UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO ACADÊMICO EM CUIDADOS CLÍNICO EM ENFERMAGEM E SAÚDE

ALEIDE BARBOSA VIANA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

FORTALEZA – CEARÁ
2017

ALEIDE BARBOSA VIANA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado acadêmico em Cuidados Clínico em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Orientadora: Prof.ª Dr. ª Ana Ruth Macêdo Monteiro

FORTALEZA - CEARÁ

2017

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação

Universidade Estadual do Ceará

Sistema de Bibliotecas

Viana, Aleide Barbosa.
Diagnósticos de enfermagem de famílias com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico segundo a classificação internacional para a prática de enfermagem [recurso eletrônico] / Aleide Barbosa Viana. - 2017 .
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.

CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 121 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).

Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2017 .
Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. .
Orientação: Prof.ª Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro .

1. Atenção primária à saúde. 2. Saúde mental. 3. Família. 4. Enfermagem. I. Título.

ALEIDE BARBOSA VIANA

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM DE FAMÍLIAS COM CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado acadêmico em Cuidados Clínico em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Ciência da Saúde da Universidade Estadual do Ceará como requisito parcial para à obtenção do título de mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de concentração: Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 23 de fevereiro de 2017

BANCA EXAMINADORA

Ana Ruth Macêdo Monteiro

Prof.ª Dra. Ana Ruth Macêdo Monteiro
Universidade Estadual do Ceará
Orientadora

Maria Célia de Freitas

Prof.ª Dra. Maria Célia Freitas
Universidade Estadual do Ceará
1º membro efetivo

Maria Rocineide Ferreira da Silva

Prof.ª Dra. Maria Rocineide Ferreira da Silva
Universidade Estadual do Ceará
2º membro efetivo

A João e Leide, avós amorosos, que com seu amor, fizeram história em minha vida. Vocês foram meus maiores professores.

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me levou pela mão durante essa caminhada, que me deu força e coragem para enfrentar um desafio e realizar um sonho.

A minha mãe, sempre presente, sempre conforto, sempre amor.

A minhas tias Soledade e Socorro, apoio e sorrisos necessários.

A meus primos, alegria e força quando o cansaço chegava.

A meus amigos, que distantes eram presença forte e enérgica.

A Letícia e Regynara, companheiras da caminhada, apoio e escuta no dia a dia corrido, joias que carrego no coração.

A minha orientadora, professora Ana Ruth, que enxergou o que, às vezes, eu não enxergava, que foi fonte de sabedoria e afeto, que foi coração e acolhimento.

Aos membros da banca, profa. Célia, profa. Rocineide e profa. Ana Patrícia por suas contribuições para o meu crescimento.

As colegas da XI turma de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos, Enfermagem e Saúde pelos momentos de convivência e companheirismo.

Aos professores do PPCCLIS, pelo ensinamento diário e acolhimento caloroso.

A Aline, Fernanda e Alécio por sempre estarem dispostos a ajudar.

Aos membros do Grupo de Pesquisa em Enfermagem, Cuidado e Saúde Mental (GPECS) por navegarem comigo nessa jornada.

A Prefeitura Municipal de Quixadá por permitir e facilitar a realização da pesquisa.

As equipes do CAPS e de saúde da família do Custódio e Jatobá, em especial os Agentes Comunitários de Saúde, por contribuírem incansavelmente com as coletas de dados da pesquisa.

As famílias participantes do estudo por me permitirem entrar em suas casas, por me contarem suas histórias.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior, (CAPES) pelo incentivo financeiro.

“Caminhante, são tuas pegadas
o caminho e nada mais;
caminhante, não há caminho,
se faz caminho ao andar

Ao andar se faz caminho
e ao voltar a vista atrás
se vê a senda que nunca
se há de voltar a pisar

Caminhante não há caminho
senão há marcas no mar…”

(Antônio Machado)

RESUMO

O estudo teve como objetivo identificar necessidades de cuidado das famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico e elaborar enunciados de diagnósticos de enfermagem dessas famílias, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das necessidades de cuidado identificadas, embasando na Teoria da Maré de Phil Barker. Para isso foi realizado um estudo descritivo exploratório na zona rural de um município do sertão central cearense com 20 famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico no período de agosto e setembro de 2016. A realização da pesquisa se deu após aprovação de projeto pelo Comité de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o número de parecer 1.532.828. Após a assinatura de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foi gravada entrevista com os familiares e construídos genograma e ecomapa das famílias, foram também colhidos dados dos prontuários do CAPS e UBS após autorização de fiel depositários dos serviços de saúde. As famílias em sua maioria (45%) em compostas por quatro membros, vivendo em casa própria (70%) com renda de 1 a 2 salários mínimos (45%) e recebendo programa social bolsa família (85%). Os membros adoecidos eram em sua maioria do sexo masculino (85%) com idade entre 10 e 14 anos (60%).Os dados foram processados no software livre PorOnto, filtrados no software Excel® e processados no Access® e novamente filtrados, resultando em lista de 216 termos relevantes para a prática de enfermagem sendo 182 constantes e 34 não constantes na CIPE® 2015. A partir do banco de termos, utilizando o raciocínio clínico de Gordon foram construídos 42 enunciados diagnósticos, sendo os mais frequentes “Relacionamento com a escola conflituoso”, presente em 10 famílias, “Renda familiar insuficiente”, presente em 9 famílias e “Conhecimento sobre situação de saúde do filho limitada”, presente em 7 famílias. Os diagnósticos que foram divididos e discutidos segundo os três domínios explorados pelo Modelo de Recuperação da Saúde Mental de Phil Barker. No domínio do self foram discutidos 14 diagnósticos, mais voltados para as relações internas da família, 15 foram discutidos no domínio do mundo, vendo a família como unidade que cuida e 13 no domínio do outro, buscando avaliar as relações da família com a comunidade. Os achados permitiram refletir a importância do raciocínio clínicos nas ações de enfermagem valendo-se de

um referencial teórico permitindo o crescimento da profissão e fortalecendo o cuidado as famílias.

Palavras-chave: Saúde mental. Família. Enfermagem. Classificação. Atenção primária à saúde

ABSTRACT

The study aim's was to identify the care needs children and adolescents's families in psychic suffering and to elaborate the nursing diagnosis of these families, according to the International Classification of Nursing Practice (ICNP®), based on the care needs Identified, based on Phil Barker's Tidel Model. A descriptive exploratory study was carried out in the rural area of a County in the central sertão of Ceará with 20 families of children and adolescents in psychic suffering during the period of August and September of 2016. The research was carried out after approval of the project by Research Ethics Committee of the State University of Ceará with the opinion's number ,1532,828. After the signing of the Informed Consent Term, an interview was recorded with the family members and the families' genogram and ecomapon were constructed. Data from the CAPS and UBS medical charts were also collected after authorization from faithful custodians of the health services. Most families (45%) were composed of four members, living in their own home (70%) with income of 1 to 2 minimum wages (45%) and receiving a social program (85%). The data were processed in the free PorOnto software, filtered in Excel® software and processed in Access® and re-filtered, resulting in a significant increase in the number of patients who were ill (85%), aged between 10 and 14 years (60%). In a list of 216 terms relevant to nursing practice, of which 182 were constants and 34 were not included in ICNP® 2015. From the terms database, using Gordon's clinical reasoning, 42 diagnostic statements were constructed, the most frequent being "Relationship with Confused school ", present in 10 families," Insufficient family income ", present in 9 families and" Knowledge about the health situation of the limited child "present in 7 families. The diagnoses were divided and discussed according to the three domains explored by Phil Barker's Mental Health Recovery Model. In the domain of the self, 14 diagnoses, more focused on the internal relations of the family, were discussed, 15 were discussed in the domain of the world, viewing the family as a care unit and 13 in the domain of the other, seeking to assess family relationships with the community. The findings allowed to reflect the importance of clinical reasoning in nursing actions using a theoretical framework allowing the growth of the profession and strengthening the familie's care

Keywords: Mental health. Family Nursing. Classification. Primary Health Care

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Linguagens Padronizadas de Enfermagem 29
Quadro 2 - Eixos da CIPE® versão 1.0 31
Quadro 3 - 10 compromissos e 20 competências da Teoria da Maré..... 35
Quadro 4 - Termos constantes e não constantes divididos por eixo da CIPE® encontrados no estudo. Fortaleza - CE, 2016. 49
Quadro 5 - Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE®. Fortaleza – CE, 2017. 84
Quadro 6 - Resultados de enfermagem construídos com base na CIPE® Fortaleza – CE, 2017..... 84
Quadro 7 - Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE® segundo os domínios da Maré. Fortaleza – CE, 2017.. 85

Tabela 1 - Distribuição das famílias participantes, segundo características sociodemográficas. Fortaleza - CE, 2017. 44
Tabela 2 - Distribuição entrevistados, segundo características sociodemográficas e parentesco com a criança. Fortaleza - CE, 2017 45
Tabela 3 - Caracterização das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Fortaleza - CE, 2017. 46

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Evolução da CIPE 30
Figura 2 - Modelo de referência terminológica para diagnóstico de enfermagem 32
Figura 3 - Resultado do processamento dos dados no software PorOnto. Fortaleza, CE. 2017 48
Figura 4 - Legenda dos genogramas e ecomapas. Fortaleza, CE. 2017. ... 51
Figura 5 - Genograma da família Umbuzeiro 51
Figura 6 - Ecomapa da família Umbuzeiro 51
Figura 7 - Genograma da família Mandacaru 53
Figura 8 - Ecomapa da família Mandacaru 53
Figura 9 - Genograma da família Juazeiro 54
Figura 10 - Ecomapa da família Juazeiro 55
Figura 11 - Genograma da família Baruana 56
Figura 12 - Ecomapa da família Baruana 56
Figura 13 - Genograma da família Imburana 58
Figura 14 - Ecomapa da família Imburana 58
Figura 15 - Genograma da família Angico 59
Figura 16 - Ecomapa da família Angico 60
Figura 17 - Genograma da família Catingueira 61
Figura 18 - Ecomapa da família Catingueira 61
Figura 19 - Genograma da família Quipá 62
Figura 20 - Ecomapa da família Quipá 63
Figura 21 - Genograma da família Pereiro 64
Figura 22 - Ecomapa da família Pereiro 64
Figura 23 - Genograma da família Xique-xique 66
Figura 24- Ecomapa da família Xique-xique 66
Figura 25 - Genograma da família Facheiro 67
Figura 26 - Ecomapa da família Facheiro 67
Figura 27 - Genograma da família Macambira 69
Figura 28 - Ecomapa da família Macambira 69
Figura 29 - Genograma da família Canafístula 71
Figura 30 - Ecomapa da família Canafístula 71

Figura 31 - Genograma da família Mulungú 72
Figura 32 - Ecomapa da família Mulungú 73
Figura 33 - Genograma da família Marmeleiro 74
Figura 34 - Ecomapa da família Marmeleiro 74
Figura 35 - Genograma da família Maniçoba 76
Figura 36 - Ecomapa da família Maniçoba 76
Figura 37 - Genograma da família Trapiá 77
Figura 38 - Ecomapa da família Trapiá 77
Figura 39 - Genograma da família Marizeiro 79
Figura 40 - Ecomapa da família Marizeiro 79
Figura 41 - Genograma da família Velames 80
Figura 42 - Ecomapa da família Velames 80
Figura 43 - Genograma da família Quixabeira 82
Figura 44 - Ecomapa da família Quixabeira 82
Figura 45 - Três dimensões da maré 85

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS	Agente Comunitário de Saúde
APAPEQ	Associação de Pais e Amigos de Pessoas Especiais de Quixadá
APS	Atenção Primária à Saúde
BDENF	Base de Dados de Enfermagem
CAPS AD	Centro de Atenção Psicossocial Álcool e Drogas
CAPS	Centro de Atenção Psicossocial
CAPSi	Centro de Atenção Psicossocial infanto-juvenil
CEP	Comité de ética em Pesquisa
CIE	Conselho Internacional de Enfermeiro
CIPE®	Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CNS	Conselho Nacional de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
HEMOCE	Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará
IBGE I	Instituto Brasileiro de Geografia e estatística
IMAIANI-SIG	Intanatonal Medical Informatics Nursing Informatics- Special Interest Group
INSS	Instituto Nacional de Seguro Social
ISO	International Standart Organization
LILACS	Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
NASF	Núcleo de Apoio a Saúde da Família
PDF	Portable Document Format
PE	Processo de Enfermagem
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
RP	Reforma Psiquiátrica
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
Scielo	Scientific Eletronic Library Online
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDAH	Transtorno do Déficit de Aprendizado e Hiperatividade
UBS	Unidade Básica de Saúde
UECE	Universidade Estadual do Ceará

UFMG	Universidade federal de minas Gerais
UPA	Unidade de Pronto Atendimento
WHO	World Health Organization

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 17
2 OBJETIVOS 24
3 REVISÃO DE LITERATURA 25
3.1 FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE 25
3.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM 28
3.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DA ENFERMAGEM - CIPE® 30
3.4 MODELO DE RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL 33
4 METODOLOGIA 37
4.1 TIPO DA PESQUISA 37
4.2 LOCAL DA PESQUISA 37
4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA 38
4.4 COLETA DE DADOS 39
4.5 ANÁLISE DE DADOS 40
4.5.1 Etapa 1: Identificação dos termos relevantes para a clientela 41
4.5.2 Etapa 2: Mapeamento cruzado termos encontrados com os termos da CIPE® 41
4.5.3 Etapa 3: Construção dos enunciados 42
4.6 ASPECTOS ÉTICOS 42
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO 44
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIA ENTREVISTADAS 44
5.2 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE TERMOS CONSTANTES E NÃO CONSTANTES NA CIPE® 48
5.3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADE DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS 50
5.3.1 Família Umbuzeiro 51
5.3.2 Família Mandacaru 53
5.3.3 Família Juazeiro 54
5.3.4 Família Baruana 56
5.3.5 Família Imburana 58
5.3.6 Família Angico 59

5.3.7 Família Catingueira 61
5.3.8 Família Quipá 62
5.3.9 Família Pereiro 64
5.3.10 Família Xique-xique 66
5.3.11 Família Facheiro 67
5.3.12 Família Macambira 69
5.3.13 Família Canafístula 71
5.3.14 Família Mulungú 72
5.3.15 Família Marmeleiro 74
5.3.16 Família Maniçoba 76
5.3.17 Família Traiá 77
5.3.18 Família Marizeiro 79
5.3.19 Família Valames 80
5.3.20 Família Quixabeira 82
5.4 CONSTRUÇÃO DOS ENUNCIADOS DIAGNÓSTICOS 83
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS 95
REFERÊNCIAS 97
APÊNDICES 104
APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS 105
APÊNDICE B – TERMO DE CONSCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO 110
APÊNDICE C – CARTA DE ANUÊNCIA 111
APÊNDICE D- -TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO CAPS 112
APÊNDICE E- -TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO UBS JATOBÁ 113
APÊNDICE F- -TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO UBS CUSTÓDIO 114
ANEXOS 115
ANEXO A – TERMO DE ANUÊNCIA DA SMS DE QUIXADÁ 116
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIAL DO CEP UECE 117

1 INTRODUÇÃO

A Reforma Psiquiátrica (RP) brasileira, iniciada no fim da década de 70 do século XX. Ela buscou construir uma nova forma de atender as necessidades das pessoas em sofrimento psíquico. Tendo como reivindicação inicial as questões trabalhistas e melhoria no atendimento à população, o movimento cresceu, levando à mudança no modelo de atenção à saúde mental. (AMARANTE, 2015)

O novo modelo trouxe consigo um caráter dinâmico, em busca de uma transformação permanente e que envolvia o social, que colocava a doença entre parênteses, não no intuito de negá-la, mas de colocar o sujeito em destaque, um sujeito que deve viver em comunidade, com família, projetos e problemas. Fez-se necessário, então, a criação de serviços de saúde que pudessem ser dispositivos de acolhimento e trocas sociais (AMARANTE, 2007).

O processo de desistitucionalização, produto da RP, refletiu na diminuição do tempo das internações e a criação de serviços extra hospitalares, como os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) que trabalham dentro da noção de território, o que implica na volta do indivíduo para sua família e comunidade e na participação direta dos familiares nos cuidados as pessoas em sofrimento psíquico. O que era responsabilidade única dos serviços de saúde passa a ser dividido com o indivíduo, sua família e a comunidade (RANDEMARK; JORGE; QUEIROZ, 2004; CAVALHERI, 2010).

A família, que antes entregava seu ente aos cuidados de uma instituição de saúde, muitas vezes não tendo mais nenhum tipo de contato com ele, passa agora a ser unidade corresponsável por cuidar do indivíduo em sofrimento psíquico, tendo que se adaptar a suas necessidades e promover um ambiente propício a recuperação.

É preciso lembrar, entretanto que a família como sistema, busca manter-se em equilíbrio por meio de uma dinâmica que processa as questões que constantemente lhe são colocadas, levando em conta suas crenças, valores e cultura, bem como as peculiaridades que ser formam dentro dessa dinâmica. Caso isso não ocorra de forma satisfatória a pessoa com sofrimento psíquico passa a se tornar um fardo. (MONTEIRO et al., 2012). Isso por que existe dificuldade em lidar com as crises, com a culpa, o pessimismo, o estigma, o desconhecimento da

doença e a falta de perspectiva de cura, associadas as questões cotidianas enfrentadas dentro da unidade familiar (COLVERO; IDE; ROLIM, 2004).

Segundo a teoria dos sistemas, a mudança em um membro da família afeta a todos os outros em graus variados, alterando a dinâmica familiar que, em resposta, gera uma nova mudança no membro inicial (HOCKENBERRY; WILKELSTEIN, 2011; WRIGTH; LEAHEY, 2012). A situação se torna mais complexa quando a pessoa em sofrimento psíquico é uma criança ou adolescente, o que pode repercutir no desenvolvimento psicossocial e educacional, e caso não acompanhado de forma adequada estende o problema para a vida adulta (POLANCZYK; LAMBERTE, 2012).

Uma das dificuldades encontradas por essas famílias é a falta de conhecimento sobre o sofrimento psíquico em crianças e adolescentes, o que atrasa o diagnóstico e tratamento adequados. Matos et al. (2015) afirmam que, além das questões associadas à genética, as relações familiares têm forte influência no aparecimento do sofrimento psíquico nesses grupos etários.

Percebemos então quão complexa é a assistência a crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Fica clara a importância do olhar para além dos cuidados com o indivíduo. É necessário voltar a atenção também para a família, suas dinâmicas e a realidade que a cerca, no intuito de possibilitar não só sua participação efetiva nas ações de cuidado do familiar, mas também em dar o suporte necessário para a construção de relações saudáveis dentro do núcleo familiar, o que favorecerá todos os membros da família.

Para que essa construção seja possível é importante que os profissionais de saúde trabalhem em busca de conhecer de perto a realidade da família dentro do ambiente onde ela está inserida no intuito de entender ao máximo sua dinâmica. Ferriolli, Marturano e Puntel (2007) entendem que, no Brasil, o âmbito da Atenção Primária à Saúde (APS) é ideal para esse acompanhamento familiar, já que a mesma se organiza dentro da Estratégia Saúde da Família (ESF) que tem como foco a promoção da saúde e prevenção de agravos de forma contínua, trabalhando junto ao indivíduo, família e comunidade.

Corroborando com os autores acima, Brasil (2013) afirma que o acompanhamento dentro do território, a equipe multiprofissional, o estabelecimento de vínculo com a comunidade e o papel de possibilitar o acesso eficiente da

população ao sistema de saúde são características que tornam a ESF uma estratégia adequada para o acompanhamento desses usuários e suas famílias.

Esse papel se fortificou com a criação da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS) em 2011, onde a ESF é colocada com a função de realizar ações que promovam a saúde mental, previnam e cuidem dos casos de sofrimento psíquico de sua área adstrita além de realizar ações com pessoas em uso de álcool e outras drogas (BRASIL, 2014).

Por sua atuação dentro do território a equipe de saúde da família tem a oportunidade de identificar o sofrimento psíquico em seu o início, acompanhar os casos já existente e construir estratégias que promovam a saúde mental da população, avaliando riscos e trabalhando de acordo com a realidade do território aonde atua.

Para isso a ESF conta com uma equipe multiprofissional composta por médico, enfermeiro, cirurgião-dentista, auxiliar ou técnico em saúde bucal, auxiliar ou técnicos de enfermagem e agentes comunitários de saúde (BRASIL, 2012). Dentro dessa equipe o enfermeiro exerce um papel de relevância por se colocar a frente dos processos de trabalho, contribuindo para o fortalecimento da estratégia e das políticas atreladas a ela. (SILVA; MOTTA; ZEITOUNE, 2010).

Isso por que o enfermeiro tem a possibilidade de realizar ações individuais e grupais em todos os públicos a quem assiste no intuito de promover a saúde metal e identificar situações de risco, de forma específica a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) entende como papel do enfermeiro, na ESF, a realização da consulta de enfermagem (BRASIL, 2012). Para que essa consulta ocorra adequadamente, o profissional enfermeiro deve colocar em prática a sistematização com o Processo de Enfermagem (PE). Realizado por meio de ações dinâmicas e inter-relacionadas o PE é a principal metodologia para sistematizar a pratica profissional do enfermeiro, permitindo um cuidado organizado, documentado adequadamente (GARCIA; NÓBREGA, 2009).

Dentro do PE é importante utilizar uma terminologia clara, padronizada e própria da enfermagem, que demostre suas contribuições ao cuidado da população e facilite a comunicação entre profissionais (BARRA; SASSO, 2012). A Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem (CIPE®), criada pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (CIE), torna isso possível à medida em que busca unificar, em uma linguagem comum, as práticas, conceitos e ações de enfermagem

propiciando dados que podem influenciar em políticas de saúde, no planejamento do cuidado de enfermagem e nos recursos necessários para o mesmo, bem como na educação dos enfermeiros (NÓBREGA, 2011).

Outras ferramentas que o enfermeiro pode usar dentro do cuidado com as famílias de sua área de abrangência são o genograma e o ecomapa. O genograma é um diagrama da família interna utilizado para obter informações rápidas, e deve ser construído junto com a família, e o ecomapa representa as relações da família com o sistema amplo e também se mostra de forma gráfica (FRÁGUAS, 2007; WRIGTH; LEAHEY, 2012).

Diante do que foi discutido, entendemos que o enfermeiro, ao utilizar seu conhecimento técnico científico, tem competência de trabalhar junto as famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, e que dentro da atenção básica o trabalho se fortalece pela presença desse profissional próximo a família e a comunidade, permitindo vínculos e ações contínuas de cuidado.

A sistematização das ações do enfermeiro por meio do PE garante também uma assistência que respeita e trabalha a partir das singularidades de cada família, garantindo também a objetividade e eficiência do cuidado.

A partir das reflexões descritas acima senti a necessidade de colocar como objeto de estudo em minha dissertação de mestrado as famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Surgiu então as seguintes questão: Quais necessidades são encontradas em famílias de crianças/adolescentes em sofrimento psíquico? Quais os enunciados diagnósticos de famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico?

Informa-se que utilizaremos como referência para nosso estudo a classificação utilizada World Heath Organization – (WHO), que define a criança com indivíduos menores de 10 anos e adolescentes aqueles entre 10 e 19 anos. (WHO, 1986)

O primeiro contato com esse tema se deu durante graduação, entre os anos de 2004 e 2006, como bolsista de iniciação científica. Uma das atividades, desenvolvidas com duas outras bolsistas, ocorria dentro de uma escola de ensino fundamental do município de Fortaleza, aonde se realizavam ações de promoção a saúde mental de crianças e adolescentes identificados pela escola com “alteração de conduta”.

O intuito dessas atividades era trabalhar com crianças e adolescentes, educadores e familiares. Cada bolsista era responsável por um dos grupos de sujeitos. Coube a mim os familiares. As atividades realizadas com esses sujeitos tinham como objetivos descrever as relações afetivas entre pais e adolescentes, identificando as facilidades e dificuldades vivenciadas por essas famílias na relação com seus filhos e quais as estratégias adotadas para enfrentar as dificuldades além da formação de um grupo de apoio familiar com temas escolhidos pelos participantes.

Por ser um projeto maior realizei parte das atividades previstas até o término de minha graduação, o que me permitiu um primeiro olhar sobre a importância da família nas questões de saúde mental de crianças e adolescentes.

Já formada, iniciei minhas atividades com enfermeira da ESF no ano de 2007, em um município de pequeno porte onde as questões de saúde mental pouco emergiam ou eram discutidas. Foi só em 2010, quando assumi um concurso público em outra cidade, que esse assunto voltou a ser um tema mais presente. Ao ser lotada em uma equipe de saúde da família de um distrito próximo à sede do município, deparei-me com diversas famílias com casos de sofrimento psíquico.

As inquietações se multiplicaram com a falta de ações voltadas para esses indivíduos e suas famílias. Essa realidade se estendia a todas as equipes do munícipio e ficavam claras nas discussões realizadas em reuniões de planejamento. A medicalização parecia ser a única forma de “cuidado” para esses pacientes, e suas famílias não eram acompanhadas.

Ações de saúde mental na atenção primária em conjunto com outros serviços, como o matriciamento, eram dificultadas pela sobrecarga do CAPS do município, que além das demandas de saúde mental, tinha que responder também por problemas neurológicos, área diferente da que deveria realmente atuar. O grande número de famílias por equipe também dificultava ações próprias da atenção básica, como as visitas domiciliares e grupos terapêuticos.

Outra vivência que me despertou mais sobre o assunto foi a convivência com uma paciente com transtorno mental que tinha seus sintomas exacerbados por questões familiares, e que criou um vínculo forte com a equipe a ponto de só tomar a medicação dentro da unidade, a pedido meu ou de outro membro da equipe. Foi necessário então intervir junto à família e, a partir disso, trabalhar as questões que afetavam não só a paciente, mas também seus familiares.

Em 2013 decidi cursar uma especialização em saúde da família e a disciplina que tratava sobre abordagem familiar acabou por fortalecer ainda mais a percepção da influência familiar nas questões de saúde em geral.

Com o ingresso no Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos da Universidade Estadual do Ceará (UECE) em 2015, voltei a estudar sobre saúde mental na infância e adolescência. Entrei em contato também com a Tidal Model, um modelo de enfermagem voltado para a saúde mental criado pelo enfermeiro escocês Phil Barker. Além disso, discussões sobre o fazer enfermagem nas diversas realidades do indivíduo, família e comunidade me levaram a refletir a importância do processo de enfermagem no cuidado efetivo e resolutivo.

Ao realizar revisão integrativa sobre a saúde mental na atenção primária em julho de 2015 observou-se poucas pesquisas que tratam do tema. A busca, realizada nas bases de dados Scientific Electronic Library Online (Scielo) e Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e utilizando a equação com descritores controlados {[saúde mental] or [mental health] or [salud mental] and [estratégia saúde da família] or [family health strategy] or [estratégia de salud familiar]}, evidenciou cinquenta e nove artigos, trinta e um no Scielo e vinte e oito no LILACS nos últimos dez anos.

Após aplicar os critérios de inclusão (artigos disponibilizados na íntegra pela internet, escritos em português, inglês ou espanhol, e publicados entre os anos de 2006 a 2015) e os critérios de exclusão (textos completos com acesso restrito, tese, dissertação carta ao editor ou editorial, artigos que não estivessem relacionados diretamente com o tema e artigos de revisão bibliográfica ou relato de experiência) sobraram apenas doze artigos.

Os estudos tinham com temáticas mais relevantes as discussões sobre as barreiras existentes no processo de trabalho, na falta de capacitação dos profissionais, gestão inadequada da rede e pouco foco nos usuários e em ações que pudessem ser feitas para fortalecer a saúde mental.

As ações de enfermagem no âmbito da saúde mental na atenção primária também foram pouco discutidas como foi visto em outra busca feita entre agosto e setembro de 2015 nas bases de dados LILACS, Scielo e Base de Dados de Enfermagem (BDENF) usando como palavras chave Enfermagem, Saúde Mental e Atenção Primária à Saúde. Foram encontrados sessenta e quatro resumos, trinta e um na BDEBF, vinte e três na LILACS e dez na Scielo.

Após se submeter aos critérios de inclusão (artigos disponíveis na íntegra, publicados entre 2010 e 2015 relacionados a ações de enfermagem na atenção primária no âmbito saúde mental, escritos em português, inglês e espanhol) e os critérios de exclusão (repetição dos artigos nas bases) foram selecionados nove artigos, quatro da BDENF, três na LILACS e dois na Scielo.

Os estudos mostraram ações de enfermagem na saúde mental afetadas pela falta de capacitação na área que já se iniciam na formação acadêmica. Os enfermeiros ainda entendem o encaminhamento para serviços especializados como ação efetiva para os cuidados em saúde mental mesmo com o conhecimento sobre a reforma psiquiátrica e de seus pressupostos, bem como, foi evidenciado a inexistência de ações próprias do enfermeiro que enriquecessem enriqueçam o seu papel na equipe multiprofissional. Nenhum artigo trouxe as ações voltadas para a família ou sobre o PE.

Contudo a Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde, que busca “respeitar as necessidades nacionais e regionais de saúde e aumentar a indução seletiva para a produção de conhecimentos e bens materiais e processuais nas áreas prioritárias para o desenvolvimento das políticas sociais, ” (BRASIL, 2011) coloca dentro das prioridades de saúde mental estudos relacionados à família e aos cuidadores da pessoa com transtorno mental. Tornando-se então necessário realizar estudos sobre essa temática.

Acredito também que os resultados encontrados no estudo apresentado a seguir permitiram uma melhoria no cuidado realizado junto às famílias com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, por apresentar um conhecimento melhor das suas dinâmicas, fortalecendo a aplicação do processo de enfermagem dentro da ESF, bem como as ações de saúde mental na atenção primária.

O fortalecimento dessas ações refletirá no melhor funcionamento da rede psicossocial na medida em que possibilitará a resolução das questões de saúde mental sensíveis a atenção primária, diminuindo demandas desnecessárias paras os CAPS, que consequentemente poderão assistir em situações de sofrimento psíquico.

2 OBJETIVOS

- Identificar necessidades de cuidado ás famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, fundamentada na Teoria da Maré de Phill Barker
- Elaborar enunciados de diagnósticos e resultados de enfermagem de famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE

3 REVISÃO DE LITERATURA

A seguir abordaremos alguns tópicos necessários para o aprofundamento dos temas estudados, tais como a família e a saúde mental de crianças e adolescentes, o Processo de Enfermagem, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) e o Modelo de Recuperação da Saúde Mental

3.1 FAMÍLIA E SAÚDE MENTAL DA CRIANÇA E ADOLESCENTE

A WHO (2014) entende a saúde mental infantil como a capacidade de participar ativamente da sociedade através do desenvolvimento de identidade própria positiva, capacidade de gerenciamento de emoções e pensamentos, bem como a capacidade de adquirir educação.

É fundamental para a saúde mental infantil a relação da criança com sua família, o cuidado dispensado a ela e suas atividades escolares iniciadas nos primeiros anos de infância (BRASIL, 2004). Problemas de saúde mental nessa etapa inicial da vida, podem se perpetuar para a idade adulta, acumulando sofrimento ao longo do tempo (POLANCZYK; LAMBERTE, 2012).

Apesar de ser uma questão séria, o reconhecimento dos problemas nessa área é recente, tornando necessário aumentar o conhecimento e as ações relacionadas a essa área através de uma rede de serviço capaz de responder de forma eficiente suas demandas (BRASIL, 2013).

Existem diversos fatores de risco, aqueles que aumentam as chances de aparecimento de problemas, e de proteção, aqueles que moderam riscos existentes, associados a saúde mental infantil que devem ser considerados. Estes fatores são divididos em três domínios citados a seguir (WHO, 2005):

a) Biológicos;
   - Fatores de risco: exposição a toxina na gravidez, tendência genética para distúrbios psiquiátricos, traumas cranianos, hipóxia e outras complicações ao nascer, infecção pelo HIV, desnutrição e outras doenças;
   - Fatores de proteção: desenvolvimento físico apropriado para a idade, boa saúde física e bom funcionamento intelectual;

b) Psicológicos;

- Fatores de risco: transtornos de aprendizagem, traços de personalidade desajustados, negligência e abuso sexual, emocional e físico, temperamento difícil;
- Fatores de proteção: habilidade de aprender com as experiências, boa autoestima, habilidade de resolver problemas, habilidades sociais;

c) Sociais;

- Família: Fatores de risco: cuidados familiares inconsistentes, conflitos familiares, pais ou cuidadores com transtornos mentais, violência doméstica.
- Fatores de proteção: vínculos familiares fortes, oportunidade para envolvimento positivo com a família e retorno positivo desse envolvimento;
- Escola: Fatores de risco: falha acadêmica, dificuldades das escolas em manter um ambiente apropriado para o aprendizado e assiduidade, provisão inadequada do que cabe ao mandado escolar. Fatores de proteção: oportunidade de envolvimento na vida escolar, reforço positivo para as atividades acadêmicas e identificação da escola com as necessidades educacionais.
- Comunidade: Fatores de risco: ineficácia e desorganização comunitária, descriminação e marginalização, exposição a violência, falta de senso de pertencimento. Fatores de proteção: comunidade bem conectada, oportunidade para o uso construtivo do lazer, experiência culturais positivas, referências positivas, envolvimento comunitário recompensador, conexão com organizações comunitárias, incluindo as religiosas.

Observamos entre os fatores de risco e proteção, o papel da família, como de forte influência, para fortalecer os fatores de proteção e consequentemente oportunizar a saúde mental de crianças e adolescentes. É importante ver a família não só como responsável pela saúde de seus membros, mas como uma unidade que precisa ser ouvida, valorizada e fortalecida para realizar corretamente o processo de cuidar (CECAGNO; SOUSA; JARDIM, 2004).

O significado de família é pessoal, muito relacionado a questões emocionais e culturais, e isso leva a diversas definições da mesma (BRASIL 2013). Diante do exposto serão apresentados alguns conceitos de família.

Brasil (2013) define a família como um grupo de pessoas que estabelecem relações de cuidado diversas, vínculos de afeto, convivência e de parentesco que podem ou não ser consanguíneos, constituindo um sistema aberto condicionado as questões culturais e socioeconômicas do território, geográfico e histórico em que vive e que se intercala com outros sistemas e estruturas sociais, compondo a sociedade.

Já Fonseca (2005) entende o laço familiar como uma relação estreita e duradoura entre pessoas através de direitos e obrigações mútuas e que podem ter origem alheias a vontade do indivíduo (laços sanguíneos e territoriais) ou desejadas (casamento, adoção) por ele.

Ohara e Saito (2014) definem a família como um sistema dinâmico, complexo e que muda constantemente. As alterações que se fazem nesse sistema servem para garantir o crescimento e diferenciação de seus membros e a continuidade da família.

Pizzi (2012) ao definir família, a coloca como ator social capaz de atuar na mudança social e cita Saraceno que vê a unidade familiar como espaço histórico e simbólico, influenciando nos valores e competências de seus membros.

Whight e Leahey (2012) ao trabalhar com a avaliação familiar corroboram com o entendimento de Brasil (2013) e Fonseca (2005) sobre a família como um sistema, contudo gostam de defini-la como: “família é quem seus membros dizem que são”. Essa é uma definição muito parecida com a de Hockenberry e Wilkelstein (2011) quando dizem que “família é o que a pessoa considera que seja”

Tomaremos para nossa pesquisa as ideias postas nas duas últimas definições por concordarmos com Whight e Leahey (2012) quando afirmam que pensando assim é possível respeitar os indivíduos e suas ideias sobre relacionamentos significativos.

O trabalho com famílias demanda capacitação, dedicação, criação de vínculo e o rompimento de barreiras que só se tornam possíveis quando conhecemos esse sistema (CECAGNO; SOUSA; JARDIM, 2004).

A partir da experiência de outros países e buscando atingir os princípios do SUS, o Brasil criou o Programa Saúde da Família, depois renomeado com

Estratégia Saúde da Família. Composta por uma equipe multiprofissional que entra nas casas e realiza um contato contínuo e proximal com os grupos familiares criando ações de saúde em conjunto com os indivíduos a partir de suas crenças e cultura, essa estratégia tem as características que possibilitam o cuidado das famílias, já que prevê que os profissionais devem conhecer as famílias atendidas em seu território (BORGES, 2009; OHARA; SAITO, 2014).

Para um conhecimento adequado, onde os dados essenciais para o cuidado da família sejam coletados de forma eficiente, faz-se necessário uma abordagem familiar pautada em métodos confiáveis e com resultados claros, para isso o enfermeiro tem como ferramenta essencial o Processo de Enfermagem, que falaremos a seguir.

3.2 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSITÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE) tem por finalidade desenvolver o conhecimento e qualificar a prática de enfermagem levando a um cuidado digno e resolutivo da população, a fim de melhorar a situação de saúde. Para isso é necessário organizar as ações de enfermagem de forma planejada e lógica (GARCIA et al., 2013).

É a SAE que torna possível a execução do Processo de Enfermagem, ferramenta metodológica utilizada no cuidado de enfermagem e, que se organiza em cinco etapas inter-relacionadas (COFEN, 2009):

a) Coleta de dados: tem a finalidade de colher informações da pessoa, família ou comunidade acerca de sua saúde. Se caracteriza por ser sistemático e contínuo. É necessário para promover saúde e bem-estar através da previsão, detecção, prevenção e controle dos problemas potenciais e reais de saúde além de esclarecer os resultados esperados (COFEN, 2009; ALFARO-LEFREVE, 2014).
b) Diagnóstico de enfermagem: momento de interpretação do que foi coletado. Leva a tomada de decisão e cria a base para as ações de enfermagem através da identificação das necessidades, problemas e respostas humanas (COFEN, 2009; LEOPARD, 2006).
c) Planejamento de enfermagem: determina que resultados devem ser esperados e quais ações e intervenções de enfermagem serão feitas

para isso (COFEN, 2009). Alfaro-Lefreve (2014) considera que o planejamento promove uma comunicação eficaz entre cuidadores facilitando a continuidade do cuidar.

d) Implementação: Coloca o que foi planejado em ação. Alfaro-Lefreve (2014) sugere que inicialmente devemos investigar se o paciente está preparado para essa ação, realiza-la e investigar para determinar a resposta, mudar a ação se necessário, e por fim registrar a ação e a resposta do paciente.

e) Avaliação de enfermagem: processo contínuo e sistemático para decidir se os resultados traçados no planejamento foram alcançados e se apareceram novos problemas (ALFARO-LEFREVE, 2014).

Ao realizar o PE, o enfermeiro está garantindo um cuidado focado no indivíduo e suas necessidades, evitando tratar somente a doença, buscando garantir independência, focando no corpo, espírito e mente da pessoa sob os seus cuidados (ALFARO-LEFREVE, 2014).

Na intenção de fortalecer o PE por meio de um vocabulário próprio e que reforçasse o caráter técnico científico da profissão, surgiram, a partir da década de 50, diversos sistemas de classificação da linguagem de enfermagem (NÓBREGA et al. 2003).

Nóbrega (2012) cita as cinco linguagens padronizadas da enfermagem, suas finalidades e focos:

Quadro 1 – Linguagens Padronizadas de Enfermagem - 2017

Nome	**Finalidade**	**Foco**
NANDA International (NANDA-I).	Diagnóstico	Aumentar a visibilidade das contribuições da Enfermagem ao cuidado do paciente, continuando a desenvolver, aperfeiçoar e classificar os fenômenos de preocupação dos enfermeiros.
Diagnósticos Nursing Interventions Classification (NIC)	Intervenções	Identificar, rotular, validar e classificar as ações realizadas pelos enfermeiros, incluindo as intervenções de cuidado diretas e indiretas.
Nursing-Sensitive Outcomes Classification (NOC)	Resultados	Identificar, rotular, validar e classificar resultados de enfermagem do paciente
Clinical Care Classification (CCC)	Diagnósticos, intervenções e resultados	Proporcionar a estrutura para documentar e classificar o cuidado domiciliar e o cuidado ambulatorial
Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®)	Diagnósticos, intervenções e resultados	Apreender as contribuições da Enfermagem para a saúde e proporcionar uma estrutura para que as terminologias e as classificações existentes sejam cruzadas, possibilitando a comparação dos dados de enfermagem de vários países em todo o mundo.

Fonte: (NÓBREGA, 2012)

No presente estudo utilizaremos como linguagem padronizada a Classificação Internacional para a Pratica da Enfermagem (CIPE®).

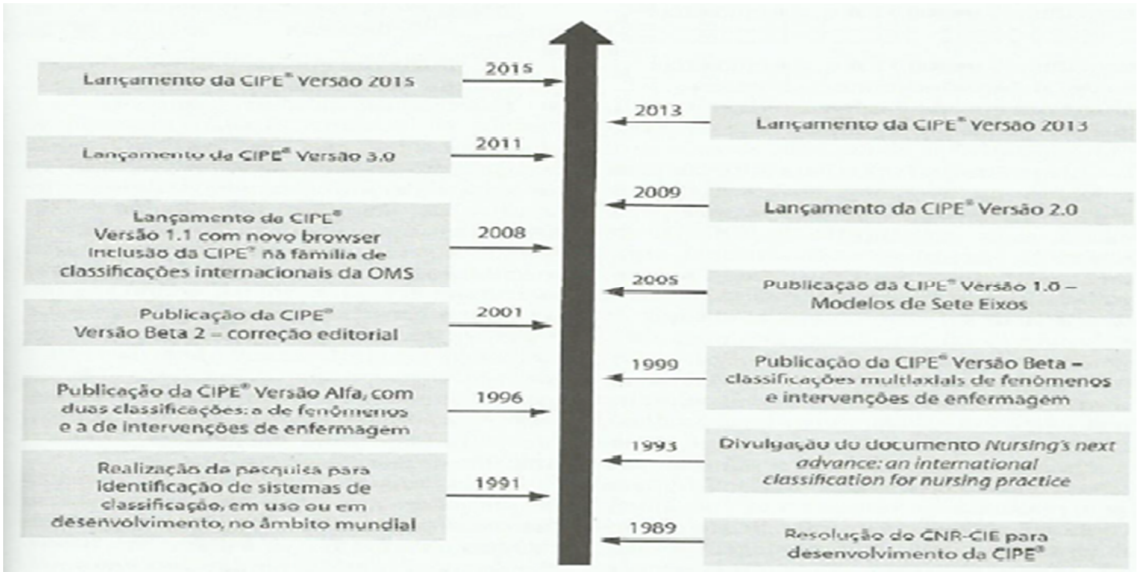
3.3 CLASSIFICAÇÃO INTERNACIONAL PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM - CIPE®.

Idealizada pelo Conselho Internacional de Enfermeiras em 1989 com o intuito de criar uma linguagem universal, a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®) surge em 1996, após levantamento de literatura e de sistemas de classificações (GARCIA, 2015; CUBAS; NÓBREGA, 2015).

O objetivo dessa classificação era de apresentar uma ferramenta para que as práticas de enfermagem fossem documentadas, permitindo uma tomada de decisão clínica autônoma, focada nas necessidades da clientela e um vocabulário unificado que melhorasse a comunicação entre os profissionais, planejamento das ações de enfermagem e análise de seus resultados, bem como na gerência financeira e desenvolvimento de políticas (ICN, 2008; GARCIA; NÓBREGA, 2009).

A primeira versão foi lançada em 1996, após diversas pesquisas sobre as classificações, de enfermagem existentes pelo mundo. A partir daí foi constantemente sendo revisada e aperfeiçoada passando por mais oito versões, sendo a última de 2015. Na figura 1 vemos a evolução da CIPE® até hoje. (GARCIA, 2015)

Figura 1 - Evolução da CIPE



Fonte: Adaptado de Garcia (2015)

Inicialmente a CIPE® apresentou duas classificações, uma de fenômenos de enfermagem e outra de ações com um total de 16 eixos, que se manteve até 2001. A partir da versão 1.0, de 2005, houve a unificação desses eixos criando o chamado Modelo dos 7 eixos (Quadro 2). Os termos existentes nesses eixos, ao serem combinados serão responsáveis por produzir os termos diagnósticos, de resultado e intervenção de enfermagem (CUBAS; NÓBREGA, 2015).

Quadro 2 – Eixos da CIPE® versão 1.0

Eixo	**Definição**	**Exemplos**
Foco	Área de atenção relevante para a enfermagem	Dor, eliminação, conhecimento
Julgamento	Opinião clínica ou determinação relacionada ao foco da prática de enfermagem	Risco de, aumentado, interrompido
Meios	Maneira ou método de executar uma intervenção	Bandagem, cateter urinário
Ação	Processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente	Promover, encorajar, entrevistar, aliviar
Tempo	O momento período instante, intervalo ou duração de uma ocorrência	Admissão, período pré-natal, intermitente
Localização	Orientação anatômica ou espacial de um diagnóstico ou intervenção	Anterior, cavidade torácica, creche, hospital-dia
Cliente	Sujeito a quem o diagnóstico se refere e que é o beneficiário de uma intervenção de enfermagem	Criança, pai, família, comunidade

Fonte: Garcia (2015)

Ainda na versão 1.0 foram definidas a visão e a missão da CIPE®. A visão seria a de ter dados de enfermagem disponíveis para os sistemas de informação em saúde no âmbito mundial, a missão seria desenvolver e realizar a manutenção da classificação de forma a preserva-la útil, pertinente e atualizada (ICN, 2005).

Em 2008, além da elaboração de sua versão 1.1 a CIPE® foi incluída na família de classificações internacionais da OMS. A partir daí foram produzidas mais quatro versões (2.0- 2009, 3.0 – 2011 e as versões 2013 e 2015) todas utilizando o modelo dos sete eixos introduzido na versão 1.0 (GARCIA, 2015).

Entende-se então que a CIPE® em sua essência tem como componentes os elementos que o enfermeiro utiliza em sua prática, ou seja, o fazer desse profissional diante de determinada necessidade de seu cliente com o intuito de produzir um resultado, colocado em uma linguagem unificada. Isso permite a comparação dos contextos clínicos, clientes, territórios, entre outros e a identificação da enfermagem dentro da equipe multiprofissional, bem como a correlação das ações desse profissional com os resultados em saúde (ICN, 2005).

Para a utilização correta da CIPE®, em 1999, junto com International Medical Informatics Nursing Informatics – Special Interest Group (IMIANI - SIG), o CIE iniciou o desenvolvimento de uma Norma ISO (International Standard Organization) com o objetivo de estabelecer um modelo de referência para a enfermagem, alinhado com outros modelos de referência em saúde. Deu-se então origem a Norma ISO 18104 (MARIN; PERES; SASSO, 2013). Essa norma tem como característica a constante revisão, sendo a última versão de 2014.

A ISO 18104 define o diagnóstico de enfermagem como um rótulo atribuído a um achado, evento ou problema de saúde considerado relevante para a enfermagem, sendo foco de cuidado.

A construção de um enunciado de diagnóstico de enfermagem é obrigatoriamente feita com o uso de um termo do eixo foco e um do eixo julgamento, os outros eixos são opcionais. Já para a construção do enunciado de uma intervenção de enfermagem é preciso de um termo do eixo, ação associado a um termo alvo que pode pertencer a qualquer eixo com exceção do julgamento (GARCIA, 2015).

A figura 2 apresenta uma forma gráfica do modelo de terminologia de acordo com a ISO 18104.

Figura 2: Modelo de referência terminológica para diagnóstico de enfermagem

Fonte: Adaptado de Garcia (2015)

Barra e Sasso (2012), ao realizarem uma revisão integrativa sobre o tema, evidenciaram que a CIPE® propicia o aprimoramento da prática de enfermagem e sua visibilidade dentro da área da saúde, além de poder ser usada por qualquer especialidade da profissão. Diante disso, deve ser colocada junto ao raciocínio clínico, processo indispensável para o cuidar em enfermagem (MAZONI et al. 2010).

Além de uma linguagem comum a todos os enfermeiros é preciso que o Processo de Enfermagem utilize um suporte teórico que possa orientar os seus cinco passos (COFEN, 2009). Escolhemos, nesse estudo, o Modelo de recuperação da saúde mental de Phil Barker.

3.4 MODELO DE RECUPERAÇÃO DA SAÚDE MENTAL – TEORIA DA MARÉ

O Modelo de Recuperação da Saúde Mental ou Teoria da Maré, criada pelo enfermeiro escocês Phil Barker é considerada uma teoria de enfermagem de médio alcance. “Esse tipo de teoria é mais precisa e se centra em responder perguntas específicas da prática de enfermagem ” (ALLIGOOD; TOMEY, 2011).

Criado na década de 90 na Inglaterra, o modelo foi elaborado dentro da prática de enfermagem, sendo descrito como uma abordagem filosófica onde a pessoa é considerada o fator-chave para sua própria recuperação e o papel do enfermeiro é ajudá-la a destravar o potencial para que isso ocorra (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2008).

Barker (2001) afirma que a teoria da maré se utilizou das noções de Peplau sobre a relação interpessoal e do Processo de empoderamento. O autor utiliza a metáfora onde a vida é uma viagem em um oceano de experiências

relacionadas à saúde, doença, desenvolvimento humano e descobertas. Durante essa viagem, a pessoa pode passar por tempestades e piratarias enfrentando a possibilidade de naufrágio e afogamento. A pessoa, então, precisa ser guiada a um porto seguro para realização de reparos ou recuperação, e em seguida voltar a navegar. O papel do enfermeiro é justamente ser esse guia (BARKER, 2001).

O modelo vê a pessoa como um filósofo natural em busca de sentido e valor para suas experiências e seu lugar no mundo, pessoa essa que é definida por suas relações com o outro, que está em constante fluxo e tem grande potencial de mudança. Ela tem necessidade de segurança e capacidade de adaptar-se às alterações vividas (ALLIGOOD; TOMEY, 2011).

A saúde é definida por Barker como o resultado de uma reação que embora seja autônoma é modelada, culturalmente e socialmente, envolvendo a capacidade de adaptação a mudanças de ambiente. É uma atividade pessoal que necessita de autoconhecimento e autodisciplina bem como recursos internos e é regulada por um ritmo próprio de cada pessoa. (ALLIGOOD; TOMEY, 2011)

Para Barker (2008) existem seis pressupostos filosóficos que os profissionais devem usar para a recuperação das pessoas:

1. Crença na virtude da curiosidade: ao expressar curiosidade o profissional poderá aprender algo sobre a história da pessoa sob seus cuidados, já que ela é a maior autoridade sobre si mesmo;
2. Reconhecimento do poder dos recursos: é mais importante se concentrar nos recursos pessoais e interpessoais que podem ajudar a pessoa na sua recuperação do que em suas dificuldades ou fracassos;
3. O respeito à vontade da pessoa: descartar o paternalismo e a ideia de podermos saber o que é melhor para a pessoa.
4. A aceitação do paradoxo da crise como oportunidade: Entender que a crise pode ser uma oportunidade para mudar a direção da vida e que desafios significam que algo precisa ser feito.
5. Reconhecimento de que todas as metas devem pertencer à pessoa;
6. A virtude de atender com elegância: para amenizar a complexidade e o desconcerto que pode ser gerado no atendimento psiquiátrico.

Por fim a teoria coloca 10 compromissos que permitem ao profissional ajudar as pessoas a fazerem as mudanças em suas vidas em vez de tentar controlar

os sintomas. Para colocar esses compromissos em pratica é preciso empregar 20 competências conforme o Quadro 3.

Quadro 3 - 10 compromissos e 20 competências da Teoria da Maré

Compromissos	Competências
Valorizar a fala	- Demonstrar a capacidade de escutar ativamente a pessoa - Compromisso em ajudar a pessoa a gravar sua história com suas próprias palavras como parte permanente do processo de atendimento
Respeitar a linguagem	- Ajudar a pessoa a se expressar com sua própria linguagem. - Ajudar a pessoa a expressar compreensão de suas experiências particulares através de histórias e metáforas pessoais.
Desenvolver a curiosidade genuína	- Mostrar interesse na história da pessoa, pedindo esclarecimentos de pontos em particular e pedindo exemplos e detalhes. - Mostrar vontade de ajudar a pessoa no desenrolar da história
Tornar-se um aprendiz	- Desenvolver um plano de cuidado com base nas necessidades expressas e desejos da pessoa sempre que possível. - Ajudar a pessoa a identificar problemas específicos da vida, e o que precisa ser feito para resolve-los.
Usar as ferramentas disponíveis	- Ajudar a pessoa a desenvolver consciência sobre o que funciona a favor ou contra ele em relação aos problemas da vida. - Mostrar interesse em identificar o que a pessoa pensa que pode ser capaz de ajudar a lidar com problemas específicos da vida.
Construir o passo seguinte	- Ajudar a pessoa a identificar que tipo de mudança representa um passo no sentido de resolver um problema específico. - Ajudar a pessoa a identificar o que precisa acontecer no futuro imediato para que se comece a dar o passo em direção ao objetivo desejado
Dar o presente do tempo	- Ajudar s pessoa a desenvolver a consciência de que o tempo dedicado dará a resposta para determinada necessidade. - Reconhecer o valor do tempo com a pessoa para o processo de avaliação e prestação de cuidados.
Revelar sabedoria pessoal	- Ajudar a pessoa a identificar e desenvolver consciência de pontos fortes e pontos fracos pessoais. - Ajudar a pessoa a desenvolver autoconfiança promovendo assim a sua capacidade de ajudar a si mesmo.
Saber que a mudança é constante	- Ajudar a pessoa a desenvolver consciência da alteração mais sutil de pensamento, sentimento e ação. - Ajudar a pessoa a desenvolver a consciência de como ele, os outros ou eventos podem influenciar na mudança
Ser transparente	- Assegurar que a pessoa está consciente o tempo todo da finalidade de todo o processo de atendimento. - Assegurar que será fornecido à pessoa copias de todas as avaliações e documentos do plano de cuidado para uso como referência.

Fonte: Barker (2008)

Ao colocar a pessoa como centro do cuidado e entender sua história como a principal referência para o caminho da recuperação e respeitar a linguagem e consequentemente a cultura da pessoa o Modelo Tidal se torna universal, podendo ser adaptado para diversos cenários da saúde mental e em diversas culturas. (BERGER, 2006; BROOKES, MURATA, TANSEY, 2008)

Estudos que avaliama aplicação prática da teoria em diversos âmbitos da saúde mental mostraram que a utilização correta do Modelo Tidal levou a uma melhoria nos cuidados de enfermagem associado a satisfação e reconhecimento profissional dos enfermeiros que o utilizavam além de diminuir o absenteísmo. A utilização de uma teoria própria da enfermagem levou os enfermeiros a uma prática embasada na pesquisa, dando mais confiança e levando a uma busca maior de conhecimento, o que deixa o profissional mais confortável para agir (COOK, PHILLIPS, SADLER, 2005; VELLA, PAGE, EDWARDS, WAND, 2014).

Foram observados também nesses estudos uma maior satisfação dos pacientes, associada a ação colaborativa entre os enfermeiros e as pessoas cuidadas, tendo como consequência a diminuição de incidentes, agressões verbais e físicas, automutilação, reclamações e uso de contenções. Além disso observou-se nos estudos em unidades de internação uma diminuição do tempo de permanência dos pacientes nesses serviços e uma maior facilidade de inserção dos mesmos em serviços ambulatórios.

A utilização da “voz” do paciente como principal ferramenta para a criação de um plano de cuidado colaborativo permite a pessoa sentir-se participante do seu cuidado, tornando a comunicação mais clara e eficaz. (STEVENSON, BARKER, FLETCHER, 2001; GORDON, MORTON, BROOKS, 2005)

Fica claro nos resultados encontrados, a eficácia do Modelo de Recuperação da Saúde Mental nos locais onde este foi implantado, mostrando a importância de uma teoria de enfermagem aplicada nas ações do enfermeiro e como isso repercute no serviço onde essas ações são realizadas. Diante disso, entendemos que a Teoria da Maré se adequa como pressuposto teórico para embasar esse estudo.

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE PESQUISA

Pesquisa de natureza exploratória e descritiva na medida em que possibilitou, através da caracterização de determinado fenômeno, a familiaridade com o problema, permitindo entender seus efeitos, significados e o contexto, bem como o aprimoramento das ideias e o estabelecimento de relações entre as variáveis. (GIL, 2008; Flick 2013).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada no município de Quixadá, no Sertão Central cearense, distante 168 Km da capital, Fortaleza. O município é sede da 8ª microrregião de saúde do estado e compõe a macrorregião do Sertão Central.

Quixadá, que de acordo com o Instituto Nacional de Geografia e Estatística (IBGE), tem uma população estimada de 85.351 habitantes, foi dentro do Ceará, o terceiro município a instalar, entre seus dispositivos de saúde, um CAPS em 1993, simultaneamente com a aprovação da Lei Mário Mamede, nº 12.151, que dispõe sobre a reforma psiquiátrica no estado (PÁSCOA, 2008). O município realiza também anualmente uma Jornada de Saúde Mental e Cidadania, que no ano de 2016 teve a sua vigésima quarta edição.

Dentro da RAPS, o município hoje conta com um Centro de Atenção Psicossocial álcool e drogas (CAPS AD), um CAPS modalidade 2, a Associação de Pais e Amigos de Pessoas Especiais de Quixadá (APAPEQ), um hospital de nível municipal, uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), duas unidades de Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), 20 equipes de ESF, distribuídas em 16 Unidades Básicas de Saúde (UBS), 2 duas equipes de Núcleo de Atenção à Saúde da Família (NASF) e no ano de 2015 foi iniciada a construção de uma Unidade de Acolhimento Infantil ainda em andamento.

Com relação a Atenção Primária em Saúde, em janeiro de 2016, Quixadá contava com 20 equipes de ESF implantadas, dois Núcleos de Apoio a Saúde da Família, 188 Agentes Comunitários de Saúde e cobertura de 83,8% da população. (DAB, 2016)

A investigação ocorreu na zona rural do município, no distrito do Custódio, que conta com duas equipes de ESF, aa UBS Custódio e a UBS Jatobá. A primeira equipe contava com um médico, uma enfermeira, um dentista, duas técnicas de enfermagem, um auxiliar em saúde bucal e cinco Agentes Comunitárias de Saúde (ACS), tendo 638 famílias adscritas em seu território. Já a segunda equipe contava com um médico, uma enfermeira, um dentista, uma técnica de enfermagem, um auxiliar de saúde bucal e oito ACS sendo responsável por 720 famílias.

A escolha do local se justificou pelo histórico de grande número de pessoas em sofrimento psíquico no distrito, inclusive sendo conhecido dentro do município, de forma estigmatizada, como “local de doidos”. Além disso, após visitar o CAPS do município e avaliar a quantidade de atendimentos nos meses de março a maio de 2016, observou-se que essa era a localidade com maior número de atendimentos infantis se feita uma comparação proporcional ao número de famílias adstritas nas áreas.

4.3 PARTICIPANTES DA PESQUISA

Os participantes da pesquisa foram familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, acompanhados pelas equipes de saúde família do distrito de Custódio, no município de Quixadá.

Critérios de inclusão:

- Ser familiar da criança e/ou adolescente em sofrimento psíquico residente no distrito do Custódio;
- Ser cuidador da criança ou adolescente em sofrimento psíquico
- Ter domicílio no mesmo local que a criança ou adolescente em sofrimento psíquico

Critérios de exclusão:

- Familiar menor de 18 anos de idade;
- Familiar que apresente deficiência, auditiva, cognitiva ou qualquer outra natureza que impossibilite a participação na pesquisa.

As famílias participantes do estudo ficaram livres para indicar quais de seus membros, selecionados a partir dos critérios de inclusão e exclusão, iriam

responder a entrevista. Em alguns casos a entrevista foi feita com mais de um membro da família.

Whight e Leahey (2012) entendem que a presença de mais de um membro da família permite maior número de informações e a diversidade de pontos de vista das necessidades citadas.

Após reunião com ACSs das duas equipes, houve a indicação do número de famílias com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Da UBS Custódio foram sete, e da UBS Jatobá, 23 famílias, totalizando30 famílias.

Por ser uma população pequena, a escolha da amostra foi a de coleta completa, que segundo Flick (2009) ocorre quando amostragem é limitada por critérios específicos, o que denota a totalidade de participantes serem integradas ao estudo.

Das 30 famílias, após visita domiciliar onde foi feito convite para participação na pesquisa e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), 5 não aceitaram participar da pesquisa, e 5 foram excluídas por que após a entrevista observou-se que o caso clínico das crianças era de cunho neurológico, indo de encontro aos critérios de inclusão. Isso resultou num número de 20 famílias e 23 entrevistados, já que em três famílias a entrevista ocorreu com dois familiares.

4.4 COLETA DOS DADOS

Para a coleta de dados foi realizada uma entrevista semiestruturada, técnica que permite a criação de um roteiro que orienta o entrevistador e permite inserir os tópicos de interesse de forma flexível (FLICK, 2013; MINAYO, 2010).

A elaboração do roteiro da entrevista foi norteada pelo Modelo de Recuperação da Saúde Mental de Phil Barker a partir da Avaliação holística que se dá por meio de um diálogo colaborativo entre o enfermeiro e a pessoa, utilizando perguntas sobre a vivência do sofrimento psíquico e permite a criação de um plano de cuidados centrado na necessidade única de cada família a partir da narrativa das situações vivenciadas (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2014).

Foram criados também durante a coleta de dados, a partir das informações coletadas de cada família, um genograma e um ecomapa utilizando a ferramenta on-line, Álbum de família, disponibilizado gratuitamente pela Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG). Ambos são dispositivos que permitem o delineamento das estruturas internas (genograma) e externas da família

(ecomapa) dando uma visão ampla da história e problemas familiares (WRIGHT; LEAHEY, 2012).

Além das perguntas relacionadas a avaliação familiar foram inclusas, no instrumento de coleta de dados, questões relacionadas as características sócio demográficas da família e aspectos clínicos do sofrimento psíquico da criança ou adolescente coletados nos prontuários da UBS, CAPS e/ou junto a família.

As famílias foram convidadas a participar do estudo por meio de visita domiciliar, realizada pela pesquisadora junto ao ACS, onde foi lido o TCLE e foram retiradas as possíveis dúvidas sobre o estudo. Caso a família aceitasse participar da pesquisa se seguia a entrevista ou era marcado uma nova visita para isso, de acordo com a disponibilidade dos membros da família.

As entrevistas foram gravadas, com prévia autorização dos participantes. As vantagens de realizar as entrevistas em ambiente doméstico são a oportunidade de encontrar mais de um membro da família que possa participar da entrevista e o conhecimento do ambiente físico e social da família. Apenas três entrevistas foram feitas na UBS, por escolha dos próprios entrevistados.

Para a coleta dos dados de prontuários foi realizada uma visita inicial com os coordenadores do CAPS e UBS onde foi apresentado o projeto de pesquisa e para assinatura do termo de Fiel Depositário. Após aprovação do projeto de pesquisa no Comité de Ética em Pesquisa e a coleta de dados junto as famílias, foram realizadas novas visitas as unidades para a coleta de dados, relacionados ao sofrimento psíquico, nos prontuários das 20 crianças e adolescentes cujas famílias foram entrevistadas.

Para a obtenção dos dados adequados para a análise a entrevistadora buscou utilizar os alguns dos pressupostos filosóficos do Modelo de Recuperação da Saúde Mental traçados por Buchanan-Barker e Barker (2008) descritos a seguir:

- Crença na virtude da curiosidade;
- Reconhecimento do poder dos recursos;
- Respeito à vontade da pessoa;
- Virtude de atender com elegância.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Para a realização da análise dos dados utilizou-se o método descrito por Cubas e Nóbrega (2015) descrita a seguir:

4.5.1 Etapa 1: Identificação dos termos relevantes para a clientela

Nessa etapa foram identificados termos relevantes relacionados a temática estudada. Para isso é necessário a utilização de uma base empírica que pode ser prontuários, entrevistas transcritas, documentos oficiais sobre o assunto, a literatura científica e a própria CIPE®.

Em nosso estudo utilizamos os dados transcritos das entrevistas com as famílias, informações dos prontuários do CAPS e UBS das crianças e do Caderno de Atenção Básica número 34 de 2013, que versa sobre a saúde mental na ESF.

Para isso as entrevistas e dados dos prontuários e o caderno de atenção básica foram transformados em um arquivo Portable Document Format (PDF) e foi realizada a decomposição e normatização do texto em termos utilizando-se o software livre PorOnto,, um programa construtor de ontologias que facilita a seleção de termos de textos em Português criando uma lista de termos simples e compostos em uma tabela. (ZAHRA, CARVALHO, MALUCELLI, 2013).

Os termos encontrados foram exportados para uma planilha no software Microsoft Office Excel® e filtrados, sendo excluídas palavras relacionadas a processos patológico, medicamentos ou que não fossem relevantes a prática de enfermagem. Em seguida os termos foram decompostos em termos simples ou compostos de acordo com as classes gramaticais da língua portuguesa e normatizados com a correção gráfica, de gênero, número e grau, retirando-se também os que se repetiam.

4.5.2 Etapa 2: Mapeamento cruzados dos termos encontrados com os termos da CIPE®;

Nesse momento os termos já identificados e normatizados foram mapeados de forma cruzada com o modelo de sete eixos da CIPE® respeitando as seguintes regras:

- A lista oriunda da etapa 1 foi organizada por ordem alfabética e sem repetições;
- Os termos estavam dentro do domínio da enfermagem e eram uteis na prática profissional.

- Criação de planilha no software Excel® com os termos identificados;
- Criação de uma outra planilha com os termos da CIPE® 2015

Utilizou-se para o cruzamento o programa Access® a partir das exportações das planilhas criadas no Excel®.

O mapeamento cruzado é uma ferramenta utilizada pela enfermagem que permite, nas pesquisas sobre linguagem, comparar a linguagem padronizada com a não padronizada, facilitando a identificação de termos relevantes para a prática clínica e que ainda não foram incorporados nas taxonomias padrões (NONINO et al., 2008)

Em seguida foi feita uma nova filtragem para identificar termos não constantes com significados semelhantes aos constantes na lista ou a outros termos existentes na CIPE®, o que levou a uma nova normatização e mapeamento cruzado. Como resultado obteve-se um banco de termos relevantes para a prática clínica da enfermagem com famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

4.5.3 Etapa 3: Construção dos enunciados.

A partir do banco de termos criado, do modelo dos sete eixos da CIPE®, e da Norma ISO 18.104 - 2014 que serve como referência na construção de terminologia na enfermagem, foi feita a construção dos enunciados de diagnóstico e resultados seguindo o processo de raciocínio clínico sugerido por Gordon (1993) que se divide em 4 ações contínuas: coleta de informações, interpretação das informações, agrupar as informações e nomear os problemas formulados a partir das informações.

Os dados sócios demográficos foram apresentados em tabelas, gráficos e quadro, gerados pelo software Excel® e utilizados para caracterizar os participantes da pesquisa. Para a discussão dos achados se utilizou os três domínios presentes no referencial da Teoria da Maré de Phil Barker e a literatura pertinente ao assunto.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Com relação aos aspectos éticos e legais, por ser uma pesquisa que envolve seres humanos, o estudo seguiu normas dispostas na Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). A pesquisa foi submetida ao Comité de

Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará tendo sua aprovação sob o parecer 1.532.828 de maio de 2016 e se desenvolveu respeitando os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência e justiça.

Os participantes foram convidados a assinar o TCLE, após serem informados com linguagem clara, acessível e apropriada sobre a pesquisa, seus risco e benefícios e da possibilidade de desistir em qualquer momento sem prejuízo (BRASIL, 2012).

A identidade daqueles que aceitaram participar da pesquisa foi protegida através do anonimato. Para isso, as famílias foram identificadas com nomes de vegetais presentes na caatinga brasileira. A escolha dessa forma de identificação se deu por que a pesquisa se realizou nesse bioma. As informações colhidas foram usadas apenas para a finalidade prevista no projeto inicial e de forma a não causar prejuízo ou estigmatização, além disso, se buscou minimizar os riscos ao qual foram expostos os participantes.

Com relação aos riscos da pesquisa, está poderia ter causado constrangimento, desconforto emocional e tédio ao entrevistado, caso alguma dessas situações ocorressem a pesquisadora tentaria minimiza-los parando a entrevista e dando tempo para a recuperação, podendo marcar um novo encontro caso o mesmo deseje. Não sendo possível resolver o problema seria responsabilidade da pesquisadora encaminhar o participante para profissional ou serviço competente. Não houve nenhum incidente relacionado aos riscos acima citados, durante a pesquisa.

Os resultados encontrados serão apresentados junto a Secretaria Municipal de Saúde do município onde se realizou a pesquisa, no intuito de devolver aos participantes os benefícios advindos do estudo, favorecendo as ações de saúde mental e a assistência de enfermagem na atenção primária do município.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 CARACTERIZAÇÃO SÓCIODEMOGRÁFICA DAS FAMÍLIAS ENTREVISTADAS

Inicialmente iremos caracterizar as 20 famílias, crianças e adolescentes e cuidadores que participaram do estudo no intuito de traçar um perfil sociodemográfico bem como caracterizar o tipo de sofrimento psíquico apresentado pelas crianças e adolescentes participantes da pesquisa.

Tabela 1 - Distribuição das famílias participantes, número de membros, moradia e renda. Fortaleza - CE, 2017.

Características	N	%
Número de membros (n=20)		
Dois	2	10
Três	1	5
Quatro	9	45
Cinco	4	20
Seis	2	10
Sete	1	5
Oito	1	5
Moradia (n=20)		
Própria	14	70
Cedida	5	25
Alugada	1	5
Renda fixa (n=20)		
Nenhuma	1	5
< 1 salário	7	35
1 a 2 salários	9	45
> 2 salários	3	15
Beneficiados com o Programa Bolsa Família (n=20)		
Sim	17	85
Não	3	15

Fonte: elaborado pelo autor

Observou-se, conforme a Tabela 1 que a maioria das famílias (45%) é composta por quatro membros, sendo a média do estudo de 4,5 membros por família. Esses dados mostram-se acima da média nacional e estadual, que segundo o Instituto Brasileira de Geografia e Estatística (IBGE) (2012) é de 3,0 no Brasil e 3,2 no Ceará.

Quanto a moradia 70% das famílias tem casa própria indo ao encontro dos dados do IBGE (2012) que mostram que 74,8% das famílias brasileiras possuem casa própria.

Com relação a renda, 45% das famílias vivem com renda de 1 a 2 salários mínimos, enquanto que 35% das famílias apresentam renda menor que 1 salário mínimo. Os dados acima mostram uma situação preocupante, onde a grande maioria das famílias vive com renda abaixo da média nacional de 3,9 salários mínimos (IBGE, 2015).

Outro ponto a se discutir é a presença do programa social bolsa família como forte contribuição na renda dessas famílias, 85% das famílias recebem o benefício e 41% dentre essas famílias tem como renda principal o benefício, enquanto que em 23% essa é a única renda fixa.

Tabela 2 - Distribuição entrevistados, segundo características sociodemográficas e parentesco com a criança. Fortaleza - CE, 2017.

Características	N	%
Sexo (n=23)		
Feminino	21	91
Masculino	2	9
Faixa Etária (anos) (n=23)		
20 - 20	8	35
30 - 39	5	22
40 - 49	7	30
50 - 59	3	13
Estado civil (n=23)		
Casado	9	39
União Estável	8	35
Solteiro	6	26
Religião (n=23)		
Católica	13	57
Evangélica	9	39
Nenhuma	1	4
Grau de instrução (n=23)		
Ensino fundamental incompleto	9	40
Ensino fundamental completo	7	30
Ensino médio incompleto	3	13
Ensino médio completo	4	17
Relação de parentesco (n=23)		
Mãe	17	74
Avó	2	9
Pai	2	9
Mãe adotiva	1	4
Irmã	1	4

Fonte: elaborado pelo autor

A tabela 2 mostra a uma realidade já descrita em outros estudos como o de Araújo et al. (2013) onde a mulher tem colocado sobre si o papel de cuidadora, assumindo não só o cuidado da criança ou adolescente, mas também as atividades domésticas. A aceitação desse papel dentro da família ocorre geralmente de forma

passiva já que a mulher entende que faz parte do seu papel de mãe, cuidar, muitas vezes sozinha, do filho adoecido.

Neves, Cabral e Silveira (2013) associam essa realidade as matrizes socioculturais de socialização, gênero e família e que isso reduz e fragiliza a rede de apoio na medida em que essa mulher, sobrecarregada com o papel que lhe é imposto restringe seu relacionamento com a comunidade.

Tabela 3 – Caracterização das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico. Fortaleza - CE, 2017.

Características	N	%
Sexo (n=20)		
M	17	85
F	3	15
Faixa etária (n=20)		
2 a 6 anos	2	10
6 a 10 anos	2	10
10 a 14 anos	12	60
15 a 19 anos	4	20
Tempo de diagnóstico (n=20)		
< 1 ano	4	20
1 a 5 anos	7	35
> 5 anos	9	45
Diagnóstico(n=20)		
Sem diagnóstico definido	11	55
Diversas hipóteses diagnósticas	7	35
Diagnóstico fechado	2	10
Sintomas presentes(n=20)		
Agressividade	14	70
Agitação	11	55
Insónia	6	30
Déficit de aprendizado	5	25
Cefaleia	3	15
Convulsão	3	15
Alucinação auditiva	2	10
Dificuldade na fala	2	10
Impulsividade	2	10
Impulsividade	2	10
Maltrato a animais	2	10
Intolerância a barulho	1	5
Autoagressão	1	5
Pânico de lugares fechados	1	5

Fonte: elaborado pelo autor

Os dados apresentados na Tabela 3 mostram que a grande maioria (85%) das crianças e adolescentes em sofrimento psíquico participantes do estudo são do sexo masculino, corroborando com estudo realizado por Miranda, Tarasconi e

Scortegagna (2008) que encontraram 59,9% dos casos no sexo masculino e Machado et al. (2014) que observaram 77,9 %.

Com relação a faixa etária observou-se uma concentração maior de casos na idade de 10 a 14 anos (60%). Já nos estudos de Miranda, Tarasconi e Scortegagna (2008) a faixa etária de maior concentração foram de 7 a 12 anos e no de Machado et al. (2014) no início da adolescência. A maioria das crianças (45%) foi diagnosticada a mais de 5 anos.

Com relação ao diagnóstico, ao serem avaliados os prontuários do CAPS e UBS, apenas dois diagnósticos foram fechados, um de autismo e outro de Transtorno do Déficit de aprendizado com hiperatividade (TDAH). Ambas já foram encaminhadas ao CAPS da cidade com diagnóstico vindo de outra unidade de Saúde.

Mais da metade (55%) dos prontuários não apresenta nenhuma hipótese diagnóstica, descrevendo apenas os sintomas e a conduta adotada no serviço. As outras crianças e adolescentes (35%) apresentam hipóteses diagnósticas em seus prontuários sendo 3 hipóteses de TDAH, 2 de alucinose orgânica, 1 de transtorno de conduta e 1 de retardo mental.

Com relação aos sintomas mais presentes nas crianças e adolescentes observamos que a agressividade (70%) e agitação (50%) e. déficit de aprendizado (25%) foram os mais citados.

Em estudo realizado por Câmara (2011) com crianças atendidas em um CAPS infanto-juvenil (CAPSi) a agressividade foi um dos sintomas mais relatados, e segundo a autora pode estar ligado a necessidade de aliviar as frustações e a não aceitação da realidade. Delfine et al. (2009) destaca que a agressividade não pode ser sempre encarada como sinal de transtorno mental, para isso é importante associa-la a algo mais que ações reativas ou algo passageiro.

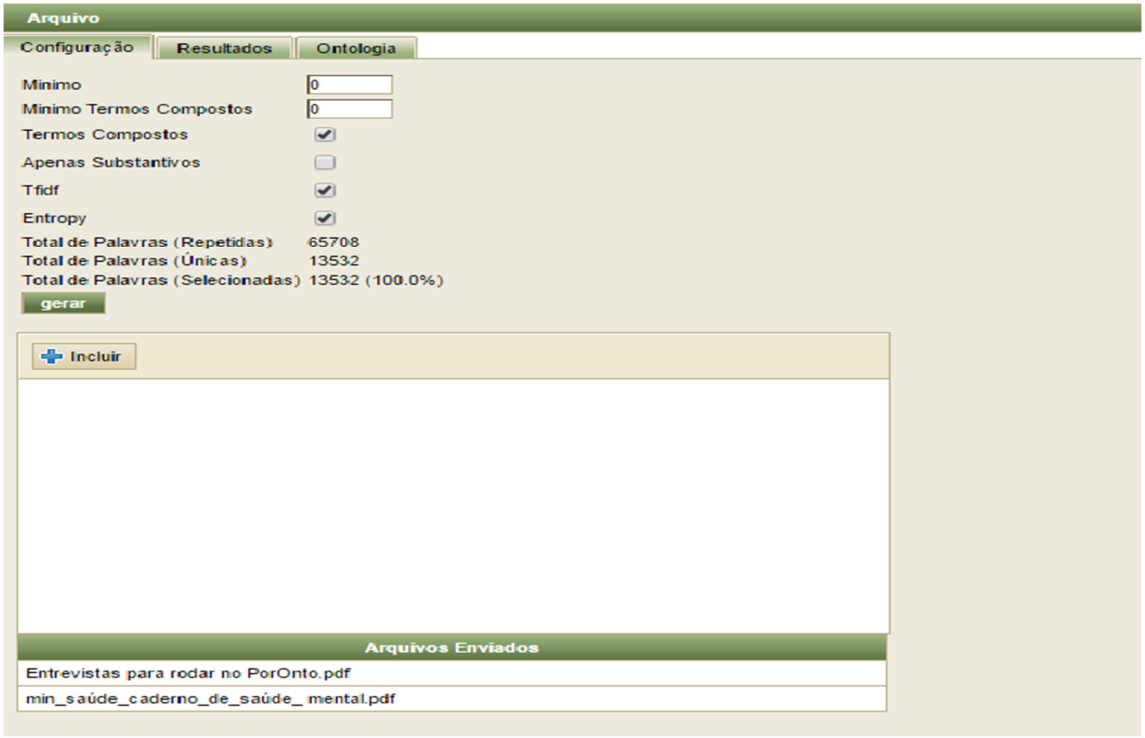
A agitação, segunda maior queixa relatada nos prontuários, é definida como a incapacidade de manter-se sentado, estereotipias e fala incessante, é importante, nesses casos, investigar a presença de outras causas para a agitação, no intuito de não confundir questões neurológicas com o sofrimento psíquico. (CRIVELATTI; DURMAN; HOFSTATTER, 2006)

5.2 CONSTRUÇÃO DO BANCO DE TERMOS CONSTANTES E NÃO CONSTANTES NA CIPE®.

Para essa fase as entrevistas e os dados coletados dos prontuários das crianças e adolescentes no CAPS e UBS foram transcritos e transformados em um documento no formato PDF e em seguida processado, junto com o Caderno de Atenção Básica número 34 do Ministério da Saúde, no software livre PorOnto.

Inicialmente foram encontrados 13532 termos simples e compostos, conforme figura 3. A lista de termos foi então exportada para o Microsoft Office Excel® onde foi realizada a primeira filtragem. Foram retiradas palavras com escrita incorreta, relacionadas a processos patológico, medicamentos ou que não fossem relevantes a prática de enfermagem.

Figura 3 -Resultado do processamento dos dados no software PorOnto. Fortaleza, CE. 2017.



Fonte: Software PorOnto

Restaram 3432 termos. Após a normatização, por meio da correção gráfica, de gênero, número e grau e retirada dos termos que se repetiam esse número diminuiu para 348 termos, que foram submetidos ao mapeamento cruzado

com o modelo de 7 eixos da CIPE® no Microsoft Office Access®. Foi realizada então nova filtragem e avaliação de sinônimos resultou em 216 termos organizados por ordem alfabética e divididos entre os eixos da CIPE®, sendo 182 constantes e 34 não constantes conforme o quadro 4.

Quadro 4 - Termos constantes e não constantes divididos por eixo da CIPE® encontrados no estudo. Fortaleza - CE, 2016.

Eixo	Termos constantes na CIPE®	Termos não constantes na CIPE®
Ação (68)	Ação, agendar, analisar, aplicar, apoiar, atender, atenuar, aumentar, auxiliar, avaliar, colaborar, coletar, completar, consultar, contar, controlar, coordenar, demonstrar, descrever, desenvolver, determinar, diminuir, distribuir, documentar, encaminhar, estabelecer, estimular, evitar, executar, explicar, facilitar, falar, gerenciar, guiar, identificar, informar, iniciar, instalar, interpretar, interromper, lidar, manter, mediar, monitorar, motivar, negociar, observar, obter, oferecer, organizar, orientar, otimizar, ouvir, participar, permitir, planejar, prevenir, promover, reforçar, responder, supervisionar, treinar.	Acolher, formar, fornecer. Incluir, investigar, substituir
Cliente (18)	Avô, avó, casal, comunidade, criança, cuidador, família, grupo, idoso, irmão, mãe, pai, pais	Companheiro, filho, padrasto, madrasta, familiar
Foco (75)	Abandono, abuso, acesso, adaptação, adesão, autonomia, capacidade, capacidade para executar cuidado, característica, complicação, comportamento, comunicação, condição, confiança, conhecimento, continuidade, continuidade do cuidado, crença, crise familiar, culpa, desamparo, desconforto, desesperança, desespero, emoção, enfrentamento, esperança, estigma, estresse, fenômeno, fraqueza, frustração, fuga, hostilidade, identidade, iniciativa, medo, necessidade, orgulho, orientação, papel, pensamento, percepção, preocupação, processo familiar, recuperação, relacionamento, renda familiar, resistência, ritual, rotina, saúde, serviço, sinal, socialização, sofrimento, suspeita, tendência, tradição, valor, vínculo, violência.	Afeto, ambiente, , atividade coletiva, barreiras culturais, bullying, conflito, compromisso, moradia, dispositivos comunitários, , maternidade, paternidade, protagonismo, território.
Julgamento (35)	Alto, ausente, baixo, completo, complexidade, complexo, dependência, eficaz, extensão, grau, gravidade, independência, iniciado, leve, nenhum, normal, parcial, pequeno, potencialidade, presença, progresso, real, risco, simples.	Centralizado, coeso, compartilhado, conflituoso, desconhecido, diferente, difícil, frágil, limitante, participativo, violento, vulnerável
Local (12)	Abrigo, anterior, articulação, central, construção, escola, estrutura, meio, periférico, posição, vizinhança	Comunitário
Meio (5)	Plano, solução	Busca, fortalecimento do vínculo, visita domiciliar
Tempo (9)	Contínuo, duração, encontro, frequência, futuro, intermitente, passado, presente, situação	

Fonte: Elaborado pelo autor

A presença de termos relevantes para a prática de enfermagem em documentos oficiais do Ministério da Saúde, prontuários e nas falas dos entrevistados demonstra a importância de uniformizar a linguagem profissional no intuito de padronizar o cuidado dispensado às famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

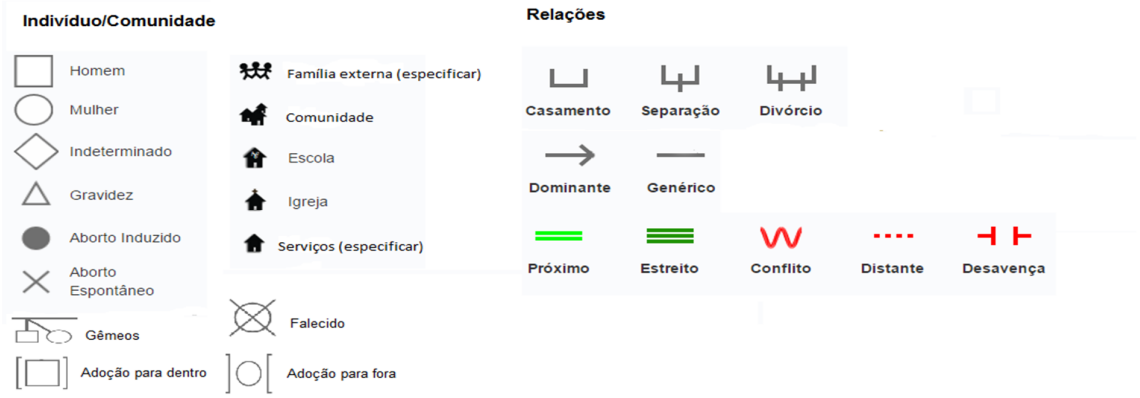
A análise dos termos encontrados em comparação com o modelo de sete eixos da CIPE® mostrou a presença de 16% de termos não constantes na classificação, mas que podem contribuir na documentação adequada do processo de enfermagem. Entende-se que a maior porcentagem dos termos encontrados ser constantes na CIPE® (84%) demonstra que essa terminologia é confiável enquanto ferramenta utilizada na prática clínica do enfermeiro, fortalecendo o aspecto técnico científico da profissão (SIQUEIRA et al., 2015)

Os resultados mostraram que o maior número de termos constantes na CIPE® 2015 encontra-se nos eixos foco e ação, 62 cada, seguido pelo eixo julgamento com 23 termos. Esse achado se mostra importante na medida em que a construção dos diagnósticos e resultados de enfermagem necessitam obrigatoriamente do eixo foco e julgamento, enquanto a construção das intervenções de enfermagem se faz por meio da utilização obrigatória de ambos os eixos, sendo os outros eixos de uso opcional (GARCIA, NÓBREGA; 2013).

5.3 AVALIAÇÃO DAS NECESSIDADES DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS

A seguir descreveremos as famílias participantes de acordo com os dados coletados na entrevista, além disso serão apresentados os genogramas e ecomapas construídos junto a essas famílias. Para melhor compreensão de ambos temos na figura 4 a legenda.

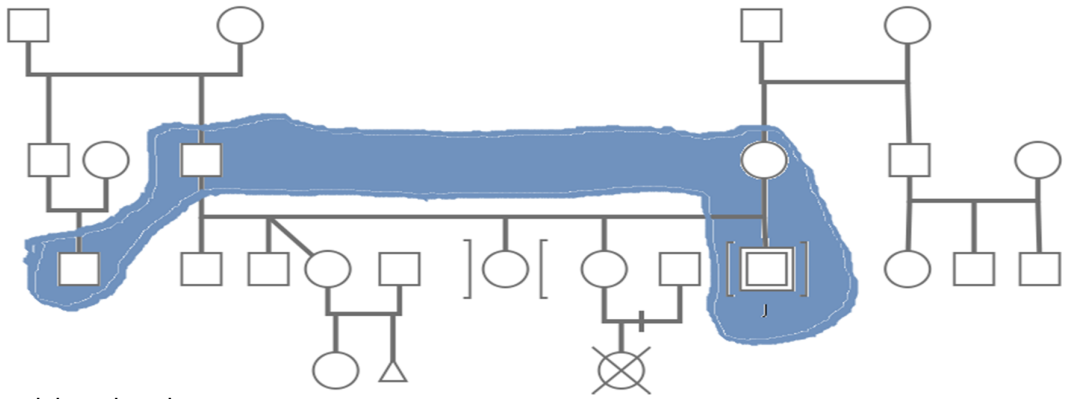
Figura 4- Legenda dos genogramas e ecomapas



Fonte: Elaborado pelo autor

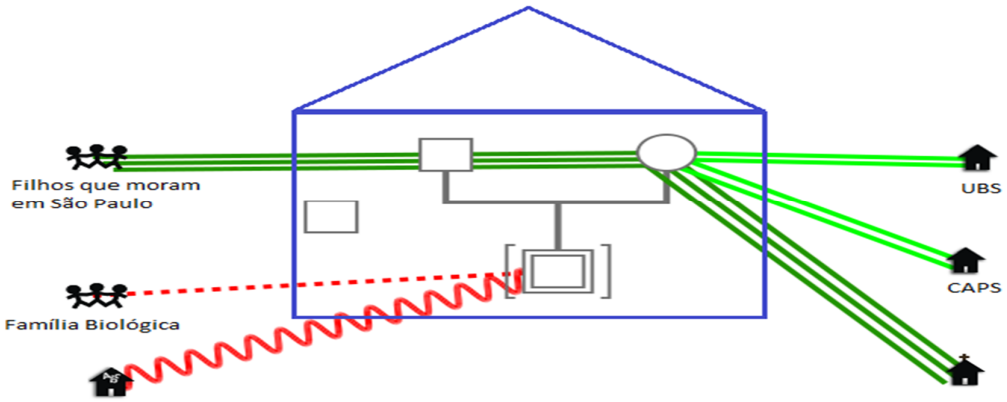
5.3.1 Família Umbuzeiro

Figura 5- Genograma da família Umbuzeiro



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 6 – Ecomapa da família Umbuzeiro



Fonte: elaborado pelo autor

A família Umbuzeiro mora em uma casa cedida, mas está construindo a própria para onde pretendem mudar logo. A entrevista foi feita com a mãe adotiva de J, de oito anos. A mãe, aposentada por invalidez vive em união estável há 20 anos com o pai adotivo de J, também aposentado por invalidez, e com quem teve cinco filhos biológicos.

Atualmente moram na casa quatro pessoas, contudo a mãe afirma que a família é composta por oito integrantes, ela, o marido, J, o sobrinho do marido e quatro filhos que moram em São Paulo. A mãe conta também que teve outra filha que ela deu a um casal que mora na França e que não tem contato com a mesma. Ela relata ainda ter uma neta e que uma de suas filhas está grávida.

J foi adotado pela família com poucos meses de vida, a adoção não é formal e a família biológica da criança vive na mesma localidade que J, contudo tem um contato distante com a criança.

A família notou que a criança tinha um comportamento “diferente” quando o mesmo apresentava três anos de idade. A mãe disse que na escola uma das professoras também notou esse comportamento e orientou que a família buscasse um médico. A mãe levou a criança ao CAPS onde foi pedido que que ela voltasse quando J tivesse quatro anos, por ele ser muito novo para um diagnóstico. Como a criança continuava apresentado um comportamento de agitação, agressividade e medo irracional da noite, a mãe voltou ao CAPS um ano depois. Foi dado diagnóstico de hiperatividade, contudo o prontuário do CAPS não cita nenhum diagnóstico específico.

Quanto a relação familiar, observou-se pela fala da mãe que o pai de J responde a agressividade da criança com violência física e que foi necessário a intervenção da equipe da ESF para que isso diminuísse. Ela tem dificuldade no cuidado da criança por ter fibromialgia, o que a impede de leva-lo a eventos na comunidade e escola. Com relação aos outros filhos, existe um bom relacionamento e interesse em ajudar, inclusive com oferta de levar a criança para São Paulo em busca de um tratamento melhor e envio de dinheiro para comprar medicação. Apesar de morarem distante, a mãe reafirmou que se sente apoiada pelos filhos mais velhos.

Ao falar sobre as necessidades e problemas da família ela cita a falta de aceitação do filho na escola, que sofre bullying na escola e que por isso se torna

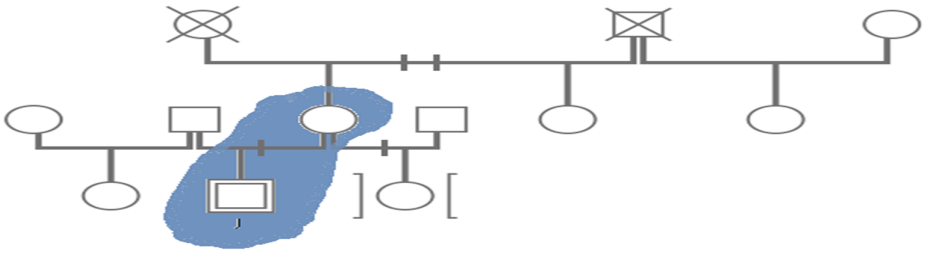
agressivo com os colegas. Afirma que a direção da instituição não toma nenhuma providência quanto a isso o que levou a diversos atritos entre a mãe e a escola.

Outro ponto relatado e que J se sente rejeitado pela família biológica, mas que constantemente busca contato com a avó e mãe biológica, sendo afastado por ambas e que não tem nenhum tipo de ajuda por parte delas, mesmo para cuidar, por pequenos períodos de tempo, da criança.

Existe o desejo por parte da mãe de morar na zona urbana e colocar a criança em uma escola que esteja preparada para cuidar adequadamente dele, respeitando suas particularidades.

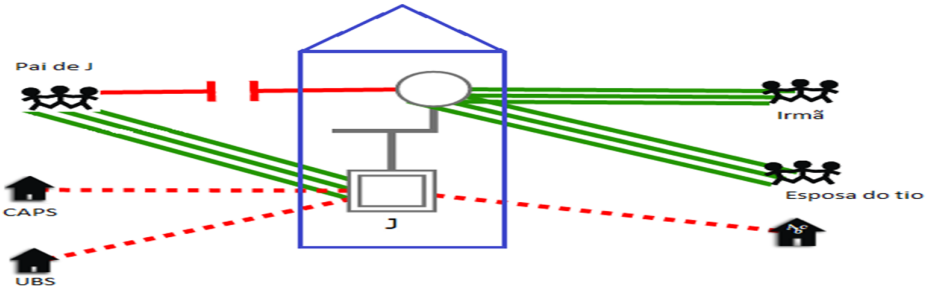
5.3.2 Família Mandacaru

Figura 7 – Genograma da família Mandacaru



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 8 – Ecomapa da família Mandacaru



Fonte: elaborado pelo autor

A família Mandacaru é composta por J de nove anos, e sua mãe, que moram em uma casa alugada e vivem com o dinheiro do programa social bolsa família e 200 reais do trabalho da mãe como empregada doméstica. A entrevista foi realizada na casa onde a mãe trabalha.

Ela informou que antes morava com a mãe que ajudava a cuidar de J, contudo está faleceu e ela foi morar sozinha com a criança. Sobre sua família de origem ela conta ter duas irmãs, sendo uma do segundo relacionamento do pai, que também já faleceu. Conta também que teve outra filha, mais nova que J, que não sabe quem é o pai, e que outra família, de um município vizinho, adotou. Ela justifica a adoção dizendo não ter nascido para ser mãe e que não existe contato entre ela e a filha. A adoção não foi formal.

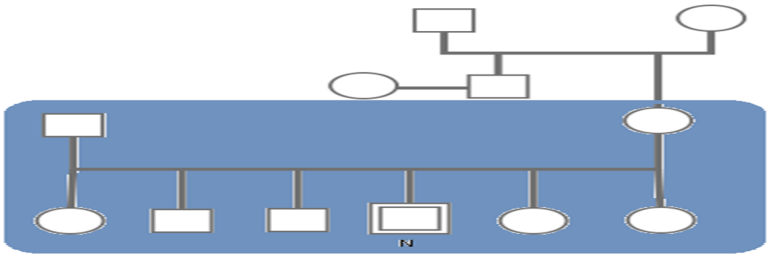
O pai de J hoje é casado e tem uma filha mais nova que J e não ajuda financeiramente nos cuidados com o filho. As vezes leva o menino para passar o dia com ele. Os dois tem um bom relacionamento e a criança demostra grande afeto pelo pai. A relação entre a mãe e o pai é de desavença relacionada a falta de contribuição financeira do mesmo.

A mãe conta que associa o problema do filho com uma febre que ele apresentou aos nove meses de idade. Afirma que J ficou “alvoroçado da cabeça” depois do episódio. Que desde muito novo é acompanhado no CAPS (não sabe dizer quando precisamente). Afirma não se incomodar com o problema do filho, que nada mudou. Ao avaliar o prontuário do CAPS não existia diagnóstico específico, tendo sido realizada a última consulta em outubro de 2015.

Quando perguntada sobre quem a ajuda quando necessário ela cita a irmã do meio, a esposa de seu tio e as vezes a madrasta. Afirma também ter pouco contato com a irmã mais nova. Diz que não vai muito a UBS e que só leva a criança ao CAPS quando precisa pegar a medicação e que ultimamente não está levando por que a mesma está faltando, e como não tem condições financeiras de comprar, o filho está sem a utilizar, mas não vê problemas nisso, por que ele não está “sentindo nada”.

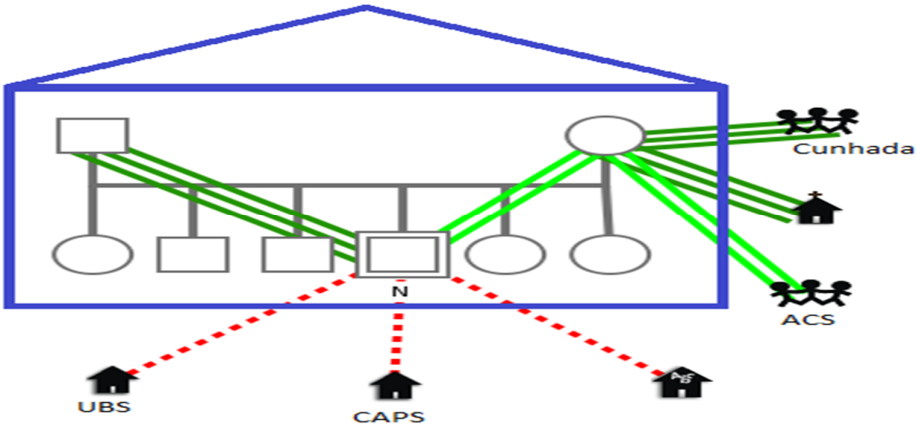
5.3.3 Família Juazeiro

Figura 9 – Genograma da família Juazeiro



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 10 – Ecomapa da família Juazeiro



Fonte: elaborado pelo autor

A família Juazeiro vive em uma casa própria, e é composta por oito pessoas: N, de 11 anos, seus pais e cinco irmãos. A entrevista foi realizada na casa da família, com a mãe. Sobre as famílias de origem ela pouco falou da do marido, mas sobre a sua, relata ter sido “criada de casa em casa”, tendo pouco vínculo com seus pais. Ela conta também que é bastante engajada na igreja evangélica que a família frequenta semanalmente.

Ela contou que apesar de notar as mudanças constantes de humor no filho desde muito cedo, só procurou um médico quando N começou a frequentar a escola e a professora aconselhou buscar um psiquiatra. Ela afirmou também que no início não aceitava os problemas da criança. Associa esses problemas ao parto de N, que segundo ela, “passou do tempo de nascer” e também ao histórico familiar do pai da criança.

No prontuário do CAPS a criança tem hipótese diagnóstica de transtorno mental devidos a lesão e disfunção cerebral. Ela relata que é comum a criança se auto agredir com mordidas ou “tacando a cabeça na parede”.

N tem um vínculo forte com o pai, se mostrando carinhoso e aceitando bem os cuidados, já com a mãe as vezes se torna violento, sendo necessário a intervenção paterna. Apesar disso, a mãe afirma que o filho tem um bom relacionamento com ela, e quando não está zangado é bastante carinhoso.

Sobre os cuidados com N, a mãe relata que apenas ela, o marido e a filha mais velha são responsáveis, mas que se sente apoiada pela cunhada (mulher do

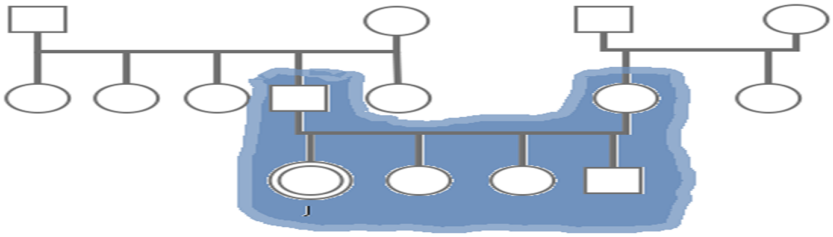
irmão) e por membros da igreja que frequenta, pois quando precisa conversar, eles escutam.

N vai ao CAPS a cada três ou quatro meses e é acompanhado pelo psiquiatra. A mãe não encontra dificuldades ao marcar as consultas e gosta do atendimento. Quanto ao posto de saúde, refere ir pouco, tendo um vínculo maior com a ACS, que sempre responde as demandas que chegam a ela. Quanto a escola, ela diz não ter muito o que falar.

Ao falar das necessidades da família ela mostra ter esperança que o filho se cure, mas que os médicos falaram que isso não vai ocorrer, apesar de não explicarem claramente qual o diagnóstico da criança. A ela só foi dito que ele teria que ficar “fazendo as consultas e tomando o remédio”. Diante disso, ela espera que o filho possa ter um acompanhamento adequado e mostra temor que o benefício de que ele recebe, seja cortado, o que refletiria na qualidade da alimentação dele.

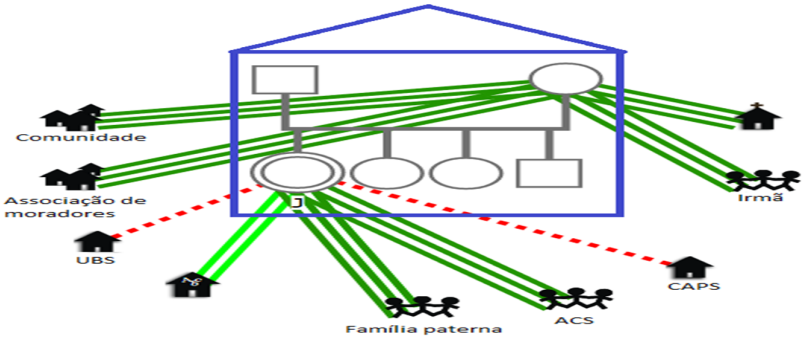
5.3.4 Família Baruana

Figura 11 – Genograma da família Baruana



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 12 – Ecomapa da família Baruana



Fonte: elaborado pelo autor

A família Baruana é composta de seis pessoas, J, de 15 anos, sua mãe, pai e três irmãos mais novos. A entrevista foi realizada com a mãe de J. Ela afirma que o diagnóstico da filha é de retardo mental. Conta que demorou a engravidar e que teve pré-eclâmpsia na gravidez de J. O parto foi complicado e a filha nasceu “roxinha” e passou nove dias na UTI neonatal.

A mãe conta que, apesar dela ficar mais tempo com J, o pai sempre está cuidado da filha e que é um ótimo pai para os filhos. Diz que ele bebe uns “golinhos”, mas que isso não afeta sua relação com ela e filhos.

Eles sempre moraram na região e consideram a comunidade como uma família maior. No relato da entrevistada também fica claro o papel da religião dentro da família. Ela conta que todos são evangélicos e participantes ativos das atividades da igreja. E considera também que a igreja é de grande apoio para todos.

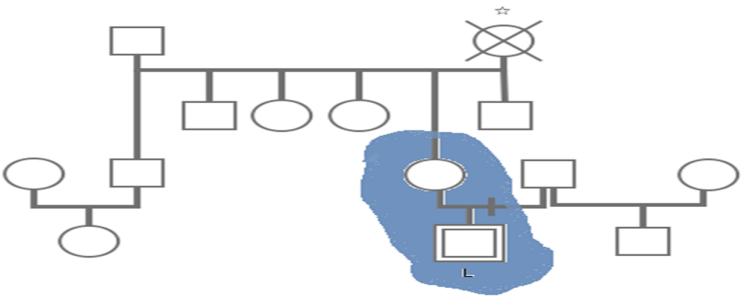
Outro ponto de apoio para os Baruana é a família do pai, que mora na comunidade e ajuda sempre que preciso a cuidar de J e dos outros filhos. Com relação a família materna o apoio vem de uma irmã que mora em Quixadá. O restante da família não mora no município, e por isso não pode ajudar sempre. Tem uma relação estreita com a ACS, e chega a dizer que queria ela fosse da família e que sempre pode contar com ela.

Com relação ao diagnóstico da filha, a entrevistada não vê como um problema, refere que J é obediente, que estuda e não tem problemas físicos, e espera que a filha possa casar e viver perto dela, e não permite que ninguém ataque sua filha, que quer sempre estar do lado dela pra defende-la, se for necessário.

As necessidades relatadas na entrevista são em relação ao acompanhamento médico de J. A mãe trás o desejo de um acompanhamento mais próximo da equipe da UBS e consultas mais constantes no CAPS. Com relação à escola ela se mostra bem participativa e diz gostar bastante do acompanhamento da filha na instituição.

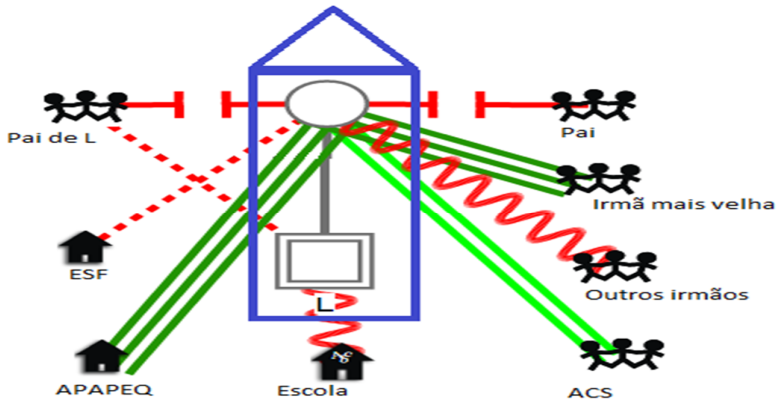
5.3.5 Família Imburana

Figura 13 – Genograma da família Imburana



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 14 – Ecomapa da família Imburana



Fonte: elaborado pelo autor

A família Imburana é composta por L de três anos, com diagnóstico de autismo, e sua mãe. Os dois moram em um cômodo construído nos fundos da casa do avô materno de L. A renda familiar é composta apenas pelo benefício social Bolsa Família no valor de 112 reais. A entrevista foi realizada na unidade básica de saúde a pedido da mãe. Ela conta ter uma relação de desavença com o pai de L por ele não ajudar financeiramente e por não querer se relacionar com o filho. Ela conta também o pai de L vive em união estável e tem outro filho, mais novo que L.

A avó materna de L morreu há sete anos, quando a mãe de L era adolescente e logo em seguida começaram as desavenças entre ela e o pai. Segunda a mesma, desde a morte da mãe, ela sofre assédio sexual do pai, tendo uma relação conflituosa com ele e também com os irmãos. A família não aceita o

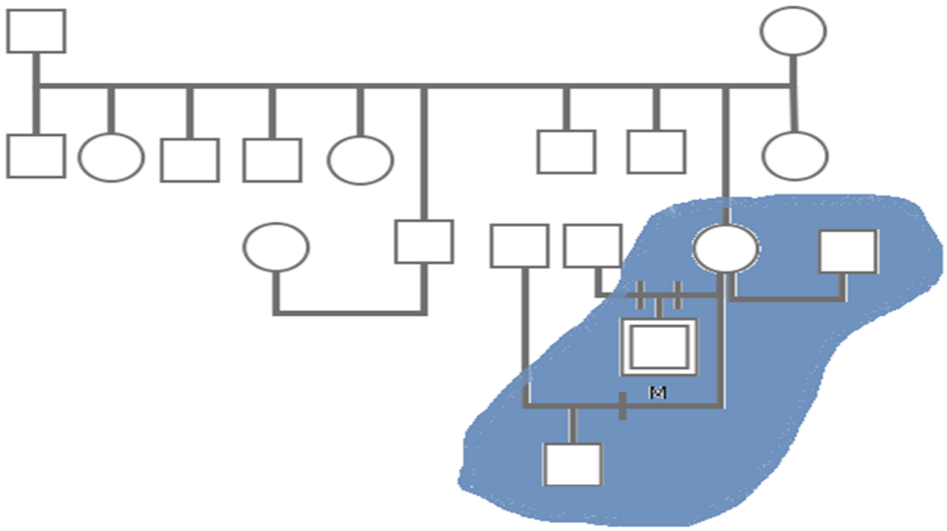
diagnóstico da criança e os tios chegam a ser agressivos com L. Além disso, dois tios de L são usuários de droga, o que intensifica o conflito entre eles.

A mãe de L conta também que por questões financeiras demorou a buscar ajuda para o filho. Ela diz ter notado um comportamento diferente no filho quando ele tinha sete meses, mas que só procurou ajuda quando a criança tinha dois anos. Hoje L é acompanhado na APAPEQ, mas tem dificuldades de ir as consultas por nem sempre ter dinheiro para o transporte.

Ela afirma que a necessidade maior hoje é financeira e que se recebesse um benefício do Instituto Nacional de Seguro Social (INSS) para o filho poderia ter uma casa longe de sua família, onde poderia cuidar melhor da criança e dar seguimento ao tratamento dele.

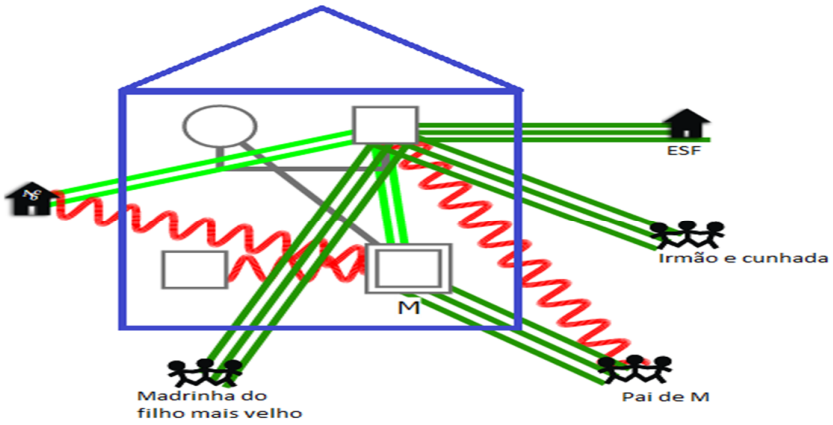
5.3.6 Família Angico

Figura 15 - Genograma da família Angico



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 16 – Ecomapa da família Angico



Fonte: elaborado pelo autor

A família Angico é composta por M, de 12 anos, sua mãe, padrasto e irmão mais velho. Eles vivem em casa própria e a mãe trabalha como Agente Comunitária de Saúde. A renda familiar é composta pelo salário da mãe, o benefício da criança e o salário do padrasto A entrevista foi realizada com a mãe na UBS, a pedido.

O irmão mais velho de M é fruto de um relacionamento anterior ao primeiro casamento da mãe, já M e do segundo casamento, que terminou quando ele tinha dois anos de idade. O relacionamento dos pais era bom mesmo após a separação, contudo após o início do problema de M começaram os conflitos, porque segundo a mãe, ele começou a mentir para o pai, dizendo ser maltratado por ela, pelo irmão e padrasto. No relacionamento atual não existem filhos.

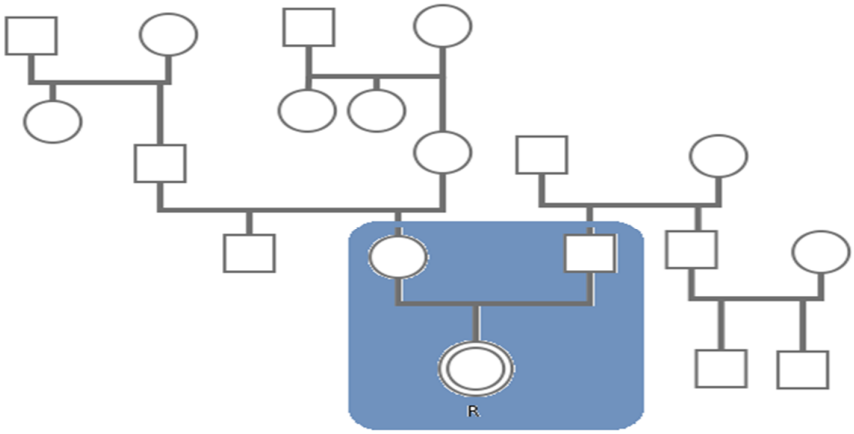
M teve diagnóstico de hidrocefalia aos sete meses de vida e logo em seguida iniciou acompanhamento e tratamento adequado. Conta ainda que ele sempre foi uma criança calma e querida por todos. A situação mudou há cerca de dois anos, quando M começou a maltratar animais, se tornar agressivo com a mãe e o irmão mais velho e mudar o comportamento na escola. Ela não consegue relacionar algum evento que possa ter desencadeado o problema.

A família mora próximo a um irmão e cunhada da mãe de M, que sempre ajudam no cuidado dele, e que também pode contar com a madrinha do filho mais velho, que é prima de M. É ela que media o conflito entre a mãe e o pai de M, relatando a ele o comportamento da criança.

M foi levado a UBS para consulta com psicóloga, porém não conseguiu por que a profissional não estava mais indo à unidade por falta de transporte. A mãe aponta que a maior necessidade hoje é descobrir o que o filho tem e iniciar tratamento adequado.

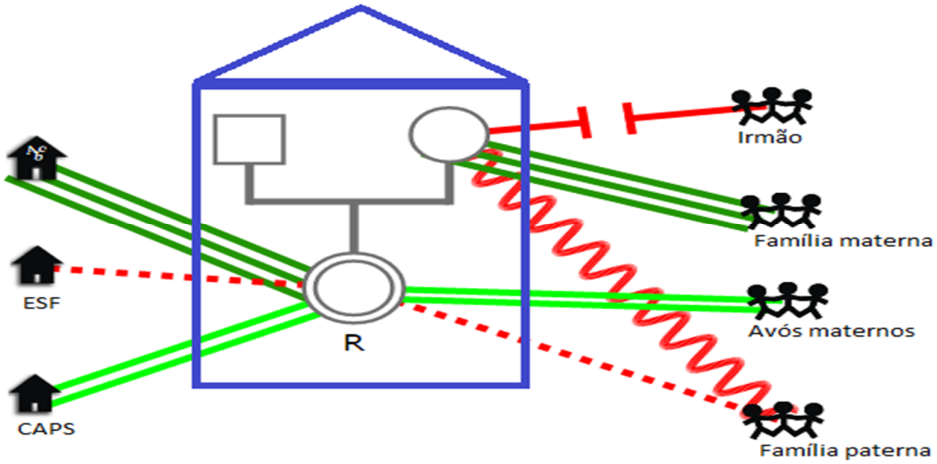
5.3.7 Família Catingueira

Figura 17 – Genograma da família Catingueira



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 18 – Ecomapa da família Catingueira



Fonte: elaborado pelo autor

A família Catingueira é composta por R, de 11 anos, sua mãe e seu pai. Eles moram em uma casa cedida pela avó materna de R. A entrevista foi realizada durante visita domiciliar com a mãe de R. A renda da família vem do benefício recebido pela criança e do programa social bolsa família. O pai de R está desempregado e a mãe teve que sair do emprego para cuidar da filha.

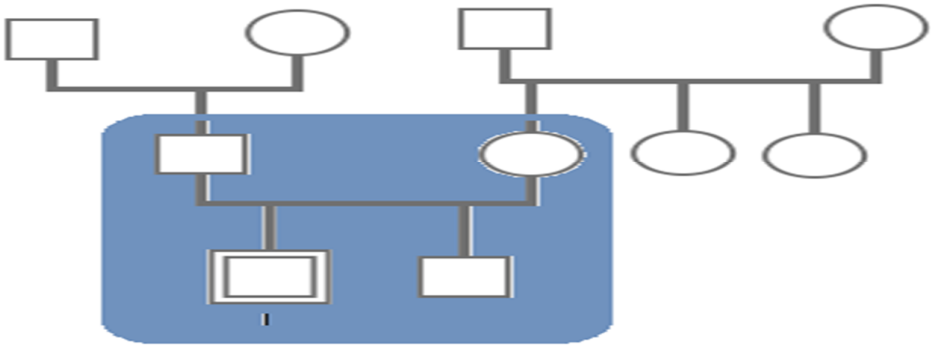
R é acompanhada há cerca de seis anos no CAPS, contudo a mãe afirma que desde os dois anos notava a criança agitada e dormindo mal. Ao ser perguntada sobre o que a filha tinha a mãe disse não saber, que disseram que ela tinha que dar o medicamento e levar para as consultas, e é isso que ela faz.

Apesar de afirmar ter um relacionamento sem conflitos com o marido, a mãe de R relata cuidar da criança sozinha, que o marido não ajuda em nada, nem levando a filha para as consultas. A ajuda vem da família materna, contudo como a avó de R trabalha, não pode ajudar sempre. Ainda sobre sua família de origem, a mãe conta que tem um irmão mais velho, mas que tem relações cortadas com ele e não o considera como família.

Com relação aos avós paternos de R, a mãe diz que eles a tratam com indiferença, diferente de como tratam os outros dois netos e que não pode contar com eles para ajudar. Reclama, também, que a escola, mesmo sabendo dos problemas de R, não realiza atividades que ajudem em seu aprendizado. Já sobre a UBS relata ir pouco, só quando realmente precisa e que no CAPS vai sempre, para consulta e para receber a medicação, mas não acha o ambiente adequado para atender crianças.

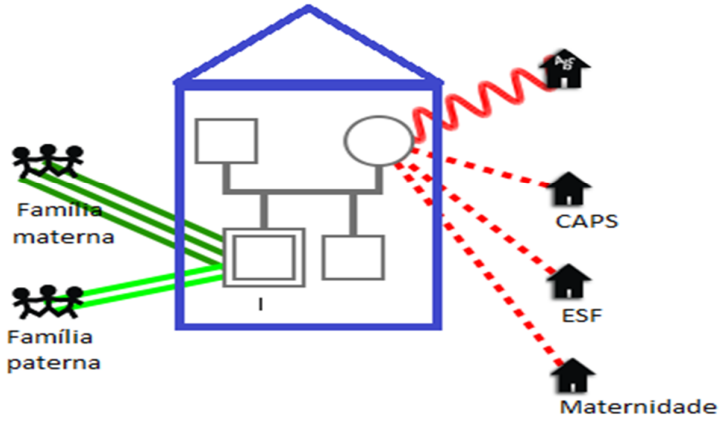
5.3.8 Família Quipá

Figura 19 - Genograma da família Quipá



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 20 – Ecomapa da família Quipá



Fonte: elaborado pelo autor

A família Quipá é composta por I de sete anos, sua mãe, pai e irmão mais novo. A casa em que eles moram é própria, a renda família é o benéfico recebido pela criança e do programa Bolsa família. O pai de R trabalha em construção, mas a obra onde estava empregado está parada há oito meses, e por isso ele não está recebendo salário. A mãe não trabalha fora por que leva o filho para a escola e fica com ela até as aulas terminarem. Não confia em deixa-lo sozinho, porque tem medo que ele seja agressivo com os colegas e, também porque não a escola não tem o devido cuidado com seu filho. A entrevista foi feita em visita domiciliar com a mãe da criança.

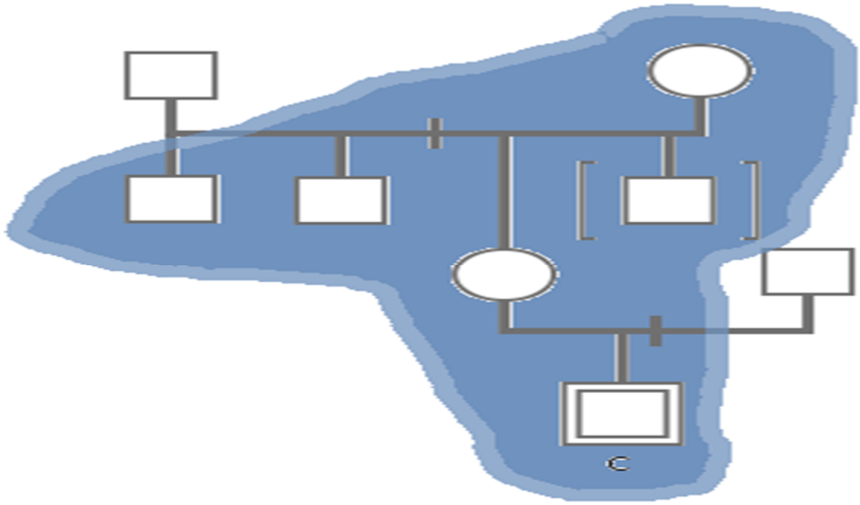
Ela contou que o filho começou a tomar medicação quando tinha um ano e quatro meses após convulsão febril e que não parou mais; e que ao crescer ficou agressivo, batia nas tias e no irmão mais novo e quebrava tudo na casa. Quando o comportamento de I começou a ficar agressivo, a mãe informou ao médico do CAPS. A resposta foi que o problema de saúde da criança causava isso e que não tinha muito o que ser feito.

Ela conta que a equipe da UBS, sempre que confrontada com questões relacionadas a saúde mental de I, pede que a mãe o leve ao CAPS, que no CAPS é bem atendida, mas gosta mesmo é da maternidade, porque quando ela leva I convulsionando é logo atendida e muito bem tratada, não precisa esperar. Ela diz sentir falta de orientação sobre como lidar com o filho, que queria que a equipe de UBS estivesse mais próxima.

A família conta com a ajuda dos avós e tias maternas de I, que ajudam no cuidado dele e do irmão. A família paterna não mora próximo, mas ajuda enviando alimentação para ele.

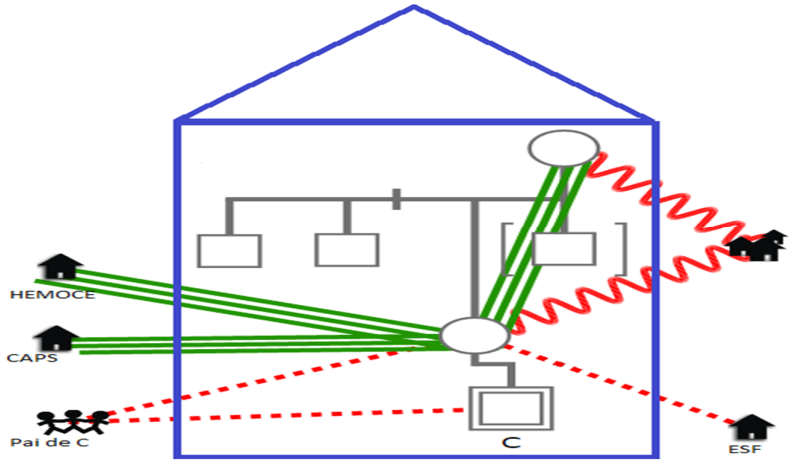
5.3.9 Família Pereiro

Figura 21 – Genograma da família Pereiro



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 22 – Ecomapa da família Pereiro



Fonte: elaborado pelo autor

A família Pereiro é composta por C de três anos, sua mãe, avó e três tios. A casa onde moram é própria e a renda familiar vem da aposentadoria da avó de C,

do benefício do tio mais novo, que também é acompanhado no CAPS, e do programa Bolsa família. A entrevista foi feita com a mãe e a vó de C em uma visita domiciliar.

Os pais de C se separaram há cerca de um ano. A relação dos dois é distante, porém sem conflitos, e o contato de C com o pai é pequeno. A mãe afirma que quando preciso ele ajuda e que quando pode manda dinheiro para ajudar nas despesas com C.

C não estuda por que a mãe acha que a escola próxima da casa deles não está preparada para as necessidades do filho. Ela conta que notou, há mais de um ano, que o filho era muito agitado, destruía todos os objetos da casa e era muito agressivo. Ela o levou para a pediatra que o encaminhou ao CAPS. Não foi fechado nenhum diagnóstico. A mãe gosta do atendimento do CAPS, mas não gosta da estrutura. A família pouco utiliza os serviços da UBS, mas não tem queixas com relação ao atendimento. Além das questões do sofrimento psíquico, C também sofre de anemia que não foi esclarecida e é acompanhado no Centro de Hematologia e Hemoterapia do Ceará (HEMOCE). A mãe diz gostar do atendimento.

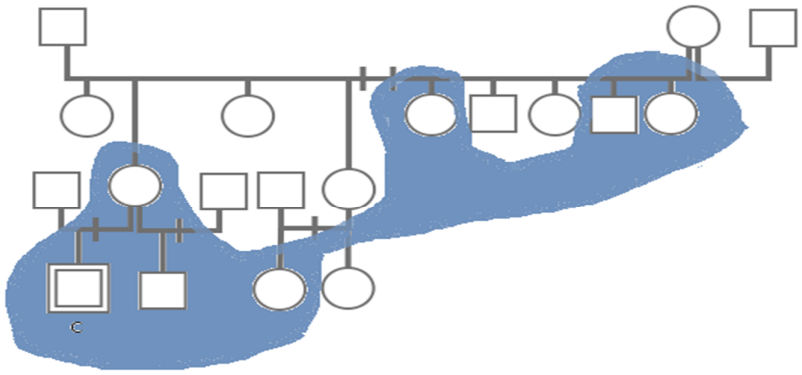
A avó relatou que o comportamento do neto era muito parecido com o do filho, que também fazia acompanhamento no CAPS desde os 16 anos. Ela contou também que a filha tem pouca paciência com o neto, mas que entendia, por que a criança era muito agressiva e irritante.

A família se sente excluída da comunidade, a mãe de C já foi denunciada ao Conselho Tutelar por maus tratos, mas sem nenhuma consequência. Ela diz que as pessoas julgam o comportamento dela por que não entendem como é difícil cuidar de uma criança como C.

A mãe relata o desejo de ter uma casa própria e condições de sustentar o filho. Ela sente falta também de um acompanhamento psicológico para ela, pois sofre com a situação do filho e não sabe como lidar com o comportamento dele. Apesar de todas as dificuldades, ela se diz apoiada pela família, principalmente a mãe que ajuda no cuidado do filho.

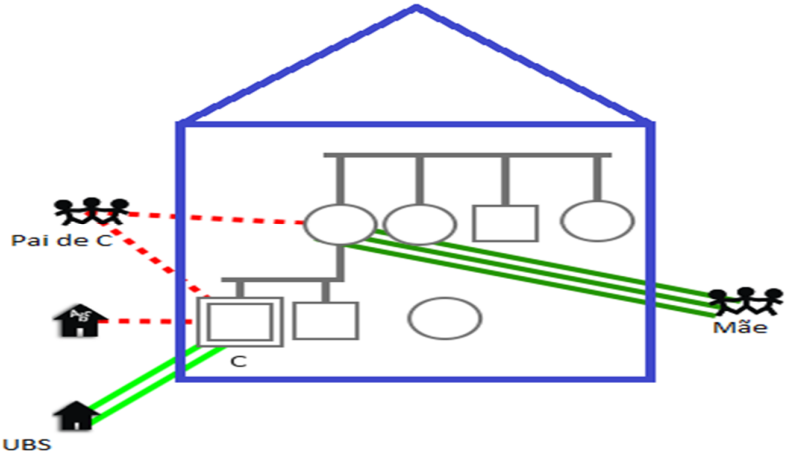
5.3.10 Família Xique-xique

Figura 23 – Genograma da família Xique-xique



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 24 – Ecomapa da família Xique-xique



Fonte: elaborado pelo autor

A família Xique-xique é composta de P, com 10 anos, sua mãe, irmão mais novo, três tios e uma prima. A casa onde a família mora é própria e a renda familiar vem dos benefícios do INSS recebidos por P e seu tio mais novo que também é acompanhado no CAPS. A entrevista foi feita na casa da família durante visita domiciliar. A mãe não deu muitas informações por ter medo de que a entrevista fosse uma investigação sobre o benefício da criança mesmo depois de ser orientada e ter lido junto com a entrevistadora o termo de consentimento livre e esclarecido.

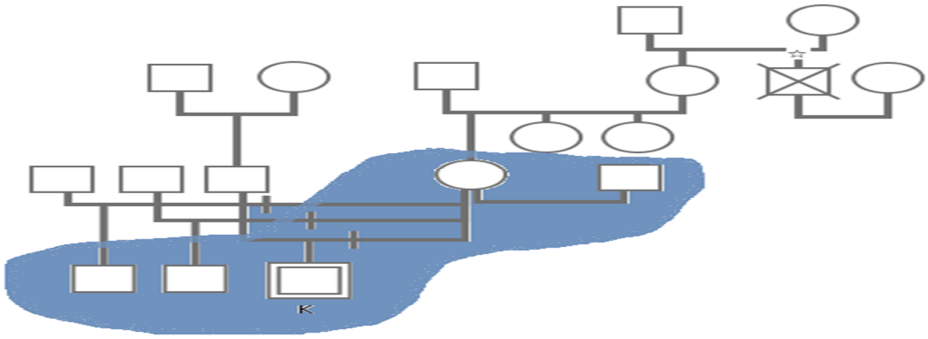
O pai de P mora em outra localidade e tem uma relação distante com ele, mas sem conflitos. O pai do irmão mais novo de P também não está mais com a mãe.

Sobre P, ela conta que a cerca de três anos ele tornou-se agressivo e que associa o comportamento a separação dos avós maternos que viviam próximos a família. A avó hoje está em um novo relacionamento e o avó mora em outra localidade.

Sobre os serviços que a família utiliza ela falou pouco, disse que o atendimento na UBS era bom e que a criança não estava indo pra escola por não ter transporte para leva-lo.

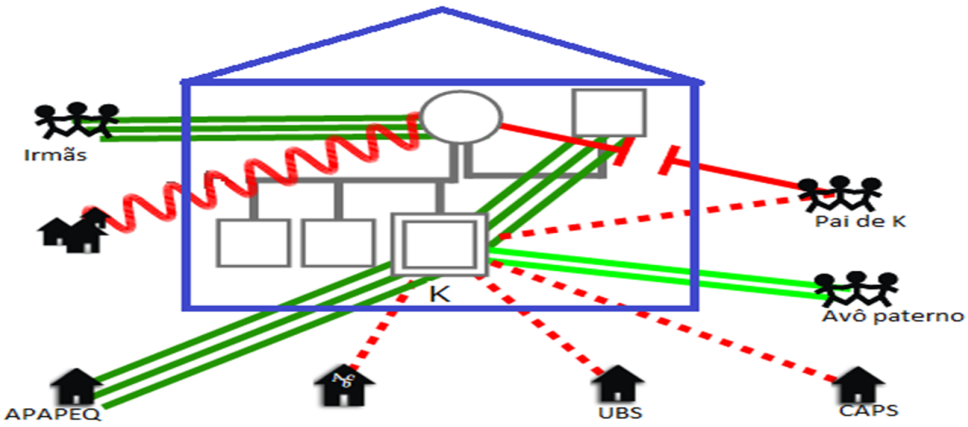
5.3.11 Família Facheiro

Figura 25 – Genograma da família Facheiro



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 26 – Ecomapa da família Facheiro



Fonte: elaborado pelo autor

A família Facheiro é composta por K, de nove anos, sua mãe, padrasto e dois irmãos mais velho. A moradia é própria e a renda familiar vem do benefício recebido pela criança, 200 reais que a mãe recebe trabalhando como diarista e do programa social Bolsa Família. O padrasto trabalha como agricultor e não tem renda fixa, não contribuindo no sustendo da família. A entrevista foi realizada na UBS, com a mãe, que aguardava para falar com o médico sobre os medicamentos do filho.

K tem relação distante com o pai, que ajuda apenas com dinheiro. A criança não reconhece o mesmo como tal, e chega a afirmar que seu pai era um namorado de sua mãe que morreu há alguns anos. Já a mãe relata ter uma relação de conflito com a família paterna de K, pois quando a criança nasceu ela precisou levar a situação a justiça para que K fosse registrado. O único parente próximo é o avô que sempre busca se relacionar com o neto.

K começou a apresentar problemas, segundo a mãe, quando tinha 1 mês, após uma convulsão febril. A partir daí a criança iniciou medicação anticonvulsivante e acompanhamento com neurologista e depois no CAPS. Ela conta que o comportamento do menino sempre foi agitado e agressivo com labilidade de humor. Sobre o diagnóstico do filho, ela não sabe informar, no prontuário do CAPS a hipótese diagnóstica é de alucinose orgânica e TDAH.

A relação de K com os irmãos é conflituosa por conta de sua agressividade, mas a mãe diz que seu filho mais velho, de 17 anos ajuda no cuidado com o irmão e com a casa, principalmente quando ela precisa trabalhar. A relação do menino com o padrasto é boa, e segundo a mãe em um período em que o casal ficou separado K ia constantemente visitar o padrasto.

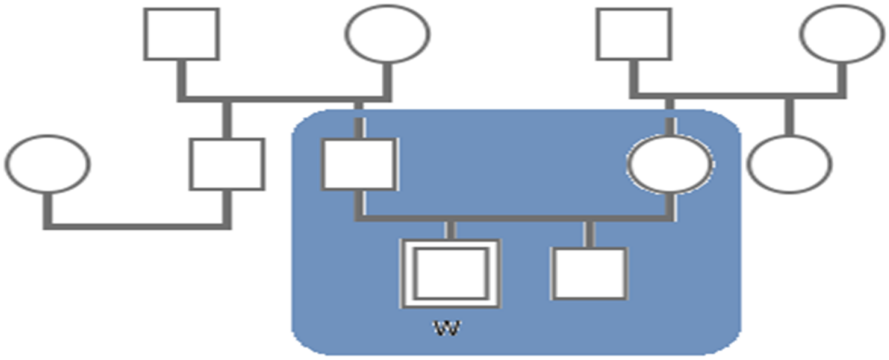
A mãe tirou K da escola porque afirma que o filho sofria bullying e que a instituição não tomou nenhuma atitude a respeito. Contudo o menino é acompanhado por professores na APAPEQ. Sobre essa instituição a mãe fala muito bem, diz que o filho é atendido três vezes por semana e que vê uma melhora significativa em seu comportamento. Já sobre a UBS, ela conta que vem quando precisa e no CAPS, também, e que o grande problema é a demora no atendimento.

Ela conta que além do filho mais velho, tem o suporte das irmãs que ajudam quando precisa, mas não recebe apoio de mais ninguém, que na comunidade onde ela vive as pessoas não se ajudam e que ela muitas vezes pediu ajuda para levar o filho para o tratamento e ninguém ajudou.

A mãe de K gostaria de mais apoio da comunidade e de receber mais orientação sobre como agir quando o filho se tornar agressivo. Diz também que tem grande dificuldade de levar a criança para o acompanhamento da APAPEQ e já chegou a voltar para casa a pé por não ter como pagar o transporte, mas que não deixa de o levar porque entende a importância do tratamento.

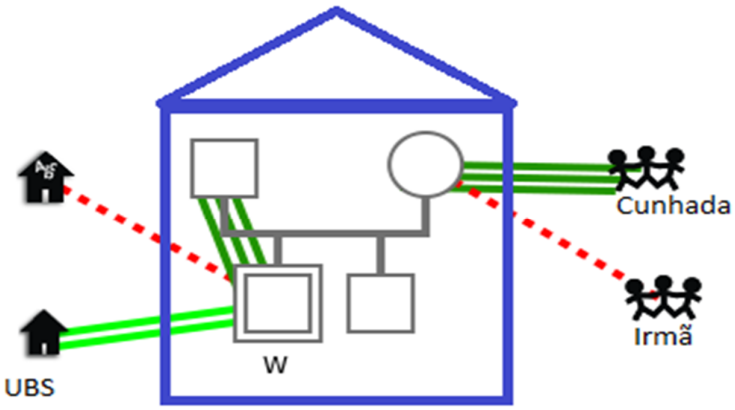
5.3.12 Família Macambira

Figura 27 – Genograma da família Macambira



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 28 – Ecomapa da família Macambira



Fonte: elaborado pelo autor

A família Macambira é composta por W, sua mãe, seu pai e irmão mais novo. Eles moram em uma casa cedida por seu avô materno e a renda familiar vem apenas do programa social Bolsa Família. O pai de W trabalha realizando “bicos” e a mãe não trabalha fora. A entrevista foi realizada durante visita domiciliar com a mãe da criança.

Ela conta que quando W tinha um ano e dois meses, um médico que o atendeu suspeitou de paralisia cerebral, pois a criança tinha problemas para deambular. Ao leva-lo ao um especialista em Fortaleza e depois de diversos exames, o diagnóstico foi descartado. A criança ficou sendo acompanhada por conta dos problemas para caminhar, que foram resolvidos.

A cerca de um ano, os pais de W separam-se, e após o ocorrido o menino ficou agressivo e agitado. A mãe levou o filho a UBS e foi encaminhada para o acompanhamento com a psicóloga. A profissional informou a mãe que na consulta seguinte iria encaminha-lo para o CAPS, contudo por falta de transporte não foi possível o encaminhamento.

W não está indo para a escola porque não tem transporte escolar passando na comunidade, a mãe também informa que não tem muito contato com a instituição. Na UBS ela sente que o filho é bem atendido, mas que ela precisava cuidar mais de uma gastrite nervosa que desenvolveu.

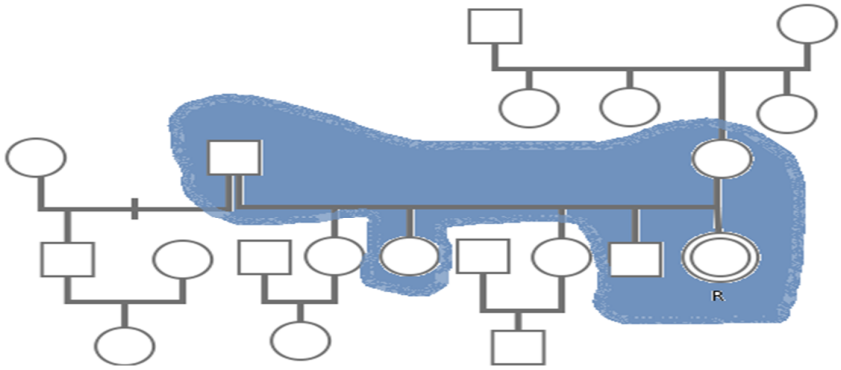
A pouco tempo os pais de W voltaram a se relacionar, mas a mãe conta que não houve melhora no comportamento da criança, e que depois da volta do pai, o menino se tornou muito apegado a ele. O pai é calado e, segundo a mãe, fala pouco com ela e com os filhos. O cuidado com os filhos é realizado por ela, que se sente sobrecarregada e não consegue cuidar da própria saúde.

Ela conta que recebe pouco apoio dentro da família e a única ajuda que tem é de uma cunhada que mora em Quixadá e que nas férias leva W passa passar alguns dias com ela. A tia materna de W mora próximo da família, mas tem uma relação distante com eles.

Diz que a grande necessidade hoje é de uma família mais unida, para ajudar com o problema de W, e que a família dela não ajuda em nada.

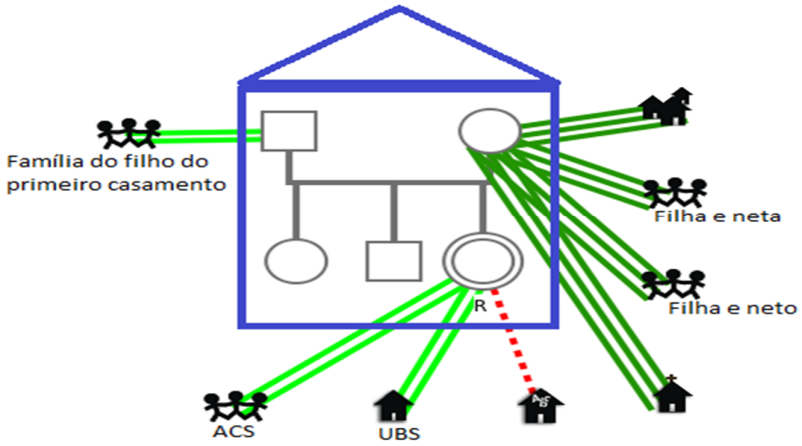
5.3.13 Família Canafístula

Figura 29 – Genograma da família Canafístula



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 30 – Ecomapa da família Canafístula



Fonte: elaborado pelo autor

A família Canafístula é composta por M, de 10 anos, sua mãe, pai, uma irmã e um irmão, ambos mais velhos. A casa da família é própria e a renda familiar vem de um benefício recebido pelo pai de M, o salário da irmã de M, que é de meio salário mínimo e do benefício social Bolsa família. A entrevista foi feita durante visita domiciliar e participaram a mãe e uma irmã de M.

Além dos dois irmãos que moram com M, os pais da criança têm mais duas filhas que são casadas, ambas moram na mesma comunidade e tem contato

diário com a família. Foi uma delas que participou da entrevista, enquanto ajudava a mãe no cuidado da casa. O pai de M tem um filho de primeiro casamento que também convive com a família.

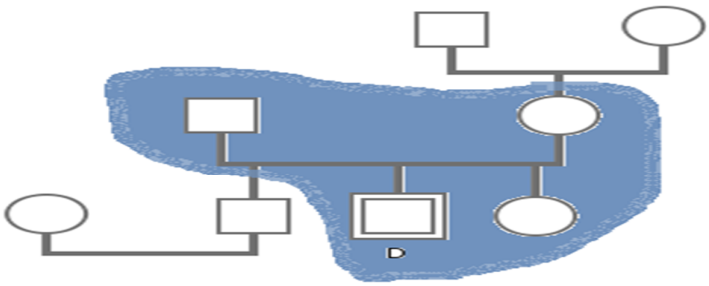
Aos dois anos de idade M apresentou um desmaio e ao ser levada ao médico, os pais foram informados de um problema que ocorreu no parto e que por isso a criança teria que tomar uma mediação. M foi acompanhada por cerca de dois anos, mas como não apresentou mais nenhum episódio de desmaio os pais deixaram de leva-la ao médico e apenas recebiam a medicação na UBS. A mãe observou que há cerca de dois anos a criança começou a se mostrar agitada e agressiva, apresentando insônia e perda de memória. Agora busca marcar consulta no CAPS para uma avaliação.

A filha mais velha conta que a família se uniu por conta do problema da irmã e que a comunidade e a igreja evangélica que eles participam ajudam muito, e que a ACS sempre está presente. Quando a família precisa, vai ao UBS e sentem-se acolhidos.

A mãe diz que gostaria que a filha fosse curada e a filha mais velha disse que era importante um acompanhamento com profissionais que pudesse explicar o que o que a menina tem e ensinar com lidar com as necessidades de M. Para ela um acompanhamento para a menina também seria necessário, já que ela se apresenta muito calada.

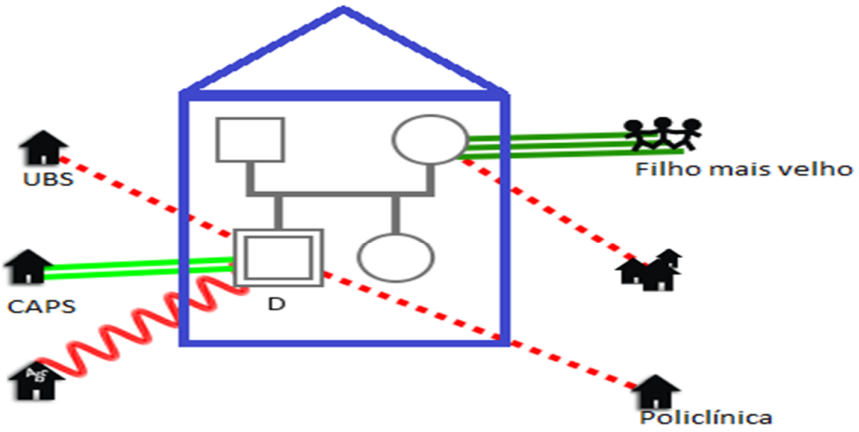
5.3.14 Família Mulungú

Figura 31 – Genograma da família Mulungú



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 32 – Ecomapa da família Mulungú



Fonte: elaborado pelo autor

A família Mulungú é formada por D de 14 anos, sua mãe, pai e a irmã mais nova. O irmão mais velho de D vive em união estável e mora em uma pequena casa no quintal da família. A família vive em casa própria e tem como renda familiar o benefício do INSS recebido por D e o programa Social bolsa família. O pai de D é agricultor e não tem renda fixa. A mãe não trabalha fora. A entrevista foi realizada durante visita domiciliar com a mãe de D.

A mãe conta que o filho a partir dos seis anos começou a se mostrar muito inquieto, não parava e dava murros na parede e insônia. Após o encaminhamento para um neurologista a criança foi diagnosticada com TDAH e encaminha ao CAPS para tratamento. A mãe não consegue associar algum evento à mudança de comportamento do filho.

Os pais de D conversam sempre sobre o problema e o pai é o mais enérgico com relação ao filho, mas a mãe afirma que ele nunca foi agressivo com o filho. A mãe diz que ele “implica” muito com a irmã mais nova.

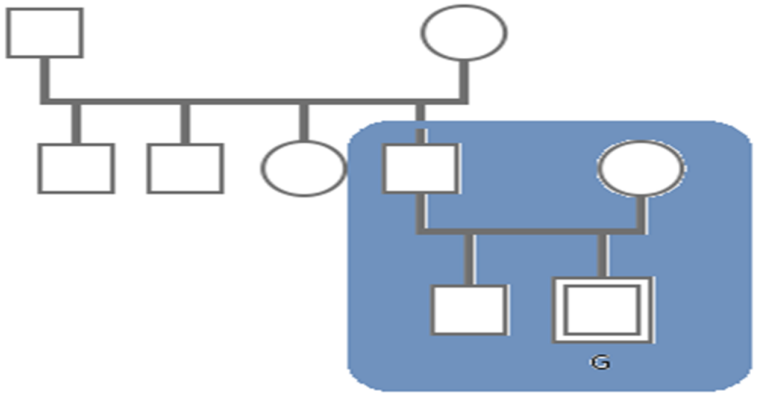
Na escola D não realiza as atividades em sala de aula porque tem dificuldade em aprender a ler, mas a mãe também acha que ele não se esforça e que seria preciso um acompanhamento adequado as necessidades dele.

Ela não encontra dificuldade em ser atendida no CAPS e gosta do serviço. Vai pouco a UBS, só quando precisa pegar a receita para os medicamentos de D.

Diz que queria aprender a cuidar melhor do filho e entender seus problemas, porque às vezes falta paciência, e que o filho é muito difícil.

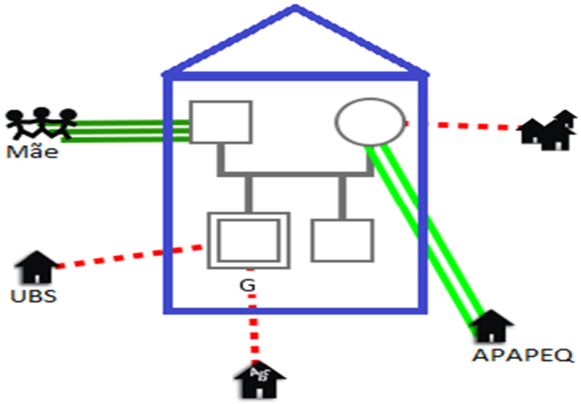
5.3.15 Família Marmeleiro

Figura 33 – Genograma da família Marmeleiro



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 34 – Ecomapa da família Marmeleiro



Fonte: elaborado pelo autor

A família Marmeleiro é composta por G, de oito anos, sua mãe, pai e irmão mais velho. Eles moram em casa própria e a renda familiar vem do benefício recebido pela criança e do programa social Bolsa família. O pai de G trabalha

realizando “bicos” e mãe não trabalha fora. A entrevista foi realizada em visita domiciliar com os pais de G.

A família morava em um distrito de Beberibe e quando G tinha um ano a mãe notou que ele interagia pouco com ela e o irmão, e mesmo tendo brinquedos à disposição gostava apenas de andar ao redor da casa. Uma prima do pai de G conseguiu uma consulta com uma pediatra que encaminhou ao CAPS do município. Como a marcação da consulta demorou os pais pagaram uma consulta com um neurologista em Fortaleza que diagnosticou G com autismo e orientou que a criança fosse acompanhada em um dos CAPSi da capital.

Por morarem distante cerca de 40 km da sede de Beberibe que fica a mais 80 km de Fortaleza o acompanhamento não foi possível. O pai de G que trabalhava formalmente em uma empresa do município, decidiu sair do emprego e se mudar com a família para Quixadá, onde sua mãe e irmão moravam.

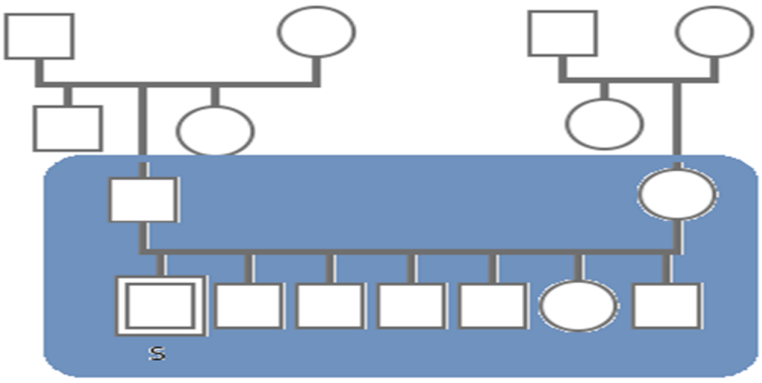
Ao chegarem no município foram a UBS para que o filho fosse encaminhado ao CAPS. No CAPS a criança foi encaminhada para realizar tratamento da APAPEQ onde está em acompanhamento até hoje.

A mãe, sempre que precisa, deixa G com a avó paterna, que é idosa e tem dificuldades para andar, e se sente preocupada que o filho saia da casa da avó e se perca. Ele estuda, mas o pai diz que a escola não serve para nada pois o filho fica lá sem realizar nenhuma atividade e que prefere o acompanhamento da APAPEQ, porque o filho melhorou muito quando começou o tratamento com os profissionais de lá.

Ao serem perguntados quais as atividades que a criança realiza na instituição a mãe respondeu que não sabe, mas que G está cada vez melhor. A única coisa que ela não gosta é que eles querem levar a criança para um psiquiatra para medica-lo. O pai diz que o filho é tranquilo e que não precisa de remédio nenhum. A família não vai muito a UBS e gostariam de mais acompanhamento da equipe, bem como de especialistas.

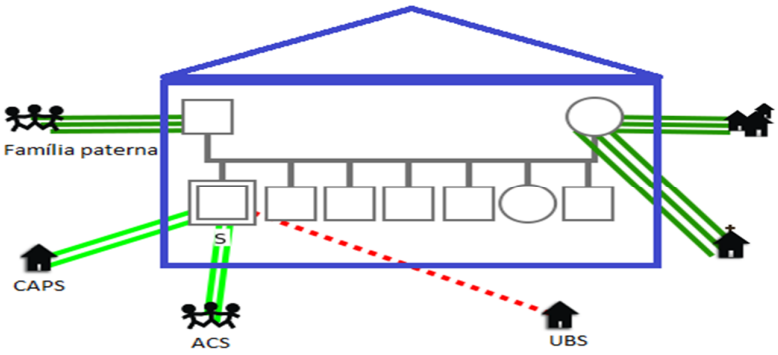
5.3.16 Família Maniçoba

Figura 35 – Genograma da família Maniçoba



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 36 – Ecomapa da família Maniçoba



Fonte: elaborado pelo autor

A família Maniçoba é composta por S de 17 anos, sua mãe, pai e seis irmãos mais novos. Eles moram em casa própria e a renda da família vem do salário da mãe que trabalha em uma pensão com cozinheira e recebe 450 reais por mês e o programa social bolsa família. O pai de S é agricultor e não tem renda fixa. A entrevista foi realizada em visita domiciliar com o pai de S.

O pai conta que no início de 2015 S começou a mudar seu comportamento, ficando nervoso e agressivo. S disse que sentia dor de cabeça e

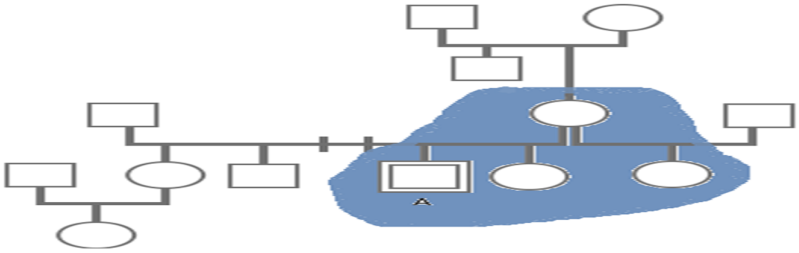
ficava nervoso e que piorou depois de ter sofrido um assalto. No meio do ano de 2016, os sintomas se agravaram e em julho a tia paterna de S o levou ao CAPS.

O adolescente conta que gostou do atendimento e que depois que começou a tomar a medicação prescrita melhorou muito. O prontuário do adolescente descreve a situação como crise de ansiedade.

O pai relata que a ACS ajudou muito também, e que a comunidade e a igreja evangélica que a família frequenta deram apoio e que por isso a família não sofreu muito. Ele deseja que o filho fique bom logo.

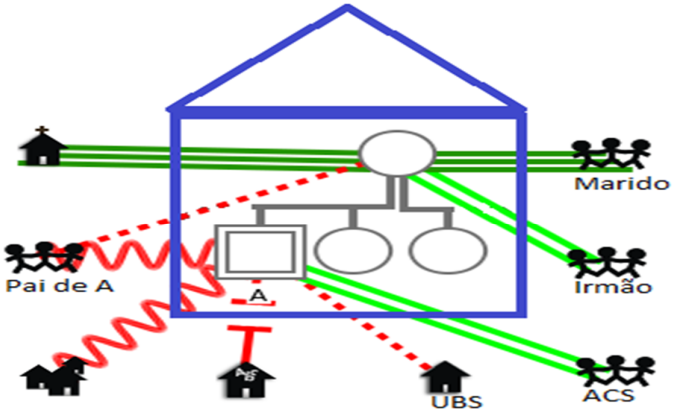
5.3.17 Família Trapiá

Figura 37 – Genograma da família Trapiá



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 38 – Ecomapa da família Trapiá



Fonte: elaborado pelo autor

A família Trapiá é composta por A com 17 anos, sua mãe, padrasto, que mora com a mãe em uma casa vizinha, e duas irmãs mais novas. Eles moram em casa própria e a renda familiar vem do benefício de A, cem reais que a mãe recebe por ajudar uma vizinha e o programa social bolsa família. A irmã mais velha de A é

casada, tem uma filha e mora próximo a família. A entrevista foi realizada em visita domiciliar com a mãe de A.

A iniciou acompanhado no CAPS com quatro anos de idade. Segundo a mãe ele se comportava de forma estranha e isso começou depois que o filho teve uma convulsão febril, a partir daí se tornou agressivo, inquieto. Há cerca de quatro anos o adolescente se negou a tomar a medicação e hoje não tem nenhum acompanhamento.

Os pais de A se separaram há cerca de 10 anos e ele, a irmã mais velha e a do meio são frutos desse casamento. A irmã mais nova é filha do atual relacionamento da mãe de A. A relação do adolescente com o pai é conturbada. Já entre os pais é distante, antes existia conflito, mas a mãe diz que hoje é indiferente. Quando era menor, A convivia bem com o padrasto, hoje a relação é distante, mas sem conflitos.

A foi expulso da escola há três anos por mal comportamento, a mãe foi na instituição explicar a situação do adolescente, mas escola não o aceitou de volta

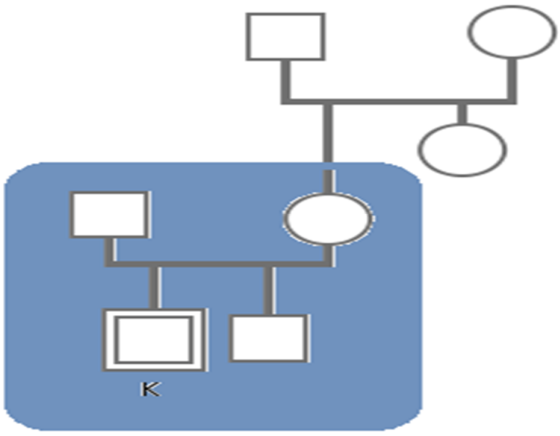
A convivência de A na comunidade também é conflituosa. Ele se envolveu, no início de 2016, em uma briga com o filho de uma vizinha e acabou dando o soco na mesma que estava grávida. A mãe defende o filho explicando que ele só revidou por que a vizinha o agrediu primeiro, e que o filho é um menino bom, mas que a comunidade tem preconceito. No dia da entrevista o adolescente estava em Fortaleza na casa da avó paterna ainda por conta da desavença dentro da comunidade

A mãe conta que sofre muito com a forma que as pessoas veem seu filho e que se sente apoiada pelo marido e pelos membros da igreja evangélica que frequenta. Diz também que a ACS sempre está ajudando e conversando com os vizinhos tentando amenizar a situação.

Ela espera que as pessoas entendam o problema do filho e que o ajudem a superar e que a equipe de saúde da família esteja mais próxima para convencer o jovem a voltar a ser acompanhado e tomar a medicação.

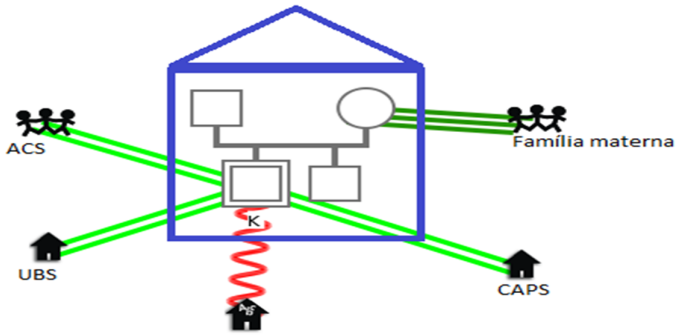
5.3.18 Família Marizeiro

Figura 39 – Genograma da família Marizeiro



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 40 – Ecomapa da família Marizeiro



Fonte: elaborado pelo autor

A família Marizeiro é composta por C de nove anos, seu pai, sai mãe e um irmão mais novo. Eles moram em casa cedida pela avó materna, que mora vizinho. C e seu irmão passam o dia na casa da avó por que a mãe está em busca de trabalho. A renda familiar não é fixa. A entrevista foi realizada em visita domiciliar com a avó.

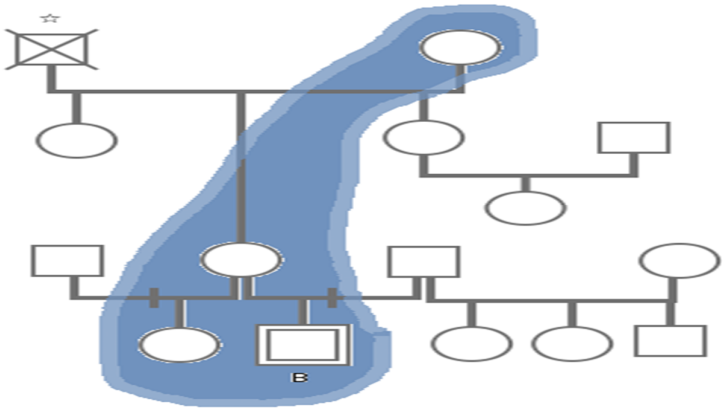
A avó conta que o neto sempre foi muito inquieto e que aos quatro anos os sintomas pioraram, então a mãe o levou para o CAPS e iniciou o tratamento. No

prontuário do CAPS a hipótese diagnóstica é de TDAH associada a transtorno de comportamento.

A família conta apenas com a ajuda da ACS e da equipe de saúde da família. Sobre o CAPS, a avó relata que sempre foram bem atendidos. Na escola C sofre bullying e chega a ser agredido fisicamente. A mãe da criança já foi na escola, mas o problema não foi resolvido. Além disso a avó conta que existem conflitos com a vizinhança, e ao ser perguntado sobre esses conflitos ela desconversa.

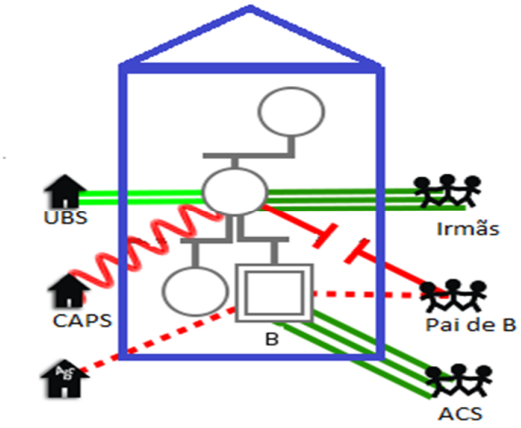
5.3.19 Família Velames

Figura 41 – Genograma da família Velames



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 42 – Ecomapa da família Velames



Fonte: elaborado pelo autor

A família Velames é composta por B de sete anos, sua mãe, irmã mais velha e avó materna. A família mora em casa própria tendo como renda familiar o benefício recebido pela criança, a aposentadora da avó e o programa social Bolsa Família. A entrevista foi realizada em visita domiciliar com a mãe de B.

Os pais de B são separados e o pai é casado e tem mais três filhos. A irmã mais velha é fruto de um relacionamento anterior da mãe. B não tem contato com o pai e com os outros irmãos. A avó de B é viúva e vive com a filha. Uma das tias de B mora perto da família e ajuda a irmã no cuidado da mãe e dos sobrinhos.

Quando tinha alguns meses, durante consulta de rotina, a pediatra sugeriu que B poderia ter hidrocefalia, por apresentar um perímetro cefálico acima da média para a idade. Após exames específicos a hipótese foi descartada, mas, segundo a mãe os exames mostraram alterações relacionadas ao comportamento do filho e o médico prescreveu medicação. Ela não sabe especificar qual diagnóstico foi dado ao filho. No prontuário do CAPS a hipótese diagnóstica inicial era de transtorno mental devido a lesão e disfunção cerebral

A mãe conta que o filho tem insônia, é agressivo, agride a avó e a irmã mais velha, é inquieto e maltrata animais. Conta também que a medicação fez a criança engordar e que por isso administra apenas um dos dois comprimidos prescritos para o dia e as vezes passa até quatro dias sem dar.

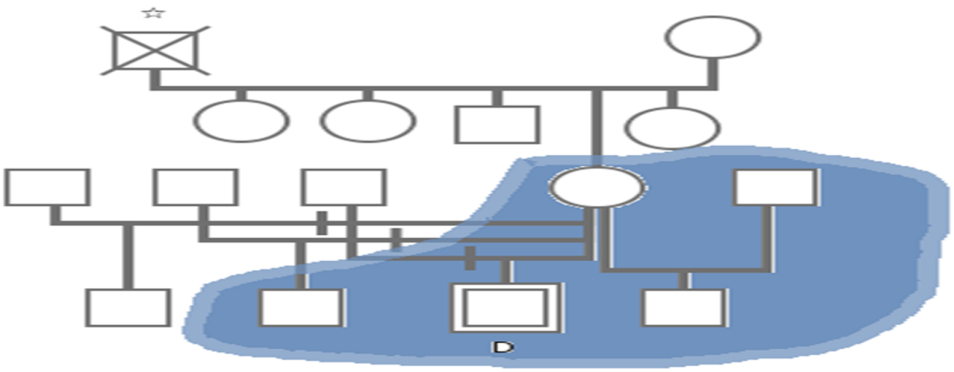
Há poucos meses B foi levado ao pediatra que suspeitou de puberdade precoce e encaminhou para especialista, a mãe diz que está aguardando o agendamento da consulta. Ela gosta do atendimento do posto e conta que a ACS sempre visita e conversa com ela é com B. No CAPS diz ter dificuldade de marcar consulta e que não gosta do atendimento.

Na escola B é tranquilo, mas pouco interessado. Na comunidade apenas a vizinha da família aceita cuidar dele quando necessário, porque o menino, segundo a mãe, “não para quieto” e se deixado sozinho com a avó e a irmã, acaba agredindo a ambas.

Ela diz que gostaria de um acompanhamento mais próximo do CAPS e de uma consulta com especialista.

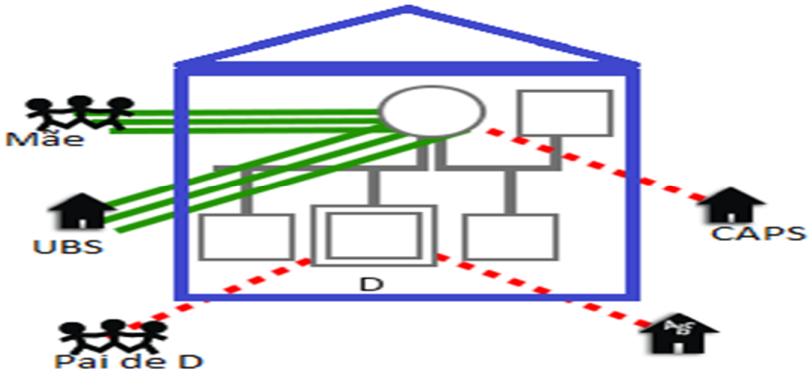
5.3.20 Família Quixabeira

Figura 43 – Genograma da família Quixabeira



Fonte: elaborado pelo autor

Figura 44 – Ecomapa da família Quixabeira



Fonte: elaborado pelo autor

A família Quixabeira é composta por D com 10 anos, sua mãe, três irmãos e o padrasto. A casa onde a família mora é cedida e a renda familiar vem do salário do padrasto, que trabalha na construção, e do programa social bolsa família. A mãe é técnica em saúde bucal, mas está desempregada. Os quatros filhos são de pais diferentes, sendo o mais novo do relacionamento atual. O irmão mais velho de D passa a semana com a avó materna e o fim de semana com a família.

A mãe conta que D era agressivo e inquieto desde muito pequeno e que demorou a procurar acompanhamento por que achava que o filho era “malcriado”.

Há cerca de seis anos, como o comportamento do menino só piorava ela pediu um encaminhamento na UBS e o levou ao CAPS. No CAPS a criança foi encaminhada ao neurologista que, após realizar diversos exames, o encaminhou de volta ao serviço de origem onde a criança começou a tomar medicação.

Hoje D está mais calmo, contudo, a mãe relata que é muito difícil alguém ficar com ele quando ela precisa sair. A única pessoa que ajuda é a avó materna. D não se relaciona com o pai e apesar de algumas brigas, que ocorrem quando D faz algo errado, ele se dá bem com o padrasto.

A mãe conta que recebeu muitas reclamações do comportamento de D na escola, mas que hoje elas diminuíram. Ela tem contato com a UBS e se sente apoiada pela equipe, já no CAPS ela diz que faz tempo que não vai, porque perdeu a última consulta e não consegui remarcar.

Ela deseja que o filho seja acompanhado por um psicólogo e voltar a ser acompanhado no CAPS.

5.4 CONSTRUÇÃO DOS ENUCIADOS DIAGNÓSTICOS

Por meio da avaliação dos dados acima descritos, seguindo o raciocínio clínico de Gordon e utilizando o banco de termos criado, foram construídos 42 enunciados diagnósticos e 36 resultados de enfermagem conforme os quadro 5 e 6.

Como se pode observar, os diagnósticos citados com mais frequentes foram “Relacionamento conflituoso com a escola” presente em 10 famílias, “Renda familiar insuficiente” presente em nove famílias e “Conhecimento sobre situação de saúde do filho limitado” presente em sete famílias.

Quadro 5 - Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE®. Fortaleza – CE, 2017.

Enunciados diagnósticos de enfermagem e sua frequência	
Ambiente inadequado para cuidado (2)	Processo familiar prejudicado (3)
Apoio comunitário ausente (1)	Relação com a comunidade prejudicada (2)
Apoio comunitário frágil (2)	Relação de conflito com a comunidade (4)
Apoio comunitário presente (4)	Relação entre irmãos conflituosa (1)
Apoio familiar presente (4)	Relação pai e filho fragilizada (1)
Atitude do cuidador conflituosa (1)	Relacionamento com a escola conflituoso (10)
Capacidade da continuidade do cuidar em risco (1)	Renda família insuficiente (9)
	Resistência da aceitação da situação de saúde (1)
Capacidade materna para executar cuidado	Risco de abuso sexual (1)

limitada (2)	Risco de estresse do cuidador (1)
Comunicação ineficaz com serviço de saúde (1)	Risco na capacidade para executar o cuidado (1)
Confiança fragilizada em relação ao filho. (1)	Risco na continuidade do cuidado (1)
Conhecimento sobre situação de saúde do filho limitado (7)	Risco para a continuidade de cuidado adequada. (1)
Continuidade de cuidado prejudicada (1)	Socialização familiar prejudicada (1)
Desamparo (1)	Vínculo com Dispositivos de saúde eficaz (3)
Enfrentamento familiar prejudicado (1)	Vínculo com dispositivos de saúde frágil (1)
Esperança no futuro (1)	Vínculo entre mãe e filho prejudicado (1)
Estigma por parte da comunidade (2)	Vínculo familiar frágil (1)
Estresse associado ao papel de cuidador (1)	Vínculo familiar frágil com a criança (1)
Papel de cuidador centralizado na mãe (3)	Vínculo ineficaz com dispositivos de saúde (1)
Papel materno fragilizado (1)	Violência paterna (1)
Papel paterno prejudicado (2)	
Processo familiar eficaz (2)	

Fonte: Elaborado pelo autor

Quadro 6 - Resultados de enfermagem construídos com base na CIPE®. Fortaleza – CE, 2017.

Resultados de enfermagem construido	
Ambiente adequado para cuidado	Papel materno fortalecido
Apoio comunitário fortalecido	Papel paterno fortalecido
Apoio familiar presente	Processo familiar eficaz
Atitude do cuidador adequada	Processo familiar adequado
Capacidade da continuidade do cuidar fortalecida	Relação com a comunidade adequada
	Relação de conflito com a comunidade diminuida
Capacidade materna para executar cuidado fortalecida	Relação entre irmãos adequada
	Relação mãe e filho fortalecida
Melhora na comunicação com serviço de saúde	Relacionamento com a escola adequado
	Renda família adequada
Confiança em relação ao filho fortalecida.	Resistência da aceitação da situação de saúde diminuida
Conhecimento sobre situação de saúde do filho adequado	Risco de abuso sexual diminuido
Continuidade de cuidado melhorada	Risco de estresse do cuidador diminuido
Desamparo diminuído	Capacidade para executar o cuidado adequado
Enfrentamento familiar adequado	Socialização familiar fortalecida
Esperança no futuro fortalecida	Vínculo com Dispositivos de saúde eficaz
Estigma por parte da comunidade diminuído	Vínculo entre mãe e filho adequado
Estresse associado ao papel de cuidador diminuído	Vínculo familiar fortalecido
	Vínculo familiar com a criança fortalecido
Papel de cuidador centralizado na mãe diminuido	Violência paterna diminuida

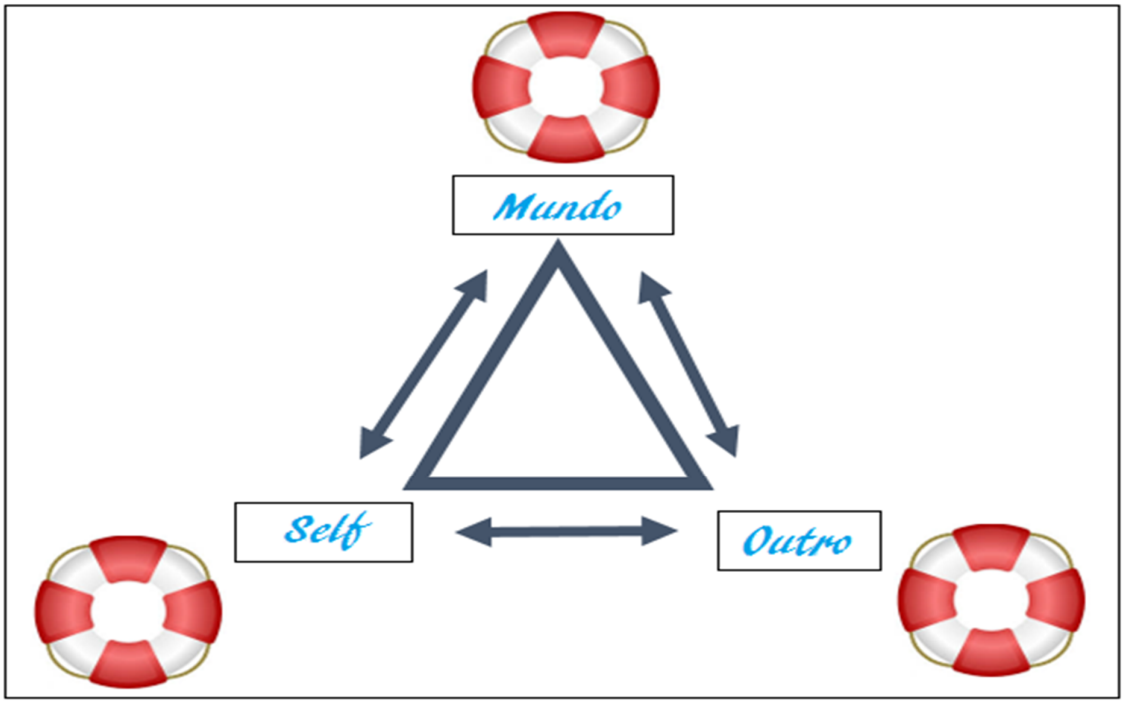
Fonte: Elaborado pelo autor

Em sua teoria Barker trabalha a pessoa em três domínio, que são esferas de controle onde experimentamos diversos aspectos de nossas vidas. (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2009). Buscaremos transportar esses domínios da pessoa para a família no intuito de avaliar os enunciados diagnósticos encontrados no estudo.

Começaremos com o domínio do self, lugar privado, onde encontramos as experiências, crenças e valores da pessoa, sendo revelado apenas o que ela permite (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2009).

Ao trabalhar com a pessoa é necessário reconhecer as dimensões do self, do outro e do mundo (Figura 45). A dimensão do self é um lugar privado, onde a pessoa tem pensamentos, valores, sentimentos e crenças conhecidas apenas por ela, revelando apenas o que ela deseja aos outros. Para trabalhar nesse domínio o enfermeiro deve construir pontes que ajudem a pessoa a expor suas necessidades e começar a trata-las buscando a estabilidade. (ALLIGOOD; TOMEY, 2011).

Figura 45 – Três dimensões da maré



Fonte: Barker (2010)

A família também apresenta características singulares, que só são claras aos que dela fazem parte. Sua dinâmica, mesmo que observada de forma constante, só é apresentada a partir do que a unidade familiar permite.

Quadro 7 - Enunciados diagnósticos de enfermagem construídos com base na CIPE® segundo os domínios da Maré. Fortaleza – CE, 2017.

Domínio da Maré	Enunciado Diagnóstico
Domínio do self	Confiança fragilizada em relação ao filho Enfrentamento familiar prejudicado Papel materno prejudicado Papel paterno prejudicado Processo familiar eficaz Processo familiar prejudicado Relação entre irmãos conflituosa Relação entre pai e filho fragilizada Vínculo entre mãe e filho prejudicado Vínculo familiar frágil Vínculo familiar frágil com a criança Violência paterna Desamparo Esperança no futuro
Domínio do Mundo	Ambiente inadequado para cuidado Atitude do cuidador conflituosa Capacidade da continuidade do cuidar em risco Capacidade materna para executar cuidado limitada Conhecimento sobre situação de saúde do filho limitado Continuidade de cuidado prejudicada Estresse associado ao papel de cuidador Papel de cuidador centralizado na mãe Renda família insuficiente Resistência da aceitação da situação de saúde Risco de abuso sexual Risco de estresse do cuidador Risco na capacidade para executar o cuidado Risco para a continuidade de cuidado adequada Risco na continuidade do cuidado
Domínio do Outro	Apoio comunitário ausente Apoio comunitário frágil Apoio comunitário presente Apoio Familiar presente Comunicação ineficaz com serviço de saúde Estigma por parte da comunidade Relação com a comunidade prejudicada Relação de conflito com a comunidade Relacionamento com a escola conflituoso Socialização familiar prejudicada Vínculo com Dispositivos de saúde eficaz Vínculo frágil com dispositivo de saúde Vínculo ineficaz com dispositivos de saúde

Fonte: Elaborado pelo autor

Nos enunciados diagnósticos acima vemos as relações dentro da família, entre seus membros, os vínculos e suas intensidades ou insistência influenciado e sendo influenciada pelo sofrimento psíquico. Essas relações só são conhecidas a partir do que a família deixa transparecer.

Os diagnósticos “Confiança fragilizada em relação ao filho” e “Relação entre irmãos conflituosa” são associados, pela mãe da família Angico, ao início dos sintomas do filho como vemos a seguir:

> “Ninguém lá de casa tem total confiança nele eles (irmãos) sempre brigaram, mas eram discussõezinhas normal, mas de certo tempo pra cá tá se agravando mais, eles já são mais agressivos um com o outro. Mudou, totalmente, mudou, tá muito diferente ele” (Família Angico)

A violência paterna também foi associada ao aparecimento do sofrimento psíquico conforme observamos na fala da mãe da família Umbuzeiro:

> ”Ele (pai), qualquer coisinha ele ‘lepo’ a chinela, “isso é muita é sem-vergonhice”, isso é muito é do aletrado, não sei o que, é da família de num sei de que” por que o avô dele é assim um pouco enxerido, ai ele acha que o menino é a mesma arrumação”.

A fala acima também aponta para a dificuldade de aceitar o sofrimento psíquico como real motivo do comportamento infantil o que justifica o diagnóstico de “Enfrentamento familiar prejudicado”.

Essa dificuldade acaba retardando o início do tratamento em local adequado e em alguns casos esbarra da falta de sensibilidade dos profissionais que atendem a família, muitas vezes voltando o atendimento apenas para a criança ou adolescente e esquecendo as necessidades da família (MONTEIRO et al., 2012).

Para Barker e Buchanan-Barker (2008), entender a família como peça-chave para a resolução dessas situações é essencial. O enfermeiro deve guiar os familiares a partir das relações, que eles colocam com problemáticas com os filhos, as potencialidades existentes.

Potencialidade vista na fala da mãe da família Umbuzeiro quando fala da relação do pai com a criança:

> “O pai cuida bastante dele, assim do jeitão dele, porque ele não tem culpa dele ter nascido (..) assim, primeiro eu estranhava ele ser daquele jeito, mas isso vem do avô, e outro avô, tudo era assim turrão, ai do jeito dele ele cuida, sabe. ”

Já os diagnósticos “Papel materno prejudicado” e “Papel paterno prejudicado” são relacionados ao abandono, negligência ou falta de interesse dos pais por seus filhos, o que pode causar ou acentuar os sintomas de sofrimento

psíquico na infância e adolescência. Contudo é importante avaliar se esses papeis não foram prejudicados por uma dinâmica familiar que dificulta a criação de vínculo entre pais e filho, seja por questões socioculturais, desavenças entre esses pais ou questões individuais dos genitores. Essa avaliação é necessária para evitar a criação de “vilões” dentro do processo de avaliação das necessidades familiares.

O enfermeiro, nessas situações deve se valer do princípio da neutralidade, sendo imparcial e buscar ao máximo entender a realidade de cada membro da família para que um membro não seja defendido em detrimento do outro (GALERA; LUIS, 2002).

A dimensão do self trabalha inicialmente com a segurança da família através da criação de um plano que se desenvolve na relação enfermeira-família. Nesse momento, é importante definir o que a família é capaz de fazer para se ajudar, suas fragilidades e potencialidades (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2010).

Para isso se realiza o Plano de Segurança que tem como objetivos ajudar a família a descobrir esse potencial no intuito de prevenir o adoecimento de seus membros, bem como a redução de danos já existentes. Para isso é preciso identificar o que a família e os que estão ao seu redor podem fazer para concretizar esse plano. (BARKER P, BUCHANAN-BARKER P, 2014)

O domínio seguinte é o do Mundo, quando o que é privado é exposto aos outros, possibilitando a estes um entendimento da vida da pessoa (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2009).

No caso da família, podemos entender parte dos processos existentes nela e como ela enfrenta os problemas ou necessidades que lhe são apresentados. Os diagnósticos aqui apresentados deixam de focar na dinâmica e estrutura familiar, contudo matem o foco nas particularidades da família e em como o cuidado entre seus membros se organiza.

Os diagnósticos “Ambiente inadequado de cuidado” e “Renda familiar insuficiente” estão diretamente ligados, nos casos encontrados, a questão social como vemos nas falas a seguir:

> “Hoje o que seria mais importante, assim, se ele tivesse recebendo o benefício dele, eu como mãe, gostaria de colocar ele num colégio particular pra ele não sofrer o que ele sofre no colégio. ” (Família Umbuzeiro)
>
> (Com o benefício e um local pra morar) “ia melhorar muito a situação do L porque, ia ter onde morar, ter como se manter, como fazer o tratamento

> dele, eu ia procurar uma ajuda pra mim também, assim, duma psicóloga pra ele me ajudar, que nem a dele ajuda ele e eu saber cuidar dele mais ainda. Porque eu não tô ajudando muito ele. ” (Família Imburana)
>
> “Não vou mentir eu preferia uma casa pra mim botar ele dentro, medicamento dele que não pode faltar, por causa que quando não tem lá eu preciso comprar o medicamento”. (Família Quipá)
>
> “Se não fosse a minha mãe eu não tinha condição de cuidar dele por que um bolsa família não dá pra mim e ele se manter. (...) O meu desejo, que eu queria era ter uma casa pra mim conviver com ele, pra mim viver eu e ele.” (Família Pereiro)

Nas falas observamos que os diagnósticos “Capacidade da continuidade do cuidar em risco”, “Capacidade materna para executar cuidado limitada”, “Continuidade de cuidado prejudicada”, ‘Risco na capacidade para executar o cuidado” e “Risco para a continuidade de cuidado adequada” tornam-se diretamente associados aos dois anteriores e que, para os entrevistados, essas necessidades se resolveriam com as melhores condições de moradia e financeira.

Pra Barker a enfermagem está em constante mudança, sempre em resposta às necessidades sociais tendo com isso um papel de construção social através de uma atividade humana e interpessoal, desenvolvida de um ser humano para outro com foco na promoção do cuidado em prol do crescimento e desenvolvimento do indivíduo, buscando ajudá-lo a explorar a vida além de seus problemas, desenvolvendo maneiras para identificar e cobrir as necessidades da pessoa (ALLIGOOD; TOMEY, 2011).

Dois diagnósticos que se relacionam e são importantes na realidade encontrada são “Conhecimento sobre situação de saúde do filho limitado” e “Resistência da aceitação da situação de saúde”. Sendo, nas famílias estudas, o primeiro causa do segundo.

> “Toda vida ele toma remédio e nunca disseram o que realmente ele tem. Só diz que ele tem que ficar fazendo as consultas e tomar os remédios. (Família Juazeiro)
>
> “Ainda não me acostumei. Esse tempo todinho pra eu me acostumar e eu não me acostumei ainda. (Família facheiro)

Por fim os diagnósticos “Estresse associado ao papel de cuidador”, “Papel de cuidador centralizado na mãe”, “Risco de abuso sexual” e “Risco de estresse do cuidador” refletem o papel da mulher dentro da família e sociedade atual. O cuidado

ainda se mostra delegado, em sua maioria, a mulher, o que leva a sobrecarga e coloca em risco não só do cuidado como os outros papeis desempenhados por ela.

> “Aqui só é tudo comigo, é banho e tudo, ele tem 11 anos, mas nem um banho ele toma só, tudo é comigo. ” (Família juazeiro)

> ‘Ele não vai pra nenhum canto com ela, ele não leva ela nem pro CAPS. Só quem vai é eu. “ (Família Catingueira)

> “Sim, sou a mãe. É o dia e a noite com eles” (Família Macambira)

Especificamente o diagnostico ”Risco de abuso sexual”, presente em apenas uma família, mas que se mostrou impactante como achado, já que engloba diversas temáticas relevantes como a vulnerabilidade feminina ainda presente na sociedade, a violência doméstica e a pedofilia como temas a serem debatidos de forma a encontrar estratégias para ameniza-los. Isso por que a mãe da família Imburana sofre assédio sexual por parte do pai desde que tinha 14 anos e por questões financeiras não pode afastar-se do convívio do mesmo.

> “Por um lado, pra ele fazer o tratamento, quem paga o carro é o pai e também assim, os meus recursos, não dá pra me manter nem manter ele. Ai pra eu comer eu tenho que fazer as coisas lá no pai, que é bem pertinho. Ai também tem, assim, não, a minha relação com o pai não é boa, porque depois que a minha mãe morreu ele começou com umas conversas, umas histórias, eu acho que tu tá entendendo (...). Ai eu não tratei ele bem, depois que minha mãe morreu, pra mim acabou tudo, porque eu não queria que o pai (...) tem seis anos (que a mãe morreu). As vezes quando eu tô dormindo ele vai lá em casa, bate na porta. “Minha filha deixa eu dormir aí, não sei o que, eu sou tão bom pra você”. Fica naquela coisa e aí, eu não tenho uma relação boa com ele, ele não me trata bem, ele tem marcação em mim já por causa disso. Eu disse a ele. “Você vai morrer e não vai ter o gosto de encostar perto de mim’. Por que eu sofro muito com isso, por ser assim, meu pai, eu ser filha dele. Até precisando de tratamento com a psicóloga do CAPS eu tô. ” (Família Imburana)

O papel da mulher como cuidadora principal e responsável pelo bem-estar dos membros da família, tem um fundo sociocultural, que segundo Kamers (2006) se reporta a figura da boa mãe, criada no século XVIII, e que se mantém ainda hoje. Esse papel coloca a mulher como aquela que deve se sacrificar em prol dos filhos, sendo ela a responsável tanto pelo sucesso como pelo fracasso de sua prole.

Diante dessa realidade cabe ao enfermeiro, junto a equipe de saúde, trabalhar com a família em busca de sensibilizar seus membros com relação a

sobrecarga do cuidador principal (ARAUJO et al., 2013). É importante também desmistificar a papel da mulher com única responsável pelo cuidado e criar estratégias para garantir a segurança daquelas que sofrem com o abuso sexual.

A dimensão do mundo é onde a família compartilha as experiências com os outros, é o mundo social. É a partir desse domínio que o enfermeiro centra esforços para compreender a família e os problemas que vivem. Essa dimensão foca na necessidade da família de ser entendida. É preciso fazer a avaliação holística para aprender sobre o mundo de vida da família, através de sua própria voz e dos eventos significantes para ela em detalhes e sessões individuais, para encoraja-la a lidar com os problemas (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2010).

A proposta de Avaliação Holística é desenvolver uma conversação onde a família conte sua história e de como elas chegaram a situação atual, bem como discutir como os problemas citados por ela poderiam ser resolvidos. É necessário para isso uma conversa íntima e de confiança com a família, formando uma base para a relação terapêutica. É importante também reconhecer a família como a maior conhecedora de seus problemas e necessidades. O resultado da Avaliação Holística é apresentar a “Voz” da própria família, usando a sua própria linguagem natural. (BARKER P, BUCHANAN-BARKER P, 2014)

O lugar onde a pessoa convive diariamente com outras pessoas é a dimensão do outro, seu ambiente. A teoria define ambiente como mundo social e material onde as pessoas vivem e interagem com outros indivíduos, grupos e organizações e o lugar onde a família, a cultura e as relações estão colocadas, é também o local ondo pode ocorrer a relação terapêutica. (ALLIGOOD; TOMEY, 2011)

As relações que são influenciadas e influenciam a pessoa. É aqui que ocorre a organização e prestação de cuidados. A dimensão outro, da ênfase no trabalho em grupo que busca o fortalecimento da família através do apoio grupal. (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2010).

Aqui discutiremos os diagnósticos associados a família como ente que está dentro do mundo a partir de suas relações com os serviços que utilizam e suas redes sociais de apoio. É importante considerar essas redes pois elas são recursos que podem ser utilizados quando o plano de cuidados da família for construído (BRUSAMARELLO, 2011).

Os diagnósticos “Apoio comunitário ausente”, “Apoio comunitário frágil” “Estigma por parte da comunidade” e “socialização familiar prejudicada” são colocados pelas famílias como sinal de descriminação com os filhos e como barreira no cuidado adequado dos mesmos como vemos a seguir:

> “Veio todo mundo pra cima dele, (chora) ele é uma pessoa boa (...) eu queria que as pessoas entendessem mais ele, conversasse mais com ele, dessem mais conselho a ele. “ (Família Trapiá)

> “Tem muita gente conhecida que não dá uma carona, sabia que eu morava aqui, me conhecia e nunca me deu, e eu já ajudei muita gente aqui assim. Ajudei e ajudo, mas tem muita gente que não tem coração bom. ” (Família Facheiros)

> “Não, cada um por si, se você tiver um dinheiro pra fretar um carro você vai, se você não tiver você se taca de moto. “ (Família Pereiro)

> “Por que é meio difícil pro lado de cá, o povo. “ (Família Juazeiro)

O diagnóstico “Apoio comunitário presente”, nas famílias estudadas, esteve relacionado a participação dessas famílias em grupos, em sua maioria religiosos. Os relatos mostram que o apoio baseado na escuta fortalece as famílias diante das necessidades enfrentadas. Para Vicente, Higarash e Furtado (2015) a participação em grupos religiosos possibilita a criação de vínculos e construção de redes de apoio.

> “Tem, aqui o pessoal é tudo como se fosse a mesma família, nasci e me criei aqui, e é tudo família, somos evangélicos e tudo é uma coisa só, a comunidade evangélica é tudo uma só. ” (Família Baruana)

> “Os irmãos da igreja e minha filha (a mais velha). Se a gente tem algum problema a gente pode chegar aos irmãos, comentar, falar o que está acontecendo. “ (Família juazeiro)

Já a relação da família com os serviços que a cercam, como a escola e os serviços de saúde são encontrados nos diagnósticos “Comunicação ineficaz com serviço de saúde”, “Relacionamento com a escola conflituoso”, “Vínculo frágil com dispositivo de saúde” e “Vínculo ineficaz com dispositivos de saúde”

A escola, para a maioria das famílias, não entende o problemas de seus filhos, permitindo que eles sofram bullying e não ajudando no desenvolvimento esperado das crianças:

> “Na escola não é muito boa não, porque eu só vivo brigando com as professoras dele, ele chega em casa mordido. Um dia desses ele chegou com o pescoço rasgado da bolsa, que ele bota a bolsa no pescoço os outros alunos vem e puxa, vendo a hora ter enforcado ele. Ai eu tive que chamar a diretoria a atenção e falar mesmo, por que eu disse, que se acontecesse alguma coisa com ele eu processava tudinho da escola. ” (Família Imburana)

> “Na escola do Junco, aqui mesmo, se fosse preciso deu tirar ele, eu tirava, por que tem muita gente, que insulta com ele que não é brincadeira não, ele sofre mesmo (a escola) não toma atitudes. Por que eu falo com a professora, reclamo, mas só que na mesma hora eles tão fazendo a mesma coisa com ele. ” (Família Facheiro)

> “Ele não estuda mais porque o colégio injeitou ele, não quis mais ele por que ele era muito agressivo. Ele ameaçava os professores, ele batia nos alunos ai o colégio não quis mais que ele estudasse. Ele deixou de estudar tá com dois anos, ele é doido pra estudar mas não tem condições porque o colégio não quer mais ele. ” (Família Trapiá)

Já os serviços de saúde, em alguns casos são indiferentes as necessidades das crianças e adolescentes e não realizam o acompanhamento adequado

> “Eu acho que tinha que ficar mais próximo, as consultas, que é muito, custa demais, passa três meses, passa quatro meses né. ” (Família Baruana)

> “Às vezes eu trago pro posto. Só demora muito pra atender, mas (...)por ele ter o problema que ele tem, era pra ela colocar primeiro porque quem aguenta sou eu. ” (Família Imburana)

> “Porque o médico, assim, ele acompanha, mas a gente tem que ir lá falar pra ele, ai ele diz "tá bom, mais isso não é da minha área, isso ai tem que ser com o médico dele" Ai a ajuda que tem que ser é essa, mais acompanhamento de saúde mesmo, mais próximo, por que assim, ele tem, mas não é tanto, tão próximo.” (Família Quipá)

O diagnóstico “Vínculo com Dispositivos de saúde eficaz” é apresentado pelas famílias quando estas se sentem acolhidas no serviço que utilizam, com relação aos profissionais que mais demostram vínculo com elas, os mais citados são os ACS.

> “Até hoje, como eu disse, quando é pra eu levar ele pra consulta a C (atendente) já sabe que ele não gosta muito de estar em meio de movimento. ” (Família Umbuzeiro)

> “Lá assim, eu sou bem atendida, como ele é pequeno, ele às vezes é o mais novo que tem, botam primeiro, o médico dele atende ele muito bem. ” (Família Pereiro)

> “Tem a V (ACS), ela é nossa, queria que fosse da família. ” (Família Baruana)
>
> “A V (ACS) assim, ela sempre, ... quando eu preciso dela para saber alguma coisa ele tá presente”. (Família imburana)

Encontrar estratégias que fortaleçam o vínculo das famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico com a comunidade onde vivem e com os serviços que utilizam é de fundamental importância para a melhoria na qualidade de vida de seus membros.

É importante, então, que o enfermeiro, dentro de suas atribuições no cuidado com essas famílias, possa trabalhar as fragilidades encontradas e fortalecer as potencialidades buscando tornar essa rede forte o suficiente para o crescimento coletivo ajudando as famílias a criar vínculos que ajudem no cuidado com o ente adoecido e com a saúde familiar (BRUSAMARELLO, 2011; VICENTE; HIGARASH; FURTADO, 2015).

O enfermeiro pode utilizar, como foi dito anteriormente, os grupos como estratégias de cuidado nesse domínio, entretanto, nesses grupos, buscam-se discutir questões da vida diária, sendo conduzidos por enfermeiros que se inserem na dinâmica e devem buscar serem vistas como um dos componentes, uma pessoa com crenças, problemas e objetivos. Ao participar desses grupos a família consegue perceber o valor do apoio social e mútuo que ela pode receber e dar aos outros (BARKER; BUCHANAN-BARKER, 2010).

Por fim, é importante lembrar que além do plano de segurança, avaliação holística e atividades grupais o enfermeiro, ao utilizar a Tidel Model junto as famílias, deve colocar em prática os seis pressupostos filosóficos discutidos anteriormente. A curiosidade como forma de coletar o máximo de informações possíveis das relações familiares, no intuito de reconhecer os recursos que ela tem para responder frente a seus problemas, a valorização da família por meio do respeito a sua vontade, bem como a colocação da crise como oportunidade de crescimento e autoconhecimento. A criação de um plano de cuidado junto a família respeitaria o pressuposto de que as metas pertencem a ela e pôr fim a atitude ética e comprometida do enfermeiro como resposta ao pressuposto da elegância ao atender.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família é considerada responsável por cuidar de seus membros, e tem o papel de garantir que eles cresçam saudáveis, repassando para cada um as cresças, hábitos e costumes da sociedade onde vivem. Entretanto a família também é uma unidade que precisa ser cuidada para que possa realizar adequadamente as funções que lhe foram atribuídas.

Pensando nisso, o estudo contribuiu com famílias que apresentam entre seus membros crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, por meio da detecção das necessidades dessas famílias sob a ótica do Modelo de Recuperação da Saúde mental de Phil Barker e a construção de enunciados diagnósticos de enfermagem. Para isso, criou-se um banco com 216 termos constantes e não constantes na CIPE® 2015 e partindo deles 42 enunciados diagnósticos e 36 resultados de enfermagem.

Os diagnósticos foram divididos e discutidos segundo os três domínios da teoria de Phil Barker, 14 foram discutidos no domínio do Self, esses enunciados eram voltados para as relações familiares internas, vistas por seus membros,15 no domínio do mundo onde se observou diagnósticos relacionados a família como unidade cuidadora de seus membros e 13 no domínio do outro, onde se avaliou as relações da família com a comunidade e os serviços que ela acessa.

Os achados permitiram refletir a importância do raciocínio clínicos nas ações de enfermagem valendo-se de um referencial teórico para sua aplicação bem como de um sistema de classificação que permita a documentação correta desse raciocínio.

Foi possível também vislumbrar o cenário e a dinâmica das famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, suas fragilidades e potencialidades, e como o fenômeno da saúde mental interfere no processo familiar.

Os enunciados diagnósticos e os resultados de enfermagemforam pensados para a ação do enfermeiro na Atenção Primária em Saúde, contudo é importante ressaltar que a avaliação familiar não pode se restringir a esse espaço e que os diagnósticos podem e devem ser usados em outros ambientes de cuidado.

Como limitações do estudo podemos citar o número de famílias participantes e a pesquisa ter sido realizada apenas em um município, o que impede a avaliação mais aprofundada das necessidades dessas famílias

O estudo deixa a possibilidade de ser ampliado por meio da construção das intervenções de enfermagem com a mesma metodologia utilizada, sendo possível a construção de um subconjunto terminológico da CIPE® para famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, o que traria benefícios para os profissionais enfermeiros que atuam junto a esse público, sendo do interesse da autora realiza-lo.

Entendendo que o trabalho com famílias permite amplas oportunidades e que a saúde mental é transversal dentro da saúde como um todo, acreditamos que novas pesquisas podem ser realizadas para complementar e enriquecer o tema abordado em nosso estudo, permitindo o crescimento da enfermagem como profissão e fortalecendo o cuidado as famílias.

Junto a realização de pesquisas, faz-se importante colocar em prática ações, dentro dos serviços de saúde que atendem crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, que garantam também o acompanhamento de suas famílias, e que o enfermeiro, por meio das ferramentas aqui apresentadas, e de outras que venham surgir, possa colocar seu conhecimento a disposição dessas famílias.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem:** fundamentos para o raciocínio clínico. 8. ed. Porto Alegre: Artmed, 2014.

ALLIGOOD, M.R; TOMEY, A.M. **Modelos y teorias em enfermeira**. 7. ed. São Paulo: Elsevier, 2011

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2007.

_____. **Loucos pela vida:** a trajetória da reforma psiquiátrica no Brasil. 2. ed. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2015.

ARAÚJO, Y.B; REICHERT, A.P.S; VASCONCELOS, M.G.L; COLLET,N. Fragilidade da rede social de famílias de crianças com doença crônica. **Rev Bras Enferm**., Brasília, v. 66 n. 5, p. 675-81, set./out. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672013000500006>. Acesso em: 05 nov. 2016.

BARKER, P. The Tidal Model: developing an empowering, person-centred approach to recovery within psychiatric and mental health nursing. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,** v. 8, p. 233-240, 2001.

BARKER P, BUCHANAN-BARKER P. **El Modelo Tidal: salud mental, reinvidicación y recuperación.** Traducción: Flora del Rio Pedreza. Sevilla: Servicio Andaluz de Salud, 2014.

_____. **The Tidal Model:** a guide for mental health professionals. New York: Routledge, 2009.

_____. The Tidal Model of Mental Health Recovery and Reclamation: Application in Acute Care Settings **Issues in Mental Health Nursing,** v. 31, p. 171-180, 2010

BARRA, D.C.C; SASSO, G.T.M.D. Processo de enfermagem conforme a Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem: uma revisão integrativa. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 440-7, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072012000200024&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 mar. 2015.

BRASIL. **Atenção psicossocial a crianças e adolescentes no SUS:** tecendo redes para garantir direitos. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_psicossocial_criancas_adolescentes_sus.pdf>. Acesso em: 24 nov. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____ Ministério da Saúde. **Saúde mental**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_34.pdf>. Acesso em: 07 ago. 2015.

_____ Ministério da Saúde **Agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/agenda_nacional_prioridades_2ed_3imp.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2016.

BRUSAMARELLO T; GUIMARÃES, A.N; LABRONICI, L.M; MAZZA, V.A; MAFTUM, M.A. Redes sociais de apoio de pessoas com transtornos mentais e familiares. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 20, n. 1, p.33-40, jan./mar. 2011. Disponível em. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v20n1/04.pdf>. Acesso em: 14 mar. 2016.

BUCHANAN-BARKER P. & BARKER P. J. The Tidal Commitments: extending the value base of mental health recovery. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing,** v.15, p. 93-00, 2008. Disponível em: <http://link.periodicos.capes.gov.br.ez76.periodicos.capes.gov.br/sfxlcl41?url_ver=Z39.88-2004&url_ctx_fmt=fi/fmt:kev:mtx:ctx&ctx_enc=info:ofi/enc:UTF-8&ctx_ver=Z39.88-2004&rfr_id=info:sid/sfxit.com:azlist&sfx.ignore_date_threshold=1&rft.object_id=954927740834&svc.fulltext=yes>. Acesso em: 15 set. 2015

CAMARA, Y.M.R.; AMARAL, J. J.F. A criança portadora de sofrimento psíquico enquanto sujeito de pesquisa do seu processo de adoecer. **Rev. Subj.,** Fortaleza, v. 14, n. 3, p. 373-382, dez. 2014 . Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2359-07692014000300002&lng=pt&nrm=iso >. Acesso em: 25 nov. 2016.

CAVALHERI, S.C. Transformações do modelo assistencial em saúde mental e seu impacto na família. **Rev Bras Enferm.,** Brasília, v. 63, n. 1, p. 51-57, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n1/v63n1a09.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2016.

CECAGNO, S; SOUSA, M.D; JARDIM, V.M.R**.** Compreendendo o contexto familiar no processo saúde-doença. **Acta Scientiarum. Health Sciences,** Maringá, v. 26, n. 1, p. 107-112, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/2723.pdf>. Acesso em: 22 set. 2015.

COLVERO, L.A.; IDE, C.A.C.; ROLIM, M.A. Família e doença mental: a difícil convivência com a diferença. **Rev Esc Enferm USP.** São Paulo, v. 38, n. 2, p.197-205, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n2/11.pdf>. Acesso em: 04 fev. 2016.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução n. 358, de 15 de outubro de 2009, que dispõe sobre a **Sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem**. Brasília, 2009

CRIVELATTI, M.M.B; DURMAN, S; HOFSTATTER, L.M. sofrimento psíquico na adolescência. **Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v. 15, n. esp, p. 65-70, 2006.

CUBAS, M.R; NÓBREGA, M.M.L. **Atenção primária em Saúde:** diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem. Rio de Janeiro: Elsevier, 2015.

DELFINI, P.S.S et al. Perfil dos usuários de um centro de atenção Psicossocial infanto-juvenil da grande São Paulo, Brasil. **Rev Bras Crescimento Desenvolvimento Hum.,** São Paulo, v. 19, n. 2, p. 226-236, 2009

FERRIOLLI, SHT.; MARTURANO, EM.; PUNTEL, LP. Contexto familiar e problemas de saúde mental infantil no Programa Saúde da Família. **Rev Saúde Pública,** São Paulo, v. 41, n. 2, p. 251-9, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000200012>. Acesso em: 05 set. 2015

FLICK, U. **Introdução à metodologia de pesquisa:** um guia para iniciantes. Tradução: Magda Lopes. Porto Alegre: Penso, 2013.

_____. **Introdução à pesquisa qualitativa.** 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FONCECA, C. Concepções de família e práticas de intervenção: uma contribuição antropológica. **Saúde e Sociedade,** São Paulo v. 14, n. 2 , p. 50-59, maio/ago. 2005.

GALERA, S.A.F.G; LUIS, M.A.V. Principais conceitos da abordagem sistêmica em cuidados de enfermagem ao indivíduo e sua família. **Rev Esc Enferm USP.** v. 36, n. 2, p. 141-7, 2002.

GARCIA T.R; NÓBREGA M.M.L. A terminologia CIPE® e a participação do Centro CIPE® brasileiro em seu desenvolvimento e disseminação. **Rev Bras Enferm**., v. 66, n. esp, p. 142-50, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v66nspe/v66nspea18.pdf>. Acesso em: 27 mar. 2015.

_____. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem: inserção brasileira no projeto do Conselho Internacional de Enfermeiras. **Acta Paul Enferm.,** São Paulo, v. 22, n. esp., p. 875-9, 2009**.** Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v22nspe/06.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

_____. Processo de enfermagem: da teoria à prática assistencial e de pesquisa. **Esc Anna Nery Ver Enferm,** Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 188-193, 2009.

GARCIA, T.R. (Orgs.) **Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem – CIPE:** aplicação à realidade brasileira. Porto Alegre: Artmed, 2015.

GARCIA, T.R. et al. Sistematização da assistência de enfermagem na atenção primária à saúde: desafios e perspectivas contemporâneas. In: KALINOWSKI, C.E; OLIVEIRA, A; FERREIRA, D.S. (Orgs.) **Programa de Atualização em Enfermagem:** atenção primária e saúde da família. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2013, v.2.

GIL, A.C. **Como elaborar um projeto de pesquisa.** 4. ed. São Paulo: Atlas, 2008)

GORDON, M. **Nursing Diagnosis:** process and application. 3. ed. Michigan: Mosby, 1993.

HOCKENBERRY, MJ.; WILKELSTEIN, W. **Wong, Fundamentos de enfermagem pediátrica.** 8. ed**.** Rio de Janeiro: Elsevier, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Síntese de indicadores,** 2010. Disponível em: <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/perfil.php?lang=&codmun=231130&search=ceara|quixada>. Acesso em: 04 fev. 2016.

_____. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio. **Síntese de indicadores,** 2012. Disponível em: http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv65857.pdf Acesso em: 10 nov. 2016.

_____. Pesquisa Nacional por amostra de domicílio. **Síntese de indicadores,** 2015. Disponível em: <http://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98887.pdf>. Acesso em: 10 nov. 2016.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES (ICN). **International Classification for Nursing Practice – ICNP® Version 1.0**. Genebra, 2005.

INTERNATIONAL ORGANIZATION FOR STANDARDIZATION. **ISO 18104.** Health informatics integration of a reference terminology model for nursing. Genebra: ISSO, 2014.

LEOPARD, M.T. **Teoria e método em assistência de enfermagem.** 2. ed. Florianópolis: 2006

MARIN, H.F; PERES, H.H.C; SASSO, GTMD. Análise da estrutura categorial da Norma ISO 18104 na documentação em Enfermagem. **Acta Paul Enferm**., São Paulo, v. 26, n. 3, p.299-306, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000300016>. Acesso em: 18 mar. 2016.

MATOS, M.B; CRUZ, A.C.N; DUMITH, S.C; DIAS, N.C; CARRET, R.B.P; QUEVEDO, L.A. Eventos estressores na família e indicativos de problemas de saúde mental em crianças com idade escolar. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 7, p. 2157-2163, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n7/1413-8123-csc-20-07-2157.pdf>. Acesso em: 05 set. 2015

MAZONI, R.M; RODRIGUES, C.C; SANTOS, D.S; ROSSI, L.A; CARVALHO, E.C. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira**. Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 63 n. 2, p.285-9, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/18.pdf>. Acesso em: 16 mar. 2015.

MCEWEN, M.; WILLS, E.M. **Bases Teóricas para Enfermagem**, 2 ed. Tradução: Ana maria Thorell. Porto Alegre: Artmed, 2009.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento**. 12. ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MIRANDA, C.A; TARASCONI, C.V; SCORTEGAGNA, S.A. Estudo epidêmico dos transtornos mentais. **Avaliação Psicológica**, v. 7, n. 2, p. 249-57, 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-04712008000200015>. Acesso em: 05 nov. 2016.

MONTEIRO A.R.M; TEIXEIRA, L.A; SILVA, R.S.M; RABELO, K.P.S; TAVARES, S.F.V; TÁVORA, R.C.O. Sofrimento psíquico em crianças e adolescentes: a busca pelo tratamento. **Esc Anna Nery**., Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 523-529, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000300014>. Acesso em: 05 set. 2015.

NEVES, E.T; CABRAL, I.E; SILVEIRA, A. Rede familial de crianças com necessidades especiais de saúde: implicações para a enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem,** Ribeirão Preto, v. 21, n. 2, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692013000200562&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 05 nov. 2016

NÓBREGA, M.M.L. (Org.). **Diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para clientes hospitalizados nas unidades clínicas do HULW/UFPB utilizando a CIPE®.** João Pessoa: Ideia, 2011.

. **A CIPE®, a sistematização da assistência de enfermagem e os sistemas de informação em saúde**. Seminário CIPE, SAE e Sistemas de Informação para a Gestão do Cuidado no SUS. Brasília, 2012 disponível em: <https://recriarse.files.wordpress.com/2012/12/cipe-sae-e-sistemas-de-informac3a7c3a3o-em-sac3bade_unb-23nov2012_profmiriam.pdf>. Acesso em: 21 fev. 2016

NONINO, F.O.L et al. A utilização do mapeamento cruzado na pesquisa de enfermagem: uma revisão da literatura. **Rev Bras Enferm.,** Brasilia, v. 61, n. 6, p. 872-7, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a13v61n6.pdf>. Acesso em: 15 ago. 2016.

OHARA, E.C.C; SAITO, R.X.S. (Orgs.) **Saúde da família:** considerações teóricas e aplicabilidade. 3. ed. São Paulo: Martinari, 2014.

PÁSCOA, J.G.O. **Centro de Atenção Psicossocial de Quixadá:** contribuições para mudanças na condução da política saúde mental no nível municipal. 2008, 106 f. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas), Cento de Estudos Sociais Aplicados, Universidade Estadual do Ceará, Fortaleza, 2008. Disponível em: <http://livros01.livrosgratis.com.br/cp097827.pdf>. Acesso em: 05 jan. 2016.

PIZZI, M.L.G. Conceituação de família e seus diferentes arranjos. **Ensino da Socióloga em Debate,** v. 1, n. 1, 2012. Disponível em: <http://www.uel.br/revistas/lenpes-pibid/pages/arquivos/1%20Edicao/1ordf.%20Edicao.%20Artigo%20PIZZI%20M.%20L.%20G.pdf>. Acesso em: 06 mar. 2016.

POLANCZYK, G.V.; LAMBERTE, M.T.M.R**. Psiquiatria da infância e adolescência.** Baruerí: Manole, 2012

RANDEMARK, N.F.R.; JORGE, M.S.B.; QUEIROZ, M.V.O. A reforma psiquiátrica no olhar das famílias. **Texto Contexto Enferm.,** Florianópolis, v.13, n. 4, p. 543-550, 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072004000400006>. Acesso em: 02 dez. 2015.

SILVA V.G, MOTTA M.C.S, ZEITOUNE R.C.G. A prática do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: o caso do município de Vitória/ES. **Rev. Eletr. Enf.,** v. 12, n. 3, p. 441-448, 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.5216/ree.v12i3.5278>. Acesso em: 04 set. 2015

SIQUEIRA, M.C.F; BITTENCOURT, G.K.G.D; NÓBREGA, M.M.L; NOGUEIRA, J.A; SILVA, A.O. Term base for nursing practices with elderly women with HIV/AIDS. **Rev Gaúcha Enferm**., v. 36, n. 1, p. 28-34, 2015. Disponível em: <http://seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/46671/3358>. Acesso em: 06 set. 2016.

VICENTE, J.B; HIGARASHI, I.H; FURTADO, M.C.C.Transtorno mental na infância: configurações familiares e suas relações sociais. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem,** Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, jan./mar, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452015000100107> . Acesso em: 3 mar. 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. -WHO **Mental Health Policy and Service Guidance Package**: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva: World Health Organization, 2005. Disponivel em: <www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf> . Acesso em: 05 jan. 2016

WORLD HEALTH ORGANIZATION.-WHO. **Mental health atlas 2014.** Geneva, 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/178879/1/9789241565011_eng.pdf?ua=1&ua=1 >. Acesso em: 14 dez. 2015.

WHO, World Health Organization. **Young People´s Health - a Challenge for Society.** Report of a WHO Study Group on Young People and Health for All. Technical Report Series 731. Geneva: WHO, 1986.

WRIGTH, LM; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias:** Guia para a avaliação e intervenção na família. 5. ed. São Paulo: Roca, 2012.

ZAHRA, F.M; CARVALHO, D.R; MALUCELLI, A. Poronto: ferramenta para construção semiautomática de ontologias em português. **J. Health Inform**., v. 5, n. 2, p. 52-9. 2013; Disponível em: <http://www.jhi-sbis.saude.ws/ojs-jhi/index.php/jhi-sbis/article/view/232/167>. Acesso em: 16 mar. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de dados

ICD Nº: _____

Data da entrevista: ___/___/___ Equipe: _____ ACS: _____

Dados da criança

Iniciais: _____

Idade: _____ Sexo: _____ Tempo do diagnóstico: _____

Medicações utilizados: _____

_____

_____

Acompanhamento: ( )CAPS ( )ESF ( )Outros: _____

Escola: ( )Sim Tem acompanhamento profissional na escola: _____

( )Não Motivo:

_____

Outras atividades: _____

Recebe algum benefício social: _____

Dados do entrevistado

Iniciais: _____

Idade: _____ Sexo: _____Estado civil: _____ Religião: _____

Grau de instrução: _____ Parentesco com a criança: _____

Trabalho: _____ Contribuição para renda familiar: _____

Relação de cuidado: _____

Dados familiares para a construção do Genograma e Ecomapa

Moradia: ( )própria ( )alugada ( )cedida

Quantas pessoas moram na casa: _____

Renda familiar: _____ Benefícios sociais: _____

Quem faz parte da família?

Alguém considerado como da família sem parentesco biológico vive com vocês?

Quais os parentes mais próximos da família?

A família ou algum membro dela faz parte de algum grupo (religioso, de laser, associação)? Se sim, qual a relação do membro com o grupo?

Quais os serviços dentro da comunidade que a família utiliza e qual a relação da família com as equipes que acompanham a criança/adolescente?

Questões norteadoras da entrevista

Conte-me sobre a criança/adolescente sua relação com a família.

Quais as necessidades da família hoje, em relação a criança/adolescente?

Quem dá suporte quando a família precisa de apoio?

Como você imagina a família sem essa(s) necessidade(s)?

* A perguntas da entrevista se fundamentaram a partir da Avaliação Holística do Modelo de recuperação da saúde mental de Phil Barker

ICD Nº: _____

Composição familiar:

Iniciais	Idade	Sexo	Estado civil	Religião	Grau de instrução	Vínculo parental com a criança	Trabalho	Contribuição com a renda familiar	Relação de cuidado com a criança

Prontuário CAPS

Início do acompanhamento: __/__/__

Diagnóstico inicial: _____

Projeto terapêutico inicial (acompanhamento profissional, prescrições, atividades realidades):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Evolução (mudança no projeto terapêutico, prescrições, diagnóstico ou atividades, referências e contra referências):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Prontuário UBS

UBS: _____

Início do acompanhamento da criança: __/__/____

Início do acompanhamento com relação ao sofrimento psíquico criança: __/__/____

Realiza ou realizou acompanhamento do desenvolvimento e crescimento na UBS?

( ) Sim

( )Não

Se sim, descrever informações acerca do acompanhamento:

_____

_____

_____

_____

_____

Projeto terapêutico (acompanhamento profissional, prescrições, atividades realidades):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

Evolução (mudança no projeto terapêutico, prescrições, diagnóstico ou atividades, referências e contra referências):

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

_____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido.

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Me chamo Aleide, sou enfermeira e estou realizando a pesquisa com o objetivo de identificar diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem de famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico para melhorar as ações realizadas nas equipes de saúde da família. Para coletar as informações será realizada uma entrevista gravada em um minigravador, utilizarei também um roteiro onde anotarei alguns dados informados por você.

Você está sendo convidado(a) a participar dessa pesquisa de forma voluntária, ou seja, você pode escolher participar ou não da pesquisa. Você não receberá ou pagará qualquer valor em dinheiro. Essa pesquisa foi submetida a avaliação do Comité de Ética me Pesquisa da Universidade Estadual do Ceará com o número de protocolo: _____

Os riscos da pesquisa são você ficar constrangido, desconfortável ou cansado durante a entrevista, caso alguma dessas situações ocorra tentareis minimiza-las parando a entrevista e dando tempo para sua recuperação, podendo marcar um novo encontro caso você deseje. Não sendo possível resolver o problema me responsabilizarei por encaminhar você para profissional ou serviço competente. Caso você sofra algum dano por decorrência dessa pesquisa terá direito a indenização.

O benefício dessa pesquisa para a sua família é a possibilidade de realizar uma avaliação, onde se observarão questões, fragilidades e potencialidades familiares. A pesquisa também poderá propiciar uma melhoria no atendimento de outras famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

A pesquisa será publicada na forma de dissertação de mestrado e em artigos científicos, podendo também ser apresentada em congressos científicos, contudo as informações coletadas, sua identidade e a de sua família serão mantidas em anonimato.

Uma cópia desse documento com informações para contato ficará com você e outra com sua assinatura ficará comigo. Você poderá desistir da pesquisa durante qualquer fase sem nenhum prejuízo.

DADOS DA PESQUISA:

Título: O Processo de Enfermagem para famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico na Estratégia Saúde da Família

Pesquisador responsável: Aleide Barbosa Viana.

Telefone: (85)988976579

Orientadora: Profª Drª Ana Ruth Macêdo Monteiro

Telefone: (85)988276025

Eu _____, declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa, e que concordo em participar.

Data: __/__/__ _____

Assinatura do participante

_____

Assinatura do pesquisador

Impressão digital
(caso não saiba assinar)

APÊNDICE C – Carta de Anuência

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE
CENTRO DE CIENCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓSGRDUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS ENFERMAGEM E SAÚDE

Prezado(a) Nágila Roberta Rafael Bernardo,

Coordenador(a) da Atenção Básica do Município de Quixadá

Solicitamos autorização institucional para realização da pesquisa intitulada PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA" a qual envolve a entrevista e análise de prontuários das famílias que concordarem em participar da pesquisa. Esse estudo é essencial para melhoria no cuidado realizado junto as famílias com crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, na medida em que poderemos ter um conhecimento melhor das suas dinâmicas, além de fortalecer o processo de enfermagem dentro da ESF bem como as ações de saúde mental na atenção primária.

Os participantes serão convidados por meio de conversa. Somente participarão da pesquisa, os indivíduos que tenham assinado Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A coleta de dados da pesquisa se dará nas Unidades Básicas de Saúde do Jatobá e do Custódio e será iniciada no 1º. semestre de 2016, sendo conduzida pela pesquisador(a) responsável.

Os dados coletados serão publicados de maneira a não identificar os participantes e somente se iniciará a coleta após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual do Ceará.

Na certeza de contarmos com a colaboração e empenho desta Coordenação, agradecemos antecipadamente a atenção, ficando à disposição para quaisquer esclarecimentos que se fizerem necessários.

Quixadá, __/__/__.

_____
Aleide Barbosa Viana
Aluna de mestrado em Cuidado Clínicos, Enfermagem e saúde

APÊNDICE D – Termo de fiel depositário CAPS

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Wellington Peixoto de Sousa, fiel depositário dos prontuários e da base de dados do Centro de Atenção Psicossocial Geral situada em Quixadá/Ceará declaro que o pesquisador Aleide Barbosa Viana está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: " PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA", cujo objetivos são Identificar necessidades de cuidado e elaborar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das necessidades de cuidado identificadas, embasando na Teoria da Maré de Phill Barker. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os prontuários das crianças cujas famílias aceitaram participar da pesquisa nos quesitos diagnóstico e projeto terapêutico durantes os meses de junho e julho de 2016.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.

2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Quixadá, _____ de _____ de _____.

_____

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

APÊNDICE E – Termo de fiel depositário UBS Jatobá

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Talita Carvalho Viana Lira, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da Unidade Básica de Saúde do Jatobá, situada em Quixadá/Ceará declaro que o pesquisador Aleide Barbosa Viana está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, cujo objetivos são Identificar necessidades de cuidado e elaborar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das necessidades de cuidado identificadas, embasando na Teoria da Maré de Phill Barker. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os prontuários das crianças cujas famílias aceitaram participar da pesquisa nos quesitos diagnóstico e projeto terapêutico durantes os meses de junho e julho de 2016.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.

2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Quixadá, _____ de _____ de _____.

_____

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

APÊNDICE F – Termo de fiel depositário UBS Custódio

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Larissa Suedi do Nascimento Onofre, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da Unidade Básica de Saúde do Custódio, situada em Quixadá/Ceará declaro que o pesquisador Aleide Barbosa Viana está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa: “PROCESSO DE ENFERMAGEM PARA FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA”, cujo objetivos são Identificar necessidades de cuidado e elaborar enunciados de diagnósticos, resultados e intervenções de enfermagem para famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das necessidades de cuidado identificadas, embasando na Teoria da Maré de Phill Barker. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar os prontuários das crianças cujas famílias aceitaram participar da pesquisa nos quesitos diagnóstico e projeto terapêutico durantes os meses de junho e julho de 2016.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.

2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.

3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Quixadá, _____ de _____ de _____.

_____

(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

ANEXOS

ANEXO A - Termo de anuência Secretária Municipal de Saúde de Quixadá

TERMO DE ANUÊNCIA

Eu, Nágila Roberta Rafael Bernardo, coordenadora da Atenção Básica do Município de Quixadá, autorizo a realização da pesquisa "DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA" a ser realizada por Aleide Barbosa Viana, a ser iniciada após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da UECE.

Autorizo a pesquisadora a utilizarem o espaço da Unidades Básica de Saúde de Custódio e Unidade Básica de Saúde do Jatobá para a realização de entrevista e análise de prontuário. Afirmo que não haverá qualquer implicação negativa aos familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico que não queiram ou desistam de participar do estudo.

Quixadá, 18 de MARÇO de 2016.

Nágela Roberta Rafael Bernardo
Coordenadora da
Atenção Básica

Nágila Roberta Rafael Bernardo
(Carimbo e Assinatura)

ANEXO B - Parecer consubstanciado do CEP UECE

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM EM FAMÍLIAS DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES EM SOFRIMENTO PSÍQUICO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA

Pesquisador: Aleide Barbosa Viana

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 55343816.0.0000.5534

Instituição Proponente: Centro de Ciências da Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.532.828

Apresentação do Projeto:

O projeto se refere a uma pesquisa descritiva exploratória em que serão feitas entrevistas com familiares de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, bem como análise de prontuário destas crianças.

Objetivo da Pesquisa:

Identificar necessidades de cuidado das famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico.

Elaborar enunciados de diagnósticos/resultados de enfermagem de famílias de crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), a partir das necessidades de cuidado identificadas, embasando na Teoria da Maré de Phill Barker.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Constrangimento, desconforto emocional e tédio ao entrevistado. Caso alguma dessas situações ocorra a pesquisadora tentara minimiza-los parando a entrevista e dando tempo para a recuperação, podendo marcar um novo encontro caso o mesmo deseje. Não sendo possível resolver o problema será responsabilidade da pesquisadora encaminhar o participante para profissional ou serviço competente. Possível melhoria no cuidado realizado junto as famílias com

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

crianças e adolescentes em sofrimento psíquico, fortalecendo a aplicação do processo de enfermagem dentro da ESF bem como as ações de saúde mental na atenção primária, melhor funcionamento da rede psicossocial na medida em possibilitará a resolução das questões de saúde mental sensíveis a atenção primária, diminuindo a demanda desnecessárias paras os CAPS, que consequentemente poderão focar nos casos médios e graves de sofrimento psíquico.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa relevante.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

- Quanto ao TCLE:
  - Em forma de convite.
  - Apresenta o título e o objetivo da pesquisa.
  - Explicita adequadamente os riscos e benefícios.
  - Consta o telefone e endereço do CEP, mas não consta email.
  - Há telefone, email, nome completo e campo para assinatura do pesquisador responsável.

- Quanto a Folha de rosto:
  - Contém a assinatura do pesquisador responsável.
  - Contém a assinatura e carimbo do responsável pela instituição a onde se realizará a pesquisa.

- Quanto a Carta de Anuência:
  - O número de cartas de anuência corresponde ao número de instituições a onde será realizada a pesquisa.
  - Está descrito o título da pesquisa e o nome do pesquisador principal.
  - Está descrito na carta de anuência exatamente o que será realizado na instituição.
  - Está descrito o período em que os dados serão coletados.
  - Apresenta o carimbo da instituição e assinatura do responsável.

- Quanto ao Termo de Fiel Depositário:
  - Estão descritos os documentos que serão analisados.
  - Estão descritos título e objetivos da pesquisa.
  - Garante o anonimato dos participantes e os princípios éticos de apenas analisar os dados

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

referentes ao estudo.

- Quanto ao cronograma:
  - Está adequadamente descrito, indicando quando começará cada fase do estudo.
  - Inicia-se apenas após aprovação do CEP.

- Quanto ao orçamento:
  - Há financiamento próprio.
  - Descreve o que será gasto e com recurso de qual instituição.
  - Há coerência entre o método e o orçamento.

Recomendações:

Incluir email do CEP no tcle.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_679291.pdf	07/04/2016 11:21:50		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.docx	07/04/2016 11:20:50	Aleide Barbosa Viana	Aceito
Outros	fieldepjat.pdf	07/04/2016 11:17:36	Aleide Barbosa Viana	Aceito
Outros	fieldepcust.pdf	07/04/2016 11:13:53	Aleide Barbosa Viana	Aceito
Outros	fieldepcaps.pdf	07/04/2016 11:12:47	Aleide Barbosa Viana	Aceito
Outros	termodeanu.pdf	07/04/2016 11:10:40	Aleide Barbosa Viana	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projeto.docx	07/04/2016 11:08:31	Aleide Barbosa Viana	Aceito

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br

UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.532.828

Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	07/04/2016 11:03:03	Aleide Barbosa Viana	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

FORTALEZA, 05 de Maio de 2016

Assinado por:
ISAAC NETO GOES DA SILVA
(Coordenador)

Endereço: Av. Silas Munguba, 1700
Bairro: Itaperi **CEP:** 60.714-903
UF: CE **Município:** FORTALEZA
Telefone: (85)3101-9890 **Fax:** (85)3101-9906 **E-mail:** cep@uece.br