aplicar a vacina no seu filho e também pelo fato de que esta pessoa já é conhecida do bebê.

A sala de vacinas fica localizada em um espaço onde para entrar é preciso passar pela secretaria na qual permanecem os motoristas, circulam médicos e outros profissionais, e que freqüentemente entram também na sala de vacinas, batem à porta, falam alto, atrapalhando o atendimento que fica, às vezes, muito tumultuado. Na sala de vacinas circulam ainda alunos do curso de graduação em enfermagem, outros enfermeiros e auxiliares que vêm de municípios ligados à rede para serem treinados.

A sala de vacinas concentra ainda o atendimento a pessoas que necessitam vacinas anti-rábica, pneumocócica, febre amarela que não estão disponíveis nos outros postos e além disso, crianças que apresentam efeitos adversos, procuram primeiro a sala de vacinas, para depois serem encaminhadas à enfermeira responsável pelas imunizações do município que é quem responde pelas avaliações e registros destes casos e que trabalha no mesmo prédio no andar superior.

A porta de entrada da sala de vacinas fica no salão principal deste andar, onde os clientes aguardam atendimento, por isso freqüentemente batem à porta da sala para pedir informações, geralmente, quando não há ninguém na secretaria. E quando isso acontece, o pessoal da enfermagem da sala de vacinas atende ao telefone, já que estão mais próximos.

Durante o período em que permaneci no campo, várias vezes foi comentada a necessidade de discussão e reuniões para tratar de assuntos relacionados ao trabalho. Até o final da prática aconteceu uma reunião onde foi organizada a escala de serviço e marcado férias. Pôde-se

perceber que após a reunião o grupo ficou mais tranquilo. Penso que a enfermagem é uma profissão que possui características especiais: reúne enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, o que implica em diferentes níveis hierárquicos, de conhecimento e amadurecimento. Além disso as intervenções que fazem, na maioria das vezes, tocam no corpo da outra pessoa, provocando reações de alívio ou de dor. Ao cuidar do corpo aproximam-se da alma que é o investimento do corpo, e assim sendo, também sofrem reações e recebem constante resposta do outro e por isso precisam ter um momento de encontro periódico com sua equipe, necessitando o enfermeiro ficar atento aos sinais emitidos pelo grupo, para que possam conversar quando sentirem necessidade. O trabalho da enfermagem mobiliza muito o sentimento dos profissionais que necessitam trocar idéias e sentimentos e apoiarem-se entre si para se fortalecerem.

Outra questão que merece ser pensada é a pouca valorização profissional. Muitas situações foram descritas no decorrer deste trabalho, em que a enfermagem aparece se submetendo, não reclamando, cumprindo sem discutir, fazendo pelo outro, sobrecarregando-se, deixando muitas vezes o seu cliente esperando para atender outros profissionais ou telefone. Isso tudo, sem dúvida, compromete a imagem do profissional e da profissão, mas pergunto: - Como mudar esta realidade? Penso que é complicado, que é um processo que inicia na questão do gênero feminino, que constitui a maioria dos profissionais de enfermagem, passando pela questão da submissão e do saber, na relação de poder com o masculino. Passa ainda pela formação do profissional, pela divisão hierárquica dentro da enfermagem e termina nas estruturas de dominação e verticalidade que compõem ainda a maioria dos serviços públicos de saúde. Porém vejo sempre “uma luz no fim do túnel”, neste caso, ou melhor, neste serviço existe uma pessoa que demonstrou vontade de mudar estas concepções e tem feito tentativas bem sucedidas e espero através destas críticas que faço também poder contribuir e fortalecer a enfermagem, uma profissão que oferece respostas humanas aos problemas de saúde ou à prevenção deles, com muita singularidade.

Penso que a enfermagem necessita também passar a pensar mais no que realmente é ético dentro da sua profissão, nas suas relações com outros profissionais da saúde, e principalmente com relação às pessoas, clientes ou pacientes, que a procuram e que dependem dos seus cuidados. Acrescentaria a isso a necessidade de manter uma relação de interação e adaptação frente às modificações que as relações sociais e o processo econômico e tecnológico tem provocado, gerando novas formas de organização ambiental e social que modificam as condições de vida das pessoas e comunidades.

As questões relacionadas ao funcionamento do serviço são relevantes e este trabalho mostra, muitas vezes, que as questões burocráticas, a sobrecarga de serviço, a falta de material, a dupla jornada de trabalho, a organização do espaço físico, o estresse, a demanda excessiva de serviço, as rotinas das instituições, roubam o tempo que a enfermagem deveria ter para prestar o cuidado exclusivo à pessoa e poder refletir sobre sua própria prática. Interferem na forma de cuidar da enfermagem, porque influenciam na disponibilidade e no bem-estar das pessoas, geram angústia e cansaço físico e mental o que, sem dúvida, é um impedimento para que as práticas se tornem mais humanizadas, contrariando à própria profissão que tem na sua essência o cuidado.

Vale lembrar também que o ambiente de cuidado deve ser pensado como um ambiente que proporcione bem-estar, crescimento e desenvolvimento para todas as pessoas envolvidas na prática, tanto de quem cuida quanto de quem é cuidado (Watson, 1995).

PENSAMENTOS E PROPOSIÇÕES FINAIS

As proposições e pensamentos que apresento neste texto não devem ser vistas como única verdade ou como uma proposta pronta e acabada e sim, que sirvam de estímulo às pessoas que trabalham com crianças e famílias a exercerem sua própria criatividade de acordo com as particularidades do seu espaço de vida ou de trabalho, por isto faço-as de coração aberto e carregado de esperança de poder colaborar com práticas mais humanas em se tratando de crianças e famílias.

A assistência de enfermagem orientada pela teoria de Jean Watson, utilizando algumas das suas suposições e fatores de cuidado e pela teoria de Carl Rogers é aplicável em situações que focalizam o cuidado da criança e da família na sala de vacinas, assim como em situações em que se deseja humanizar os espaços de cuidado e de trabalho e desenvolver processos de ensino-aprendizagem individual ou grupal.

O cuidado transpessoal proposto por de Jean Watson pode ocorrer em qualquer momento de cuidado, sendo importante perceber o significado que cada um dá à sua experiência, e não esquecer que o ser humano não deve ser tratado como objeto. Assim, Watson propõe a teoria, e assim, podemos tentar agir na prática, respeitando o momento de cada criança, de cada família, de

cada componente da equipe de enfermagem, e também vivendo intensamente, respeitando cada momento de ser pessoa, de ser profissional comprometido com as questões da criança e da família.

Reunindo a teoria de Jean Watson com os ensinamentos de Carl Rogers verifica-se que é possível a prática tornar-se educativa, através da observação e da interação, levando à mudança de comportamento, como mostrou a trajetória que seguiu a equipe de enfermagem. Julgamos que a prática pedagógica proposta pode ser aplicada em diferentes locais, em grupos, na sala de aula e com pessoas com os mais diferentes tipos de formação, independente da idade.

A didática utilizada pode ser recomendada como uma proposta educativa, psicopedagógica, uma vez que se preocupa com os processos de aprendizagens. Quando transportada para uma situação onde o observador seja o aluno, pode ser um estímulo uma vez que exige que ele, nesta dinâmica de observar a criança ou o outro, venha a refletir sobre o que observou, e desenvolva a capacidade de ler e estudar a realidade e planejar as suas próprias ações. O educador pode usar este modo de ensinar e na medida em que observa e interage, exerce a ação que lhe corresponde, onde também se vê e aprende a ser melhor educador. O educador pode interagir com o educando, devolvendo-lhe, espelhando-lhe suas conquistas e falhas na situação observada, no momento do registro e reflexão. Nesta situação o educador também observa, sendo solidário, ficando ao lado do educando, numa relação de cumplicidade e de permissão para a construção do conhecimento.

Este modo de educar pode tornar o processo ensino-aprendizagem com muito mais qualidade e com um propósito muito maior do que a simples transmissão do conhecimento, do saber acumulado pela profissão, para tornar-se algo que o aluno possa sentir, tomar para si e apropriar-se, do que ele mesmo experienciou, tornando o conhecimento uma autodescoberta.

O modo psico-pedagógico e educativo proposto pode também ser utilizado com famílias, na sala de vacinas, como pode ser transportado a outras situações de atuação da família, uma vez que a família funciona como uma ponte que faz a interligação dos saberes, compartilhando-os e transmitindo-os à comunidade. Quando a família observa a enfermagem, cuidando de um de seus membros, no caso a criança, dando significado a ela e à vivência, facilita, corrobora para a emergência de uma consciência do valor do cuidado e dela própria. É necessário pensar que pais e filhos vivem num processo de relacionamento contínuo e o resultado final não é conhecido, mas

está sendo construído por atitudes e ações diárias dos pais e também da sociedade, através das suas ações para com a criança e para com seus pais. Neste caso, a enfermagem é parte importante da sociedade.

O trabalho na sala de vacinas possibilita à enfermagem ser um dos profissionais da área de saúde que mais faz contatos com a criança e com a família nos primeiros 15 meses de vida. Vale repetir que, neste período, a criança recebe 17 vacinas, das quais 13 são injetáveis, distribuídas de forma que a criança e a família saiam das suas casas para ir até à unidade de saúde 7 vezes. O serviço de imunização no Brasil atinge índices elevados de cobertura vacinal, o que indica que a maioria das famílias procura este serviço e que a enfermagem faz contatos periódicos com a maioria das crianças nos primeiros meses de vida.

O primeiro ano de vida do bebê é um período de intensas modificações, quando o organismo sofre maturação progressiva, ao mesmo tempo que o bebê desenvolve habilidades que possibilitam a sua interação com o ambiente (físicas, sensoriais, sociais, afetivas, emocionais, espirituais). Nos primeiros meses de vida iniciam as interações entre os pais e os bebês, que são muito importantes para as futuras interações, e a enfermagem, através do modo de cuidar, pode observar e perceber as modificações acontecendo e, mais ainda, pode possibilitar à criança e a família a emergência de valores que ainda desconhecem.

Proponho à enfermagem pensar em desenvolver suas ações com crianças e famílias, partindo da idéia de que toda a ação que desenvolve é psicopedagógica, é humana e é política, pois através da sua ação dá significado ao outro. É necessário pensar que o espaço que a enfermagem ocupa na saúde permite a interação com o outro, por isso é preciso implementar modelos saudáveis de cuidado em todos os espaços que ocupa, podendo através da assistência de enfermagem humanizada, intervir de forma positiva no processo de desenvolvimento social.

Sugiro que a enfermagem reflita sobre a necessidade de efetuar dois procedimentos dolorosos um a seguir do outro, em um bebê, numa sala de vacinas que é um ambiente de prevenção. Mesmo considerando a estratégia utilizada pelo Ministério da Saúde para aumentar a proteção, administrando vários agentes imunizantes num mesmo atendimento, penso que não seja necessário administrar duas vacinas na mesma coxa do bebê. Sugiro que o enfermeiro seja chamado nestes momentos, pois acredito que ele poderá avaliar a situação e dar a melhor solução.

Provavelmente não haveria necessidade da existência de normas tão rígidas, se houvesse uma atuação maior do enfermeiro nestas situações, e penso que este seja um exemplo de que o profissional deve ocupar o seu espaço de cuidado e de trabalho.

Deve-se considerar também, a existência no mercado, de vacinas combinadas, que já são utilizadas em muitos países. A enfermagem pode também estabelecer mecanismos de pressão dentro do seu espaço de trabalho a nível local, regional e nacional para que possa influenciar positivamente as autoridades no sentido de que adquiram produtos que diminuam o desconforto para as crianças.

Quando temos consciência e damos significado às vivências das crianças e compartilhamos estes significados com a família, agimos de forma ética e pedagógica, proporcionando um encontro humano, dando significado humano ao nosso cuidado. A criança e a família fazem registro deste cuidado na sua memória, assim sendo, estaremos imprimindo a marca do cuidado humanizado, demonstrado no nosso modo de fazer, no modo de fazer e de ser da profissão. Proporcionando à criança e à família estas vivências, estamos contribuindo para o desenvolvimento da cidadania, fazendo prevenção e sensibilização das pessoas envolvidas para o que é humano e o que é de direito.

A sala de vacinas é um local que se apropria também à observação de bebês e da família. Este trabalho mostrou que podemos detectar situações de risco para o desenvolvimento saudável de crianças e de famílias. Quero sugerir à enfermagem que pense em descrever sinais identificados nas suas práticas que possam indicar risco para o desenvolvimento saudável das crianças e das famílias e proponho que este ensaio possa provocar uma discussão e que novos estudos possam ser elaborados no sentido de estabelecer de riscos evidenciados na sala de vacinas.

É relevante comentar a importância que um espaço de trabalho pode ter, quando desejamos imprimir significados às ações que desenvolvemos. Este trabalho aponta a necessidade de estarmos atentos para perceber que “a vida passa a cada instante, em todos os espaços”, e que em espaços que parecem pequenos, podemos observar as interações entre a família e a criança, o crescimento e o desenvolvimento, e contribuir para a garantia dos direitos da criança e da família, assim como com o seu desenvolvimento sadio.

Penso que as práticas na sala de vacinas podem tornar-se mais humanizadas pela ação da enfermagem, que, além de ser a responsável pelo atendimento, pode interferir nas políticas de saúde, gerando mudanças maiores que a imunização da população infantil com ampla cobertura vacinal. É necessário uma grande dose de imunização social, fornecida por profissionais que se importem pelas crianças. E a enfermagem pode, se quiser, desejar que as experiências concretas tornem-se experiências que provoquem o crescimento, em todos os sentidos e em todas as pessoas envolvidas com o cuidado, como as crianças, famílias, e ela própria. Para que isso ocorra é necessário uma atitude de autonomia e o rompimento com as rotinas e normas rígidas e sem crítica, que são reproduzidas em muitas instituições e que interferem no atendimento humanizado. É necessário não perder o controle, manter a calma e nosso coração humano, e investir energia num desejo de mudança, fortalecendo as famílias e as comunidades e se sobrepondo às rotinas burocratizantes e às exigências políticas e institucionais.

Por fim, gostaria de propor à enfermagem e a todos os profissionais que trabalham com crianças, em qualquer área e nível de conhecimento, que uma vez estimulados a observar bebês e pais, abram possibilidade de expandir o seu conhecimento sobre o humano, pois estamos diante de uma experiência de interação complexa que pode levar ao nosso crescimento que resultará na nossa melhor capacitação para perceber outras relações e o melhor desempenho do nosso papel de ser profissional, ser pessoa, e de ser humano.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- BACK, Haydée E. H. A enfermagem e a segurança do paciente na unidade pediátrica. In: SCHMITZ, Edilza Maria R. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995. p. 205 – 211.
- BASTOS, Ana Cecília de Souza, TRAD, Leny A. Bonfim. A família enquanto contexto de desenvolvimento humano: implicações para a investigação de saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 3, n. 1, p. 106-115, 1998.
- BENEDET, Silvana Alves, BUB, Maria Betina Camargo. **Manual de diagnóstico de enfermagem**. Florianópolis : Bernuncia, 1998.
- BEVILACQUA, F. et al. **Manual de Fisiopatologia Clínica**. Rio de Janeiro : Atheneu, 1974.
- BIASOLI-ALVES, Zélia Maria Mendes. Relações Familiares. In: **Texto & Contexto-Enfermagem**. Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 229-241, mai./ago. 1999.
- BIEHL, Jane Isabel et al. **Manual de enfermagem em pediatria**. Rio de Janeiro : Medsi, 1992.
- BIEHL, Jane Isabel. **Criança hospitalizada por maus tratos : o cuidado e o significado das vivências de cuidadores de enfermagem**. Porto Alegre, 1997. 212p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Expansão Pólo III – Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.
- BIGRAS, Marc. Teoria do apego, família e violência. **Texto & Contexto-Enfermagem**, Florianópolis, v. 8, n. 2, p. 53-61, mai./ago. 1999.
- BOFF, Leonardo. **Saber cuidar: ética do humano - com paixão pela terra**. São Paulo : Vozes, 1999.
- BORDIN, Terezinha Albina. **O tempo de choro é menor nas crianças que são preparadas para aplicação de vacinas**. Erechim, 1999. 43p. Monografia (Pós-graduação em Psicopedagogia Clínica e Institucional) - Universidade Regional Integrada do Alto Uruguai e das Missões - URI Campus de Erechim.
- BRAGA, Joseph. **A criança e nós**. São Paulo : Saraiva, 1978.

- BRASIL1. Ministério da saúde. **Capacitação de pessoal em vacinação: uma proposta de treinamento em serviço**. Manual do monitor. Brasília, 1991.
- BRASIL2. Ministério da saúde. **Capacitação Pedagógica do Monitor do Treinamento de Pessoal da Sala de Vacinas**. Manual do treinando. Brasília, 1991.
- BRAZELTON, T. Berry. **O desenvolvimento do apego: uma família em formação**. Porto Alegre : Artes Medicas, 1988.
- BRAZELTON, T. Berry, CRAMER, Bertrand. **As primeiras relações**. São Paulo : Martins Fontes, 1992.
- BRAZELTON, T. Berry. **Momentos decisivos do desenvolvimento infantil**. São Paulo : Martins Fontes, 1994.
- BRUNNER, Lillian Sholtis, SUDDARTH, Doris Smith. **A enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro : Interamericana, 1977.
- CABRAL, Ivone Evangelista. **Aliança de saberes no cuidado e estimulação da criança- bebê**. Rio de Janeiro : Anna Nery, 1999.
- CARVALHO, Manoel de. Diagnóstico da dor. In : PRIMEIRO ENCONTRO BRASILEIRO PARA O ESTUDO DO PSIQUISMO PRÉ E PERINATAL, 01,1993, São Paulo. **Anais...** São Paulo : Associação Brasileira para o Psiquismo Pré-Natal e Perinatal, 1993, p. 77-98.
- CASTELLI, Moira, LACERDA, Denise Pourrat Dal-Ge, CARVALHO, Maria Helena Ribeiro de. **Enfermagem no CTIP**. São Paulo : Roca, 1998.
- CRAMER, Bertrand, PALACIO-ESPADA, Francisco. **Técnicas psicoterápicas mãe-bebê**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- DEMO, Pedro. **Pesquisa e construção do conhecimento**. Rio de Janeiro : Tempo, 1994.
- ELIACHEFF, Caroline. **Corpos que gritam: a psicanálise com bebês**. São Paulo: Ed. Ática, 1995
- ELSEN, Ingrid et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : UFSC, 1994.
- ELSEN, Ingrid. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: ELSEN, Ingrid, et al. **Marcos para a prática de enfermagem com famílias**. Florianópolis : UFSC, 1994. p. 61-77.
- FERNÁNDEZ, Alicia. **A mulher escondida na professora: uma leitura psicopedagógica do ser mulher, da corporalidade e da aprendizagem**. Porto Alegre : Artes Médicas Sul, 1994.
- FRANÇANI, G. M et al. Prescrição do dia: infusão de alegria. Utilizando a arte como instrumento na assistência à criança hospitalizada. **Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 5, p. 27-33, dez. 1998.

- FREITAS, Kênia dos Santos. **O cuidado no processo de ser e viver de educandos de enfermagem.** Pelotas, 2000. 160p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFSC – UFPEL – FURG - URCAMP.
- GUEDENEY, A., LEOVICI, Serge. **Intervenções psicoterápicas pais bebês.** Porto Alegre : Artmed, 1999.
- GUYTON, Arthur. **Tratado de fisiologia médica.** 4 ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1973.
- HAYASHI, Aida A. et al. **Cuidado humano: teoria e prática.** Curitiba, Universidade Federal do Paraná – UFPR, 1998, 8p. Texto não publicado. Trabalho apresentado na sessão de pôster do encontro de mestrados para o novo milênio. Florianópolis, 2000.
- KLAUS, Marshall H., KENNEL, John. **Pais / Bebês: a formação do apego.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- KLEIN, Melanie. **Psiconálise da criança.** 3 ed. São Paulo : Mestre Jou, 1981.
- LE BOULCH, Jean. **O desenvolvimento psicomotor do nascimento aos 6 anos.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1990.
- LEIFER, Gloria. **Princípios e técnicas em enfermagem pediátrica.** 4. ed. São Paulo : Santos Livraria e Editora, 1996.
- LEOPARDI, Maria Tereza. Estudos de teorias. In : LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática.** Florianópolis : Papa-Livro. 1999. p. 28 –57.
- LEVIN, Esteban. **A clínica psicomotora - o corpo na linguagem.** Petrópolis : Vozes, 1995.
- LEWIS, Melvin, WOLKMAR, Fred. **Aspectos clínicos do desenvolvimento na infância e adolescência.** 3. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993.
- MARRINER, Tomey. **Amn nurging theorists and their work.** 3 ed. Missouri: Mosby St. Louis, 1997.
- MARTINS, Darci Aparecida. **Cuidando do portador de Síndrome de Down e seu significado.** Florianópolis, 1998. 125p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.
- MAZET, Phillipe; STOLERU, Serge. **Manual de psicopatologia do recém-nascido.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1990.
- MONTAGU, Ashiey. **Tocar: o significado humano da pele.** São Paulo : Summus, 1986.
- MOTTA, Maria da Graça Corso; ROQUE, Neusa; ROSSI, Sílvia. **Enfermagem pediátrica: assistência de enfermagem á criança.** Porto Alegre : Sacra, 1990.
- NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAM. **Classificação diagnóstica de zero a três anos: classificação diagnóstica de saúde mental e transtornos do desenvolvimento do bebê e da criança pequena.** Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.

- NEVES, Eloita Pereira, GONÇALVES, Lúcia H.T. As questões do Marco teórico nas pesquisas de Enfermagem. In : **Seminário Nacional de Pesquisa em Enfermagem**, 3º, 1984, Florianópolis. Florianópolis, UFSC, 1984. p. 210-227.
- NUNES, Ana Maria Pereira, ZAGONEL, Ivete P. Sanson. Cuidado humano e auto cuidado: contribuição de Oren e Watson ao conhecimento da Enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 28-33, jan./jun. 1996.
- NUNES, Ana Maria. Concepções sobre o processo saúde-doença na enfermagem ciência e arte. **Texto e Contexto**, Florianópolis, v. 5, n. 1, p. 34-35, jan./jun. 1996.
- OLIVEIRA, Viviane Tosta de, CASSIANI, Silvia Helena de Bortoli. O processo de comunicação na administração de medicações injetáveis em crianças sob a perspectiva da interação mãe : criança e auxiliares de enfermagem. **Latino Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 5, n. 4, p. 61-67, out. 1997.
- PAGANINI, Maria Cristina. **Humanização da prática pelo cuidado: um marco para a enfermagem em unidades críticas**. Florianópolis, 1998. 128p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.
- PATRICIO, Zuleica Maria. Promovendo a cidadania através do conceito cuidado. **Texto e Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.1, n.1, p. 89-106, jan./jun. 1992.
- PENTEADO, Regina Zanella, SEABRA, Mônica Nicolau, PEREIRA, Isabel Maria T. Biendo. Ações educativas em saúde da criança: o brincar enquanto recurso para a participação da família. **Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano**, São Paulo, v. 6, 1996.
- RAMIRES, Vera Regina. **O exercício da paternidade hoje**. Rio de Janeiro : Rosa dos Tempos, 1997.
- RADÚNZ, Vera. "Self". In: LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática**, Florianópolis : Papa-Livro. 1999. p. 192-195.
- RAMOS, Denise Gimenez. **A psique do corpo: uma compreensão simbólica da doença**. São Paulo : Summus, 1994.
- ROGERS, Carl. **Tornar-se pessoa**. 3. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1977.
- _____. **Sobre o poder pessoal**. São Paulo: Martins Fontes, 1978.
- _____. **Um jeito de ser**. São Paulo : EPU, 1983.
- _____. **Grupos de encontro**. 5. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1987.
- ROGERS, Marrk C., MÍLLER, Helena, GARCIA, Pedro Celiny R. Dor e analgesiana UTIP. In : PIVA, Jefferson Pedro, CARVALHO, Paulo, GARCIA, Pedro Celiny. **Terapia intensiva em pediatria**. Rio de Janeiro : MEDSI. 1997.

- ROSSATO, Lisabelle Mariano, REZENDE, Magda Andrade. A criança com dor. In: SIGAUD, Cecília Helena de Siqueira e VERÍSSIMO, Maria De La Ó. **Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente**. São Paulo : Pedagógica e Universitária, 1996. p. 223-229.
- ROSSELLO, José Luiz Dias. A percepção das mães com relação a dor. In : PRIMEIRO ENCONTRO BRASILEIRO PARA O ESTUDO DO PSIQUISMO PRÉ E PERINATAL, 01,1993, São Paulo. **Anais...** São Paulo : Associação Brasileira para o Psiquismo Pré Natal e Perinatal, 1993, p. 77-98.
- SCHMITZ, Edilza Maria R. A problemática da hospitalização infantil: aspectos psicológicos. In: SCHMITZ, Edilza Maria R. e cols. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, p. 181-196.
- SCHMITZ, Edilza Maria R., SILVA Iolanda Flores e. Imunização básica na infância. In: SCHMITZ, Edilza Maria R e cols. **A enfermagem em pediatria e puericultura**. Rio de Janeiro: Atheneu, 1995, p. 49 – 63.
- SELLI, Lucilda. **Beneficência, autonomia e justiça como princípio bioético: implicações para o fazer de enfermagem**. Porto Alegre, 1997. 201p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Universidade Federal de Santa Catarina – UFS C.
- SILVA, Alcione L. **Cuidado trasdimensional - um paradigma emergente**. Pelotas: Universitária, 1997.
- SILVA, Maria Julia Paes da. **Comunicação tem remédio: comunicação nas relações interpessoais em saúde**. São Paulo : Gente, 1996.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA – Comitê de infectologia pediátrica. **Manual de infectologia pediátrica**. 1991.
- STAMM, Maristela. **Cuidando de família em situação de alcoolismo**. Relatório da prática assistencial. Trabalho não publicado Curso de Mestrado Interinstitucional em Assistência de Enfermagem, Convênio UFSC/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC, 1999.
- STERN, Daniel. **O mundo interpessoal do bebê**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1992.
- TALENTO, Barbara. Jean Watson. In : GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993, p. 255-267.
- THORNE S. et ali. Nursing's Metaparadigm Concepts Disimpacding the Debates. **Journal of Advanced Nursing**, v. 27, p. 1257-1268, 1998.
- TORRES, Gertrude. **Theoretical foudatios of nursing**. New York: Appieton - Century-Crofts, 1986.
- WALDOW, Vera Regina. Educação para o cuidado. **Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre. v. 14, n. 2, p. 108-112, jul. 1993.

- WALDOW, V. R. Cuidar/Cuidando: o domínio unificador da enfermagem. In : WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta Julia Marques, MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar - maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995, p. 7-27.
- WALDOW, Vera Regina, LOPES, Marta Julia Marques, MEYER, Dagmar Estermann. **Maneiras de cuidar - maneiras de ensinar: a enfermagem entre a escola e a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.
- WATSON, Jean. **Nursing: the philosophy and science of caring**. Boston : Little, Brown, 1985.
- _____. New dimensions in human caring theory. **Nursing science quarterly**, v. 1, n. 4, p. 175-181, 1988.
- _____. **Nursing: human science and human care, a theory of nursing**. New York : National League of Nursing, 1988.
- _____. Nursing's caring-healing paradigm as exemplar for alternative medicine? **Alternative Therapies**, v. 1, n. 3, p. 64-69, 1995.
- _____. **Watson's theory of transpersonal caring**. Não publicado, Denver, 1995.
- WEFFORT, Madalena Freire. **Observação, registro, reflexão**. São Paulo : Espaço Pedagógico, 1996.
- WEIL, Pierre, UBIRATAN, D' Ambrosio, CREMA, Roberto. **Rumo a nova transdisciplinaridade: sistemas abertos de conhecimento**. São Paulo : Summus, 1993.
- WHALEY, Lucille F., WONG, Donna L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1999.
- WINNICOTT, D.W. **A criança e o seu mundo**. Rio de Janeiro : Zahar, 1965.
- _____. **Os bebês e suas mães**. São Paulo : Martins Fontes, 1988.
- _____. **O ambiente e os processos de maturação: estudos sobre a teoria do desenvolvimento emocional**. 3. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1990.
- WOLFF, Lillian Daisy Gonçalves. **A compreensão da experiência de ser cuidadora de enfermagem em uma unidade de terapia intensiva pediátrica**. Florianópolis, 1996. 137p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFSC - UFPR - Expansão Pólo I - Convênio Repensul.
- _____. Uma contribuição à reflexão sobre o conhecimento e o cuidado de enfermagem. **Cogitare Enfermagem**, Curitiba, v. 1, n. 1, p. 34-38, jan./jun. 1996.
- ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson. Epistemologia do cuidado humano e ciência da enfermagem abstraída das idéias de Watson. **Texto e Contexto**, v. 5, n. 1, p. 64-81, mês. 1996.

REFERÊNCIAS CONSULTADAS

- ARIÉS, P. **História social da criança e da família**. 2. ed. Rio de Janeiro : Guanabara, 1986.
- BOWLBY, John. **Apego, separação e perda**. 2. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1990. 1 v.
- CAVALCANTI, Ricardo, CAVALCANTI, M. **Tratamento clínico das inadequações sexuais**. São Paulo : Roca, 1992.
- DEL PRIORE, M. et al. **História da criança no Brasil**. São Paulo : Contexto, 1991.
- DELORS, Jacques. Da comunidade de base a sociedade mundial. In : **Educação, um tesouro a descobrir**. São Paulo : Cortez, 1998.
- DEMO, Pedro. **Desafios modernos da educação**. Rio de Janeiro : Vozes, 1993.
- _____. Teoria: por quê? In : SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 01, 1985. Florianópolis. **Anais...** Florianópolis : UFSC, 1985. p. 62-65.
- ENGERS, Maria Emilia Amaral. Pesquisa educacional: reflexões sobre a abordagem etnográfica. In : ENGERS, Maria Emilia do Amaral. **Paradigmas e metodologias de pesquisa em educação: notas para reflexão**. Porto Alegre : EDIPUCRS, 1994.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. **Novo dicionário da língua portuguesa**. 2 ed. Rio de Janeiro : Nova Fronteira.
- FERREIRA, Evelisse Angelica et al. Um estudo bibliográfico sobre o apego mãe e filho: bases para a assistência de enfermagem pediátrica e neonatal. **Latino-Americana Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 6, n. 4, p. 11-116, out. 1998.
- FICHTNER, Nilo. **Prevenção diagnóstica e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência : um enfoque desenvolvimental**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1997.
- FRICK, Willard B. **Psicologia humanista: entrevistas com Maslow, Murphy e Rogers**. Rio de Janeiro : Zahar, 1975.
- GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas. 1993.

- KAPLAN, Harold I., SADOCK, Benjamin J. **Compêndio de psiquiatria dinâmica**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1984.
- MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical nursing**. 3. ed. New York : Lippincott, 1997.
- MIELNIK, Isaac. **Mãe, pai e filhos: encontros e desencontros**. São Paulo : Hucitc, 1993.
- NEVES, Eloita Pereira, TRENTINI, Mercedes. **A questão da aplicação de teorias/marcos conceituais na enfermagem**: relato de experiência na UFSC. Trabalho apresentado na semana Wanda Horta, USP, São Paulo, 10-12 ago. 1987.
- ORTIZ, Hilda B. Dmitruk (Org.). **Cadernos metodológicos1: diretrizes de metodologia científica**. 4 ed. Chapecó : Grifos, 1999.
- POLIT, Denise F., HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. 3. ed. Porto Alegre : Artes Médicas, 1995.
- REMEN, Rachel Naomi. **O paciente como ser humano**. São Paulo : Summus, 1993.
- ROGERS, Carl, STEVENS, Barry. **De pessoa para pessoa**. 4. ed. São Paulo : Pioneira, 1991.
- ROMANELLI, Geraldo. **Diálogos metodológicos sobre prática de pesquisa**. São Paulo : Legis Summa, 1998.
- SANTOS, Odalea Maria Bruggemann. **A enfermagem como diálogo vivo : uma proposta humanística no cuidado à mulher e a família durante o processo de nascimento**. Florianópolis, 1998. 172p. Dissertação (Mestrado - Centro de Ciências da Saúde) – Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC.
- SECRETARIA DO TRABALHO CIDADANIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL (RS). **Estatuto do menor e do adolescente**.
- SPITZ, René A. **O primeiro ano de vida**. 6. ed. São Paulo : Martins Fontes, 1996.
- TORRES, Gertrude. A posição dos conceitos e teorias na enfermagem. In : GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre : Artes Médicas, 1993, p. 13-23.
- WATSON, Jean. Nursing's scientific quest. In : NICOLL, Esle H. **Perspectives on nursing theory**. Boston : Little Brown, 1986.
- _____. RAY, Marilyn A. **The ethics of care and the ethics of cure: synthesis in chronicity**. New York : National League for Nursing, 1988.
- _____. Caring Knowledge and informed moral passion. **Advances in Nursing Science**, v. 13, n. 1, p. 15-24, set. 1990.
- _____. The moral failure of the patriarchy. **Nursing Outlook**, v. 2, n. 38, p. 62-66, 1990.

ANEXOS

ANEXO 1

**DOCUMENTO SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO PARA
A PRÁTICA ASSISTENCIAL**

Of. Nº44/99-GD/MBDR

Erechim, 27 de maio de 1999.

Senhor Secretário

Ao cumprimentá-lo cordialmente, informamos que mantemos, em convênio com a Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC, o Curso de Mestrado em Enfermagem.

Participam do referido Mestrado vários professores de nossa Universidade, entre eles a Professora Terezinha Bordin, que, para desenvolver o tema de sua Dissertação Final, necessita de Prática Assistencial junto às Unidades Básicas de Saúde. Para viabilizar tal prática, cujo resultado, temos certeza, reverterá em benefício dos programas de saúde do nosso município, solicitamos o acesso da professora-enfermeira às Unidades Básicas de Saúde do nosso município.

Maiores informações sobre a atividade serão dadas pela Enfermeira Teresinha.

No aguardo de sua costumeira colaboração, nossa especial estima.

Atenciosamente,
Prof. Dra. Helena Confortin
Diretora Acadêmica

limo. Sr.
Cláudio Giacomini
M.D. Secretário Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Erechim
NESTA

ANEXO 2

DOCUMENTO AUTORIZANDO A PRÁTICA ASSISTENCIAL



Estado do Rio Grande do Sul
MUNICÍPIO DE ERECHIM
PREFEITURA MUNICIPAL
Praça da Bandeira, 354
99.700-000 - ERECHIM - RS

Of. nº 127/99- SMSMA

Erechim, 15 de junho de 1999.

**ILMA SRA.
PROFª DRA. HELENA CONFORTIN
DD DIRETORA ACADÊMICA
DA URI - UNIVERSIDADE REGIONAL INTEGRADA
NESTA**

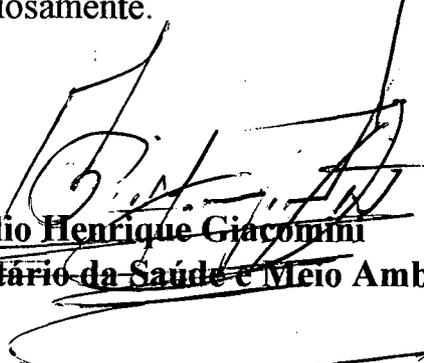
C/CÓPIA A Enfª Terezinha Albina Bordin.

Prezada Senhora.

Confirmamos nossa autorização para que Vossas Senhorias desenvolvam os trabalhos propostos junto às Unidades Básicas de Saúde do Município, conforme Vosso ofício nº 44/99-GD/MBDR, de 27 de maio de 1999.

Solicitamos que entre em contato com a Enfª Sandra, no telefone 522-2300 Ramal 2107 para que sejam acertados detalhes, como horários e datas a se desenvolver seu trabalho.

Atenciosamente.


Claudio Henrique Giacomini
Secretário da Saúde e Meio Ambiente

ANEXO 3

**TERMO DE CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO PARA PRÁTICA ASSISTÊNCIAL, A
ENFERMAGEM E A FAMÍLIA NO COTIDIANO DA SALA DE VACINAS ENTREGUES PARA EQUIPE
DE ENFERMAGEM**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"
CONVÊNIO UFCS/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC
Orientadora : Dra. Ingrid Elsen
Mestranda : Terezinha Albina Bordin

TERMO DE CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO PARA PRÁTICA ASSISTENCIAL A ENFERMAGEM E A FAMÍLIA NO COTIDIANO DA SALA DE VACINAS

JUSTIFICATIVA

A criança organiza as bases de sua personalidade e de sua organização mental desde a vida intra-uterina até o terceiro ano de vida (MAZETe STOLERU, 1990).

Nos primeiros 15 meses de vida as vacinas são as primeiras experiências de dor, provocadas na criança normal.

Apesar de não termos encontrado na literatura, classificações para este tipo de experiências, pressupomos que a vacinação possa ser considerada um "estresse biológico e psicossocial".

Pressupomos que a criança faz registro de todas as suas experiências e experiências de dor podem ser processadas com dificuldade ou de uma forma negativa na memória da criança e até interferir no seu desenvolvimento e na sua saúde emocional. Considerando a criança parte integrante de um complexo familiar e de relacionamentos, se faz necessário uma intervenção ou uma mediação por parte dos enfermeiros, que auxilie a criança e a família a passar por este processo dentro de um padrão de normalidade, atendendo suas necessidades individuais.

No período de 0 a 15 meses a criança recebe em média 14 vacinas, destas, 10 são injetáveis.

Com a inclusão da vacina anti-haemophilus influenza do tipo B no calendário nacional de vacinação, a criança passará a receber 18 vacinas, sendo 14 injetáveis¹.

Assim sendo, através deste quadro, vamos mostrar quantas injeções a criança recebe:

1o mês	BCG HB	intradérmica intramuscular
2o mês	DPT HB Hib	intramuscular intramuscular subcutânea
4o mês	DPT Hib	Intramuscular subcutânea
6o mês	DPT HB Hib	intramuscular intramuscular subcutânea
9o mês	Anti-sarampo	subcutânea
15o mês	DPT Hib Tríplice viral	intramuscular subcutânea subcutânea

São, portanto, 6 visitas à unidade básica de saúde, no mínimo, sendo que em três ocasiões deverá receber 3 vacinas injetáveis.

Pensamos em propor uma maneira de atender a criança e sua família, na qual possamos minimizar o estresse causado pela aplicação de vacinas na criança e fortalecer as relações de interação entre pais bebê.

Muitas crianças têm através das vacinações os seus únicos contatos com profissionais da saúde e nos pensamos que através destes contatos podemos observar, conversar e perceber como a criança esta se desenvolvendo. Assim como os movimentos que ocorrem na família. Isto é, a cultura, as crenças, o valor que é dado a criança nesta família, quem e responsável pela maternagem da criança, qual a participação do pai, irmãos, avós, a forma como a criança é acalentada após a vacina, como ela é segurada no colo, se mãe ou pai e bebê fixam o olhar um no outro, se a mãe usa palavras que reforcem a auto estima do bebê ou se usa termos que a depreciem.

^{1 1} De acordo com o esquema de vacinação proposto pelo ministério da saúde o bebê recebe 17 vacinas e 13 são injetáveis, porém quando elaboramos este documento que foi entregue à equipe, tínhamos outra orientação. Por esta razão, no anexo I aparece um número diferente do que foi descrito na justificativa (Cap. III).

Pensamos que mesmo que existam outros momentos de encontro da enfermagem com a criança no primeiro ano de vida, o encontro que ocorre na sala de vacinação é um momento especial onde se coloca em teste a tolerância dos pais e do bebê frente ao estresse que ambos vão passar.

A criança no 1º ano de vida desenvolve a inteligência, a afetividade, as relações sociais e a forma de como se desenvolve, determinarão em grande parte as capacidades futuras.

A maturação de sistema nervoso é importante para o desenvolvimento de todas as capacidades da criança. Para que a criança capacite-se melhor é necessário uma maturação normal e um meio ambiente favorável.

A enfermagem deve estar apta e atenta a detectar qualquer tipo de perturbação resultante de um meio desfavorável, a fim de mediar, aconselhar e orientar os pais, diagnosticando precocemente situações de risco que possam indicar prejuízo no futuro da criança.

A intervenção preventiva e positiva, considerando a criança sujeito da própria vivência, realizada junto com a família pode favorecer a melhor condição de desenvolvimento da criança, promover a saúde, diminuir riscos aos diversos problemas de desenvolvimento físico, social e emocional.

A criança, que é invocada a participar, através de uma conversa franca olha no olho, onde se explica que a injeção poderá doer, mas que a vacina é necessária para protegê-la de doenças e ainda que apostamos na sua capacidade de aceitar e tolerar a dor, com a ajuda dos pais e do profissional, chora menos (Bordin, 1998).

Procedimentos como, colocação de brinco, circuncisão aplicação de vacinas são procedimentos, culturalmente aceitos, sendo a vacina, considerada obrigatória no primeiro ano de vida. Através deste último procedimento a criança é submetida a dor pela introdução de uma agulha através de sua pele, até o músculo ou tecido adiposo.

Observamos na prática que nem sempre as intervenções da enfermagem, favorecem as vivências.

Na maioria das vezes as famílias são submetidas a rotinas e normas que favorecem o “bom desenvolvimento” o “bom andamento” da instituição, esquecendo que esta existe com a função de atender a necessidade do ser humano que a procura.

A criança ao submeter-se a aplicação de vacinas não é orientada e normalmente os pais é que são orientados, quanto ao local de aplicação, efeito doloroso na hora da aplicação, efeitos colaterais de desconforto, dor febre, irritação. Muitas vezes os pais também não são orientados, mas o que mais nos preocupa é que a criança seja deixada de lado, e não seja orientada, como se não fosse capaz de compreender e vivenciar suas próprias experiências e organiza-las fazendo registros positivos de cuidado.

OBJETIVOS DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

OBJETIVO GERAL

Desenvolver prática assistencial de enfermagem a família e crianças de 0 a 15 meses na sala de vacinação de uma Unidade Básica de saúde dentro de uma perspectiva preventiva no que diz respeito ao desenvolvimento físico e emocional da criança, a luz da teoria humanística de Jean Watson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Oferecer subsídios para reflexão da equipe de enfermagem e de todos os profissionais que trabalham na área saúde sobre o cuidado com criança e sua família;
- Desenvolver um processo de assistência de enfermagem a luz da teoria de Jean Watson, focalizando o relacionamento com a criança e a família, no cotidiano da sala de vacinas;- Intervir de forma positiva nas vivências que ocorrem dentro da sala de vacina, minimizando e prevenindo traumas decorrentes de procedimentos dolorosos na criança e reforçando as relações de interação entre pais e bebês.
- Avaliar subjetivamente a partir da visão do pesquisador a aplicação do marco de Jean Watson para esta prática planejada;
- Pensar e interagir junto com a equipe de enfermagem que desenvolve cuidado integral a criança e família na sala de vacinação, envolvendo-os no processo assistencial a ser implantado;
- Observar e registrar os comportamentos que possam representar risco para o desenvolvimento da criança.

CONSENTIMENTO

Eu:.....

(nome) (profissão) recebi uma cópia e li as informações acima descritas e me foram explicados os procedimentos desta prática.

Estou ciente do conteúdo dos objetivos, benefícios previstos da minha participação e que posso retirar-me deste estudo se desejar.

Assim sendo, concordo com minha participação neste estudo.

Nome:.....Assinatura:.....

Erechim,/de 1999.

ANEXO 4

**TERMO DE CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO PARA PRÁTICA ASSISTÊNCIAL, A
ENFERMAGEM E A FAMÍLIA NO COTIDIANO DA SALA DE VACINAS ENTREGUE PARA OS PAIS**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"
CONVÊNIO UFCS/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC
Orientadora : Dra. Ingrid Elsen
Mestranda : Terezinha Albina Bordin

TERMO DE CONSENTIMENTO E INFORMAÇÃO PARA PRÁTICA ASSISTENCIAL A ENFERMAGEM E A CRIANÇA NO COTIDIANO DA SALA DE VACINAS

JUSTIFICATIVA

A criança organiza as bases de sua personalidade e de sua organização mental desde a vida intra-uterina até o terceiro ano de vida (Monteiro, 1997).

Nos primeiros 15 meses de vida as vacinas são as primeiras experiências de dor, provocadas na criança normal.

No período de 0 a 15 meses a criança recebe em média 14 vacinas, destas, 10 são injetáveis.

Com a inclusão da vacina anti haemophilus influenza do tipo B no calendário nacional de vacinação, a criança passará a receber 17 vacinas, sendo 13 injetáveis.

Assim sendo, através deste quadro vamos mostrar quantas injeções a criança recebe:

1º mês	BCG HB	intradérmica intramuscular
2º mês	DPT HB Hib	intramuscular intramuscular subcutânea
4º mês	DPT Hib	Intramuscular subcutânea
6º mês	DPT HB Hib	intramuscular intramuscular subcutânea
9º mês	Anti-sarampo	subcutânea
15º mês	DPT Hib Tríplice viral	intramuscular subcutânea subcutânea

São, portanto, 7 visitas à unidade básica de saúde, no mínimo, sendo que em três ocasiões poderá ter que receber 3 vacinas injetáveis.

Pensamos em propor uma maneira de atender a criança e sua família, na qual possamos minimizar o estresse causado pela aplicação de vacinas na criança e fortalecer as relações de interação entre pais e bebê.

Muitas crianças têm através das vacinações os seus únicos contatos com profissionais da saúde e nos pensamos que através destes contatos podemos observar, conversar e perceber como a criança está se desenvolvendo. Assim como os movimentos que ocorrem na família. Isto é, a cultura, as crenças, o valor que é dado à criança nesta família, quem é responsável pela maternagem da criança, qual a participação do pai, irmãos, avós, a forma como a criança é acalentada após a vacina, como ela é segurada no colo, se mãe ou pai e bebê fixam o olhar um no outro, se a mãe usa palavras que reforcem a auto estima do bebê ou se usa termos que a depreciem.

Pensamos que mesmo que existam outros momentos de encontro da enfermagem com a criança no primeiro ano de vida, o encontro que ocorre na sala de vacinação é um momento especial onde se coloca em teste a tolerância dos pais e do bebê frente ao estresse que ambos vão passar.

A criança no 1º ano de vida desenvolve a inteligência, a afetividade, as relações sociais e a forma de como se desenvolve, determinarão grande parte as capacidades futuras.

A maturação de sistema nervoso é importante para o desenvolvimento de todas as capacidades da criança. Para que a criança capacite-se melhor é necessário uma maturação normal e um meio ambiente favorável.

A enfermagem deve estar apta e atenta a detectar qualquer tipo de perturbação resultante de um meio desfavorável, a fim de mediar, aconselhar e orientar os pais, diagnosticando precocemente situações de risco que possam indicar prejuízo no futuro da criança.

A intervenção preventiva e positiva, considerando a criança sujeito da própria vivência, realizada junto com a família pode favorecer a melhor condição de desenvolvimento da criança,

promover a saúde, diminuir riscos aos diversos problemas de desenvolvimento físico, social e emocional.

A criança que é invocada a participar, através de uma conversa franca olha no olho, onde se explica que a injeção poderá doer, mas que a vacina é necessária para protegê-la de doenças e ainda que apostamos na sua capacidade de aceitar e tolerar a dor, com a ajuda dos pais e do profissional, chora menos. (Bordin, 1998).

OBJETIVOS DA PRÁTICA ASSISTENCIAL

OBJETIVO GERAL

Desenvolver prática assistencial de enfermagem a família e crianças de 0 a 15 meses na sala de vacinação de uma Unidade Básica de saúde dentro de uma perspectiva preventiva no que diz respeito ao desenvolvimento físico e emocional da criança, a luz da teoria humanística de Jean Watson.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Oferecer subsídios para reflexão da equipe de enfermagem e de todos os profissionais que trabalham na área saúde sobre o cuidado com criança e sua família.

Desenvolver um processo de assistência de enfermagem a luz da teoria de Jean Watson, focalizando o relacionamento com a criança e a família, no cotidiano da sala de vacinas.

Intervir de forma positiva nas vivências que ocorrem dentro da sala de vacina, minimizando e prevenindo traumas decorrentes de procedimentos dolorosos na criança e reforçando as relações de interação entre pais e bebês.

Avaliar subjetivamente a partir da visão do pesquisador a aplicação do marco de Jean Watson para esta prática planejada.

Pensar e interagir junto com a equipe de enfermagem que desenvolve cuidado integral a criança e família na sala de vacinação, envolvendo-os no processo assistencial a ser implantado.

Observar e registrar os comportamentos que possam representar risco para o desenvolvimento da criança.

CONSENTIMENTO

Eu,..... Residente na
Rua nº..... Bairro
..... Mãe de de ()
meses ou () anos, recebi uma cópia e li as informações acima descritas e me foram explicados os
procedimentos desta prática.

Estou ciente do conteúdo, dos objetivos, e benefícios previstos, com a minha participação e
assim sendo, permito o registro em forma de filme e fotografia, do meu filho, durante a vacinação.

Assinatura

Erechim, ___/____de 1999.

ANEXO 5

INSTRUMENTO PARA GUIAR E REGISTRAR A OBSERVAÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO INTERINSTITUCIONAL EM "ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM"
CONVÊNIO UFCS/UnC/URI/CAPES-FUNCITEC
Orientadora : Dra. Ingrid Elsen
Mestranda : Terezinha Albina Bordin

INSTRUMENTO PARA GUIAR E REGISTRAR A OBSERVAÇÃO

Data:/...../..... Idade: Vacina:.....

Local de aplicação:..... Via de administração

Perguntar aos pais o que falaram para o bebê que iriam fazer:

.....

A equipe

Identificou-se () sim () não

Chamou o bebê pelo nome: () sim () não

Cumprimentou o bebê: () sim () não

Cumprimentou a família: () sim () não

Convidou-os a sentar: () sim () não

Conversou com o bebê fazendo a interação: () sim () não

Ofereceu brinquedo: () sim () não

Orientou o bebê sobre o que iria fazer: () sim () não

Falou sobre o local da aplicação: () sim () não

Falou que era vacina e que serve para protege-la: () sim () não

Falou que poderia sentir dor: () sim () não

Permitiu o choro: () sim () não

Estimulou a capacidade de sentir dor: () sim () não

Falou que os pais estão junto para ajudá-la: () sim () não

OBS:.....

O que disse antes a aplicação:.....

O que disse após a aplicação:.....

O que fez após a aplicação:.....

O Familiar

O que disse antes da aplicação:.....

O que disse após a aplicação:.....

O que fez depois da aplicação:.....

Como segurava o bebê: () próxima ao corpo () distante ao corpo

Fala olhando no olho: () sim () não

Obs:.....

.....

.....

O bebê

Posição: () na maca () no colo conforme proposta

Interessou-se pelos brinquedos: () sim () não

Respondeu aos estímulos: () sim () não

Explicar o que fez:.....

Fixa o olhar na enfermeira: () sim () não

Fixa o olhar nos pais: () sim () não

Sorri: () sim () não

Acalma-se após o procedimento: () sim () não

Chora de forma inconsolável após o procedimento: () sim () não

Obs:.....

.....

.....

.....

.....

.....